# EFFECTIVENESS OF FAMILY-BASED COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY AND MOTIVATIONAL ENHANCEMENT THERAPY PROGRAM ON DRINKING BEHAVIOR AMONG PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

*Pornphat Simawong, M.N.S.*, Darawan Thapinta, Ph.D.**, Thoranin Kongsuk, MD, M.Sc.***, Sombat Sakulphan, Ph.D.****, Chaowanee Longchoopol, Ph.D.*****, Jarunee Ratsamesuwiwat, Ph.D.******, Sakaorat Thepprasong, Dip. APPMHN******, Saranya Wannachaiyakul, Ph.D.**** Chaleeporn Somjai, M.N.S.********

**Abstract**

**Objective:** To compare the effects of the Family-based Cognitive Behavior Therapy (F-CBT) Program and Motivational Enhancement Therapy (MET) Program on drinking behavior among patients with alcohol dependence.

**Methods:** This quasi-experimental research was a part of the research and development. The sample group was 140 patients with alcohol dependence who had been treated in a hospital and lived in Chiang Mai province. Purposive sampling was used to recruit participants and they were divided into 2 groups: 70 patients in the F-CBT program and 70 patients in the MET program. Research instruments were: 1) Alcohol Use Identification Test (AUDIT), 2) Montreal Cognitive Assessment (MoCA), 3) F-CBT program, and 4) MET program. Descriptive statistics, one-way repeated measures ANOVA, and t-test were used in data analysis.

**Results:** 1) The mean scores of drinking behavior of participants in the F-CBT group at the immediate post-treatment, three-month follow-up, and six-month follow-up periods were significantly different at the .01 level ($p < .01$), 2) the mean scores of drinking behavior of participants in the F-CBT group and the MET group at the immediate post-treatment period were not statistically significantly different, and 3) the mean scores of drinking behavior of participants at the three-month and six-month follow-up periods for the F-CBT group was statistically significantly different from the MET group at the .01 level ($p < .01$).

**Conclusion:** The F-CBT program can reduce drinking behavior among patients with alcohol dependence when compared to the MET program at three-month follow-up and six-month follow-up after discharge. Therefore, the implementation of the F-CBT program should be promoted in the care of patients with alcohol dependence in the community to help them reduce their alcohol consumption.

**Keywords:** Family-based cognitive behavior therapy, Motivational enhancement therapy, alcohol dependence, drinking behavior

**Corresponding author: Registered Nurse, Senior Professional Level, Suanprung Psychiatric Hospital, e-mail: cholnat9889@gmail.com*

***Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

****Director, KhonHaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital*

*****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

******Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University*

*******Registered Nurse, Professional Level, Suanprung Psychiatric Hospital*

********Registered Nurse, Professional Level, Rajanagarindra Institute of Child Development*

Received: 4 November 2021, Revised: 9 April 2022, Accepted: 16 April 2022

# ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา

*ภรภัทร สิมะวงศ์, พย.ม.*, ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, ปร.ด**, ธรณินทร์ กองสุข, พบ., วท.ม., ศ.ม.***, สมบัติ สกุลพรรณ์, ปร.ด.****, เชาวนี ล่องชูผล, ปร.ด.*****, จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, ปร.ด.******, สกาวรัตน์ เทพประสงค์, วพย.******, สรัญญา วรรณชัยกุล, ปร.ด.****, ชลีพร สมใจ, พย.ม.*******

**บทคัดย่อ**

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน (F-CBT) เปรียบเทียบกับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา

**วิธีการศึกษา :** การวิจัยกึ่งทดลองนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดสุราที่ เคยได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล และอาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 140 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT 70 คน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET 70 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ 1) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา 2) แบบประเมินความบกพร่องของการรู้คิด 3) โปรแกรม F-CBT และ 4) โปรแกรม MET วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ และสถิติทดสอบค่าที

**ผลการศึกษา :** 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT ในระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองทันทีของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะติดตาม 3 เดือนและ 6 เดือนของกลุ่มได้รับโปรแกรม F-CBT แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$)

**สรุป :** โปรแกรม F-CBT สามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราดีกว่าโปรแกรม MET ในระยะติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือน ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการนำโปรแกรม F-CBT ไปใช้ในการดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่องในชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ติดสุราลดการดื่มสุรา

**คำสำคัญ :** การบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ติดสุรา พฤติกรรมดื่มสุรา

**ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง, e-mail: cholnat9889@gmail.com*
***ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*
****ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์*
***** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*
******ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*
*******พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง*
********พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์*
วันที่รับ: 4 พฤศจิกายน 2564, วันที่แก้ไข: 9 เมษายน 2565, วันที่ตอบรับ: 16 เมษายน 2565

