

# การพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้เสพติดโดยใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม

มยุรี เนียมหลวง\*

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่อง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้เสพติด เพื่อให้ผู้เสพติดผ่านการบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดเพิ่มมากขึ้น และเพื่อให้ผู้เสพติดที่ผ่านการบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เสพติดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ในปีงบประมาณ 2563 – 2565 จำนวน 57 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ จัดเป็นกลุ่มเปิด มีกิจกรรมบำบัด 6 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 โรคสมองติดยา เส้นทางการเลิกยาเสพติด บทบาทของครอบครัวในการเลิกยา ตัวกระตุ้นและการจัดการตัวกระตุ้น ครั้งที่ 2 เหยื่อสองด้าน ครั้งที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ครั้งที่ 4 การจัดการกับความคิดที่เกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด ครั้งที่ 5 การจัดการกับความอยากและการพลาดพลั้งไปใช้ยาเสพติด และ ครั้งที่ 6 การเผชิญและการแก้ปัญหา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้เสพติดผ่านการบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 73.68 (42/57) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น ร้อยละ 57.14 (24/42) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายดีขึ้น ร้อยละ 33.33 (14/42) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้น ร้อยละ 52.38 (22/42) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีขึ้น ร้อยละ 50 (21/42) และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้น ร้อยละ 35.71

**คำสำคัญ :** การบำบัดความคิดและพฤติกรรม คุณภาพชีวิต ผู้เสพติด

---

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก

## The Development of a drug addict therapy model using cognitive behavior therapy.

### Abstract

This study was a continuous quality improvement. The purpose were to develop the therapy model based cognitive behavior therapy for drug addicts, Increase quantity drug addicts who passed the therapy according to the criteria and improve drug addicts's Quality of life. Sample was drug addicts 57 persons who received the therapy at Damnoen Saduak Hospital in fiscal year 2563-2565. Select a specific sample group. Samples received cognitive behavior therapy open group once a week, 1 hour each time in total 6 times. 1st time; Brain addiction, Drug withdrawal route, family rules in quitting drugs and stimulator and stimulator management. 2nd time; Double sided coin. 3rd time; Relationship between thought and emotions affecting behavior. 4th time; Thought management about drug use. 5th time; Craving management and accidental use of drug. 6th time; Coping and problem solving. Data collection method by using World Health Organization Quality of Life Scale. Data were analyzed using percentage statistics. The results found that drug addicts passed the therapy according to the criteria 73.68 percent (42/57). After received cognitive behavior therapy drug addicts improved overall quality of life 57.14 percent (24/42), Improved physical health domain 33.33 percent (14/42), Improved psychological health domain 52.38 percent (22/42), Improved social relationships domain 50 percent (21/42) and Improved environment domain 35.71 percent (15/42).

**Key word :** Cognitive behavior therapy, Drug Addict, Quality of life.

## บทนำ

จากการรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลกของสำนักงานด้านยาเสพติดและอาชญากรรมขององค์การสหประชาชาติ พบว่า ในปี 2565 มีประชากรใช้ยาเสพติด จำนวน 248 ล้านคน โดยในจำนวนนี้มีผู้ที่ประสบปัญหาจากยาเสพติดด้านสุขภาพทางกายและจิตใจที่อาจก่อให้เกิดอันตรายและนำไปสู่สถานะการเสพติด จนต้องได้รับการรักษาจำนวน 35 ล้านคน<sup>1</sup> การใช้ยาเสพติดจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการป้องกันและแก้ไขปัญห

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy: CBT) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่บุคคลรับรู้สถานการณ์ บุคคลมักมีการรับรู้สถานการณ์ที่บิดเบี้ยว และไร้ประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาที่มีความทุกข์ การบำบัดทางคิดและพฤติกรรมช่วยให้บุคคลแยกแยะความคิดที่เป็นความทุกข์ และประเมินความคิดที่เป็นความจริงได้ เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนความคิดที่บิดเบี้ยวเมื่อคิดอยู่ในพื้นฐานความเป็นจริงก็จะรู้สึกดีขึ้น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเน้นที่การแก้ปัญหา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม<sup>2</sup> ช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดเรียนรู้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น<sup>3</sup> การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นวิธีการหนึ่งในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด<sup>4</sup> ที่มีโครงสร้างชัดเจน ใช้ระยะเวลาสั้น และเป็นเทคนิคเฉพาะสำหรับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม<sup>5</sup> ช่วยให้บุคคลที่มีความทุกข์มีศักยภาพในการเรียนรู้หนทางในการจัดการปัญหาที่ดีกว่า ซึ่งเป็นผลให้สามารถสร้างสรรค์การเปลี่ยนแปลงชีวิตในเชิงบวก และช่วยให้บุคคลจดจำสถานการณ์ที่ใกล้เคียงตอนใช้ยาเสพติด หลีกเลี่ยงสถานการณ์นั้น และจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดได้ดีกว่า<sup>6</sup> นอกจากนี้ยังมีหลายงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีผลในการรักษาความผิดปกติของการใช้ยาเสพติด (drug abuse disorder) ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และคุณภาพชีวิต<sup>7</sup>