**ความสำคัญของปัญหา**

ประชากรทั่วโลกมีการดื่มสุราตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ความชุกเฉลี่ยตลอดช่วงชีวิตของการดื่มสุรา (alcohol use) ของคนทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 80.00 (ร้อยละ 3.8 - 97.1) การดื่มสุราเป็นประจำในปริมาณและความถี่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จะส่งผลต่อสุขภาพโดยทำให้เกิดความผิดปกติจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorder) จากรายงานการศึกษาการดื่มสุราของประชากรทั่วโลกพบว่า ความชุกเฉลี่ยตลอดช่วงชีวิตและ 12 เดือนของผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลกเท่ากับร้อยละ 8.60 และร้อยละ 2.20 ตามลำดับ (Glantz et al., 2020) สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากการสำรวจระบาดวิทยาระดับชาติ พ.ศ. 2556 พบว่ามีผู้ดื่มสุราแล้วเกิดปัญหาจากการใช้สุรามีความชุกสูงถึงร้อยละ 19.60 หรือ 10.10 ล้านคน โดยประชากรไทยร้อยละ 6.60 หรือประมาณ 3.2 ล้านคน ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (alcohol dependence) (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุงในปีงบประมาณ 2562 - 2564 ที่พบว่าจำนวนผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เท่ากับ 3,131, 2,666 และ 2,700 ราย ตามลำดับ และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเท่ากับ 582, 721 และ 631 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2564) จากสถิติข้างต้นจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ติดสุราในประเทศไทยมีจำนวนค่อนข้างสูง ทั้งนี้การติดสุราของผู้ติดสุราจะส่งผลกระทบต่อผู้ติดสุราเอง โดยพบว่าผู้ติดสุราส่วนใหญ่จะมีโรคร่วมทางกาย ได้แก่ โรคตับแข็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน เป็นต้น และมีโรคร่วมทางจิต ได้แก่ ความผิดปกติทางจิต โรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย และภาวะสมองเสื่อม (Bonea, Neacsu, & Miclutia, 2018) นอกจากนี้การติดสุราของผู้ติดสุรายังส่งผลกระทบต่อครอบครัว เกิดปัญหาทำร้ายร่างกาย ปัญหาค่าใช้จ่าย รบกวนและคุกคามผู้อื่นในชุมชน (วารีพร ชูศรี, บุตรี โรจน์พงศ์, จุฑามาศ พรหมมนตรี และสรัญณี อุเส็นยาง, 2561) และการติดสุรายังส่งผลให้ผู้ติดสุรากลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อย โดยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 3.56 ครั้งต่อคน และแบบผู้ป่วยในเฉลี่ย 1.82 ครั้งต่อคน คิดเป็นต้นทุนตรงเฉลี่ยผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเท่ากับ 52,268.08 บาทต่อคนต่อปี ภาระเศรษฐศาสตร์ภาพรวมการรักษาของกรมสุขภาพจิต ปีพ.ศ. 2561 เท่ากับ 31,451.020 ล้านบาท (วัลลดา พุ่มไพศาลชัย และชิดชนก เรือนก้อน, 2563) จากจำนวนผู้ติดสุราที่มีจำนวนมากและผลกระทบของการติดสุราข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้ติดสุราเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำ โดยปัจจุบันการดูแลผู้ติดสุราเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำนั้นยังให้ความสำคัญกับการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการรักษาด้วยยาในบริบทของประเทศไทยยังมีข้อจำกัดจากราคายาที่ยังสูง ทำให้ไม่ถูกนำมาใช้ในระบบสุขภาพไทย ดังนั้นการบำบัดทางจิตสังคมจึงเป็นการรักษาหลักในการป้องกันการติดสุราซ้ำของผู้ติดสุรา โดยพยาบาลจิตเวชจะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญและทำหน้าที่รับผิดชอบหลักในการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ติดสุราที่เข้ารับการ

บำบัดรักษาในโรงพยาบาล

ปัจจุบันการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมการดื่มในผู้ติดสุรา ได้แก่ 1) การบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) ที่มีแนวคิดพื้นฐานจากแนวคิดทางปัญญา (cognitive model) ของอารอน ทีเบค (Aaron T. Beck) แนวคิดนี้มีความเชื่อว่าพฤติกรรม อารมณ์ และสรีระร่างกายของบุคคลเกิดจากความคิดอัตโนมัติทางลบ (negative automatic thought) ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ และการตีความหรือวิเคราะห์สถานการณ์ที่บิดเบือนหรือไม่สมเหตุผล โดยความเชื่อเหล่านั้นเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปดื่มสุรา (Beck, 2011) การบำบัดจะช่วยให้ผู้ติดสุราค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ตรวจสอบความคิดความเชื่อบนพื้นฐานของความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะเผชิญและจัดการกับปัญหาอย่างเหมาะสม และ 2) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของโปรคลาสก้าและไดคลีเมนเต้ (Prochaska & Diclemente, 1983) และแนวทางการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์และโรนิค (Miller & Rollnick, 2002) โดยการบำบัดจะเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้บำบัดจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้สำรวจค้นหา และจัดการกับความรู้สึกลังเลใจ เกิดแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา (Miller & Rollnick, 2002; Thapinta, Skulphan, Kitsumban, & Longchoopol, 2017) ทั้งนี้จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ติดสุราเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำโรงพยาบาลสวนปรุงจากมุมมองผู้ติดสุรา ผู้ดูแล และทีมสุขภาพพบว่า การป้องกันการติดสุราซ้ำของผู้ติดสุราที่ผ่านมานั้น จัดการกับปัญหาในระดับบุคคลคือ เฉพาะตัวผู้ป่วย โดยให้การบำบัดโดยใช้ CBT และ MET ขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อผู้ติดสุรากลับไปใช้ชีวิตในชุมชน ต้องเผชิญกับตัวกระตุ้นต่าง ๆ โดยเฉพาะตัวกระตุ้นที่มาจากครอบครัว เช่น ความไม่เข้าใจโรค และการดูแลผู้ติดสุราเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำ จึงทำให้เกิดความขัดแย้ง ผู้ติดสุราจะมีความเครียด อารมณ์ด้านลบ เช่น โกรธ เศร้า และผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม จึงหวนกลับไปดื่มสุราจนติดสุราซ้ำและเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ดังนั้นการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือญาติในการร่วมดูแลผู้ติดสุราจึงมีความสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากสถาบันด้านปัญหาจากการใช้สุราของสหรัฐอเมริกา (National Institute on alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2005) ที่สนับสนุนในการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด เพราะจะช่วยในการลดพฤติกรรมการดื่มให้ได้ผลดีมากขึ้น โดยการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดจะช่วยให้ครอบครัวได้เรียนรู้เพื่อที่จะใช้ทักษะใหม่ ๆ จัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นปัญหา และให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ติดสุราให้สามารถลดการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง

จากปัญหาข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงได้นำข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์มาวิเคราะห์สังเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และได้พัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม

โดยใช้ครอบครัวเป็นฐานขึ้น (Family-based Cognitive Behavior Therapy Program: F-CBT) (ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, สมบัติ สกุลพรรณ์, ฉัทธร พิทยรัตน์เสถียร, เชาวนี ล่องชูผล และ ภรภัทร สิมะวงค์, 2562) ซึ่งเป็นการบำบัดผู้ติดสุราที่เคยได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลและกลับไปอยู่ในชุมชน การบำบัดได้เปิดโอกาสให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ติดสุรามีส่วนร่วมในการบำบัดโดยเรียนรู้แนวคิดการบำบัดทางปัญญาร่วมกับผู้ติดสุรา ร่วมกับผู้ติดสุราในการค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น และจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยญาติหรือผู้ดูแลจะเรียนรู้การทำหน้าที่เป็นทั้งผู้บำบัดและผู้ช่วยเหลือประคับประคองทั้งขณะรับการบำบัดและเมื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้นำโปรแกรม F-CBT ไปทดสอบประสิทธิภาพเบื้องต้นโดยทดลองใช้ในกลุ่มผู้ติดสุราจำนวน 5 คน ใช้ระยะเวลาการบำบัดทั้งหมด 5 สัปดาห์ผลการทดสอบพบว่า โปรแกรม F-CBT สามารถช่วยลดพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุราได้

อย่างไรก็ตาม การวัดผลของโปรแกรมดำเนินการภายหลังการได้รับโปรแกรมทันที ยังขาดการติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรคติดสุราที่เป็นโรคเรื้อรังและต้องการการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำของโรค จึงควรมีการศึกษาติดตามประสิทธิผลของโปรแกรม F-CBT ในระยะ 6 เดือนแรกที่เป็นระยะวิกฤตของการกลับติดสุราซ้ำ นอกจากนี้เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรม F-CBT จึงควรนำโปรแกรมไปใช้ในการบำบัดผู้ติดสุรากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น และเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรม F-CBT กับโปรแกรมอื่นที่มีความใกล้เคียงกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรม F-CBT กับการบำบัดด้วยโปรแกรม MET ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ปรับโปรแกรม MET จากเดิมที่ให้การบำบัดผู้ติดสุรารายบุคคลขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล เป็นการบำบัดผู้ติดสุราในชุมชนโดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการบำบัด และกำหนดให้จำนวนครั้งของการบำบัดเท่ากับโปรแกรม F-CBT คือ 14 ครั้ง โดยผลลัพธ์ในการศึกษานี้จะประเมินพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุรา ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้บุคลากรพยาบาลมีทางเลือกในการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ติดสุราที่มีประสิทธิภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้การดูแลผู้ติดสุราเพื่อป้องกันการติดซ้ำเกิดความต่อเนื่อง ยั่งยืน และผู้ติดสุราสามารถลดเลิกการดื่มสุราได้

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม F-CBT ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา

2. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรม F-CBT กับการบำบัดด้วยโปรแกรม MET ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราหลังการทดลองทันที ติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือน

**สมมติฐานการวิจัย**

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที การติดตามผล 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน ของกลุ่มที่ได้รับ

โปรแกรม F-CBT ลดลงกว่าก่อนการทดลอง

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที การติดตามผล 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET

3. ร้อยละของผู้ที่ติดสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที การติดตามผล 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือนของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT ลดลงกว่าก่อนการทดลอง

4. ร้อยละของผู้ที่ติดสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที การติดตามผล 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

ผู้ติดสุราเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่เข้ามากระตุ้น เช่น บุคคล สถานที่ สถานการณ์ต่างๆจะมีการรับรู้ ตีความสถานการณ์นั้นๆบิดเบือนจากความเป็นจริง มีความคิดอัตโนมัติในทางลบ ซึ่งความเชื่อเหล่านี้จะส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และการตอบสนองของร่างกายของผู้ติดสุรา ซึ่งจะทำให้ผู้ติดสุรากลับไปดื่มสุราจนกลับติดสุราซ้ำ โปรแกรม F-CBT เป็นโปรแกรมที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิด Cognitive Model ของเบค (Beck, 2011) โดยช่วยให้ผู้ติดสุราค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดื่มสุรา ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง และการปรับเปลี่ยนความคิดหรือการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา และตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติอย่างเหมาะสม และในการบำบัดนั้นจะให้ญาติหรือผู้ดูแลของผู้ติดสุราเข้ารับการบำบัดร่วมกับผู้ติดสุรา ญาติหรือผู้ดูแลจะทำหน้าที่เสมือนเป็น “ผู้บำบัด (therapist)” หรือ “ผู้ช่วยเหลือประคับประคอง (coach)” เมื่อผู้ติดสุราเข้าใจความคิด ความเชื่ออย่างเหมาะสม จะช่วยให้จัดการกับปัญหา สถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ติดสุรามีพฤติกรรมการดื่มลดลงได้ ส่วนการบำบัด MET คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสร้างเสริมแรงจูงใจของมิลเลอร์และโรนิค (Miller & Rollnick, 2002) และทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska & Diclemente (1983) การบำบัดประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง ระยะที่ 2 การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง และระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง โดยผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้ติดสุราค้นหาและจัดการกับความรู้สึกลังเลใจต่อการดื่มสุรา จนตัดสินใจเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา และวางแผนการดูแลตนเองเพื่อลดหรือหยุดดื่มสุรา

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 3 เดือนและ 6 เดือน โดยเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยและพัฒนาเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา

ประชากร ได้แก่ ผู้ติดสุราที่เคยได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลและมีญาติดูแลและ

อาศัยอยู่ในชุมชนของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ติดสุราทั้งชายและหญิงที่ผ่านการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล และอาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่

1) อายุ 18 - 59 ปี

2) เคยเข้ารับการรักษาด้วยโรคติดสุรา

3) มีระดับคะแนน MoCA ≥ 17 คะแนน

4) สมาชิกครอบครัวยินดีเข้าร่วมโปรแกรม

5) อ่านเขียนและสื่อสารภาษาไทย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่

1) มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น โรคจิตเภท หรือใช้สารเสพติด

2) มีโรคทางกายที่จะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม

กำหนดคุณสมบัติญาติของผู้ติดสุราที่เข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่

1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป

2) มีระดับคะแนน MoCA ≥ 17 คะแนน

3) เป็นญาติสายตรงหรือญาติที่เป็นสมาชิกในครอบครัวไม่ต่ำกว่า 1 ปี

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยของ McHugh, Hearon, & Otto (2010) เรื่อง cognitive behavioral therapy for substance use disorders ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับงานวิจัยที่ศึกษามากที่สุด ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.45 (d = 0.45) หลังจากนั้นนำมาเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียว กำหนดให้ค่า $\alpha$ = 0.05 ค่า power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 64 คนต่อกลุ่ม จากนั้นเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 70 คน หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

**เครื่องมือที่ใช้** ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test หรือ AUDIT) ที่พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก และแปลเป็นภาษาไทยโดย ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552 มีข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน แปลผลคะแนนโดยคะแนน 0 - 7 คะแนน หมายถึง ดื่มแบบความเสี่ยงต่ำ คะแนน 8 - 15 คะแนน หมายถึง ดื่มแบบความเสี่ยง คะแนน 16 - 19 คะแนน หมายถึง ดื่มแบบอันตราย คะแนน 20 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ดื่มแบบติด

2) แบบประเมินความบกพร่องของการรู้คิด (The Montreal Cognitive Assessment: MoCA) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยโสพพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ (2553) แบบประเมินนี้มี 11 ข้อคำถาม ประเมินหน้าที่การทำงานด้านต่าง ๆ ของสมอง ได้แก่ ความจำ ความตั้งใจ การมีสมาธิจดจ่อ การบริหารจัดการ การตัดสินใจ การคิดคำนวณและการใช้ภาษา มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน โดย 25 - 30 คะแนน หมายถึง มีการรู้คิดระดับปกติ 17 - 24 คะแนน หมายถึง มีการบกพร่องการรู้คิดระดับเล็กน้อย คะแนน 9 - 16 คะแนน หมายถึง มีการบกพร่องการรู้คิดระดับปานกลาง คะแนน 0 - 8 คะแนน หมายถึง มีการบกพร่องการรู้คิดระดับรุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1) โปรแกรม F-CBT (Family-based Cognitive Behavior Therapy Program) พัฒนาขึ้นโดยคณะผู้วิจัยตามแนวคิด Cognitive Model ของเบค (Beck, 2011) เป็นการบำบัดรายครอบครัว ผู้ติดสุรา 1 คน และสมาชิกครอบครัว 1 คน ให้การบำบัดจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ วันเว้นวัน จำนวนทั้งสิ้น 14 ครั้ง รวมระยะเวลา 5 สัปดาห์ แต่ละครั้งจะใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 45 - 90 นาที มีขั้นตอนสำคัญ 3 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ทำให้เกิดพฤติกรรมและอารมณ์ปัญหา 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง และการปรับเปลี่ยนความคิดหรือการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา 3) การตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติอย่างเหมาะสม รวมทั้งการให้สุขภาพจิตศึกษา และมอบหมายการบ้าน โดยเอื้ออำนวยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ จัดการกับสถานการณ์ต่างๆที่เป็นปัญหา

2) โปรแกรม MET (Motivational Enhancement Therapy) พัฒนาขึ้นโดยคณะผู้วิจัยตามแนวคิดการสร้างเสริมแรงจูงใจของมิลเลอร์และโรนิค (Miller & Rollnick, 2002) และทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska & Diclemente (1983) ให้การบำบัดรายครอบครัว ผู้ติดสุรา 1 คน และสมาชิกครอบครัว 1 คน บำบัดจำนวน 14 ครั้ง มีขั้นตอนสำคัญ 3 ขั้นตอน คือ ระยะที่ 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (กิจกรรมที่ 1 - 3 สัปดาห์ที่ 1 วันเว้นวัน) 2) การให้คำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง (กิจกรรมที่ 4 - 9 สัปดาห์ที่ 3 วันเว้นวัน) และ 3) การติดตามต่อเนื่อง (กิจกรรมที่ 10 - 14 สัปดาห์ที่ 8) การบำบัดใช้เวลาครั้งละ 45 - 90 นาที

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย**

แบบประเมิน AUDIT และแบบประเมิน MoCA ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายผู้วิจัยไม่ได้นำมาดัดแปลงหรือแก้ไขใด ๆ (ปริทรรศ ศิลปกิจและพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552; โสพพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์, 2553) ดังนั้นจึงไม่ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ สำหรับโปรแกรม F-CBT และโปรแกรม MET คณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองและนำโปรแกรมทั้ง 2 ขอรับการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัด CBT และ MET รวมถึงผู้เชี่ยวชาญด้านแอลกอฮอล์โปรแกรมละ 3 ท่าน หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ติดสุราที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดสุรา 5 คน และญาติ 5 คนเพื่อทดสอบความชัดเจนของภาษาและครอบคลุมของเนื้อหาก่อนนำไปใช้จริง และในการวิจัยนี้ผู้วิจัยไม่ได้ ดัดแปลงโปรแกรม F-CBT และ MET และผู้วิจัยนำแบบประเมิน AUDIT และแบบประเมิน MoCA หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่า Inter-Rater Reliability โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 4 คน ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือ AUDIT และ MoCA ทำหน้าที่ในการประเมินผู้ติดสุราคนเดียวกัน จำนวน 5 ราย แล้วนำค่ามาหาค่าสัมประสิทธิ์แคปปาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 และ .88 ตามลำดับ และผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 คนซึ่งผ่านการอบรมการปรับความคิดและพฤติกรรมจากผู้เชี่ยวชาญและเป็นผู้ร่วมพัฒนาโปรแกรม F-CBT ให้การบำบัดตาม