โรงพยาบาลดำเนินสะดวกเป็นหน่วยงานที่มีการพัฒนาคุณภาพการบำบัดผู้เสพยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ในปีงบประมาณ 2560 - 2562 ได้บำบัดผู้เสพยาเสพติดโดยใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เดือนละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 2 เดือน จัดเป็นกลุ่มเปิด มีกิจกรรมบำบัดให้สำรวจตนเอง ซึ่งผู้เสพยาเสพติดหลายคนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มบำบัดได้น้อย และผลการบำบัดในปีงบประมาณ 2560 - 2562 พบว่ามีผู้เสพยาเสพติดผ่านการบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดน้อย ร้อยละ 59.52 (50/84)

ในปีงบประมาณ 2563 - 2565 ได้พัฒนารูปแบบการบำบัด โดยประยุกต์ใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรมของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี<sup>8</sup> บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ จัดเป็นกลุ่มเปิด มีกิจกรรมบำบัดในแต่ละครั้งแตกต่างกันไป ดังนี้ ครั้งที่ 1 เรื่อง โรคสมองติดยา เส้นทางการเลิกยาเสพติด บทบาทของครอบครัวในการเลิกยา ตัวกระตุ้นและการจัดการตัวกระตุ้น ครั้งที่ 2 เรื่อง เหยื่อสองด้าน ครั้งที่ 3 เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ครั้งที่ 4 เรื่อง การจัดการกับความเครียดเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด ครั้งที่ 5 เรื่อง การจัดการกับความอยากและการพลัดหลงไปใช้ยาเสพติด และครั้งที่ 6 เรื่อง การเผชิญและการแก้ปัญหา มีการอธิบายใบกิจกรรมบำบัด และให้กลับไปทำเป็นการบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเรียนรู้ได้ง่ายขึ้น และได้ฝึกทักษะการคิดมากขึ้น มีการเพิ่มการวัดคุณภาพการบำบัดโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย<sup>9</sup>

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้เสพยาเสพติด เพื่อให้ผู้เสพยาเสพติดผ่านการบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดเพิ่มมากขึ้น
2. เพื่อให้ผู้เสพยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น

## วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เสพยาเสพติด (คะแนน  $V2 = 4 - 26$  คะแนน) ที่มารับบริการที่คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ในปีงบประมาณ 2563 - 2565 จำนวน 57 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ จัดเป็นกลุ่มเปิด มีกิจกรรมบำบัด 6 ครั้ง คือ

**ครั้งที่ 1** โรคสมองติดยา เส้นทางการเลิกยาเสพติด บทบาทของครอบครัวในการเลิกยาตัวกระตุ้นและการจัดการตัวกระตุ้น เป็นการให้ความรู้กับผู้เสพยาเสพติดและครอบครัวผ่านสื่อภาพพลิก เรื่อง โรคสมองติดยา เส้นทางการเลิกยา บทบาทครอบครัวในการเลิกยา และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านใบกิจกรรมที่ 1 ตัวกระตุ้นและการจัดการตัวกระตุ้น

**ครั้งที่ 2** เหยี่ยสองด้าน เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านใบกิจกรรมที่ 2 เหยี่ยสองด้าน และใบกิจกรรมที่ 3 พรอหวัดแรงจูงใจในการอยู่บำบัดรักษา

**ครั้งที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านใบกิจกรรมที่ 4 ความคิด และอารมณ์หรือความรู้สึกที่นำไปสู่การใช้ยาบ้าหรือเมทแอมเฟตามีน และใบกิจกรรมที่ 5 ความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม

**ครั้งที่ 4** การจัดการกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านใบกิจกรรมที่ 6 การโต้แย้งความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่นำไปสู่การใช้ยาบ้าหรือเมทแอมเฟตามีน ใบกิจกรรมที่ 7 ผลของการปรับเปลี่ยนความคิด และใบกิจกรรมที่ 8 แบบสำรวจตนเอง

**ครั้งที่ 5** การจัดการกับความอยากและการพลาดพลั้งไปใช้ยาเสพติด เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านใบกิจกรรมที่ 9 ตัวกระตุ้นที่ทำให้รู้สึกอยากยา ใบกิจกรรมที่ 10 การจัดการกับความอยากยา และใบกิจกรรมที่ 11 แบบบันทึกความรู้สึกอยากยา

**ครั้งที่ 6** การเผชิญและการแก้ปัญหา เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านใบกิจกรรมที่ 12 ปัญหา มีไว้ให้แก้ และใบกิจกรรมที่ 13 แบบบันทึกปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหา

กรณีที่ผู้เสพยาเสพติดอ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ ให้ครอบครัวช่วยเขียนการบ้านตามความคิดเห็นของผู้เสพยาเสพติด และขณะเข้ากลุ่มผู้บำบัดจะกระตุ้นให้เพื่อนในกลุ่มช่วยอ่านแทน

กรณีที่ผู้เสพยาเสพติดมีความเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดซ้ำ ผู้บำบัดจะนัดครอบครัวมาพบในเวลาหลังการบำบัดครั้งต่อไป เพื่อร่วมกันวางแผนดูแลช่วยเหลือผู้เสพยาเสพติดต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้เสพยาเสพติดเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และสถานภาพสมรส ส่วนที่ 2 คือ แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย สุวัฒน์ มัทนรินทร์ กุล และคณะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เครื่องมือได้รับการทดสอบแล้ว พบว่ามีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา 0.65 และมีความเชื่อมั่นที่ดี มีความสอดคล้องภายใน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ

## ผลการศึกษา

ในปีงบประมาณ 2563 - 2565 พบว่า ผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 73.68 (42/57) ข้อมูลทั่วไปของผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 42 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.71 (36/42) อายุในช่วง 21-59 ปี ร้อยละ 95.24 (40/42) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.76 (28/42) อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 76.19 (32/42) และสถานภาพโสด ร้อยละ 60.91 (26/42)

**ตารางที่ 1** ระดับคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติดก่อนและหลังการได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

| คุณภาพชีวิต            | คะแนนคุณภาพชีวิต           | ก่อนได้รับ CBT |        | หลังได้รับ CBT |        |
|------------------------|----------------------------|----------------|--------|----------------|--------|
|                        |                            | จำนวน          | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ |
| ด้านสุขภาพกาย          | ระดับไม่ดี (7-16 คะแนน)    |                | 0      | 0              | 0      |
|                        | ระดับปานกลาง (17-26 คะแนน) |                | 69.05  | 15             | 35.71  |
|                        | ระดับดี (27-35 คะแนน)      |                | 30.95  | 27             | 64.29  |
| ด้านจิตใจ              | ระดับไม่ดี (6-14 คะแนน)    | 2              | 4.76   | 0              | 0      |
|                        | ระดับปานกลาง (15-22 คะแนน) | 24             | 57.14  | 6              | 14.29  |
|                        | ระดับดี (23-30 คะแนน)      | 16             | 38.10  | 36             | 85.71  |
| ด้านสัมพันธภาพทางสังคม | ระดับไม่ดี (3-7 คะแนน)     | 4              | 9.52   | 0              | 0      |
|                        | ระดับปานกลาง (8-11 คะแนน)  | 32             | 76.19  | 18             | 42.86  |
|                        | ระดับดี (12-15 คะแนน)      | 6              | 14.29  | 24             | 57.14  |
| ด้านสิ่งแวดล้อม        | ระดับไม่ดี (8-18 คะแนน)    | 1              | 2.38   | 0              | 0      |
|                        | ระดับปานกลาง (19-29 คะแนน) | 36             | 85.71  | 24             | 57.14  |
|                        | ระดับดี (30-40 คะแนน)      | 5              | 11.91  | 18             | 42.86  |
| คุณภาพชีวิตโดยรวม      | ระดับไม่ดี (26-60 คะแนน)   | 0              | 0      | 0              | 0      |
|                        | ระดับปานกลาง (61-95 คะแนน) | 33             | 78.57  | 10             | 23.81  |
|                        | ระดับดี (96-130 คะแนน)     | 9              | 21.43  | 32             | 76.19  |