โปรแกรม F-CBT ขณะที่ผู้ช่วยวิจัย 2 คนที่ผ่านการอบรมรบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และมีประสบการณ์ให้การบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุรา 5 ปีขึ้นไปจะให้การบำบัดด้วยโปรแกรม MET

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต เลขที่รับรอง 21/2562 และผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ใบรับรอง DMH.IRB.COA 032/2563 และเข้าใจภาษาไทยได้ 4) ไม่มีการบกพร่องทางด้านสติปัญญาและการรู้คิด ประเมินโดยแบบคัดกรองหมวดหมู่ (The set test) ได้รับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน และ 5) ยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยการลงนาม

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ติดสุรา ณ หอผู้ป่วยสุราทั้งชายและหญิงในวันที่ผู้ติดสุราจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินแบบประเมิน MoCA และ AUDIT เมื่อได้ผู้ติดสุราที่มีคุณสมบัติที่กำหนด จะชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นเชิญชวนให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมในเอกสารยินยอม และนัดหมายการบำบัดหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 70 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรม F-CBT ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรม MET

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมโปรแกรม F-CBT ดำเนินการบำบัดตามโปรแกรม F-CBT ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง จำนวน 70 คน โดยให้การบำบัดจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ วันเว้นวัน จำนวนทั้งสิ้น 14 ครั้ง รวมระยะเวลา 5 สัปดาห์ แต่ละครั้งจะใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 45 - 90 นาที ดำเนินการบำบัดในชุมชน นอกเวลาทำงานของกลุ่มตัวอย่าง สถานที่บำบัดจะขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่างเป็นคนเลือก โดยคำนึงถึงความปลอดภัยทั้งต่อตัวผู้บำบัดและกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรม MET ให้การบำบัดด้วยโปรแกรม MET ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมจำนวน 70 คน จำนวน 14 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45 - 90 นาที ดำเนินการบำบัดในชุมชน นอกเวลาทำงานของกลุ่มตัวอย่าง สถานที่บำบัดจะขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่างเป็นคนเลือก โดยคำนึงถึงความปลอดภัยทั้งต่อตัวผู้บำบัดและกลุ่มตัวอย่าง

5. ภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมิน ด้วยแบบประเมิน AUDIT หลังการทดลองทันที ระยะติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือนจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและเปรียบเทียบร้อยละ

พฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT และโปรแกรม MET วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือนของกลุ่มทดลอง โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA)

3. ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (independent t-test)

4. เปรียบเทียบร้อยละพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ

**ผลการวิจัย**

**1. ข้อมูลทั่วไปผู้ติดสุรา**

การวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างผู้ติดสุราทั้งหมด 140 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 70 คน กลุ่มควบคุม 70 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 88.60 และ 95.70 มีอายุอยู่ในช่วง 30 - 59 ปี ร้อยละ 85.70 เท่ากัน (อายุกลุ่มทดลอง Mean = 44.72 SD = 10.51 Min = 26 Max = 68 อายุในกลุ่มควบคุม Mean = 44.25 SD = 10.67 Min = 25 Max = 73) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 45.70 ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 42.90 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 54.30 และ 57.10 ตามลำดับ อาชีพการเกษตร/ประมง/เหมืองแร่ ร้อยละ 35.70 และ 40.00 ตามลำดับ และจำนวนครั้งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 - 5 ครั้ง ร้อยละ 90.00 เท่ากัน และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการวิเคราะห์ Chi-Square พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

**2. ข้อมูลทั่วไปญาติ/ผู้ดูแลผู้ติดสุรา**

ญาติ/ผู้ดูแลผู้ติดสุราในการวิจัยนี้มีทั้งหมด 140 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 70 คน กลุ่มควบคุม 70 คน กลุ่มตัวอย่างญาติ/ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.00 และ 85.71 มีอายุอยู่ในช่วง 30 - 39 ปี ร้อยละ 31.43 และ 34.29 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 84.29 และ 91.43 สถานภาพสมรสร้อยละ 68.57 และ 72.86 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 51.43 และ 47.14 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 40.00 และ 45.71 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยติดสุราเป็นสามีหรือภรรยาร้อยละ 61.42 และ 65.71 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการวิเคราะห์ Chi-Square พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือน

**ตารางที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดสุรา (n = 140)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | F-CBT (n = 70) | | MET (n = 70) | | *p*-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| เพศ | | | | | |
| ชาย | 62 | 88.60 | 67 | 95.70 | .11 |
| หญิง | 8 | 11.40 | 3 | 4.30 | |
| อายุ (Mean = 44.72 SD = 10.51 Min = 26 Max = 68, Mean = 44.25 SD = 10.67 Min = 25 Max=73) | | | | | |
| 20 – 29 ปี | 4 | 5.70 | 6 | 8.60 | .67 |
| 30 – 59 ปี | 60 | 85.70 | 60 | 85.70 | |
| 60 ปีขึ้นไป | 6 | 8.60 | 4 | 5.70 | |
| การศึกษา | | | | | |
| ไม่ได้เรียน | 1 | 1.40 | 3 | 4.30 | .19 |
| ประถมศึกษา | 32 | 45.70 | 21 | 30.00 | |
| มัธยมศึกษา | 19 | 27.10 | 30 | 42.90 | |
| ปวช./ปวส. | 11 | 15.70 | 11 | 15.70 | |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า | 7 | 10.00 | 5 | 7.10 | |
| สถานภาพสมรส | | | | | |
| โสด | 16 | 22.90 | 20 | 28.60 | .24 |
| มีคู่ | 38 | 54.30 | 40 | 57.10 | |
| แยกกันอยู่ | 6 | 8.60 | 1 | 1.40 | |
| หย่า/ร้าง/หม้าย | 10 | 14.30 | 9 | 12.90 | |
| อาชีพ | | | | | |
| ไม่ได้ทำงาน | 9 | 12.90 | 10 | 14.30 | .27 |
| การเกษตร/ประมง/เหมืองแร่ | 25 | 35.70 | 28 | 40.00 | |
| ค้าขาย | 14 | 20.00 | 20 | 28.60 | |
| รับราชการ | 13 | 18.60 | 5 | 7.10 | |
| รับจ้าง | 9 | 12.90 | 7 | 10.00 | |
| จำนวนครั้งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล | | | | | |
| 1 – 5 ครั้ง | 63 | 90.00 | 63 | 90.00 | .64 |
| 6 – 10 ครั้ง | 4 | 5.80 | 2 | 2.80 | |
| 11 – 15 ครั้ง | 1 | 1.40 | 3 | 4.40 | |
| 16 ครั้งขึ้นไป | 2 | 2.80 | 2 | 2.80 | |

**ตารางที่** 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ/ผู้ดูแลผู้ติดสุรา (n = 140)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มทดลอง (n = 70) | | กลุ่มควบคุม (n = 70) | | *p*-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| เพศ | | | | | |
| ชาย | 14 | 20.00 | 10 | 14.29 | .37 |
| หญิง | 56 | 80.00 | 60 | 85.71 | |
| อายุ | | | | | |
| 20 – 29 ปี | 9 | 12.86 | 14 | 20.00 | .66 |
| 30 – 39 ปี | 22 | 31.43 | 24 | 34.29 | |
| 40 – 49 ปี | 21 | 30.00 | 17 | 24.29 | |
| 50 – 59 ปี | 13 | 18.57 | 9 | 12.86 | |
| 60 ปีขึ้นไป | 5 | 7.14 | 6 | 8.56 | |
| ศาสนา | | | | | |
| พุทธ | 59 | 84.29 | 64 | 91.43 | .19 |
| คริสต์ | 11 | 15.71 | 6 | 8.57 | |
| สถานภาพสมรส | | | | | |
| สมรส | 48 | 68.57 | 51 | 72.86 | .34 |
| โสด | 18 | 25.71 | 12 | 17.14 | |
| หย่าร้าง | 4 | 5.72 | 7 | 10.00 | |
| ระดับการศึกษา | | | | | |
| ไม่ได้เรียน | 10 | 14.29 | 8 | 11.43 | .73 |
| ประถมศึกษา | 20 | 28.57 | 26 | 37.14 | |
| มัธยมศึกษา | 36 | 51.43 | 33 | 47.14 | |
| ปริญญาตรี | 4 | 5.71 | 3 | 4.29 | |
| อาชีพ | | | | | |
| รับจ้าง | 28 | 40.00 | 32 | 45.71 | .56 |
| ทำสวน | 28 | 40.00 | 19 | 27.14 | |
| รับราชการ | 3 | 4.29 | 3 | 4.29 | |
| ค้าขาย | 6 | 8.57 | 8 | 11.43 | |
| ไม่ได้ทำงาน | 5 | 7.14 | 8 | 11.43 | |

*$p < .05$, Chi-square test

**ตารางที่** 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ/ผู้ดูแลผู้ติดสุรา (n = 140) (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มทดลอง (n = 70) | | กลุ่มควบคุม (n = 70) | | *p*-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | | | | | |
| สามี/ภรรยา | 43 | 61.42 | 46 | 65.71 | .39 |
| บิดา/มารดา | 16 | 22.86 | 10 | 14.29 | |
| พี่ชาย/พี่สาว น้องชาย/น้องสาว | 11 | 15.72 | 14 | 20.00 | |

*$p < .05$, Chi-square test

**3. ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือน**

ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรม F-CBT ระยะหลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือนมีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 ดังตารางที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT รายคู่ด้วยวิธี Bonferroni technique พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดื่มสุราในระยะหลังทดลองทันทีแตกต่างกับระยะติดตามผล 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระยะหลังการทดลองทันทีแตกต่างกับระยะติดตามผล 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนระยะติดตามผล 3 เดือนกับระยะติดตามผล 6 เดือนไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

**4. ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างในระยะหลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET**

ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังทดลองทันทีไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET ดังตารางที่ 5

**5. ข้อมูลเปรียบเทียบร้อยละของผู้ติดสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT และระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน**

ผลการวิเคราะห์พบว่าร้อยละของพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT ลดลงในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรม F-CBT ในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือน

| แหล่งความแปรปรวน | Sum Square | df | Mean Square | F | *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| ระหว่างกลุ่ม | 1187.695 | 2 | 593.848 | 12.860 | .001 |
| ภายในกลุ่ม | 9558.686 | 207 | 46.177 | | |
| รวม | 10746.381 | 209 | | | |

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดื่มสุราในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT รายคู่

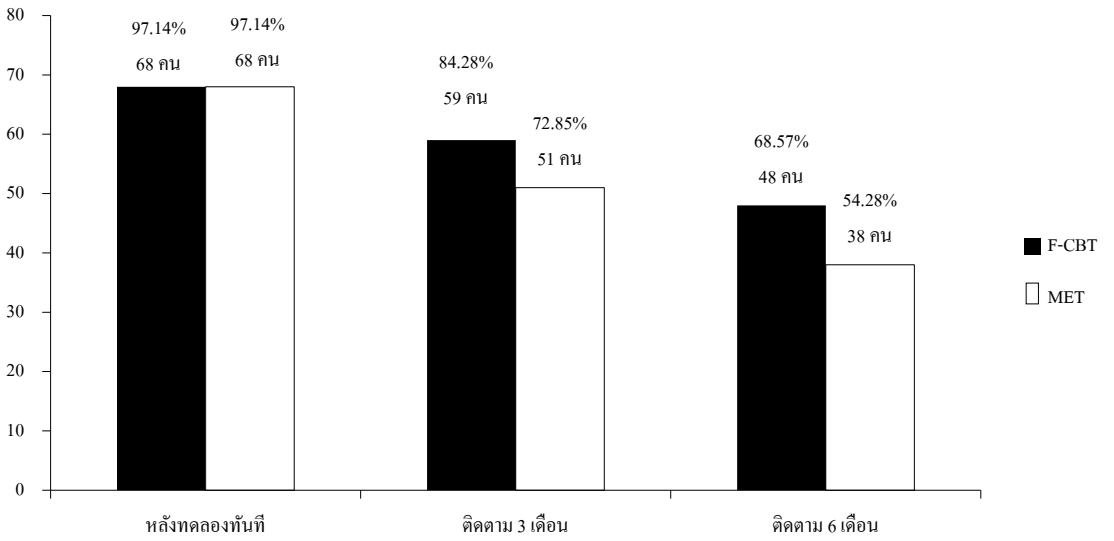
| ระยะการทดลอง | หลังการทดลองทันที (Mean = 10.77) | ติดตามผล 3 เดือน (Mean = 6.65) | ติดตามผล 6 เดือน (Mean = 5.14) |
|---|---|---|---|
| หลังการทดลองทันที | | Mean difference = 4.12** | Mean difference = 5.63* |
| ติดตามผล 3 เดือน | | | Mean difference = 1.51 |

**$p < .01$

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างในระยะหลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET

| คะแนนพฤติกรรมดื่มสุรา | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | t | *p*-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mean | SD | Mean | SD | | |
| หลังทดลองทันที | 10.77 | 7.31 | 11.52 | 7.23 | -.610 | .543 |
| ติดตามผล 3 เดือน | 6.65 | 6.27 | 10.02 | 8.70 | -2.623 | .01** |
| ติดตามผล 6 เดือน | 5.14 | 6.76 | 8.40 | 8.72 | -2.469 | .01** |

**$p < .01$




**แผนภูมิที่ 1** เปรียบเทียบร้อยละของผู้ที่ติดสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT และระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน

ระยะติดตามผล 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT มีร้อยละของผู้ที่ติดสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน

**การอภิปรายผล**

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ติดสุราที่ได้รับโปรแกรม F-CBT มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือนลดลง และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET พบว่าพฤติกรรมการดื่มสุราภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันทีไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ในระยะติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือน พฤติกรรมการดื่มสุราของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET และผู้ติดสุราที่ได้รับโปรแกรม F-CBT มีร้อยละของพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงในระยะหลังการทดลองทันทีมากกว่าระยะติดตามผล 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน ขณะที่ผู้ติดสุราที่ได้รับโปรแกรม F-CBT มีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงในระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และติดตาม

ผล 6 เดือนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรม MET ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าโปรแกรม F-CBT ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิด cognitive model ของเบค (Beck, 2011) นั้นได้ช่วยให้ผู้ติดสุราได้ค้นหาความคิด ความเชื่อทางลบที่เกิดจากการตีความสถานการณ์หรือตัวกระตุ้นต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำ และได้ตรวจสอบความคิดความเชื่อนั้นบนพื้นฐานของความเป็นจริง ส่งผลให้ผู้ติดสุราเกิดการเรียนรู้ ประเมินสถานการณ์อย่างเป็นจริง และเหมาะสมจนเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา และตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ไม่หวนกลับไปดื่มสุรา จึงทำให้มีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง นอกจากนี้โปรแกรม F-CBT ยังส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการบำบัด โดยทำหน้าที่เสมือนผู้ช่วยเหลือ ประคับประคอง แนะนำแนวทางที่ถูกต้องในการจัดการอารมณ์ ความคิดในขณะอยู่ที่บ้าน ดังนั้นจึงทำให้ผู้ติดสุรามีพฤติกรรมการดื่มลดลง ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการนำการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ และพบว่าผู้ติดสุราที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง (กนกวรรณ พวงมาลีประดับ, สมบัติ สกุลพรรณ์ และดาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2563; นภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์, อรัญญา แพจุ้ย และลษิตา ศรีธรรมชาติ, 2562 ;Magill et al., 2019 ) นอกจากนี้การบำบัดโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานพบว่ามีประสิทธิผลในการลดการดื่มสุรา (Slesnick & Prestopnik, 2009; Smit, Verdurmen, Monshouwer, & Smit, 2008) และการที่ผู้ติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT มีพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองทันทีไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MET อาจอธิบายได้ว่าในระยะนี้ผู้ติดสุราและผู้ดูแลได้รับการบำบัดทั้งโปรแกรม F-CBT และโปรแกรม MET อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงอาจทำให้ผู้ติดสุราทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง ขณะที่เมื่อติดตามพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะ 3 และ 6 เดือนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม F-CBT กับโปรแกรม MET พบว่าผู้ติดสุราที่ได้รับโปรแกรม F-CBT มีการดื่มสุราลดลงมากกว่าโปรแกรม MET นั้นอาจเนื่องมาจากโปรแกรม F-CBT นั้นจัดการกับความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดจากการตีความตัวกระตุ้นการดื่มสุราอย่างไม่เหมาะสมให้เหมาะสม ผู้ติดสุราได้ตรวจสอบความคิด ความเชื่อนั้นบนพื้นฐานของข้อเท็จจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหา สถานการณ์ที่ต้องเผชิญอย่างเหมาะสม และการบำบัดผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมเรียนรู้การช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยในการค้นหาและจัดการกับความคิดอัตโนมัติทางลบอย่างเหมาะสม และให้คำแนะนำ ช่วยเหลือผู้ติดสุราในการวางแผนเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ดังนั้นถึงแม้ว่าการบำบัดด้วยโปรแกรม F-CBT จะสิ้นสุดลง ผู้ดูแลซึ่งได้รับการฝึกในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมยังคงสามารถช่วยเหลือผู้ติดสุราได้ ขณะที่การบำบัดด้วยโปรแกรม MET นั้นในการบำบัดจะช่วยให้ผู้ติดสุราจัดการกับความลังเลใจที่มีต่อการดื่มสุรา โดยผู้บำบัดมีบทบาทสำคัญในการ