ก่อนได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้เสพยาเสพติดส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวม ปานกลาง ร้อยละ 78.57 (33/42) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายปานกลาง ร้อยละ 69.05 (29/42) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจปานกลาง ร้อยละ 57.14 (24/42) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 76.19 (32/42) และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมปานกลาง ร้อยละ 85.71 (36/42)

ร้อยละ 76.19 (32/42) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายดี ร้อยละ 64.29 (27/42) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจดี ร้อยละ 85.71 (36/42) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดี ร้อยละ 57.14 (24/42) และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมปานกลาง ร้อยละ 57.14 (24/42) รายละเอียดดังตารางที่ 1 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติดก่อนและหลังการได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

หลังได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้เสพยาเสพติดส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดี

**ตารางที่ 2** คุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติดหลังการได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

| คุณภาพชีวิต            | จำนวนที่บำบัดครบ | คุณภาพชีวิตดีขึ้น |        | คุณภาพชีวิตเท่าเดิม |        | คุณภาพชีวิตแย่ลง |        |
|------------------------|------------------|-------------------|--------|---------------------|--------|------------------|--------|
|                        |                  | จำนวน             | ร้อยละ | จำนวน               | ร้อยละ | จำนวน            | ร้อยละ |
| ด้านสุขภาพกาย          | 42               | 14                | 33.33  | 28                  | 66.67  | 0                | 0      |
| ด้านจิตใจ              | 42               | 22                | 52.38  | 20                  | 47.62  | 0                | 0      |
| ด้านสัมพันธภาพทางสังคม | 42               | 21                | 50     | 21                  | 50     | 0                | 0      |
| ด้านสิ่งแวดล้อม        | 42               | 15                | 35.71  | 27                  | 64.29  | 0                | 0      |
| คุณภาพชีวิตโดยรวม      | 42               | 24                | 57.14  | 18                  | 42.86  | 0                | 0      |

หลังได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น ร้อยละ 57.14 (24/42) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายดีขึ้น ร้อยละ 33.33 (14/42) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้น ร้อยละ 52.38 (22/42) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีขึ้น ร้อยละ 50 (21/42) และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้น ร้อยละ 35.71 (15/42) รายละเอียดดังตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติดหลังการได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

## วิจารณ์ผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การศึกษาครั้งต่อไปควรเป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่จากผลการศึกษา และควรเพิ่มการเลิกเสพยาเสพติดเป็นหัวข้อในการศึกษา

## สรุปผลการศึกษา

รูปแบบการบำบัดผู้เสพยาเสพติดโดยใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถช่วยให้ผู้เสพยาเสพติดผ่านการบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดเพิ่มมากขึ้น และสามารถพัฒนาให้ผู้เสพยาเสพติดมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และ คณะทำงานนางวิสาขรัตน์ มีชัยมงคลกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และนายธำพร เล็บครุฑ นักจิตวิทยาสำหรับความร่วมมือและการทำงานเป็นทีมระหว่างผู้บำบัดและผู้เสพยาเสพติดการศึกษา ซึ่งส่งผลให้การบำบัดมีประสิทธิภาพ

## เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Global overview drug demand drugs supply. United Nations publication; 2022.
2. Beck, Aaron T.; et al. Cognitive Therapy of Substance Abuse. New York: The Guilford Press; 1993.

3. สุกมา แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์, วชิร มีศิลป์. คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาเสพติดและสารเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ. ประทุมธานี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี; 2563.

4. Carroll KM, Kiluk BD. Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. Psychol Addict Behav; 2017.

5. Magill M, Kiluk BD, Ray LA. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Alcohol and Other Drug Use Disorders: Is a One-Size-Fits-All Approach Appropriate? Subst Abuse Rehabil; 2023.

6. Liese BS, Aaron T. Cognitive-Behavioral Therapy of Addictive Disorders. Guilford Publications; 2022.

7. Wenzel A, Keith SD, Pamela A. Cognitive behavioral therapy techniques and strategies. American Psychological Association; 2016.

8. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด, โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่; 2540