ให้ผู้ติดสุราสะท้อนถึงข้อดี ข้อเสียของการดื่ม จนเกิดความตระหนักถึงผลกระทบทางลบของการดื่ม และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มของตนเอง ถึงแม้ในการบำบัดจะสนับสนุนให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ติดสุรา วางแผนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์แล้วจะพบว่าผู้ดูแลมีส่วนช่วยจัดการกับตัวกระตุ้นภายนอกเท่านั้น ขณะที่ตัวกระตุ้นภายใน เช่น ความคิด อารมณ์ ของผู้ติดสุรานั้นไม่ได้รับการจัดการ ดังนั้นเมื่อผู้ติดสุราต้องเผชิญกับตัวกระตุ้นภายในตนเอง จึงทำให้กลับไปดื่มสุราซ้ำได้

**ข้อเสนอแนะ**

บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้ติดสุราควรมีการนำโปรแกรม F-CBT ไปใช้ในการดูแลผู้ติดสุราเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำ นอกจากนี้ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นได้ข้อมูลพื้นฐาน เพื่อใช้เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการดูแลช่วยเหลือผู้ติดสุรา ขณะที่การบำบัดด้วยโปรแกรม MET นั้นควรมีการติดตามให้การบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินแรงจูงใจและทบทวนเป้าหมาย ปัญหาอุปสรรคการของดำเนินการตามแผนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดสุรา

**เอกสารอ้างอิง**


กนกวรรณ พวงมาลีประดับ, สมบัติ สกุลพรรณ์ และดาราวรรณ ต๊ะปินตา. (2563). ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน. *พยาบาลสาร, 47*(2), 297-309.

ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, สมบัติ สกุลพรรณ์, ฉัทธร พิทยรัตน์เสถียร, เชาวนี ล่องชูผล, ภรภัทร สิมะวงค์. (2562.). *โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา*. เชียงใหม่

นภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์, อรัญญา แพจุ้ย และลษิตา ศรีธรรมชาติ. (2562). ผลของการให้การบำบัดแบบย่อโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่. *วารสารกรมการแพทย์, 44*(2), 67-73.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัษณางค์กรชัย และคณะ. (2559). *ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556*. กรุงเทพ: บริษัทบียอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด.

ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552). แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

วารีพร ชูศรี, บุตรี โรจน์พงศ์, จุฑามาศ พรหมมนตรี และสรัญณี อุเส็นยาง. (2561). *ผลกระทบต่อครอบครัวจากการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเขตจังหวัดสงขลา*. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.

วัลลดา พุ่มไพศาลชัย และชิดชนก เรือนก้อน. (2563). ภาระทางเศรษฐศาสตร์ของโรคติดสุราจากระดับโรงพยาบาลสู่ภาพรวมระดับประเทศ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 28*(2), 150-10.

โรงพยาบาลสวนปรุง. (2564). *สถิติผู้ติดสุราที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2562-2564*. เชียงใหม่: กลุ่มงานสารสนเทศ.

โสพพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์. (2553). *Cognitive impairment in medicine basic and clinical neuroscience, MoCA Thai version.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Beck, J. (2011). *Cognitive behaviour therapy: Basics and beyond* (2nd Ed). London: The Guilford Press.

Bonea, M., Neacsu, C.M., & Miclutia V.L. (2018). Comorbidities of alcohol use disorder. *Romanian Journal of Psychiatry, 2*, 63-67.

Glantz, M.D., Bharat, C., Degenhardt, L., Sampson, A.N., Scott, K.M., Kessler, C.R. (2020). The epidemiology of alcohol use disorders cross-nationally: Findings from the Wolrd Mental Health Surveys. *Addictive Behaviors, 102*. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106128

Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., Hoadley, A., Bernstein, M., Carroll, K. (2019). A meta-analysis of cognitive behavior therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(12), 1093-1105.

McHugh, R.K., Hearon, B.A., & Otto, M.W. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 33*(3), 511–525.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. NewYork: Guilford Press.

National Institute on alcohol Abuse and Alcoholism. (2005). *Professional Education Materials*. Retrieved March, 12, 2019. from.niaaa.nih.gov/publications/social/module10jfamilies/module10j.html

Prochaska, J.O., & Diclemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390-395.

Slesnick, N., & Prestopnik, J. L. (2009). Comparison of family therapy outcome with alcohol‐abusing, runaway adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy, 35*(3), 255-277.

Smit, E., Verdurmen, J., Monshouwer, K., & Smit, F. (2008). Family interventions and their effect on adolescent alcohol use in general populations; a meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug and Alcohol Dependence, 97*(3), 195-206.

Thapinta, D., Skulphan, S., Kitsumban, V., & Longchoopol, C. (2017). Cognitive behavior therapy self-help booklet to decrease depression and alcohol use among people with alcohol dependence in Thailand. *Issues in Mental Health Nursing,*38(11), 964-970.

World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health* 2014. World Health Organization. Retrieved June, 22, 2021 from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf