

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา
ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2557
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF GROUP MOTIVATIONAL INTERVIEWING PROGRAM ON ALCOHOL
CONSUMPTION IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH ALCOHOL
DRINKING PROBLEM

Miss Kittaya Swangsap



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric
Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2014
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา
โดย	นางสาวกฤตยา แสงทรัพย์
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

กฤตยา แสวงทรัพย์ : ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา (THE EFFECT OF GROUP MOTIVATIONAL INTERVIEWING PROGRAM ON ALCOHOL CONSUMPTION IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH ALCOHOL DRINKING PROBLEM) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร. สุนิศา สุขตระกูล, 168 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในระยะก่อน การทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน และ 2) พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราจำนวน 46 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ได้รับการจับคู่กลุ่มตัวอย่างด้วยปัญหาการดื่มสุรา แล้วถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน กลุ่มทดลองได้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม (Group Motivational Interviewing) ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากการศึกษาของ Santa Ana et al. (2007) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Miller and Rollnick (2002) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา และ 4) แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 3 ตรวจสอบความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำพบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ .87 และเครื่องมือชุดที่ 4 พบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated ANOVA) และทดสอบค่าเฉลี่ยด้วยวิธี Planned Comparisons กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5577151736 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: GROUP MOTIVATIONAL INTERVIEWING / ALCOHOL CONSUMPTION / SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH ALCOHOL DRINKING PROBLEM

KITTAYA SWANGSAP: THE EFFECT OF GROUP MOTIVATIONAL INTERVIEWING PROGRAM ON ALCOHOL CONSUMPTION IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH ALCOHOL DRINKING PROBLEM.
 ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIT, Ph.D., CO-ADVISOR: SUNISA SUKTRAKUL, Ph.D., 168 pp.

This study is a quasi-experimental two groups repeated measures design. The objectives were to compare: 1) alcohol consumption of schizophrenic patients with alcohol drinking problem who received group motivational interviewing program measured at the end of the intervention and at 1 month post intervention, and 2) alcohol consumption of schizophrenic patients with alcohol drinking problem who received group motivational interviewing program and those who received regular nursing care measured at the end of the intervention and at 1 month post intervention. The sample consisted of 46 schizophrenic patients with alcohol drinking problem who met the inclusion criteria and received services at the out patient department in Sakaeo Rajanagarindra Psychiatric Hospital. They were matched-pair with scores on alcohol drinking problem and then randomly assigned to either experimental or control group, 23 subjects in each group. The experimental group received the group motivational interviewing program that applied from the program which Santa Ana et al. (2007) had developed based on the motivational concept of Miller and Rollnick (2002), whereas the control groups received regular nursing care. Research instruments comprised of: 1) Group motivational interviewing program, 2) Demographic questionnaire, 3) The alcohol consumption assessment, and 4) The stage of change readiness and treatment eagerness scale. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 3rd instrument was reported by Pearson Correlation as of .87 and the 4th instrument had Cronbach's Alpha Coefficient reliability of .86. Descriptive statistics, repeated measures analysis of variance (Repeated ANOVA) and Planned comparisons were used in data analysis.

The conclusions of this research are as follows:

1. Alcohol consumption of schizophrenic patients with alcohol drinking problem who received the group motivational interviewing program measured at the end of the intervention and at 1 month post intervention was significantly lower than that before at p .05.

2. Alcohol consumption of schizophrenic patients with alcohol drinking problem who received the group motivational interviewing program measured at the end of the intervention and at 1 month post intervention was significantly lower than those who received the regular nursing care at p .05.

Field of Study: Mental Health and Psychiatric
 Nursing

Academic Year: 2014

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้งสองท่าน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อูทิศ และอาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีคุณค่าให้คำปรึกษา คำแนะนำซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความทุ่มเท เอาใจใส่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความเมตตา ความเสียสละ ความเอื้ออาทร ที่ท่านอาจารย์มอบให้โดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ทั้งสองเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิต กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ประสบการณ์ และคำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ตลอดระยะเวลาของการศึกษาที่ผ่านมา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการ การวิจัยครั้งนี้ รวมถึงพี่ ๆ และเพื่อน ๆ ทุกคนที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เจ้าหน้าที่กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือ และเอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลาและความสุขสบายส่วนตัวมาเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ซึ่งทุกท่านมีส่วนร่วมและเป็นส่วนสำคัญยิ่งในความสำเร็จในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่กรุณาสนับสนุนทุนการศึกษาในระดับปริญญาโทมหาบัณฑิตครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ และรำลึกถึงพระคุณของ บิดา มารดา ผู้ให้กำเนิด และขอขอบคุณทุกคนในครอบครัวที่เป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญยิ่งในความสำเร็จครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์ใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ท่านมีสุขภาพกายที่แข็งแรง มีพลังใจที่เข้มแข็งต่อไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวเหตุผล และสมมติฐานการวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	11
ขอบเขตการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา	16
2. แนวคิดและหลักการของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม.....	34
3. แนวคิดและหลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจ	38
4. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการดำเนินการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม.....	43
5. โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม	49
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	53

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	57
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	58
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	59
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	62
ขั้นตอนดำเนินการวิจัย	74
การวิเคราะห์ข้อมูล	96
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	97
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	111
สรุปผลการวิจัย	114
อภิปรายผลการวิจัย	115
ข้อเสนอแนะ	123
รายการอ้างอิง	125
ภาคผนวก	136
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	137
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา และการตรวจสอบความเที่ยง	139
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)	143
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และแบบแสดงความ ยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	158
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	162
ภาคผนวก ฉ จดหมายขออนุญาตใช้วิธีทัศนประกอบการดำเนินการวิจัย และจดหมายขออนุญาต ใช้เครื่องมือในการวิจัย	164
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	168

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 สรุปบูรณาการการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม.....	50
ตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระดับปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	60
ตารางที่ 3 เกณฑ์การพิจารณาในการแปลผลค่าคะแนนของแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการ เปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A)	70
ตารางที่ 4 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม	77
ตารางที่ 5 ระดับคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม (n=23)	92
ตารางที่ 6 ระดับคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=23).....	93
ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ และสถานภาพสมรส.....	98
ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการศึกษา และอาชีพ	99
ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลา การเจ็บป่วยทางจิต.....	100
ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนครั้งของการนอน โรงพยาบาล และระยะเวลาของการดื่มสุราติดต่อกันจนถึงปัจจุบัน.....	101
ตารางที่ 11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการดื่มสุราของบุคคลใน ครอบครัว และประวัติการใช้สารเสพติดอื่น	102
ตารางที่ 12 พฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล ในระยะก่อน การทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน จำแนกตามระดับ ปัญหาการดื่มสุรา	103
ตารางที่ 13 การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองตัวแปรแบบวัดซ้ำ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย จิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กัระยะเวลาในการ วัดค่าตัวแปรตาม	107
ตารางที่ 14 การทดสอบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา.	109

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	56
ภาพที่ 2 แผนภูมิสรุptionขั้นตอนดำเนินการวิจัย.....	95
ภาพที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการติ้msuraตามระดับปัญหาการติ้msuraของ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ้msuraในกลุ่มทดลอง	105
ภาพที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการติ้msuraตามระดับปัญหาการติ้msuraของ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ้msuraในกลุ่มควบคุม	106
ภาพที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการติ้msuraของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหา การติ้msuraระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับระยะเวลาในการวัด.....	108



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นปัญหาที่มีความรุนแรง และมีความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพเป็นอย่างมาก เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากเป็นอันดับ 1 ของโรคจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2555; Boyd, 2012) โดยข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเชิงระบาดวิทยาทั่วโลกพบอัตราความชุกของโรคจิตเภทในอัตราเฉลี่ย 15.2 คนต่อแสนประชากร (McGrath et al., 2008) และพบอุบัติการณ์ของการเกิดโรคจิตเภทรายใหม่เท่ากับ 0.5-1.5 คนต่อแสนประชากร (Sadock and Sadock, 2005) สำหรับในบริบทของประเทศไทยพบอัตราความชุกของโรคจิตเภทได้สูงถึง 8.8 คนต่อแสนประชากร (Phanthunane et al., 2010) อีกทั้งยังพบว่ามีความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากสถิติของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งในแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอกที่มีอัตราสูงถึงร้อยละ 36.05 และ 36.12 ในปี พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2555 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2555) เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทแล้ว จะมีการดำเนินโรคในลักษณะเป็นแบบเรื้อรัง กล่าวคือ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการทางจิตกำเริบอยู่เป็นระยะ ๆ ซึ่งอาการทางจิตที่กำเริบบ่อยครั้งนั้นเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะทุพพลภาพ (Disability) ได้ในอัตราที่สูง (Jablensky, 2000) และปัญหาของภาวะทุพพลภาพนั้นจะทวีความรุนแรงมากขึ้นหากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดร่วม ซึ่งนับว่าเป็นหนึ่งในปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาในด้านต่าง ๆ ที่มีความรุนแรงมากขึ้นตามมา (Jablensky, 2000)

จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดร่วมสูงถึงร้อยละ 27-58.9 (Addy et al., 2012) และเมื่อจำแนกตามชนิดของสารเสพติดที่ใช้ พบว่าจะมีพฤติกรรมการดื่มสุราสูงเป็นอันดับหนึ่งในบรรดาสารเสพติดที่ใช้ร่วมทั้งหมด โดยพบได้ในอัตราสูงถึงร้อยละ 53.1 (Latt et al., 2011) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่ามีความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดร่วมสูงถึงร้อยละ 92.5 ซึ่งสุรายังคงเป็นสารเสพติดที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้ร่วมมากที่สุด (หทัยวัน สนั่นเอื้อ, 2551) โดยมีสถิติของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราสูงถึงร้อยละ 37.7- 62.3 (กรมสุขภาพจิต, 2555) สอดคล้องกับข้อมูลของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ที่เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการดื่มสุราในอัตราสูงถึงร้อยละ 52.5 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วย

จิตเภทกลุ่มนี้จะมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันในอัตราที่สูง (โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์, 2556) สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุภัทรา ก้อนคำดี (2556) เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าในบรรดาผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลซึ่งมีอัตราการสูงถึงร้อยละ 76.5 จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา รวมด้วยสูงถึงร้อยละ 94.4 ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ายังคงมีผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันได้ในอัตราที่สูง

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Consumption) เป็นการคาดประมาณลักษณะของการดื่มสุราของบุคคลทั้งในแง่ของปริมาณและความถี่ของการดื่มสุรา โดยมีการกำหนดและเทียบเคียงปริมาณการดื่มสุราเป็นดื่มมาตรฐาน เพื่อให้การคาดประมาณพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรามีความเป็นสากล (Suktrakul, 2009; Bellavia et al., 2014) ในขณะที่ยังคงการอธิบายโลกได้ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราไว้ว่าเป็นลักษณะการดื่มสุราของบุคคล โดยสามารถแบ่งกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ไม่ดื่มสุราเลย 2) กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinking) 3) กลุ่มที่ดื่มสุราแบบมีปัญหา (Harmful Drinking) และ 4) กลุ่มที่ดื่มแบบติด (Alcohol Dependence) (WHO, 2001) ทั้งนี้ Rane et al. (2012) ได้ใช้แนวคิดนี้ในการศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสหรัฐอเมริกา และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราจัดอยู่ในกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง กลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหา และกลุ่มที่ดื่มแบบติด มีอัตราสูงถึงร้อยละ 16.8, 5.7 และ 2.5 ตามลำดับ

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายๆ ด้าน กล่าวคือ สามารถส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทและสมอง โดยก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบสารสื่อประสาทในสมองหลายชนิด เช่น การมีระดับของสารซีโรโทนินที่ลดลง ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Heinz et al., 2001) และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามมาได้ (Hughes, 2009) นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามีความบกพร่องด้านการรับรู้ที่มีระดับความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งความบกพร่องด้านการรับรู้จะรวมถึงความสามารถในกระบวนการคิด การตัดสินใจ การวางแผน ตลอดจนมีการยับยั้งชั่งใจที่ลดน้อยลง จนอาจนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามมาได้ (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556; จีระพรรณ สุริยงค์ และคณะ, 2557; Green et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mohamed et al. (2006) และ Ralevski et al. (2012) ที่พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านต่างๆ ได้แก่ กระบวนการคิด การรับรู้ ความตั้งใจ และกระบวนการแก้ไขปัญหามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทหรือกลุ่มผู้ป่วยที่ติดสุราเพียงอย่างเดียว

พฤติกรรมการติ่มสุรายังส่งผลต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท คือ อาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้างเคียงจากการใช้ยารักษาอาการทางจิต เช่น Extrapyrimal Side Effects (EPS) โดยเฉพาะ Tardive Dyskinesia ได้ในอัตราที่สูง (Hughes, 2009) และที่สำคัญที่สุดจะส่งผลทำให้การบำบัดรักษาด้วยยามีประสิทธิภาพที่ลดน้อยลง (Mccann, Boardman, and Clark, 2008; Hughes, 2009) สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราจะประสบปัญหาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาด้วยยา (นพวรรณ เอกสุวิรพงษ์ และนารัต เกษตรทัต, 2550) ทั้งนี้ส่วนใหญ่ล้วนมีสาเหตุเนื่องมาจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สุราจะมีปัญหาการให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาหรือมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อยู่ในระดับที่ต่ำ (Batki et al., 2009) ซึ่งปัญหาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษานี้จะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรามีอาการทางจิตกำเริบ และกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ในที่สุด โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราจะมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน (Gerding et al., 1999; Bradizza et al., 2009) และมักพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรากลุ่มที่มีปัญหาการกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ ส่วนใหญ่จะไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนในอดีตส่งผลให้ครอบครัวมีภาระในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นได้ (Hughes, 2009) นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาการกลับเป็นซ้ำสามารถส่งผลกระทบต่อในวงกว้างต่อระบบบริการสุขภาพทั้งในด้านของการวางระบบการดูแลที่ซับซ้อน และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งยังส่งผลให้พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องรับผิดชอบในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น (Drake and Mueser, 2002; Curran et al., 2008) ซึ่งข้อมูลทั้งหมดนี้สะท้อนให้เห็นว่าหากผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีพฤติกรรมการติ่มสุราอย่างต่อเนื่องสามารถส่งผลกระทบต่อในระยะยาวทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีพฤติกรรมการติ่มสุราอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การได้รับความกดดันทางด้านอารมณ์จากบุคคลอื่น การไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการได้รับสิ่งกระตุ้นอื่น ๆ จากสิ่งแวดล้อม (เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ, 2555; เพ็ญพัทธ์ ดารากร ณ อยุธยา, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ribbe et al. (2011) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลง ดังนั้นเมื่อเกิดความเครียดหรือได้รับความกดดันในด้านต่าง ๆ จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการเผชิญปัญหาด้วยการมีพฤติกรรมการติ่มสุรา และใช้สารเสพติดเพื่อบรรเทาอารมณ์ทางด้านลบที่เกิดขึ้น ส่วนปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความอยากติ่มสุรา (Craving) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีการติ่มสุราเข้าไปในร่างกายแล้วจะส่งผลต่อ Brain Reward System คือ สุราจะมีกลไกการออกฤทธิ์ไปกระตุ้นให้สมองส่วนอยากมีการหลั่งสาร Dopamine ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทชนิดหนึ่งในบริเวณของวงจรรอบมาในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกพึงพอใจต่อการติ่มสุรา เกิดความอยาก และ

มีความต้องการที่จะดื่มสุรานั้นต่อไป (Salyers and Mueser, 2004; Munro and Edward, 2008) และเมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลให้เกิดความอยากดื่มสุรา จะทำให้ไม่สามารถควบคุมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเองได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา จะมีปัจจัยทางด้านแรงจูงใจภายในตัวบุคคลลดลง (Martio, Carroll and Kostas, 2002; Gregg, Barrowclough and Haddock, 2007) ซึ่งการขาดแรงจูงใจหรือการมีแรงจูงใจในระดับต่ำถือเป็นปัจจัยภายในที่มีความสำคัญและเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล (Miller and Rollnick, 2002) ทั้งนี้ Carey et al. (2007) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราส่วนใหญ่จะมีระดับแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรารอยู่ในระดับต่ำ คือ อยู่ในขั้นเพิกเฉย และขั้นลังเลใจ ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราจึงมักมีความยากลำบากในการตัดสินใจและลงมือกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจมีความสำคัญต่อกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราลดลงได้ โดยในปีปัจจุบันพบว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Miller and Rollnick (2002) เป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบหนึ่งที่มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพที่ได้รับความนิยมสำหรับใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพต่างๆ ในวงกว้าง อีกทั้งสามารถดำเนินการได้ทั้งการบำบัดในรูปแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม โดยทั้งสองรูปแบบจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกัน (John, Driessen, Wetterling and Dilling, 2003) แต่อย่างไรก็ตาม Wagner and Ingersoll (2013) เสนอแนะว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม (Group Motivational Interviewing: GMI) มีข้อดีคือ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกระบวนการในการตัดสินใจและการวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าว ได้มีประสิทธิภาพดีกว่าการดำเนินการบำบัดในรูปแบบรายบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการกลุ่มจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ของตนเองกับสมาชิกอื่นในกลุ่ม อีกทั้งได้เปิดรับข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ ที่หลากหลายเพื่อประกอบการแก้ไขปัญหาดังกล่าว อีกทั้งเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเพิ่มมากขึ้นและลดการแยกตัวจากสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้นับเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยยอมรับในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ง่ายมากขึ้น และเกิดความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับ Yalom and Leszcz (2005) ที่กล่าวว่า การใช้กระบวนการกลุ่มจะช่วยลดการแยกตัวทางสังคม และเพิ่มการยอมรับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น อีกทั้งยังสามารถช่วยส่งเสริมศักยภาพของบุคคลและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลนั้นประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น นอกจากนี้สุนทรื ศรีโกไสย สมพร กิวแก้ว และ ทิพศมัย ทายะรังษี (2553) กล่าวว่า การบำบัดรายบุคคลมีจุดอ่อนคือ ทำให้ผู้ป่วยขาดประสบการณ์ในการ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหาก็เหมาะสมจากผู้อื่นซึ่งเคยมีประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆ ในขณะที่การดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มจะทำให้สมาชิกกลุ่มได้รับประโยชน์สูงสุดจากการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้แฝงที่มีอยู่ในตัวบุคคลดังกล่าว ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Santa Ana et al. (2007) และ Stauder (2012) ที่มีความสอดคล้องกันและสนับสนุนว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพที่ดีในการลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตซึ่งมีการใช้สารเสพติดร่วม ทั้งนี้เนื่องจากการบำบัดในรูปแบบกลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มักจะมีควมบกพร่องในด้านต่าง ๆ ทั้งกระบวนการคิดและการรับรู้ เกิดการช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจกันและกันภายในกลุ่มผู้ป่วยที่มีสภาพปัญหาคล้ายคลึงกัน ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และลดความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เร็วมากขึ้น นอกจากนี้กลุ่มเพื่อนอาจเป็นแรงจูงใจที่สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติ่มสุรา และทำให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการลดพฤติกรรมการติ่มสุราลงได้ ดังนั้นการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มจึงมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมการติ่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Stauder, 2012; Wagner and Ingersoll, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยเกี่ยวกับการศึกษาและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาใช้สุรา พบการศึกษาบางเรื่องที่ได้มีการนำการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคลมาประยุกต์ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติ่มสุราของผู้ป่วยจิตเวช และพบว่าสามารถลดพฤติกรรมการติ่มสุราของผู้ป่วยลงได้ เช่น การศึกษาของสมิตรา ตรีสุวรรณ, สุนทรี ศรีโกสย และ พัทยา สอาดวุธ (2555) ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุราร่วม และการศึกษาของ ทวี วิจารณ์พันธ์ (2551) ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตที่มีการใช้สุราร่วม นอกจากนี้ยังพบว่าได้มีคู่มือการบำบัดผู้ติดสารเสพติดที่มีปัญหาซับซ้อน ซึ่งพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2555) ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางให้บุคคลากรทางการแพทย์สามารถจัดการกับปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อน โดยจะมุ่งเน้นการบำบัดรักษาที่ครอบคลุมทั้งการบำบัดรักษาอาการทางจิตและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติ่มสุราและการใช้สารเสพติด แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์หรือรายงานการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติ่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา ซึ่งพบว่าการใช้กระบวนการกลุ่มจะเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้นได้ (Wagner and Ingersoll, 2013)

จากประสิทธิภาพของการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม และช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในประเทศไทยดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสนใจพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยประยุกต์จากโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มของ Santa Ana et al. (2007)

ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) โดยให้ความสำคัญกับการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม และการให้คำปรึกษาที่เน้นการเพิ่มระดับแรงจูงใจของผู้ป่วย เพื่อที่จะใช้เป็นแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราที่อาจส่งผลต่อการกำเริบของอาการทางจิต และการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ในระยะเวลาที่ต่างกัน มีพฤติกรรมการดื่มสุราแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะเวลาที่ต่างกัน มีพฤติกรรมการดื่มสุราแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน

แนวเหตุผล และสมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและมีความสำคัญซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงระบบบริการสุขภาพ และระบบบริการพยาบาลเป็นอย่างมาก ทั้งนี้เนื่องจากหากผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยมีกระบวนการคิดและการตัดสินใจบกพร่อง จนอาจนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามมาได้ (Ralevski et al., 2012) อีกทั้งยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา และการรับประทานยา รักษาอาการทางจิตลดน้อยลง (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และคณะ, 2550) ซึ่งนำไปสู่การมีอาการทางจิตกำเริบ และกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องได้แก่ การมีแรงจูงใจภายในตัวบุคคลลดลง (Martio, Carroll and Kostas, 2002; Gregg, Barrowclough and Haddock, 2007) โดยในการศึกษาของ Carey et al. (2007) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราส่วนใหญ่จะมีระดับแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งนับเป็นอุปสรรคที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ดังนั้นการจัดกระทำโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจจึงมีความสำคัญต่อกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีพฤติกรรมการดื่มสุราที่ลดลงได้ (Santa Ana et al., 2007; Martino and Santa Ana, 2013)

การใช้หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Miller and Rollnick (1991, 2002) ที่พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model; TTM) ของ Prochaska and DiClemente (1986) โดยกล่าวถึง การใช้กระบวนการของการเสริมสร้างแรงจูงใจให้มีความเหมาะสมกับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จำเป็นต้องใช้หลักการพื้นฐานและเทคนิคต่างๆ ของการเสริมสร้างแรงจูงใจในการผลักดันให้ผู้ป่วยมีการพัฒนา ระดับแรงจูงใจให้เป็นไปตามขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจ และมีการลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่เหมาะสมมากขึ้น

ในปัจจุบันพบว่า การดำเนินการบำบัดโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถดำเนินการได้ ทั้งการบำบัดในรูปแบบรายบุคคลและการบำบัดในรูปแบบกลุ่ม ซึ่งแม้จะพบว่า การบำบัดทั้งสองรูปแบบสามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกัน (John, Driessen, Wetterling and Dilling, 2003) แต่มีนักวิชาการบางท่านชี้แนะให้เห็นถึงข้อดีของการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม (Group Motivational Interviewing: GMI) ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น คือ ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ของตนเองกับสมาชิกอื่นในกลุ่ม ได้เปิดรับข้อมูลในประเด็นต่างๆ ที่หลากหลายเพื่อประกอบการแก้ไขปัญหา อีกทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเพิ่มมากขึ้น ลดการแยกตัวจากสังคม และยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเหล่านี้ถือเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Wagner and Ingersoll, 2013) สอดคล้องกับ Yalom and Leszcz (2005) ซึ่งเสนอว่า ข้อดีของการใช้กระบวนการกลุ่ม คือ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ได้ง่ายมากขึ้น เกิดความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของตนเอง รวมถึงมีการตัดสินใจและวางแผนแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้มีประสิทธิภาพดีกว่าการดำเนินการบำบัดในรูปแบบรายบุคคล เห็นได้จากผลการศึกษาของ Santa Ana et al. (2007) ที่สนับสนุนว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพที่ดีในการลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตซึ่งมีการใช้สารเสพติดร่วม

ในประเทศไทยได้มีการนำการเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบรายบุคคลมาประยุกต์ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราอย่างชัดเจน แต่ยังไม่พบข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพการบำบัดโดยการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่อาจส่งผลกระทบต่ออาการทางจิต และการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยประยุกต์จากโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มของ Santa Ana et al. (2007) ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจและมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเป็นการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เป็นเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ติดต่อกัน ทั้งนี้กระบวนการและรูปแบบของกิจกรรมจะเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม โดยมีสาระสำคัญในการดำเนินการแต่ละครั้งที่คาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราลดลง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การเสริมสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

การสร้างสัมพันธภาพ และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบของการบำบัด จะเป็นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจ และมีความเต็มใจในการเปิดเผยข้อมูลของตนเองที่จะเป็นประโยชน์ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลจิตเวชของสมบัติ ธิยาพันธ์ (2552) ที่ว่า การสร้างสัมพันธภาพจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจต่อกระบวนการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น จากนั้นมีการให้ผู้ป่วยประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่มีต่ออาการทางจิตและทางร่างกายของตนเอง รวมถึงมีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับในประเด็นดังกล่าว มีการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในกลุ่มโดยใช้เทคนิคต่างๆ ของการเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การใช้เทคนิค DARES และ OARS ซึ่งการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวจะเป็นการผลักดันผู้ป่วยจิตเภทที่ยังอยู่ในขั้นเพิกเฉย (Pre-Contemplation) ให้ก้าวเข้าสู่ขั้นลังเลใจได้ (Contemplation) (สุมิตรา ศรสวรรณ และคณะ, 2555; Horsfall et al., 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรราวลัย กนกจรรยา (2554) และสาวิตรี สุริยะฉาย (2556) ที่พบว่าหากผู้ป่วยมีความตระหนักในปัญหาการดื่มสุราจะทำให้ผู้ป่วยมีความเต็มใจและมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในระยะต่อไปได้

ครั้งที่ 2 การสร้างความเข้าใจ การยอมรับ และสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

ในกิจกรรมครั้งนี้จะเป็นการมุ่งผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทก้าวไปสู่ขั้นตัดสินใจ (Determination) เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและการดูแลอาการทางจิตของตนเองได้ อีกทั้งยัง

ผลักดันให้เกิดความพร้อมในการลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรารายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 โดยในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มจะมีการประเมินระดับแรงจูงใจ และผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งเชื่อว่าแรงจูงใจของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการตรวจสอบระดับของแรงจูงใจของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมในลำดับต่อไป (Miller and Rollnick, 2002) มีการให้ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งนำหนักเพื่อการตัดสินใจ (Decision Balance) โดยใช้เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจได้แก่ การใช้เทคนิค DARES และ OARS เข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ทั้งนี้ในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านกระบวนการคิด การมองปัญหา และยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแสดงคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเองออกมา ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความคิดเห็นอย่างไรต่อปัญหานั้น ๆ และเป็นการเน้นย้ำให้เห็นถึงการที่ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ชัดเจน (Miller and Rollnick, 2002)

มีการให้ผู้ป่วยได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา และการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลอาการทางจิตของตนเองในอดีต รวมทั้งมีการอภิปรายสร้างแนวทางที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยแต่ละคนร่วมกันภายในกลุ่ม ซึ่งจะมีการใช้กระบวนการ FRAMES ในการดำเนินกิจกรรม โดยในการดำเนินกิจกรรมนี้ถือว่าการเสริมสร้างจุดแข็งในตัวเองของผู้ป่วย และเป็นการส่งเสริมศักยภาพในตัวเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวังต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ๆ ให้มีความเหมาะสม (สุนทรี ศรีโกสย และคณะ, 2553; Yalom, 1995) อีกทั้งการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) ที่เสนอแนวทางในการผลักดันผู้ป่วยจากขั้นลังเลใจไปสู่ขั้นตัดสินใจ และขั้นลงมือกระทำตามลำดับ

ครั้งที่ 3 การกำจัดอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา

ในกิจกรรมครั้งนี้จะเป็นการมุ่งผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทก้าวเข้าสู่ขั้นลงมือกระทำ (Action) ทั้งนี้ในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม จะมีการประเมินระดับแรงจูงใจและผลักดันให้เกิดความพร้อมในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งเชื่อว่าแรงจูงใจของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการตรวจสอบระดับของแรงจูงใจของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในลำดับต่อไป (Miller and Rollnick, 2002) มีการเสริมสร้างความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ป่วยสามารถระบุถึงสิ่งกระตุ้น และเกิดแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยจะมีการทบทวนในเรื่องสิ่งกระตุ้นที่จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มสุรา พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ถึงสิ่งกระตุ้นของตนเอง และร่วมกันหาแนวทางในการป้องกันที่เหมาะสมภายในกลุ่ม โดยใช้เทคนิคของการเสริมสร้าง

แรงจูงใจได้แก่ การใช้กระบวนการ FRAMES การใช้เทคนิค DARES และ OARS ซึ่งการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแสดงศักยภาพในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง และสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสม โดยเชื่อว่าจะเป็นการสนับสนุนให้มีแนวทางในการลงมือกระทำ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราได้ชัดเจนมากขึ้น (Foote et al., 1999; Santa Ana et al., 2007)

ครั้งที่ 4 การสร้างความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา

ในการบำบัดครั้งนี้จะมีการเสริมสร้างความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (Relapse Prevention) โดยระยะแรกของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม จะมีการประเมินระดับแรงจูงใจและผลักดันให้เกิดความพร้อมในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Miller and Rollnick (2002) มีการทบทวนในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องลงมือกระทำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา มีการเน้นย้ำผลกระทบของพฤติกรรม การดื่มสุราที่มีต่ออาการทางจิต พร้อมทั้งร่วมวิเคราะห์ในประเด็นที่ยังคงเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วย ซึ่งเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยจิตเภทได้มีการทบทวนเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการลงมือกระทำ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรามากขึ้นได้ (Santa Ana et al., 2007; Martino and Santa Ana, 2013)

ทั้งนี้ในโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยจะมีการคำนึงถึงความแตกต่างของระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนในกลุ่ม โดยจะมีการประเมินระดับแรงจูงใจในช่วงต้นของการดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง และใช้กระบวนการกลุ่มผลักดันให้ผู้ป่วยมีระดับของแรงจูงใจอยู่ในขั้นที่เหมาะสมสำหรับเนื้อหาของ การดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้ง ซึ่งการออกแบบกิจกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับ Wagner and Ingersoll (2013) ที่กล่าวว่า ในการดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบกลุ่ม จำเป็นต้องมีการตรวจสอบแรงจูงใจของผู้ป่วยในกลุ่มให้มีระดับของแรงจูงใจใกล้เคียงกัน หรือให้มีความเหมาะสมกับเนื้อหาของกิจกรรม เพื่อให้การดำเนินการบำบัดมีประสิทธิภาพสูงสุด

อีกทั้งในช่วงระหว่างการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้ง จะมีการคำนึงถึงการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันภายในกลุ่ม ซึ่งผู้ป่วยที่มีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นที่สูงกว่าจะได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นตัวแบบในการผลักดันให้สมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่มให้มีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นที่สูงขึ้นได้ ซึ่งการออกแบบกิจกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับ Wagner and Ingersoll (2013) ที่กล่าวว่า การดำเนินกิจกรรมโดยการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มจะส่งเสริมให้เกิดปัจจัยบำบัดขึ้นได้ ซึ่งสนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (The Posttest Two Groups Repeated Measures Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และมีปัญหาการดื่มสุราที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และมีปัญหาการดื่มสุราที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 46 คน

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

ในการวิจัยครั้งนี้มีการประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (The Alcohol Consumption Assessment; ACA) ซึ่งมีลักษณะคำถามที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราย้อนหลังในระยะ 1 เดือน ดังนั้นการประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองทันที อาจไม่ใช่ผลที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มทั้งหมด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) และมีปัญหาการดื่มสุรา ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราร่วมด้วย ประเมินโดยใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test; AUDIT) ในกลุ่มที่มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 8-15 คะแนน เป็นกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinking) กลุ่มที่มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 16-19 คะแนน เป็นกลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญห (Harmful Drinking) และกลุ่มที่มีระดับคะแนนมากกว่า 20 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีการดื่มแบบติดสุรา (Alcohol Dependence)

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา หมายถึง การดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยคำนึงถึงลักษณะต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ชนิดของสุราที่ดื่ม ปริมาณเฉลี่ยของการดื่มสุรา และความถี่ของการดื่มสุรา (จำนวนวันของการดื่มสุรา) ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (The Alcohol Consumption Assessment; ACA) พัฒนาโดย Suktrakul et al. (2009)

การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มขึ้น โดยประยุกต์จากโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มของ Santa Ana et al. (2007) ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) เพื่อผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดความตระหนักต่อปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มทดลองทั้งหมด 23 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 6-9 คน มีการดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกันทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการดังนี้

ครั้งที่ 1 การเสริมสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 ของการเข้าร่วมกิจกรรมใช้เวลาทั้งสิ้น 60 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเล็งเห็นถึงความสำคัญ และเกิดความตระหนักในปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา มีการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ และขั้นตอนการสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

ครั้งที่ 2 การสร้างความเข้าใจ การยอมรับ และสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตี๋มสุรา หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 90 นาที เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตี๋มสุราสามารถตัดสินใจ มีการตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตี๋มสุรา และมีแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตี๋มสุราของตนเอง พร้อมทั้งมีแนวทางในการการดูแลอาการทางจิตของตนเองที่มีความเหมาะสม โดยการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนการประเมินระดับแรงจูงใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตี๋มสุรา ขั้นตอนการชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ และขั้นตอนการสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตี๋มสุรา

ครั้งที่ 3 การกำจัตุ้ปสรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตี๋มสุรา หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3 ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 90 นาที เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตี๋มสุราเกิดแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการตี๋มสุราที่ชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ โดยกิจกรรมประกอบด้วย 2 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนการประเมินระดับแรงจูงใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตี๋มสุรา และขั้นตอนการสร้างแนวทางในการกำจัตุ้ปสรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตี๋มสุรา

ครั้งที่ 4 การสร้างความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตี๋มสุรา หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 60 นาที เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตี๋มสุรามีความมั่นใจต่อการลงมือกระทำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตี๋มสุรามากขึ้น และมีการเน้นย้ำผลกระทบของพฤติกรรมกรรมการตี๋มสุราที่มีต่ออาการทางจิต โดยกิจกรรมประกอบด้วย 2 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนการประเมินระดับแรงจูงใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตี๋มสุรา และขั้นตอนการสร้าง ความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตี๋มสุรา

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตี๋มสุราได้รับกิจกรรมการดูแลที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษารายบุคคลและรายครอบครัวประมาณ 15- 20 นาทีก่อนการเข้าพบแพทย์ การให้สุขศึกษารายกลุ่มเกี่ยวกับโรคจิตเภทและยาเสพติด รวมทั้งมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในการรักษาอาการทางจิต

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดแรงจูงใจ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา เพื่อป้องกันการกำเริบของอาการทางจิต และป้องกันการป่วยซ้ำของตนเองได้
2. เป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบในการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ โดยใช้บทบาทของพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อประกอบการดำเนินการวิจัย โดยมีเนื้อหาและสาระสำคัญ ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา
 - 1.1 ความหมายของพฤติกรรมการดื่มสุรา
 - 1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา
 - 1.3 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา
 - 1.4 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ของโรคจิตเภทกับการมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดรวมถึงการดื่มสุรา
 - 1.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.6 ผลกระทบของสุราต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา
 - 1.7 แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา
 - 1.8 แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา
2. แนวคิดและหลักการของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
 - 2.1 แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
 - 2.2 บทบาทของผู้บำบัดตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
 - 2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
3. แนวคิดและหลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจ
 - 3.1 ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจ
 - 3.2 แนวคิดพื้นฐานของการเสริมสร้างแรงจูงใจ
 - 3.3 เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจ
 - 3.4 ประเภทและรูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจ
4. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการดำเนินการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
 - 4.1 ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
 - 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
 - 4.3 แนวคิดการพัฒนาการกลุ่มในการดำเนินการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
 - 4.4 ปัจจัยบำบัดของการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
5. โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

1.1 ความหมายของพฤติกรรมการดื่มสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิชาการหลายท่านที่ให้ความหมายของพฤติกรรมการดื่มสุรา ดังนี้

พันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ (2549) ให้ความหมายของพฤติกรรมการดื่มสุราไว้ว่า เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยปริมาณและความถี่ของการดื่มสุรา ระยะเวลาและสถานที่ในการดื่มสุรา บุคคลที่มีส่วนร่วมในการดื่มสุรา และผลเสียที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา

พุมิชาติา จันทะคุณ (2556) ให้ความหมายของพฤติกรรมการดื่มสุราไว้ว่า เป็นลักษณะการดื่มสุราของบุคคลที่ประกอบด้วยปริมาณ และความถี่ในการดื่มสุรา

Suktrakul (2009) ให้ความหมายของพฤติกรรมการดื่มสุราไว้ว่า เป็นลักษณะของการดื่มสุราของบุคคลที่สามารถวัดและประเมินได้จากชนิดของสุราที่ดื่ม ปริมาณการดื่มสุรา และความถี่ของการดื่มสุรา

Andreasson, Danieleeon, and Hallgren (2013) ให้ความหมายของพฤติกรรมการดื่มสุราไว้ว่า เป็นการคาดประมาณเกี่ยวกับปริมาณ และความถี่ของการสุราโดยเฉลี่ยในช่วงระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งมีการเทียบเคียงปริมาณการดื่มเป็นดื่มมาตรฐาน (Standard Drink)

Bellavia et al. (2014) ให้ความหมายพฤติกรรมการดื่มสุราไว้ว่า เป็นลักษณะการคาดประมาณการดื่มของบุคคลเกี่ยวกับความถี่ของการดื่มสุรา และปริมาณการดื่มสุราโดยเฉลี่ยใน 1 วัน ซึ่งไม่ว่าจะเป็นเบียร์ ไวน์ หรือสุราชนิดต่างๆ จะมีการเทียบเคียงปริมาณการดื่มเป็นดื่มมาตรฐาน

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Consumption) หมายถึง ลักษณะของการดื่มสุราของบุคคลที่ประกอบด้วย ชนิดของสุรา ปริมาณของการดื่มสุรา และความถี่ของการดื่มสุรา ซึ่งจะมีการเทียบเคียงปริมาณการดื่มเป็นดื่มมาตรฐาน

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา

ในปัจจุบันพบว่ามีความหลากหลายเกี่ยวกับชนิดของสุรา ซึ่งสุราแต่ละชนิดจะมีดีกรีของแอลกอฮอล์ หรือปริมาณของแอลกอฮอล์ที่ผสมอยู่ในปริมาณที่แตกต่างต่างกัน ดังนั้นในการเทียบเคียงพฤติกรรมการดื่มสุราของแต่ละบุคคลนั้น จำเป็นจะต้องมีการคาดประมาณปริมาณการดื่มให้มีความเป็นสากล จึงได้มีการกำหนดเป็นดื่มมาตรฐานขึ้น ซึ่งดื่มมาตรฐาน (Standard Drink) หมายถึง หน่วยอ้างอิงที่จะบ่งชี้ถึงปริมาณของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่ผสมอยู่ในสุราแต่ละชนิด สำหรับในประเทศไทยมีการกำหนดไว้ว่า 1 ดื่มมาตรฐาน จะมีปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์เท่ากับ 10 กรัม (พันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในปัจจุบันมีเครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา อยู่มากมาย มีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 แบบประเมิน Quantity-Frequency Questionnaire (QF)

แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา Quantity-Frequency Questionnaire (QF) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับปริมาณและความถี่ของการดื่มสุราโดยเฉลี่ย หรือลักษณะที่มีการดื่มสุราเป็นประจำ และปริมาณการดื่มสุราที่มากที่สุดในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา แบบประเมินนี้สามารถใช้คัดกรองผู้ที่มีแนวโน้มที่จะเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้ ซึ่งสามารถประเมินได้อย่างรวดเร็ว แต่มีข้อจำกัด คือ อาจเกิดการประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้ต่ำกว่าความเป็นจริง (พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549)

1.2.2 แบบประเมิน Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)

ในอดีตแบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ แต่เนื่องจากแบบประเมินนี้มีปริมาณของข้อคำถามที่มากเกินไป ส่งผลให้ในการประเมินแต่ละครั้งต้องใช้ระยะเวลาที่ค่อนข้างนาน จึงได้มีการพัฒนาปรับลดจำนวนข้อคำถามลงเป็น 12 ข้อคำถาม แต่ยังคงมีเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และการรับรู้ต่อปัญหาการดื่มสุราของตนเอง แบบประเมินนี้สามารถใช้ในการการคัดกรองภาวะติดสุราได้เป็นอย่างดี แต่ไม่เหมาะสำหรับการประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในบุคคลที่มีความเสี่ยงจากการดื่มสุรา (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย, 2552)

1.2.3 แบบประเมิน CAGE

แบบประเมิน CAGE สามารถใช้คัดกรองเบื้องต้นถึงภาวะติดสุราได้ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่

Cut Down	คุณเคยรู้สึกว่าคุณควรลดปริมาณการดื่มสุราของคุณลงหรือไม่
Annoyed	เคยมีคนสร้างความรำคาญให้กับคุณโดยการกล่าวเตือนหรือกล่าวตำหนิคุณเกี่ยวกับการดื่มสุราของคุณหรือไม่
Guilty	คุณเคยรู้สึกไม่ดีหรือรู้สึกผิดเกี่ยวกับการดื่มสุราของคุณหรือไม่
Eye-Opener	คุณเคยต้องดื่มสุราเป็นสิ่งแรกในตอนเช้า เพื่อที่จะได้กำจัดอาการเมาค้างของคุณหรือไม่

สำหรับบุคคลที่มีการตอบแบบสอบถามว่า “ใช่” ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป บ่งบอกได้ว่าบุคคลนั้นอาจมีภาวะติดสุรา ซึ่งต้องใช้การวินิจฉัยอื่น ๆ ร่วมด้วย ในแบบประเมินนี้มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถแยกรูปแบบของการดื่มสุราของบุคคลได้อย่างชัดเจน (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย, 2552)

1.2.4 แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test; AUDIT) เป็นแบบประเมินที่สามารถคัดกรองระหว่างกลุ่มที่ผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยง (Hazardous Drinking) กลุ่มผู้ที่ดื่มแบบมีปัญห (Harmful Drinking) และกลุ่มผู้ที่ดื่มแบบติด (Alcohol

Dependence) ออกจากกันได้ มีการพัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก มีการแปลเป็นภาษาไทย โดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ ซึ่งประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน ทำให้จากการประเมินจะมีค่าคะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 0 - 40 คะแนน และสามารถแบ่งประเภทกลุ่มตามระดับปัญหาการดื่มสุรา ได้ดังนี้ (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552)

1.2.4.1 กลุ่มที่มีการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low-Risk Drinking) จะมีระดับคะแนนประเมินปัญหาการดื่มสุราอยู่ระหว่าง 0-7 คะแนน ถือว่าเป็นลักษณะการดื่มที่ปลอดภัยสำหรับบุคคลทั่วไป แต่สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มสตรีมีครรภ์ หรือกลุ่มสตรีที่ให้นมบุตร บุคคลที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรง และบุคคลที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ควรมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในปริมาณที่ต่ำกว่านี้

1.2.4.2 กลุ่มที่มีการดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinking) จะมีระดับคะแนนประเมินปัญหาการดื่มสุราอยู่ระหว่าง 8-15 คะแนน ถือว่าเป็นลักษณะการดื่มสุราในปริมาณที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย และมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้มากขึ้น นอกจากนี้ในบุคคลที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในปริมาณที่หนักมากติดต่อกันก็จัดอยู่ในกลุ่มที่มีการดื่มแบบเสี่ยงเช่นกัน

1.2.4.3 กลุ่มที่มีการดื่มแบบมีปัญห (Harmful Drinking) จะมีระดับคะแนนประเมินปัญหาการดื่มสุราอยู่ในระหว่าง 16-19 คะแนน ซึ่งเป็นลักษณะการดื่มสุราจนส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสุขภาพจิต และรวมถึงผลกระทบเกี่ยวกับการมีความบกพร่องในด้านสัมพันธภาพทางสังคมได้

1.2.4.4 กลุ่มที่มีการดื่มแบบติดสุรา (Alcohol Dependence) จะมีระดับคะแนนประเมินปัญหาการดื่มสุรามากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน ซึ่งบุคคลจะมีรูปแบบการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสม (Alcohol Used Disorders) จนส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย ความจำ พฤติกรรม และการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ บกพร่อง ไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนเองได้ หากมีการหยุดดื่มสุราทันทีอาจจะส่งผลให้เกิดภาวะถอนพิษสุราตามมาได้ (Alcohol Withdrawal)

1.2.5 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (The Alcohol Consumption Assessment; ACA) เป็นเครื่องมือประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของบุคคล มีการพัฒนาขึ้นโดยสุนิศา สุขตระกูล ในปี พ.ศ. 2552 ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับชนิดของสุราที่ดื่ม ปริมาณของการดื่มสุราโดยเฉลี่ย ซึ่งจะมีการเทียบเคียงหน่วยเป็นดื่มมาตรฐาน และจำนวนวันที่มีการดื่มสุราในช่วงระยะเวลาใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

แบบประเมินพฤติกรรมกาการดื่มสุรา (ACA) สามารถคำนวณพฤติกรรมกาการดื่มสุราได้โดยการนำปริมาณของสุราที่ดื่มโดยเฉลี่ยคูณกับจำนวนวันที่มีการดื่มสุราในช่วงระยะเวลาใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Suktrakul, 2009)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินพฤติกรรมกาการดื่มสุรา (ACA) เพื่อใช้ในการประเมินถึงพฤติกรรมกาการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ประกอบด้วยชนิดของสุราที่ดื่ม ปริมาณการดื่มสุรา และความถี่ของการดื่มสุรา ซึ่งถือว่ามีความสอดคล้องกับค่านิยามศัพท์ของพฤติกรรมกาการดื่มสุราที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น

1.3 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิชาการที่ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ดังนี้

Drake and Mueser (2002) ให้ความหมายไว้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเป็นกลุ่มบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและมีปัญหาในด้านอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่ การมีพฤติกรรมกาการดื่มสุรา หรือมีพฤติกรรมกาการใช้สารเสพติดในทางที่ผิด (Alcohol and Substance Misuse) ร่วมกับการมีปัญหาทางด้านสติปัญญา หรือมีปัญหาทางด้านจิตเวชอื่น ๆ ซึ่งมักเรียกผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่าเป็นกลุ่มผู้ที่มีโรคร่วม (Comorbid Disorder)

Hughes (2009) ให้ความหมายไว้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเป็นบุคคลที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชร่วมกับมีพฤติกรรมกาการใช้สารเสพติดในทางที่ผิด ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพต่างๆ ตามมามากขึ้นได้

Councill, Halter, and Dijulio (2010) ให้ความหมายไว้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเป็นกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และมีพฤติกรรมกาการใช้สารเสพติดหรือมีพฤติกรรมกาการดื่มสุราาร่วม

Bostrom (2011) ให้ความหมายไว้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเป็นบุคคลที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและมีปัญหาทางด้านกาการใช้สารเสพติดหรือมีการดื่มสุราาร่วม

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา หมายถึงบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร่วมกับการที่มีพฤติกรรมกาการดื่มสุราาร่วมด้วย

1.4 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ของโรคจิตเภทกับการมีพฤติกรรมกาการใช้สารเสพติด รวมถึงการดื่มสุรา

ผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตาร่วมกับการที่มีพฤติกรรมกาการใช้สารเสพติด รวมถึงการดื่มสุราสามารถส่งผลให้เกิดความเปราะบางในด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมกาการดื่มสุราหรือกาการใช้สารเสพติดที่มีปัญหาได้ง่ายมากขึ้น และในทางกลับกันการมีพฤติกรรมกาการดื่มสุราหรือ

การใช้สารเสพติดยังส่งผลกระทบต่อการทำให้อาการทางจิตที่แย่ลงได้มากขึ้นเช่นกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ของโรคจิตเภทกับการมีพฤติกรรมใช้สารเสพติดรวมถึงการติ่มสุราสามารถสรุปได้ดังนี้ (ธวัชชัย ลิพหานาจ, 2549; พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสินานนท์, 2552; Council et al., 2010)

1.4.1 แนวคิดทฤษฎี Natural Diathesis-Stress Model

ในแนวคิดทฤษฎีนี้เป็นการอธิบายถึงความเปราะบางทางด้านชีวภาพของผู้ป่วยในการเกิดโรคจิตเภท โดยการมีพฤติกรรมการติ่มสุราหรือการใช้สารเสพติดถือเป็นความกดดันหรือตัวกระตุ้นชนิดหนึ่งจากสิ่งแวดล้อม (Environment Stressors) ที่กระตุ้นให้เกิดผู้ป่วยเกิดโรคจิตเภทขึ้นได้ และการมีพฤติกรรมการติ่มสุราหรือการใช้สารเสพติดจะเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบขึ้นได้

1.4.2 แนวคิดทฤษฎี Accumulative Risk Factor Hypothesis

ในแนวคิดทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะพบความบกพร่องในด้านการทำงานของสมอง ความบกพร่องด้านสังคม ความบกพร่องในการเผชิญกับสังคมหรือครอบครัวที่มีเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการติ่มสุราและการใช้สารเสพติด ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดมากกว่าประชาชนทั่วไป

1.4.3 แนวคิดทฤษฎี Self-Medication Hypothesis

ในแนวคิดทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการติ่มสุราและการใช้สารเสพติด เพื่อช่วยบรรเทาอาการทางจิตที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอาการแสดงทางด้านลบ แต่ในขณะเดียวกันหากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการติ่มสุราและการใช้สารเสพติด จะถือเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้มีการกำเริบของกลุ่มอาการแสดงทางด้านบวกได้เช่นเดียวกัน ซึ่งแนวคิดทฤษฎีนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Baker et al. (2012) ที่มีการศึกษาถึงสาเหตุของพฤติกรรมการติ่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า สาเหตุหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการติ่มสุราเพื่อช่วยบรรเทาอาการแสดงทางด้านลบของตนเอง

1.4.4 แนวคิดทฤษฎี Reward Circuitry Dysfunction

ในแนวคิดทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของวงจรสมองส่วนอยาก (Brain Reward Pathway) ที่มีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของสาร Dopamine ในสมอง สำหรับผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการติ่มสุราหรือการใช้สารเสพติด เพื่อบรรเทาอาการทางด้านลบที่เกิดขึ้น เมื่อติ่มสุราไปแล้วอาจส่งผลสะท้อนกลับต่อการทำงานของวงจรสมองส่วนอยากได้เช่นเดียวกัน โดยทำให้สมองมีการหลั่งสาร Dopamine ออกมาในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น จนสามารถส่งผลต่อการกำเริบของอาการทางด้านบวกได้เช่นกัน

จากแนวคิดทฤษฎีทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดรวมถึงการติ่มสุราสามารถส่งผลกระทบต่อกันและกันได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความเสี่ยงต่อการติ่มสุราและใช้สารเสพติดในทางที่เป็นปัญหาได้ง่ายมากขึ้น และในทางกลับกันการติ่มสุราและสารเสพติดก็สามารถส่งผลทำให้อาการทางจิตกำเริบได้มากขึ้นเช่นกัน

1.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการติ่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการติ่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท มีรายละเอียดดังนี้ (พิชัย แสงชาญชัย, พงศกร เนตราคม และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, 2549; Hughes, 2009; Rassool, 2010; Boyd, 2012)

1.5.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological Factors)

1.5.1.1 ระบบสารชีวเคมีในสมอง เมื่อมีการติ่มสุราหรือมีการใช้สารเสพติด เข้าไปในร่างกายแล้ว จะมีกลไกการออกฤทธิ์ที่วงจรสมองส่วนอยาก (Brain Reward System) โดยเซลล์ที่อยู่ในบริเวณของก้านสมองจะไปจับกับ Opioid Receptors ส่งผลให้สมองมีการหลั่งของ สารสื่อประสาทหลายชนิดได้แก่ Glutamate, Norepinephrine และ Dopamine ออกมาในปริมาณ ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข และเกิดความรู้สึกพึงพอใจต่อพฤติกรรมการติ่มสุราหรือ การใช้สารเสพติดนั้น ๆ แต่เมื่อระดับของสารสื่อประสาทนั้นๆ ในสมองลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สาร Dopamine จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยาก (Craving) และมีความต้องการในการติ่มสุรา หรือใช้สารเสพติดนั้นๆ ต่อไป เพื่อตอบสนองความรู้สึกมีความสุขและเพื่อให้เกิดความพึงพอใจ ตามที่ต้องการ

ในการศึกษาของ Tiffany, Carter, and Singleton (2000) กล่าวว่า ความรู้สึกอยากติ่มสุรา (Craving) จะมีสาเหตุสืบเนื่องมาจากการที่บุคคลมีกระบวนการทางความคิด อัตโนมัต โดยมุ่งหวังผลลัพธ์ทางบวกที่เกิดขึ้นจากการติ่มสุรา ซึ่งเมื่อบุคคลได้ประสบกับสถานการณ์ ต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติเกี่ยวกับการติ่มสุรา จะส่งผลให้บุคคลเกิด ความอยากติ่มสุราขึ้นได้ และอาจกลับมามีพฤติกรรมการติ่มสุราในรูปแบบเดิมได้ในที่สุด

ความอยากติ่มสุรา (Craving) มีความสัมพันธ์กับหลากหลายปัจจัย โดย สามารถสรุปได้ดังนี้ (Tiffany et al., 2000; Crits-Christoph et al., 2015)

1) การควบคุมตัวเอง (Compulsivity) โดยพบว่าในบุคคลที่สามารถ ควบคุมตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติ่มสุราได้ดี จะส่งผลให้มีความอยากติ่มสุราที่รุนแรง น้อยลงได้

2) ความคาดหวังและจุดมุ่งหมาย (Expectancy and Purposefulness) ระดับความรุนแรงของความอยากติ่มสุราจะมีความสัมพันธ์กับความมุ่งหวังผลลัพธ์ทางบวกและความ

ตั้งใจที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ซึ่งหากบุคคลมีความมุ่งหวังผลลัพธ์ทางบวกมากขึ้นเท่าใด จะส่งผลให้มีความรู้สึกอยากดื่มสุรามากขึ้นเท่านั้น

3) ระดับความรุนแรงของการดื่มสุรา (Severity of Alcohol Used) โดยมักพบว่าผู้ที่มีระดับความรุนแรงของการดื่มสุราที่แตกต่างกันจะมีความอยากดื่มสุราที่รุนแรงต่างกัน โดยเฉพาะกลุ่มที่ดื่มแบบติดสุรามักจะมีความอยากดื่มสุราที่มีระดับรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ จนเป็นสาเหตุให้บุคคลนั้นกลับมาดื่มสุราได้ในที่สุด (Tiffany et al., 2000) ถือว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาเชิงทำนายของ Crits-Christoph et al. (2015) ที่กล่าวว่า ระดับปัญหาการดื่มสุรา และความรู้สึกอยากดื่มสุราสามารถทำนายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของบุคคลได้

1.5.2 ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (Psychological Factors)

1.5.2.1 มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติด เพื่อบรรเทาอาการทางจิต (Self-Medication Hypothesis) โดยในแนวคิดนี้กล่าวว่า สุราและสารเสพติดจะสามารถช่วยบรรเทาอาการแสดงทางด้านลบของโรคจิตเภทได้ แต่ในขณะเดียวกันการดื่มสุราและการใช้สารเสพติด จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีการกำเริบของกลุ่มอาการแสดงทางด้านลบได้เช่นเดียวกัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Baker et al. (2012) ที่มีการศึกษาถึงสาเหตุของการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าสาเหตุหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเพื่อช่วยบรรเทาอาการแสดงทางด้านลบของตนเอง

1.5.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและพฤติกรรมกรรมการใช้สารเสพติดมากกว่าบุคคลทั่วไป โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการทำงานของสมอง มีบุคลิกภาพและสภาพจิตใจที่ไม่มั่นคง และมักจะมองตนเองในด้านลบ ส่งผลให้มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ (Councill et al., 2010) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักจะมี ความบกพร่องทางความคิด และการตัดสินใจ (Impaired Thinking and Judgment) จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดเพิ่มสูงขึ้น (Boyd, 2012)

1.5.2.3 ปัจจัยด้านแรงจูงใจภายในตัวบุคคลลดลง (Intrinsic Motivation) ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในการจัดการกับความทุกข์ทรมานจากอาการทางจิตของตนเองที่กำเริบอยู่บ่อยครั้ง จนทำให้เล็งเห็นแต่ผลดีของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และเกิดความล้าเลใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เป็นเหตุให้ขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราตามมาได้ (Martio Carroll and Kostas, 2002; Gregg et al., 2007)

1.5.3 ปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (Sociocultural Factors)

1.5.3.1 ในทฤษฎีทางด้านสังคม มีการอธิบายไว้ว่าปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดจะขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมและสังคมของบุคคลนั้นๆ

กล่าวคือ บางพื้นที่จะมีความเชื่อที่ว่า การตี๋มสุรามิผลในด้านการเสริมแรงบวก (Reinforcement) ได้แก่ การตี๋มสุราจะส่งผลให้ได้รับความสนใจและได้รับการยอมรับจากบุคคลในสังคม (Dimeff and Marlatt, 1998) จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีพฤติกรรมการตี๋มสุราเพื่อช่วยในการเข้าสังคม และยังพบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับแรงกดดันทางสังคม ได้รับการเลี้ยงดูในครอบครัวที่ไม่เหมาะสม การที่ภายในครอบครัวมีการใช้การแสดงออกทางด้านอารมณ์สูง จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรม การตี๋มสุรา เพื่อลดความกดดันทางด้านอารมณ์ดังกล่าว (Counsell et al., 2010)

1.5.3.2 ปัจจัยด้านสภาวะสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นการได้รับการกระตุ้น จากบุคคล สถานที่ หรือสิ่งของต่างๆ ที่อาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกอยากตี๋มสุรา ซึ่งสิ่งเหล่านี้กล่าวได้ว่าเป็นสิ่งกระตุ้นที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการตี๋มสุรา (Salyers and Mueser, 2001; Munro and Edward, 2008)

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการตี๋มสุราในผู้ป่วยจิตเภทข้างต้น พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการตี๋มสุราอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยทางด้านจิตสังคม และปัจจัยทางด้านสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของ Baker et al. (2012) และ Gregg et al. (2007) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการตี๋มสุราเพื่อบรรเทาอาการทางจิต จึงเป็นเหตุให้มีแรงจูงใจภายในตัวบุคคลลดลง ซึ่งแรงจูงใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะผลักดันให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีการจัดกระทำโดยมีการจัดการกับปัจจัยด้านแรงจูงใจ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการตี๋มสุราได้มากขึ้น

1.6 ผลกระทบของสุราต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตี๋มสุรา

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการตี๋มสุราอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้เกิดผลกระทบในด้านต่างๆ ที่รุนแรงมากขึ้นได้ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตี๋มสุรา สามารถสรุปได้ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2546; กรมสุขภาพจิต, 2547; สมบัติ ตรีประเสริฐ, 2550; Hughes, 2009; Rassool, 2010)

1.6.1 ผลกระทบต่อปัญหาด้านร่างกาย

สุราสามารถส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการตัดสินใจที่บกพร่องมากขึ้น ทำให้มีการทำงานของกล้ามเนื้อที่มีลักษณะไม่สัมพันธ์กัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกโดยการสูญเสียการทรงตัว นอกจากนี้ยังส่งผลให้มีผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมตนเองลดน้อยลง มีภาวะสับสน ง่วงซึม หากมีพฤติกรรมการตี๋มสุราในปริมาณมากอาจส่งผลให้มีภาวะหมดสติได้ (พงศธร เนตราคม, 2549) นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบในระยะเรื้อรัง ซึ่งจะมีผลต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายดังนี้

ระบบทางเดินอาหาร ปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ โรคตับแข็ง โรคตับอักเสบจากสุรา และการมีไขมันสะสมในตับ นอกจากนี้หากมีพฤติกรรมการดื่มสุราในปริมาณที่มากเกินไปจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสารคัดหลั่งในกระเพาะอาหาร ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการและมีภาวะขาดวิตามินได้

ระบบหัวใจและหลอดเลือด การดื่มสุราเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งจะก่อให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ และอาจส่งผลให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองได้

ระบบประสาท การดื่มสุราจะส่งผลต่อเซลล์หุ้มประสาท (Membranes of Neuron) กล่าวคือ หากมีการดื่มสุราเป็นระยะเวลาานานจะส่งผลให้วงจรของการนอนเปลี่ยนแปลงไป โดยจะมีผลต่อวงจรการนอนหลับในระยะที่ 4 ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะการนอนหลับเป็นช่วง ๆ ไม่ต่อเนื่อง หรือนอนไม่หลับทั้งคืน

1.6.2 ผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพจิต

สุราเป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งจะมีผลต่อการทำงานของสมอง โดยมีความเกี่ยวเนื่องกับการทำงานของระบบสารสื่อประสาทในสมอง โดยเฉพาะสาร Dopamine Serotonin และ Glutamate ซึ่งถือว่าเป็นสารสื่อประสาทที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภทมากที่สุด

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักจะพบความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของสมองในส่วนการทำงานของวงจรสมองส่วนอยาก (Brain Reward Pathway) ที่มีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของสาร Dopamine ในสมองที่เพิ่มมากขึ้น และหากมีผู้ป่วยจิตเภทมีการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้สมองมีการทำงานที่ผิดปกติมากขึ้น โดยสุราจะกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร Dopamine ออกมาในปริมาณเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม ซึ่งจะทำให้มีอาการทางจิตกำเริบได้ง่ายมากขึ้น และการที่มีอาการทางจิตกำเริบบ่อยครั้ง จะมีความสัมพันธ์กับระดับความบกพร่องของสมาธิ สติปัญญา คุณภาพของการตัดสินใจ มีความบกพร่องในด้านความคิดและการทำหน้าที่ทางจิตสังคมมากขึ้นเช่นกัน (Bellack and DiClemente, 1999; Mohamed et al., 2006)

1.6.3 ผลกระทบต่อปัญหาด้านครอบครัว

เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้มีความบกพร่องต่อการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ทั้งด้านกระบวนการคิดและการตัดสินใจ นอกจากนี้พฤติกรรม การดื่มสุราจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีอาการทางจิตที่กำเริบขึ้นได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียดขึ้นได้ และอาจเป็นภาระในการดูแล (Burden) ได้มากขึ้นเช่นกัน (Mohamed et al., 2006; Kitchen et al., 2012)

จากผลกระทบที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะพบว่าหากผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีพฤติกรรมกำเริบซ้ำอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนในการดูแลรักษา ดังนั้นจึงมีความเชื่อมโยงกับรูปแบบของการบำบัดที่จะต้องมีการวางแผนให้ครอบคลุมทั้งการบำบัดรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งจะต้องมีลักษณะการบำบัดรักษาที่ดำเนินการไปพร้อม ๆ กันในทุกปัญหาของผู้ป่วย (พิชัย แสงชาญชัย , 2553)

1.7 แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราถือเป็นกลุ่มโรคร่วมที่มีความซับซ้อนต่อระบบบริการสุขภาพเป็นอย่างมาก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการบำบัดรักษาที่มีความผสมผสานและครอบคลุมทั้งการบำบัดรักษาอาการทางจิตและการบำบัดเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมกำเริบซ้ำ ซึ่งรูปแบบในการบำบัดรักษาสามารถสรุปได้ดังนี้ (Wobrock, Czesnik, and Malchow, 2011)

1.7.1 การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacological Treatment)

การบำบัดรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา จะมีเป้าหมายในการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันไป ซึ่งพบว่าในบางครั้งจะมีการใช้ยากลับยาต้านโรคจิตในการบำบัดรักษาเพื่อมุ่งเน้นในการรักษาอาการทางจิตที่เกิดขึ้นจากโรคจิตเภท แต่ในบางครั้งก็มีการใช้ยาทางจิตเวชเพื่อบรรเทาความรุนแรงของอาการอยากดื่มสุรา หรือเพื่อรักษาอาการอื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น อาการซึมเศร้า การลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาอาการทางจิต เป็นต้น

การบำบัดด้วยยาในกลุ่มยาต้านโรคจิต (Antipsychotics Drug) เป็นเป้าหมายที่มีความสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วยจิตเภท กล่าวคือ จะมีความเกี่ยวเนื่องกับการปรับสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง โดยมีการออกฤทธิ์ยับยั้งการจับตัวของสาร Dopamine กับ Dopamine Receptor Type 2 ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยให้สงบลงได้

1.7.2 การบำบัดทางจิตสังคม (Psychological and Psychosocial Interventions)

การบำบัดทางจิตสังคมจะช่วยสนับสนุนในการเพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัดรักษามากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตร่วมกับการดื่มสุราและการใช้สารเสพติด ซึ่งรูปแบบของการบำบัดทางจิตสังคมสามารถสรุปได้ดังนี้ (สายรัตน์ นกน้อย, 2553; พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และคณะ, 2552; Wobrock et al., 2011)

1.7.2.1 การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เป็นรูปแบบการบำบัดที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ มีการเน้นความรับผิดชอบที่ตัวผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความเสี่ยง และรับรู้ถึงประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกำเริบซ้ำและการใช้สารเสพติด มีการชั่งน้ำหนักในการตัดสินใจ

(Decisional Balance) รวมถึงมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการตั้งเป้าหมายของตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราและการใช้สารเสพติด

1.7.2.2 การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีโครงสร้างที่ชัดเจน มีเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยมีการใช้เทคนิคต่าง ๆ ของกระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมาใช้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2553)

1.7.2.3 การฝึกทักษะทางด้านสังคม (Social Skill Training) เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราและการใช้สารเสพติด ประกอบด้วย ทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับความอยาก ทักษะการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง รวมถึงการฝึกทักษะการสื่อสารในสังคม

1.7.2.4 การบำบัดทางจิตสังคมอื่น ๆ (Other Psychosocial Interventions) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคร่วมถือว่ามีความซับซ้อนในการบำบัดรักษา ดังนั้นรูปแบบที่มีการนำมาใช้ในการบำบัดรักษาอีกรูปแบบหนึ่งที่เป็นที่นิยม คือ รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในสังคม (Assertive Community Treatment) ซึ่งได้มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในสังคมพบว่ามีประสิทธิภาพในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุราและการใช้สารเสพติด และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราถือเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาที่มีความครอบคลุมทั้งการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม โดยในการบำบัดทางจิตสังคมนั้นจะมีอยู่ด้วยกันหลากหลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นต้น และจากการศึกษาของ Martio Carroll and Kostas (2002) และ Gregg et al. (2007) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีพฤติกรรม การดื่มสุรา เพื่อใช้บรรเทาอาการทางจิต ซึ่งจะทำให้เกิดความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราของตนเอง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ในการผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราของตนเองมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

1.8 แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราถือเป็นกลุ่มที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนกลุ่มหนึ่ง พยาบาลจำเป็นต้องให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นจากอาการทางจิต ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดื่มสุรา และปัญหาทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้น (Boyd, 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมพบแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีรายละเอียดดังนี้

1.8.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดแบ่งตามช่วงระยะของการดูแล

สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้ (เสาวลักษณ์ ยิ้มเย็น, ถนอมศรี อินทนนท์ และวันดี สุทธิรังสี, 2554)

1.8.1.1 ระยะการประเมินและการจัดการกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดในระยะแรก (Initial Assessment and Management Phase) ในระยะนี้ถือเป็นระยะที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาลในระยะต่อไปเป็นอย่างมาก โดยพยาบาลจะต้องรวบรวมข้อมูลให้มีความครอบคลุมในทุกประเด็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติด ซึ่งต้องอาศัยทั้งการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการประเมินสภาวะทางจิตสังคมในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยที่ครบเป็นองค์รวมมากที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2552; Boyd, 2011) สำหรับหลักการในการประเมินนั้นพยาบาลจะต้องมีการใช้ทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม มีลักษณะตรงไปตรงมา มีความเข้าใจในบริบทของวัฒนธรรมหรือศาสนาที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการประเมินเพื่อค้นหาความผิดปกติทางด้านความหลงผิด นอกจากนี้ในการประเมินเพื่อค้นหาความผิดปกติทางด้านอารมณ์จะต้องให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงระหว่างอารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงออกกับระยะของการดำเนินโรคหรือความรุนแรงของการเจ็บป่วยทางจิต (โกสม เศรษฐวงศ์ และคณะ, 2545; ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ, 2556)

การประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงของอาการหลงผิด อาการประสาทหลอน หรือความผิดปกติในด้านความคิดและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยมีการแสดงออกมาให้เห็น หากพยาบาลสามารถประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่รายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยมีการใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) เพื่อใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยที่ชัดเจน ซึ่งแบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน และมีเกณฑ์ในการพิจารณากระดับความรุนแรงของอาการทางจิตดังนี้ 1) ระดับคะแนน 18- 36 หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับน้อย 2) ระดับคะแนนมากกว่า 36 หมายถึง มีอาการทางจิตระดับมาก (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556)

นอกจากนี้จะต้องมีการประเมินระดับความรุนแรงที่เกิดจากพฤติกรรมการดื่มสุราและการใช้สารเสพติด โดยพยาบาลจะต้องคำนึงถึงช่วงระยะการออกฤทธิ์ของสุราและยาเสพติด หรือระยะถอนพิษสุราและสารเสพติด มีรายละเอียดดังนี้

1) ระยะเวลาออกฤทธิ์ของสุรา (Alcohol Intoxication) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกำเริบสุราในปริมาณที่มากเกินไป จนส่งผลให้มีระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดสูง และเกิดพิษหรือผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้มีพฤติกรรมหรือมีสภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งมักจะมีอาการแสดงให้เห็นเช่น มีอาการพูดอ้อแอ้ มีการประสานของกล้ามเนื้อไม่ดี เดินเซ คลื่นไส้ อาเจียน การเสียความทรงจำและสมารถกลืนปัสสาวะไม่ได้ ระดับความรู้สึกตัวลดลง อาจถึงขั้นหมดสติได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2546) โดยอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นระหว่างการดื่มสุรา หรือหลังการดื่มสุราทันที

2) ระยะเวลาของการถอนพิษของสุรา (Alcohol Withdrawal) เป็นภาวะที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีการหยุดดื่มสุราลงอย่างกะทันหัน อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่วะยะเวลา 6 ชั่วโมง หลังจากการดื่มสุราครั้งสุดท้าย โดยอาการถอนพิษสุราที่เกิดขึ้นอาจมีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งในผู้ที่มีประวัติการดื่มสุราอย่างหนัก และติดต่อกันเป็นระยะเวลาานาน จะเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้มีระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราได้มากขึ้น สำหรับอาการและอาการแสดงของระยะถอนพิษสุราแบ่งตามระดับความรุนแรงได้เป็น 3 ระดับ มีรายละเอียดดังนี้ (พันธุณภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552)

- ระดับที่ 1 ระดับเล็กน้อย มักจะเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 6 ชั่วโมง ถึง 36 ชั่วโมง หลังจากการดื่มสุราครั้งสุดท้าย อาการที่แสดงให้เห็นได้แก่ อาการมือสั่น ปวดศีรษะ หงุดหงิดง่าย วิดกกังวลเล็กน้อย เหงื่อออก ใจสั่น ความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน แต่ในระดับนี้จะไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพจิตแต่อย่างใด

- ระดับที่ 2 ระดับปานกลางถึงรุนแรง จะเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 24-72 ชั่วโมง หลังจากการที่มีการดื่มสุราครั้งสุดท้าย ลักษณะอาการที่แสดงให้เห็นจะยังคงคล้ายกับในระยะเวลาที่ 1 แต่จะมีความรุนแรงขึ้นเล็กน้อย และในระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการสับสนเล็กน้อย

- ระดับที่ 3 ระดับความรุนแรง หรือเพ้อคลั่ง (Delirium) จะเกิดขึ้นในช่วง 48-96 ชั่วโมง หลังจากการที่มีการดื่มสุราครั้งสุดท้าย เป็นระยะที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง อาการและอาการแสดงได้แก่ ผู้ป่วยจะมีภาวะสับสน การรับรู้วันเวลาสถานที่ลดลงอย่างมาก มีอาการกระสับกระส่ายมากขึ้น อยู่ไม่นิ่งเดินไปมา มือสั่น ตัวสั่นมาก ไม่มีสมาธิ เหงื่อออกมาก ไข้สูง ชีพจรเต้นเร็ว มักพบอาการทางจิตร่วมด้วยเช่น อาการหูแว่ว ภาพหลอน หลงผิด และหวาดระแวง นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะชักจากการขาดสุราได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ Alcohol Withdrawal Scale (AWS), Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol-Revised (CIWA-Ar) ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับ และมีมาตรฐาน สามารถใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา เพื่อประกอบการ

ติดตามอาการของผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนในการให้การพยาบาลที่ชัดเจนได้มากขึ้น (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552)

การปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยในระยะการออกฤทธิ์ของสุรา (Alcohol Intoxication) และระยะของถอนพิษของสุรา (Alcohol Withdrawal) ได้แก่

- ดูแลจัดการให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและสารน้ำอย่างเพียงพอ
- มีการจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้เหมาะสมเช่น จัดสถานที่ให้มี ความสงบปลอดภัย อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงสว่างเพียงพอ และมีสิ่งรบกวนน้อยที่สุด เป็นต้น
- มีการป้องกันอุบัติเหตุจากอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะถอนพิษสุรา ซึ่งอาจ จะเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง หรือเกิดอันตรายต่อบุคคลรอบข้าง โดยอาจจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ในการผูกมัด ตรึงชั่วคราว เป็นต้น
- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของภาวะถอนพิษสุราระดับ เล็กน้อยถึงปานกลาง จำเป็นต้องมีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการถอนพิษสุรา เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบ สามารถสังเกตอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง และมีวิธีการจัดการที่เหมาะสมได้

1.8.1.2 ระยะประเมิน และการจัดการกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่ม สุราและใช้สารเสพติดในระยะกลาง (Interim Assessment and Management Phase) ระยะนี้เป็น ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบลง หรือภายหลังจากอาการของช่วงของระยะการออกฤทธิ์ของสุรา หรือระยะถอนพิษของสุราทุเลาลง การปฏิบัติการพยาบาลในระยะนี้จะต้องมีการส่งเสริมศักยภาพใน ตัวผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม สนับสนุนให้เกิดกระบวนการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติด โดยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะต่าง ๆ พยาบาลต้อง เลือกลงใช้การบำบัดทางจิตสังคมที่มีความเหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) การฝึกทักษะทางด้านสังคม (Social Skill Training) หรือ การบำบัดทางจิตสังคมอื่น ๆ (Other Psychosocial Interventions) ตามที่ได้กล่าวไว้แล้วในเบื้องต้น

1.8.1.3 ระยะการประเมินและการจัดการผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่ม สุราและใช้สารเสพติดในระยะเตรียมความพร้อมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (Pre-Discharge Assessment and Management Phase) ในระยะนี้อาจถือว่าเป็นระยะฟื้นฟูสภาพ พยาบาลจะต้องมีการปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้มีการดำเนินชีวิตประจำวันในการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตซ้ำ เน้นย้ำให้เกิด ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุราและสารเสพติด เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราและใช้ สารเสพติดซ้ำ แต่สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ควรมีการให้การพยาบาลเบื้องต้น ตามระดับปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภท เช่น ในกลุ่มที่มีการดื่มแบบเสีง ควรมีการให้คำแนะนำ แบบสั้น (Brief Advice) โดยจะมีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดื่มในปริมาณที่

ต่ำลง กลุ่มที่ดื่มแบบอันตรายควรมีการให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) เพื่อเสริมแรงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา กลุ่มที่สงสัยว่าติดสุราควรมีการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อเข้ารับการรักษาต่อไป (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธ์ุณา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2552)

โดยสรุปแล้วแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเมื่อแบ่งตามช่วงระยะเวลา จะมีการแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ การประเมินและการจัดการกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราและสารเสพติดในระยะต้น ระยะกลาง และระยะเตรียมความพร้อมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งการดำเนินการพยาบาลดังกล่าวจะทำให้สามารถให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทได้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

1.8.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติด ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (Nursing Care)

การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลจะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และครอบคลุมทุกประเด็นปัญหาของผู้ป่วย มีรายละเอียดดังนี้ (Videbeck, 2014)

1.8.2.1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) พยาบาลจำเป็นต้องมีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุมถึงรูปแบบของการใช้สารเสพติด อาการและอาการแสดงทางจิต ประวัติการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว จุดแข็งของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงระดับความสนใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย (Halter, 2014)

1.8.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Diagnosis) และการระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Outcomes Identification) ผู้ป่วยแต่ละคนย่อมมีสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน ดังนั้นในการวินิจฉัยทางการพยาบาลย่อมมีความแตกต่างกันและต้องมีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล (Videbeck, 2014)

หลังจากพยาบาลประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมแล้ว จะส่งผลให้พยาบาลเล็งเห็นข้อมูลที่เป็นปัญหาในด้านต่างๆ ได้อย่างชัดเจนมากขึ้น ซึ่งการจัดระดับความสำคัญของปัญหานั้นจำเป็นต้องยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กล่าวคือการจัดระดับความสำคัญของปัญหาจะต้องขึ้นอยู่กับอาการของปัญหาและระดับความสนใจของผู้ป่วยแต่ละคน (Halter, 2014) สำหรับตัวอย่างของการวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติด เช่น เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ (เนื่องจากการออกฤทธิ์ของสารเสพติดหรือมีอาการถอนพิษของสุราและสารเสพติด) มีความสามารถในการเผชิญปัญหาลดน้อยลง เป็นต้น (Halter, 2014; Videbeck, 2014)

สำหรับการระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาลนั้นต้องมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย และการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่กำหนดไว้ในเบื้องต้น ซึ่งในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดจำเป็นต้องคำนึงถึงระดับปัญหาในแต่ละระยะของการออกฤทธิ์ของสุราและสารเสพติดทั้งในระยะเริ่มต้น หรือในระยะอาการคงที่หลังอาการแสดงของภาวะถอนพิษสุราและยาเสพติดทุเลาลงมาประกอบในการระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้วย (Halter, 2014) ตัวอย่างของการระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติด เช่น ผู้ป่วยสามารถลด ละ เลิก จากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติดลงได้ ผู้ป่วยสามารถกล่าวคำพูดที่แสดงถึงการยอมรับในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ ผู้ป่วยมีทางเลือกในการปฏิบัติตัวในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยไม่ยุ่งเกี่ยวกับการดื่มสุราและใช้สารเสพติด เป็นต้น (Videbeck, 2014)

1.8.2.3 การวางแผนทางการพยาบาล (Planning) ในการวางแผนทางการพยาบาลจำเป็นต้องมีการวางแผนให้มีความสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยที่ครอบคลุมจากการประเมินภาวะสุขภาพ และการวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยการวางแผนการให้การพยาบาลที่ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพสูงสุดนั้นต้องยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการคำนึงถึงความปลอดภัย ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตและอาการแสดงของภาวะถอนพิษของสุราและยาเสพติด ระดับแรงจูงใจหรือความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง ทักษะในด้านต่าง ๆ แหล่งสนับสนุนของผู้ป่วยและวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล (Halter, 2014)

1.8.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) ในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดในระยะแรกของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรานั้น พยาบาลจำเป็นต้องให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความปลอดภัยจากภาวะถอนพิษสุราและยาเสพติด สนับสนุนสิ่งแวดล้อมให้เียบสงบเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเล็งเห็นถึงคุณค่าในตัวเอง มีการให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติด ซึ่งอาจใช้รูปแบบในการบำบัดต่างๆ เช่น การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เป็นต้น (Halter, 2014)

1.8.2.5 การประเมินผล (Evaluation) การประเมินผลสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลในด้านต่างๆ ทั้งอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมถึงปัญหาที่พบในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการประเมินผลจะทำให้พยาบาลเล็งเห็นว่าผู้ป่วยมีความพร้อม มีทักษะต่างๆ ในการนำไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมาะสมมาก

น้อยเพียงใด ซึ่งจะส่งผลให้พยาบาลสามารถนำผลการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลมาวางแผนในการให้การพยาบาลที่มีความชัดเจนมากขึ้นได้ (Halter, 2014)

ตัวอย่างการใช้กระบวนการพยาบาลในผู้ที่มีโรคร่วม (Videbeck, 2014)

การวินิจฉัยการพยาบาล:

ประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหาลดน้อยลงเนื่องจาก (ไม่สามารถระบุสาเหตุของความเครียดได้อย่างเหมาะสม ขาดทักษะในการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสม ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม)

เป้าหมายทางการพยาบาล:

ระยะแรก - ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและผู้ป่วยคนอื่นๆ ได้ภายใน 24-48 ชั่วโมง
- ผู้ป่วยมีความเต็มใจและระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับพยาบาลได้ภายใน 24-48 ชั่วโมง

- ผู้ป่วยสามารถวางแผนระยะสั้นในการจัดการบริหารเวลาในการดำเนินชีวิต เช่น การเดิน หรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้อย่างเหมาะสมภายใน 2-3 วัน

ระยะอาการคงที่ - ผู้ป่วยสามารถแสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติหรือการมีทักษะทางด้านสังคมที่เหมาะสมมากขึ้น เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ มากขึ้น เป็นต้น

- ผู้ป่วยสามารถระบุถึงการปฏิบัติตัวในการเผชิญปัญหาและการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม เช่น การปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตโดยไม่ยุ่งเกี่ยวกับการมีพฤติกรรม การดื่มสุราและใช้สารเสพติด เป็นต้น

การปฏิบัติการพยาบาล:

- พยาบาลสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้ผู้ผู้ป่วยได้ทบทวนสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างครอบคลุม เช่น การสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยมีการพิจารณาสาเหตุของพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติดของตนเอง เป็นต้น

- พยาบาลมีการเสริมแรงทางบวกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราและการใช้สารเสพติด เนื่องจากการเสริมแรงบวกจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดื่มสุราและการใช้สารเสพติดที่ประสบความสำเร็จได้

- ในช่วงระหว่างกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดื่มสุราและการใช้สารเสพติด หากผู้ป่วยมีการกลับมาดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติดในรูปแบบเดิม ให้พยาบาลพูดคุยถึงสาเหตุหรือเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องมีการกลับมาดื่มสุราและใช้สารเสพติดในรูปแบบเดิม พร้อมทั้งร่วมหาแนวทางในการจัดการที่เหมาะสม

- พยาบาลมีการให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยให้เกิดทักษะเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การจัดการกับความเครียดในรูปแบบต่างๆ พร้อมทั้งให้ผู้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการ

ผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติการเผชิญความเครียดที่ชัดเจน

โดยสรุปแล้วการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา โดยใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล จะทำให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่ครอบคลุมและมีความเป็นองค์รวมในทุกประเด็นปัญหาของผู้ป่วย

1.8.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

เมื่อกล่าวถึงระบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เฉพาะในแผนกผู้ป่วยนอก จะมีรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลเช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการทั่วไป ยังไม่มีรูปแบบการให้บริการที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดร่วม ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลมีรายละเอียดดังนี้

1.8.3.1 การประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพ การประเมินสภาวะการเจ็บป่วยทางจิตเบื้องต้น การประเมินความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งยังมีการคัดกรองเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติดของผู้ป่วย

1.8.3.2 การให้คำปรึกษาในรูปแบบรายบุคคล และรายครอบครัวตามสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพและตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะมีการใช้หลักการของการให้คำปรึกษาที่แตกต่างกันไป เช่น การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวให้มีความเหมาะสม มีการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต เป็นต้น

1.8.3.3 การให้สุขศึกษารายกลุ่มก่อนการเข้าพบแพทย์ ซึ่งจะมีการให้สุขศึกษาในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติด การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้มีความเหมาะสมกับโรคจิตเภท เป็นต้น

1.8.3.4 การให้คำแนะนำหลังการเข้าพบแพทย์เกี่ยวกับการรับประทานยา รักษาอาการทางจิต และอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาอาการทางจิต

1.8.3.5 มีการนัดติดตามอาการและการรักษาอย่างต่อเนื่องที่แผนก ผู้ป่วยนอก ซึ่งมีระยะเวลาที่แตกต่างกันตามความเหมาะสม ได้แก่ มีการนัดติดตามอาการและการรักษาทุก 2 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หรือมีการส่งต่อระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนหากผู้ป่วยมีอาการแสดงทางจิตที่สงบลงหรือมีสภาพปัญหาการดูแลที่มีความซับซ้อนน้อยลง

สรุปการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ยังมีรูปแบบการดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ มีการประเมินภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษาในรูปแบบรายบุคคลและรายครอบครัวตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิต การให้สุขศึกษารายกลุ่ม และมีการนัดติดตามอาการและการรักษาที่ต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราดังกล่าวพบว่าสิ่งสำคัญของการให้การพยาบาลคือ พยาบาลจำเป็นต้องมีการประเมิน และมีการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมในทุกประเด็นปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งต้องมีการช่วยเหลือหรือเลือกรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่มีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน

2. แนวคิดและหลักการของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.1 แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลจะมีลักษณะเป็นไปตามขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยตามทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model; TTM) ของ Prochaska and DiClemente (1986) มีการอธิบายถึงกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีลักษณะเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องกัน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้ (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553; Miller and Rollnick, 2002; Westra and Aviram, 2013)

2.1.1 ขั้นไม่สนใจปัญหาหรือขั้นเพิกเฉย (Pre-Contemplation)

ในขั้นนี้เป็นขั้นที่ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เล็งเห็นถึงผลดีของพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหามากกว่าข้อเสีย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เห็นถึงความสำคัญหรือไม่ตระหนักต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

2.1.2 ขั้นลังเลใจ (Contemplation)

ในขั้นนี้เป็นขั้นที่ผู้ป่วยเริ่มมีการตระหนักว่า ผู้ป่วยเกิดผลกระทบทางลบจากพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และเล็งเห็นว่าปัญหาพฤติกรรมสุขภาพนั้นสามารถแก้ไขได้ แต่ในขั้นลังเลใจนี้ ผู้ป่วยจะยังคงเล็งเห็นข้อดีของการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ มากกว่าข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

2.1.3 ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination/Preparation)

ในขั้นนี้เป็นขั้นที่ผู้ป่วยมักจะประสบกับปัญหาทางลบเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ชัดเจน หรือมีการตระหนักถึงปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของตนเองมากขึ้น และสามารถตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพนั้นๆ ได้อย่างชัดเจน

2.1.4 ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action)

เป็นขั้นที่ผู้ป่วยเริ่มมีการลงมือกระทำตามแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองตามทางเลือกที่วางไว้ ซึ่งพบว่าระยะเวลามักอยู่ในช่วง 6 เดือนแรกของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือกล่าวได้ว่ายังคงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่มั่นคง

2.1.5 ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance)

เป็นขั้นที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะมีระยะเวลาเกินกว่า 6 เดือน ซึ่งผู้ป่วยจะมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพได้อย่างถาวร

2.1.6 ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse)

เป็นขั้นที่ผู้ป่วยมีการกลับไปกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาเดิม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด ขาดความมั่นใจ และคิดว่าตนเองไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ได้

โดยสรุปแล้วทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นไม่สนใจปัญหาหรือขั้นเพิกเฉย (Pre-Contemplation) ขั้นลังเลใจ (Contemplation) ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination/ Preparation) ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action) ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) และขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) ซึ่งบุคคลแต่ละคนจะมีการระดับของแรงจูงใจอยู่ในขั้นตอนที่ต่างกันไป ดังนั้นผู้บำบัดจึงควรแสดงบทบาท หรือการช่วยเหลือที่ต่างไปตามความเหมาะสมของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นๆ (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

2.2 บทบาทของผู้บำบัดตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

มีรายละเอียดดังนี้ (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

2.2.1 ขั้นไม่สนใจปัญหาหรือขั้นเพิกเฉย (Pre-Contemplation)

ผู้บำบัดจะต้องมีการให้ข้อมูลที่ชัดเจนและถูกต้อง (Information) มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) ซึ่งข้อมูลทั้งหมดจะต้องอยู่ในพื้นฐานของความเป็นจริง มีความเป็นเหตุเป็นผล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเล็งเห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

2.2.2 ขั้นลังเลใจ (Contemplation)

ผู้บำบัดจะต้องให้ผู้ป่วยได้พิจารณาถึงข้อดีและข้อเสีย (Pros and Cons) ทั้ง 4 ประเด็น กล่าวคือ ให้ผู้ป่วยพิจารณาถึงข้อดีและข้อเสียของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ของตนเอง และข้อดีข้อเสียของการยังคงกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้น เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ชัดเจนมากขึ้น

2.2.3 ชั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination/Preparation)

ผู้บำบัดจะต้องมีการพูดคุยถึงวิธีการ และให้ทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Menu) ซึ่งทางเลือกนั้นจะต้องมีไม่มากหรือน้อยเกินไป รวมทั้งมีการให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการเลือกถึงแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง (Freedom of Choice) มีความรับผิดชอบการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง (Responsibility) และมีการส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้ป่วย (Self-Efficacy) เพื่อสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

2.2.4 ชั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action)

ผู้บำบัดจะต้องมีการพูดคุยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำตามแนวทางที่ตนเองได้วางไว้อย่างต่อเนื่อง (Adherence) พร้อมทั้งร่วมหาแนวทางในการจัดการกับอุปสรรค เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงและเกิดความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น

2.2.5 ชั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance)

ผู้บำบัดต้องมีการดำเนินการเพื่อป้องกันการกลับไปสู่การกระทำพฤติกรรมสุขภาพเดิมซ้ำ (Relapse Prevention) เพื่อช่วยให้มีความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ

2.2.6 ชั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse)

ผู้บำบัดจะต้องมีกระบวนการในการดึงผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอีกครั้งโดยเร็ว (Recovery Process) โดยสร้างกำลังใจ (Hope) การประคับประคองด้านจิตใจ (Support) และการส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้ป่วย (Self-Efficacy) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอีกครั้ง

สรุปแล้วการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลจะมีลักษณะเป็นไปตามขั้นตอนจากขั้นเพิกเฉย ไปสู่ขั้นกระทำต่อเนื่อง ซึ่งผู้บำบัดจำเป็นต้องมีกระบวนการในการตอบสนองหรือให้การบำบัดที่แตกต่างกันไปให้มีความเหมาะสมกับระยะขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ๆ

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ในทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบไปด้วย 6 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นไม่สนใจปัญหาหรือขั้นเพิกเฉย ขั้นลังเลใจ ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง ขั้นลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลง และขั้นกระทำต่อเนื่อง ซึ่งในการประเมินระดับแรงจูงใจว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น จำเป็นต้องมีเครื่องมือในการประเมินให้มีความชัดเจนมากที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมพบเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังนี้ (พิชัยแสงชาญชัย และคณะ, 2553)

2.3.1 แบบสอบถามเพื่อวัดแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา (The University of Rhode Island Change Assessment; URICA)

เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ป่วย ได้รับการพัฒนาเป็นภาษาไทย โดยวัชร ฆะอบเหล็ก, พิชัย แสงชาญชัย และเจษฎา ยิ่งวิวัฒน์พงษ์ ในปีพ.ศ. 2552 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ ซึ่งมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบวัดความคิดเห็น (Likert Scale) 5 ระดับ ระหว่าง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” กับ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” มีการให้คะแนนตั้งแต่ 1- 5 คะแนน ในแบบสอบถามแต่ละข้อจะบ่งบอกตามระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้แก่ ขั้นเพิกเฉย ขั้นลังเลใจ ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง และขั้นกระทำต่อเนื่อง

2.3.2 แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Contemplation Ladder)

เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย มีการพัฒนาขึ้นโดย Biener and Adams (1991) มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยดร.ณิ ภูษา และคณะ (2549) ซึ่งในแบบสอบถามนี้จะมีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน ซึ่งสามารถแปลผลโดยการพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 0-1	หมายถึง	ผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นเพิกเฉย
คะแนน 2-7	หมายถึง	ผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นลังเลใจ
คะแนน 8-9	หมายถึง	ผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นตัดสินใจ
คะแนน 10	หมายถึง	ผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง

2.3.3 แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale; SOCRATES-8A)

เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พัฒนาโดย Miller and Tonigan (1996) มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยพิชญ์ แสงชาญชัย (2546) และได้รับการปรับปรุงด้านภาษาโดยพันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2549) เครื่องมือนี้แบ่งเป็นรายด้านทั้งหมด 3 รายด้าน คือ ด้านการยอมรับ ด้านความลังเลใจ และด้านลงมือกระทำ โดยประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ ซึ่งข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบวัดความคิดเห็น (Likert Scale) 5 ระดับ ระหว่าง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” กับ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” โดยให้ระดับคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่หลากหลาย ได้แก่ แบบสอบถามเพื่อวัดแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา (URICA) แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Contemplation Ladder) และแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A) ซึ่งจากเครื่องมือทั้ง 3 ชนิด จะมุ่งเน้นให้ผู้บำบัดสามารถเห็นระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ชัดเจนได้ และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A) เพื่อใช้ประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

3. แนวคิดและหลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

3.1 ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิชาการที่ให้ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจดังนี้

พิชัย แสงชาญชัย (2553) ให้ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจไว้ว่า เป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการสำรวจและจัดการกับความรู้สึกลังเลใจ (Ambivalence) จนเกิดแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง

Miller and Rollnick (2002) ให้ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจไว้ว่า เป็นการให้คำปรึกษาโดยยึดผู้รับบริการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาปัญหา จัดการกับความลังเลใจของตนเอง และเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้

Westra and Aviram (2013) ให้ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจไว้ว่า เป็นรูปแบบการบำบัดที่ยึดผู้รับบริการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการปรึกษาเล็งเห็นถึงความสำคัญของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เป็นรูปแบบของการให้คำปรึกษารูปแบบหนึ่งที่เน้นผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งจะมีการกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตระหนักในปัญหาของตนเอง มีการจัดการกับความลังเลใจ จนเกิดการกระทำในพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม

3.2 แนวคิดพื้นฐานของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing; MI) เป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบมีทิศทาง และยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered) โดยมุ่งเน้นช่วยเหลือให้บุคคลได้มีการสำรวจ และจัดการกับความรู้สึกลังเลใจของตนเอง (Ambivalence) ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ให้มีความเหมาะสมได้ (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553) แนวคิดนี้พัฒนาขึ้นโดย Miller and Rollnick (1991) โดยได้อาศัยหลักการพื้นฐานของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model) ของ Prochaska and DiClemente (1986) ซึ่งมีการอธิบายถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีลักษณะเป็นขั้นตอนดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

หลักสำคัญของการเสริมสร้างแรงจูงใจ (The Spirit of Motivational Interviewing) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

- Evocative/Elicit หลักการนี้เป็นการที่ผู้บำบัดใช้เทคนิคกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดความคิด หรือสามารถแสดงคำพูดที่นำไปสู่เป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

- Collaborative หลักการนี้เป็นการประสานความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบริการในการช่วยเหลือและค้นหาวิธีการต่างๆ ที่จะใช้ในการแก้ไขในส่วนที่เป็นปัญหา
- Autonomy หลักการนี้เป็นการที่ผู้บำบัดมีการให้อิสระ สนับสนุนให้ผู้รับบริการมีการคิด และตัดสินใจด้วยตนเอง โดยที่ผู้บำบัดคอยสนับสนุนและให้กำลังใจในการตัดสินใจนั้น ๆ

3.3 เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

3.3.1 หลักการพื้นฐานของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

เมื่อก้าวถึงกระบวนการของการเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้บำบัดต้องมีการใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและทำให้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยคำนึงถึงหลักการพื้นฐานของการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Basic Motivational Interviewing Principles) ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ประการ คือ DARES; Develop Discrepancy, Avoid Argumentation, Roll with Resistant, Express Empathy และ Support Self-Efficacy โดยมีรายละเอียดดังนี้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2546; Miller and Rollnick, 2002)

3.3.1.1 การทำให้เห็นช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับปัจจุบัน (Develop Discrepancy) คือ การที่ผู้บำบัดมีการแสดงให้ผู้ป่วยเล็งเห็นถึงความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมสุขภาพของตนเองหรือสภาพการณ์ในปัจจุบันกับเป้าหมายในอนาคตที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้

3.3.1.2 การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (Avoid Argumentation)

ในกระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยอาจเกิดความเครียด และไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ มักจะมีการแสดงออกด้วยการใช้กลไกทางจิตในการป้องกันตนเอง เช่น การปฏิเสธความจริง การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง หรือการมองปัญหาน้อยกว่าความเป็นจริง เพื่อให้เกิดความรู้สึกสบายใจ หากผู้บำบัดพยายามโต้แย้งหรือหาเหตุผลที่จะขัดแย้งกับผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยใช้กลไกทางจิตในการต่อต้านเพิ่มขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นอุปสรรคที่จะส่งผลต่อความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

3.3.1.3 การหมุนตามแรงต้าน (Roll with Resistant) หากผู้ป่วยมีการแสดงออกถึงการต่อต้านและการเกิดความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ ถือเป็นปฏิริยาการตอบสนองที่สามารถเกิดขึ้นได้ในระหว่างการบำบัด ผู้บำบัดจะต้องเคารพในความคิดเห็น ปฏิริยาของผู้ป่วย และเข้าใจถึงความลังเลใจดังกล่าว โดยผู้บำบัดอาจจะใช้วิธีการชักชวนเพื่อให้ผู้ป่วยมองปัญหานั้นในแง่มุมที่ต่างไปจากเดิม แต่ไม่ใช้การหาเหตุผลในการโต้แย้งผู้ป่วย

3.3.1.4 การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Express Empathy) ผู้บำบัดควรใช้การสื่อสารที่แสดงถึงการให้เกียรติในตัวผู้ป่วย โดยมีการฟังอย่างตั้งใจ ยอมรับในปัญหา และการแสดงออกของผู้ป่วย แสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ ให้สิทธิในการเลือกและมีการตัดสินใจด้วยตัวของผู้ป่วยเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.3.1.5 การสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วย (Support Self-Efficacy) การที่ผู้บำบัดมีการส่งเสริมศักยภาพในตัวบุคคล จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเกิดความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม ดังนั้นจึงถือว่าการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างหนึ่งของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3.3.2 เทคนิค OARS ที่ในการเสริมสร้างแรงจูงใจ

การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น สิ่งสำคัญที่ผู้บำบัดต้องมีการคำนึงถึงคือ การกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้กล่าวถึงข้อความจูงใจของตนเอง (Self-Motivation Statement; SMS) ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงความต้องการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองของผู้ป่วย โดยเทคนิคพื้นฐานที่ใช้บ่อยในการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถกล่าวถึงข้อความจูงใจของตนเองได้คือ OARS ; Open-End Question, Affirmation, Reflective Listening และ Summarization มีรายละเอียดดังนี้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2553; เทอดศักดิ์ เดชคง, 2555; Miller and Rollnick, 2002)

3.3.2.1 การใช้คำถามปลายเปิด (Open-End Question) จะมีส่วนช่วยในการกระตุ้นกระบวนการคิดของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ ให้มีการพิจารณาถึงปัญหาที่ตนเองไม่ได้ให้ความสนใจ ซึ่งเป็นวิธีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การใช้คำถามปลายเปิดจะช่วยให้ผู้บำบัดสามารถค้นหาข้อมูลที่สำคัญในการบำบัดจากผู้ป่วยได้เช่นกัน

3.3.2.2 การยืนยันรับรอง (Affirmation) ผู้บำบัดจะมีการเสริมแรงและยืนยันรับรองในความคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกที่เหมาะสมของผู้ป่วย เพื่อช่วยเสริมสร้างทัศนคติทางบวก และเป็นการเสริมสร้างศักยภาพในตัวบุคคลของผู้ป่วย

3.3.2.3 การฟังอย่างตั้งใจและการสะท้อนความ (Reflective Listening) เป็นการที่ผู้บำบัดจะมีการสะท้อนให้ผู้ป่วยได้เล็งเห็นถึงปัญหาที่สำคัญของตนเอง สิ่งที่เป็นแรงจูงใจในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือประสบการณ์ที่ผู้ป่วยมีความกังวลใจ และเป็นการสะท้อนถึงสิ่งที่เป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

3.3.2.4 การสรุปความ (Summarization) ผู้บำบัดควรมีการสรุปความ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และเห็นภาพรวมว่าปัญหาที่สำคัญคืออะไร เหตุผลที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแผนการที่วางไว้ใน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตนเอง นอกจากนี้ ในการเสริมสร้างแรงจูงใจจะมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้กล่าวถึงข้อความจูงใจตนเอง การที่ผู้บำบัดสรุปความ ก็จะเป็นการยืนยันให้ผู้ป่วยได้รับทราบถึงข้อความจูงใจของตนเองที่ชัดเจนได้มากขึ้น

3.3.3 เทคนิค FRAMES ที่ในการเสริมสร้างแรงจูงใจ

นอกจากเทคนิคพื้นฐาน “OARS” ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น Miller and Rollnick (2002) ยังกล่าวถึงเทคนิคที่สำคัญในกระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย 6 เทคนิค คือ FRAMES; Feed Back, Responsibility, Advice, Menu, Empathy และ Self-Efficacy มีรายละเอียดดังนี้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2553; Miller and Rollnick, 2002)

3.3.3.1 การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed Back) ผู้บำบัดจะมีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของการประเมินปัญหาการเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการสะท้อนถึงความรุนแรงของพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ของผู้ป่วย ซึ่งการให้ข้อมูลสะท้อนกลับจะทำให้ผู้ป่วยเล็งเห็นถึงผลเสียของพฤติกรรมสุขภาพของตนเองมากขึ้น

3.3.3.2 การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วย (Responsibility) ในการบำบัด จะมีส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบและมีอิสระในการเลือก การตัดสินใจถึงการกำหนดเป้าหมาย และวิธีการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดรักษา ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้น

3.3.3.3 การให้คำแนะนำ (Advice) ผู้บำบัดอาจต้องให้คำแนะนำที่ถูกต้อง และชัดเจนถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การอธิบายให้เห็นถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ให้คำแนะนำในบางประเด็นที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง เป็นต้น

3.3.3.4 การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ นั้นจะเริ่มจากการที่ให้ผู้ผู้ป่วยได้มีการตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นๆ เช่น การหยุดดื่มโดยเด็ดขาดหรือการลดปริมาณการดื่มลง และมีการให้ทางเลือกในการปฏิบัติ เพื่อดำเนินการตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งทางเลือกนั้นจะต้องมีไม่มากหรือน้อยเกินไป

3.3.3.5 การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ผู้บำบัดควรใช้การสื่อสารที่แสดงถึงการให้เกียรติผู้ป่วย แสดงถึงความเห็นอกเห็นใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยลดแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลงได้

3.3.3.6 การส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้ป่วย (Self-Efficacy) การส่งเสริมศักยภาพในตัวบุคคลจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเกิดความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

ในปัจจุบันจะเห็นว่ารูปแบบที่ใช้ในการบำบัดบุคคลที่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรมสุขภาพจะมีการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งแนวคิดนี้จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถดำเนินการบำบัดได้หลากหลายรูปแบบ ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้เช่นกัน

3.4 ประเภทและรูปแบบของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยพบว่า มีผู้นำแนวคิดและหลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจมาประยุกต์ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอย่างแพร่หลาย ซึ่งในปัจจุบันพบว่าการนำมาใช้ในหลากหลายรูปแบบสามารถสรุปได้ดังนี้

3.4.1 การเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบรายบุคคล (Individual Motivational Interviewing)

ปัจจุบันมีการนำการเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบรายบุคคลมาประยุกต์ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอย่างแพร่หลาย และพบว่ามีประสิทธิภาพ ที่ดีต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Burke, Arkowitz and Menchola (2003) พบว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิภาพที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ สำหรับในบริบทของประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาหลายเรื่องที่มีการประยุกต์การเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบรายบุคคลมาใช้ ดังเช่นในการศึกษาของทวี วิศวสารพันธ์ (2551) สมิตรา ตรีสุวรรณ และคณะ (2555) ซึ่งภายหลังจากการดำเนินการบำบัดพบว่า ผู้ป่วยสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดได้ เป็นต้น

3.4.2 การเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบกลุ่ม (Group Motivational Interviewing)

ในปัจจุบันพบว่าการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบกลุ่มมาประยุกต์ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยการดำเนินกิจกรรมการบำบัดในรูปแบบกลุ่มจะช่วยลดการแยกตัวทางสังคม ส่งเสริมศักยภาพในตัวบุคคลของผู้ป่วย และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลนั้นประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ง่ายมากขึ้น (Yalom and Leszcz, 2005) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Santa Ana et al. (2007) และ Stauder (2012) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตและใช้สารเสพติดร่วมที่สนับสนุนว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพที่ดีในการ

ลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของการเสริมสร้างแรงจูงใจมาช่วยในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา โดยมีการดำเนินการบำบัดเป็นรูปแบบกลุ่ม

3.4.3 การเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบรายบุคคลร่วมกับครอบครัว (Individual and Family Motivational Interviewing)

การเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถดำเนินการได้หลากหลายรูปแบบ ซึ่งในปัจจุบันพบว่าการผสมผสานการบำบัดในรูปแบบนี้กับครอบครัว เพื่อช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ ดังเช่นในการศึกษาของ Spirito et al. (2011) ที่มีการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลกับผู้ป่วย และเพิ่มการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจกับครอบครัวในกลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมกรรมการติ่มสุรา ซึ่งผลการศึกษาพบว่า สามารถลดพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราของกลุ่มวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกัน

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถดำเนินการได้หลากหลายรูปแบบ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบกลุ่ม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราจะมีความบกพร่องในด้านกระบวนการคิด และกระบวนการรับรู้ ดังนั้นการใช้กระบวนการกลุ่มจะทำให้เกิดการช่วยเหลือ มีการให้กำลังใจกันและกันภายในกลุ่ม ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพได้เร็วมากขึ้น (Stauder, 2012)

4. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการดำเนินการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

4.1 ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิชาการหลายท่านที่ให้ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ดังนี้

Fields (2004) ให้ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มไว้ว่า เป็นการผสมผสานแนวคิดของการเสริมสร้างแรงจูงใจกับการดำเนินการในรูปแบบกลุ่ม เพื่อใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของบุคคล ซึ่งสมาชิกในกลุ่มจะประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มาร่วมปฏิสัมพันธ์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

Santa Ana et al. (2007) ให้ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มไว้ว่า เป็นการประยุกต์หลักการพื้นฐานและเทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบรายบุคคล มาเป็นการดำเนินการโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์ การสร้างความร่วมมือในระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมได้

Wagner and Ingersoll (2013) ให้ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มไว้ว่าเป็นการใช้เทคนิคและกระบวนการของการเสริมสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกภายในกลุ่ม เพื่อประสานความร่วมมือ และส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม โดยในการดำเนินกลุ่มนั้นต้องประกอบด้วยสมาชิกภายในกลุ่มจำนวนสองคนขึ้นไปร่วมดำเนินการกับผู้นำกลุ่มจำนวนหนึ่งคนหรือมากกว่า

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบกลุ่ม (Group Motivational Interviewing) จะเป็นการดำเนินการโดยใช้เทคนิคและหลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งต้องประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มจำนวน 2 คนขึ้นไปมาร่วมปฏิสัมพันธ์กัน เพื่อสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบกลุ่ม

Wagner and Ingersoll (2013) ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินการเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย โครงสร้างของการดำเนินการเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบกลุ่ม ขนาดของกลุ่มบำบัด แนวคิดการพัฒนาการกลุ่ม และปัจจัยบำบัดของการเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบกลุ่ม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.2.1 โครงสร้างของการดำเนินการเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบกลุ่ม หลักในการเลือกใช้โครงสร้างของการดำเนินการเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบกลุ่มจะขึ้นอยู่กับปัจจัยในหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นรายด้านความต้องการและทัศนคติของสมาชิกในกลุ่ม ความเหมาะสมของระยะเวลาในการดำเนินการบำบัด รวมถึงบริบทของการบำบัดในลักษณะที่แตกต่างกัน ซึ่งโครงสร้างของการดำเนินการเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบกลุ่มจะแบ่งเป็น 3 ระดับ มีรายละเอียดดังนี้

4.2.1.1 แบบไม่มีโครงสร้าง (Unstructured) เป็นการดำเนินการบำบัดโดยใช้กลวิธีของการเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบกลุ่มเข้าสู่กระบวนการทำงานทั่วไป หรือในสถานการณ์การสนทนาในระยะเวลาสั้น ๆ ซึ่งผู้บำบัดมักจะไม่มีการวางแผนการบำบัดล่วงหน้าที่ชัดเจนทั้งในประเด็นและรูปแบบของการบำบัด

4.2.1.2 แบบกึ่งโครงสร้าง (Semistructured) เป็นการดำเนินการบำบัดโดยใช้กลวิธีของการเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบกลุ่มในการสนทนา ซึ่งมักพบว่าผู้บำบัดจะมีการกำหนดวัตถุประสงค์ของกลุ่มที่ชัดเจน แต่ในส่วนของการวางแผนเนื้อหาในประเด็นย่อย และรูปแบบของกิจกรรมในการดำเนินการบำบัดจะมีความยืดหยุ่นตามความสนใจและความต้องการของสมาชิกภายในกลุ่ม

4.2.1.3 แบบมีโครงสร้าง (Structured) เป็นการดำเนินการบำบัดโดยใช้กลวิธีของการเสริมสร้างแรงจูงใจรูปแบบกลุ่มในการสนทนา ซึ่งผู้บำบัดจะมีการกำหนดวัตถุประสงค์ของกลุ่ม มีการวางแผนเนื้อหาในประเด็นย่อย มีการออกแบบกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนในการดำเนินกิจกรรมการบำบัด

4.2.2 ขนาดของกลุ่มบำบัด

การกำหนดขนาดของกลุ่มบำบัดควรมีจำนวนสมาชิกในกลุ่มที่ไม่มากหรือน้อยเกินไป เนื่องจากขนาดของกลุ่มสามารถส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาได้ ซึ่งพบว่าหากมีจำนวนสมาชิกในกลุ่มที่น้อยเกินไปจะส่งผลให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความวิตกกังวลในการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันภายในกลุ่ม แต่หากมีจำนวนสมาชิกในกลุ่มที่มากเกินไป จะส่งผลให้สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ได้ไม่ทั่วถึง (Yalom, 1995)

สำหรับขนาดของกลุ่มบำบัดที่เป็นไปได้และมีความเหมาะสมในการดำเนินการเสริมสร้างแรงจูงใจในแบบกลุ่มคือ การมีสมาชิกภายในกลุ่มจำนวน 5-15 คน ซึ่งการพิจารณากำหนดจำนวนสมาชิกภายในกลุ่มจะขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้นำกลุ่มและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะของสมาชิกภายในกลุ่มนั้น ๆ เช่น จำนวนของผู้นำกลุ่ม ประสบการณ์และทักษะของผู้นำกลุ่ม ระดับความรุนแรงของปัญหาที่เป็นวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ระดับความบกพร่องในด้านต่างๆ ของสมาชิกภายในกลุ่ม ความสามารถในการสื่อสารของสมาชิกภายในกลุ่ม เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องพิจารณาร่วมในการกำหนดขนาดของกลุ่มบำบัด เพื่อให้มีความเหมาะสมและสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรมการบำบัดที่ตั้งไว้ (Wagner and Ingersoll, 2013)

4.2.3 ความถี่และระยะเวลาของการดำเนินการทำกลุ่มบำบัด

การดำเนินการบำบัดโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสามารถกำหนดความถี่ของการบำบัด และระยะเวลาของการบำบัดในแต่ละครั้งให้มีความเหมาะสมกับลักษณะในภาพรวมของกลุ่ม โดยมีรายละเอียดดังนี้ (Wagner and Ingersoll, 2013)

4.2.3.1 ด้านความถี่ของการบำบัด จะมีอยู่ 3 รูปแบบได้แก่

- 1) Time Limit จะมีการดำเนินการบำบัดเพียงครั้งเดียว
- 2) Very Brief จะมีการดำเนินการบำบัดจำนวน 2-4 ครั้ง
- 3) Short Term จะมีการบำบัดจำนวน 4-12 ครั้ง
- 4) Long Term จะมีการดำเนินการบำบัดจำนวน 12-20 ครั้ง

หรืออาจมีจำนวนครั้งการบำบัดมากกว่า 20 ครั้งได้ตามความเหมาะสม

ในการพิจารณากำหนดความถี่ของการบำบัดนั้นจะแตกต่างกันตามความเหมาะสม โดยต้องคำนึงถึงปัจจัยในหลาย ๆ ด้าน เช่น วัตถุประสงค์การบำบัด ความบกพร่องด้านการรับรู้ การสื่อสารของสมาชิกภายในกลุ่ม ความสามารถในการสื่อสารของสมาชิกภายในกลุ่ม เป็นต้น

4.2.3.2 ด้านระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้งของการบำบัด ส่วนมากจะมีการกำหนดระยะเวลาของการบำบัดโดยขึ้นอยู่กับขนาดของกลุ่ม และรูปแบบในการบำบัด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) หากมีการกำหนดขนาดของกลุ่มจำนวน 2-6 คน จะใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมการบำบัดในแต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง

2) หากมีการกำหนดขนาดของกลุ่มจำนวน 6-10 คน จะใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมการบำบัดในแต่ละครั้งประมาณเวลา 90 นาที

3) หากมีการกำหนดขนาดของกลุ่มมากกว่า 10 คน จะใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมการบำบัดในแต่ละครั้งประมาณ 2 ชั่วโมง

ทั้งนี้การกำหนดระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้งของการบำบัดจะต้องพิจารณาให้มีความสอดคล้องกับขนาดของกลุ่มบำบัด ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กันในด้าน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทักษะคิด และการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันภายในกลุ่มเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

4.3 แนวคิดการพัฒนาการกลุ่มในการดำเนินการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

ในการดำเนินการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มนั้น จะเน้นการบำบัดแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจะมีการพัฒนาการโดยอิงแนวคิดของคาร์ล โรเจอร์ส ประกอบไปด้วย 4 ระยะได้แก่ (Wagner and Ingersoll, 2013)

4.3.1 ระยะ Engagement

ในระยะนี้ถือเป็นระยะเริ่มต้นของการดำเนินกิจกรรมการบำบัด ผู้นำกลุ่มจะต้องเสริมสร้างให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกเป็นมิตร ผ่อนคลาย และเกิดความตระหนักถึงวัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

4.3.2 ระยะ Exploring Perspectives

ในระยะนี้เป็นระยะที่ผู้บำบัดมีการกำหนดประเด็นในการสนทนาที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์เชิงลึกร่วมกันของสมาชิกกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนได้มีการระบายความรู้สึก ได้แสดงความคิดเห็น พูดคุยแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่มถึงมุมมองและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลให้มีการกระทำในปัญหาพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวจะทำให้ผู้บำบัดรับทราบถึงสภาพปัญหาเชิงลึกของสมาชิกแต่ละคนในกลุ่มได้ชัดเจนมากขึ้น

4.3.3 ระยะ Broadening Perspectives

ในระยะนี้เป็นระยะที่ผู้บำบัดยังคงต้องเน้นให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงลึก เพื่อค้นหาปัญหา และเสริมสร้างให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นที่ชัดเจน รวมทั้งผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศของกลุ่มให้เกิดความร่วมมือในการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา นั้น ๆ ในมุมมองที่มี

ความเหมาะสม รวมทั้งผู้บำบัดต้องสร้างความเชื่อมั่นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ของสมาชิกในกลุ่มให้เกิดขึ้น

4.3.4 ระยะเวลา Moving to action

ในระยะเวลานี้เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มมีส่วนช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มได้มีการทดลองปฏิบัติตามแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ได้ตกลงร่วมกันในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของสมาชิกแต่ละคนที่ตั้งไว้ในเบื้องต้น

4.4 ปัจจัยบำบัดของการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม (Therapeutic Factors in Motivational Interviewing Groups)

ปัจจัยบำบัดจะมีส่วนช่วยในการสนับสนุนให้ผลลัพธ์ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยปัจจัยบำบัดเป็นกระบวนการหรือกลไกที่จะทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด ความรู้สึก ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยบำบัดของการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม 10 ปัจจัย สามารถสรุปได้ดังนี้ (Wagner and Ingersoll, 2013)

4.4.1 การยอมรับ (Acceptance)

ในการดำเนินการบำบัดของการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม สมาชิกกลุ่มจะได้รับการยอมรับจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม และได้รับการยอมรับจากผู้นำกลุ่ม ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่จะส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มรับรู้ถึงคุณค่าในตัวเอง และมีความสนใจต่อกระบวนการดำเนินการบำบัดเพิ่มมากขึ้น

4.4.2 การได้รับคำแนะนำ (Guidance)

ถึงแม้ว่ากระบวนการของการเสริมสร้างแรงจูงใจจะเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง แต่การให้คำแนะนำหรือการให้ข้อมูลในบางประเด็นก็ยังคงมีความสำคัญสำหรับการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มอยู่เช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่สมาชิกกลุ่มต้องการการปรับตัว ภายหลังจากการเผชิญปัญหาหรือเผชิญหน้ากับสถานการณ์ใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น

4.4.3 การไม่ปิดกั้นตนเอง (Self-Disclosure)

ในการดำเนินการบำบัดของการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม สมาชิกกลุ่มจะได้มีการปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ ซึ่งส่งผลให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีการเปิดรับข้อมูลในประเด็นต่างๆ ที่อาจเป็นประโยชน์ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

4.4.4 การรู้สึกมีความหวัง (Instillation of Hope)

ในการดำเนินการบำบัดของการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มจะมีการทบทวนถึงความสำเร็จของสมาชิกกลุ่มในอดีตที่ผ่านมา ซึ่งจะเป็นการสะท้อนให้สมาชิกกลุ่มเล็งเห็นถึงจุดแข็งของตนเอง และส่งผลให้สมาชิกกลุ่มเกิดความหวังต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีความประสบ

ความสำเร็จได้มากขึ้น นอกจากนี้สมาชิกกลุ่มจะรับรู้ถึงความรู้สึกมีความหวังที่จะเกิดจากการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่มได้อีกด้วย

4.4.5 การเข้าใจในตัวเอง (Self-Understanding)

ในการดำเนินการบำบัดของการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม สมาชิกกลุ่มจะได้อ่านกลับมาตัวเองในทุกๆ ด้าน ได้เรียนรู้และทบทวนเกี่ยวกับประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งจะทำให้สมาชิกสังเกตเห็นทั้งจุดเด่นและจุดบกพร่องของตนเองมากขึ้น

4.4.6 การคำนึงถึงผู้อื่น (Altruism)

การคำนึงถึงผู้อื่นจะมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ในการดำเนินการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม โดยเฉพาะในช่วงที่การดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยสมาชิกกลุ่มจะมีการสนับสนุนและช่วยเหลือกันภายในกลุ่มเพื่อดำเนินการให้ไปสู่เป้าหมายที่ตนเองได้ตั้งไว้

4.4.7 การมีความเป็นสากล (Universality)

ความเป็นสากลของกลุ่มจะมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นอย่างมาก ซึ่งสมาชิกจะมีการตระหนักได้ว่าทุกคนเกิดปัญหาที่มีความคล้ายคลึงกัน และส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ปิดกั้นตนเองในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

4.4.8 การได้เรียนรู้ร่วมกัน (Vicarious Learning)

การได้เรียนรู้ร่วมกันในการดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม เป็นปัจจัยที่สำคัญในการผลักดันให้สมาชิกในกลุ่มเกิดคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้นำกลุ่มจะมีการส่งเสริมให้มีการเรียนรู้ร่วมกัน โดยเชื่อมโยงจากประสบการณ์ของแต่ละคน และสนับสนุนให้ได้ร่วมแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่ต้องการ

4.4.9 การระบายอารมณ์ (Catharsis)

ในการดำเนินการบำบัดของการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะส่งเสริมและสร้างให้เกิดบรรยากาศในการดำเนินกลุ่มที่มีความผ่อนคลาย สร้างความเชื่อมั่นในการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ซึ่งเหล่านี้จะส่งผลให้สมาชิกกลุ่มกล้าที่จะระบายสิ่งที่ตนเองมีความคับข้องใจได้มากขึ้น

4.4.10 การได้เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ (Learning from Interpersonal Interactions) สมาชิกจะเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ โดยได้เรียนรู้ในการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม

5. โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา การเสริมสร้างแรงจูงใจและแนวคิดของโรคจิตเภท ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ตามการศึกษาของ Santa Ana et al. (2007) ซึ่งมีการใช้แนวคิดและหลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) มาผสมผสานกับดำเนินการบำบัดในรูปแบบกลุ่ม มีการจะเน้นกระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตร่วมกับการมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มตามการศึกษาของ Santa Ana et al. (2007) ประกอบไปด้วยการบำบัดทั้งหมด 2 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที โดยดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่ม ครั้งละ 3-4 กิจกรรม มีรายละเอียดดังนี้

1) การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 ประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบในการดำเนินการบำบัด การให้ข้อมูลถึงปัญหาของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต การให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับอาการทางจิต การชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ และมีการกระตุ้นให้กล่าวคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละคนในกลุ่ม

2) การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2 ประกอบด้วย การสร้างทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด มีการอภิปรายถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา แนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในอดีต ตลอดจนมีการสอดแทรกความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด มีการระดมความคิดเห็นภายในกลุ่มเพื่อสร้างแนวทางที่จะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการอภิปรายถึงอุปสรรคที่เกิดขึ้นในอดีตเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด และหาแนวทางในการจัดการอุปสรรคดังกล่าว นอกจากนี้จะมีการประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการบำบัดในครั้งที่ 2

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิด โครงสร้างและรูปแบบของการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มตามการศึกษาของ Santa Ana et al. (2007) มาประยุกต์ใช้เพื่อลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ทั้งนี้ในโปรแกรมที่มีการพัฒนาขึ้นประกอบด้วยสาระสำคัญในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเหมือนในการศึกษาของ Santa Ana et al. (2007) แต่จะมีการปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมเพื่อให้มีความสอดคล้อง และครอบคลุมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราตามบริบทของประเทศไทย โดยสิ่งที่ผู้วิจัยมีการปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมจากการศึกษาดังกล่าวประกอบไปด้วย

1) มีการปรับจำนวนครั้ง และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม กล่าวคือ มีการปรับระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มจากครั้งละ 120 นาที เหลือครั้งละ 60-90 นาที และเพิ่มจำนวนครั้งในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดเป็น 4 ครั้ง เพื่อให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่จะพบว่าจะมีความพร้อมในด้านต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลต่อความตั้งใจและสมาธิในการดำเนินกิจกรรม (Bellack and DiClemente, 1999; Ralevski et al., 2012)

2) มีการปรับเนื้อหาของการดำเนินกิจกรรม โดยสามารถสรุปรายละเอียดของการบูรณาการการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปบูรณาการการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

กิจกรรมในโปรแกรม ๑	แนวคิด	การบูรณาการ
ครั้งที่ 1 การเสริมสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา	แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) ร่วมกับการดำเนินการในรูปแบบกลุ่มตามการศึกษาของ Santa Ana et al. (2007)	ผู้วิจัยได้บูรณาการเนื้อหาจากการศึกษาของ Santa Ana et al. (2007) ในครั้งที่ 1 ได้แก่ การให้ข้อมูลการบำบัดให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราและผลกระทบที่เกิดขึ้น และผู้วิจัยมีการเพิ่มกิจกรรมในการสร้างสัมพันธภาพในช่วงต้นของการดำเนินกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความไว้วางใจ และความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม
ครั้งที่ 2 การสร้างความเข้าใจ การยอมรับ และสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา	แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) ร่วมกับการดำเนินการในรูปแบบกลุ่มตามการศึกษาของ Santa Ana et al. (2007)	ผู้วิจัยได้บูรณาการเนื้อหาจากการศึกษาของ Santa Ana et al. (2007) ในครั้งที่ 1 ได้แก่ การชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ การกระตุ้นให้เกิดคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา การระดมความคิดในการสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา และผู้วิจัยมีการเพิ่มกิจกรรมการประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราของสมาชิกในกลุ่มไว้ในช่วงต้นของการดำเนินกิจกรรม และใช้กระบวนการกลุ่มผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 2

ตารางที่ 1 สรุปบูรณาการการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

กิจกรรมในโปรแกรม ฯ	แนวคิด	การบูรณาการ
ครั้งที่ 3 การกำจัดอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา	แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) ร่วมกับการดำเนินการในรูปแบบกลุ่ม ตามการศึกษาของ Santa Ana et al. (2007)	ผู้วิจัยได้บูรณาการเนื้อหาจากการศึกษาของ Santa Ana et al.(2007) ในครั้งที่ 2 ได้แก่ การทบทวนทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา อภิปรายถึงอุปสรรคที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบุถึงสิ่งกระตุ้นของตนเอง และร่วมหาแนวทางในการจัดการอุปสรรคดังกล่าว และผู้วิจัยมีการเพิ่มกิจกรรมการประเมินแรงจูงใจของสมาชิกในกลุ่มไว้ในช่วงต้นของการดำเนินกิจกรรม และใช้กระบวนการกลุ่มผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 3
ครั้งที่ 4 การสร้างความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา	แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) ร่วมกับการดำเนินการในรูปแบบกลุ่ม ตามการศึกษาของ Santa Ana et al. (2007)	ผู้วิจัยได้บูรณาการเนื้อหาจากการศึกษาของ Santa Ana et al.(2007) ในครั้งที่ 2 ได้แก่ การอภิปรายถึงอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา และหาแนวทางในการจัดการอุปสรรคดังกล่าว และผู้วิจัยมีการเพิ่มกิจกรรมการประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราของสมาชิกในกลุ่มไว้ในช่วงต้นของการดำเนินกิจกรรม และใช้กระบวนการกลุ่มผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 4 และเพิ่มขึ้นตอนการทบทวนเนื้อหา กิจกรรมทั้งหมด เพื่อเน้นย้ำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรามากขึ้น

สำหรับวัตถุประสงค์สำคัญของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม คือ การลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งในโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มนี้ ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 6-9 คน จำนวน 4 ครั้ง ซึ่งมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การเสริมสร้างความตระหนักรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา

มีการสร้างสัมพันธภาพในช่วงเริ่มต้นของกิจกรรมกลุ่ม พร้อมทั้งชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และรูปแบบในการดำเนินกิจกรรมแก่ผู้ป่วยในกลุ่ม มีการให้ผู้ป่วยประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการดื่มสุราที่มีต่ออาการทางจิตและทางร่างกายของตนเอง พร้อมทั้งให้ข้อมูลสะท้อนกลับในประเด็นดังกล่าว ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับผลการประเมิน และพูดคุยสะท้อนผลกระทบจากพฤติกรรมการดื่มสุราที่ผู้ป่วยในกลุ่มอาจมองข้าม โดยมีใช้เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว

กิจกรรมครั้งที่ 2 การสร้างความเข้าใจ การยอมรับ และสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา

ในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มจะมีการประเมินระดับแรงจูงใจ และผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการดำเนินกิจกรรม มีการชี้แจงบทบาทในการตัดสินใจ พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวถึงคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง ร่วมอภิปรายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราและการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลอาการทางจิตของตนเองในอดีต รวมทั้งมีการอภิปรายสร้างแนวทางที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยแต่ละคนร่วมกันภายในกลุ่ม พร้อมทั้งให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการเลือกแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง รวมถึงมีการสอดแทรกความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งจะสนับสนุนให้เกิดความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 3 การกำจัดการอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา

ในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มจะมีการประเมินระดับแรงจูงใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย และผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการดำเนินกิจกรรม มีการวิเคราะห์ ค้นหา และร่วมอภิปรายเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นกับตนเอง และร่วมกันระดมความคิดในการหาทางเลือกที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติเพื่อจัดการกับสิ่งกระตุ้นนั้น ๆ มีการฝึกทักษะการปฏิเสธ เพื่อใช้ประกอบการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสม

กิจกรรมครั้งที่ 4 การสร้างความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

ในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มจะมีการประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ป่วย มีการใช้กระบวนการกลุ่มในการทบทวนเรื่องที่เกี่ยวข้องในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ทั้งหมด พร้อมทั้งร่วมอภิปรายและหาแนวทางในการแก้ไขในบางประเด็นที่ยังคงเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้น มีการเน้นย้ำถึงแนวทางในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา และแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ชัดเจนอีกครั้ง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรามากขึ้น

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

เพ็ญพุด คงพาณิชย์ตระกูล (2548) ศึกษาเหตุผลของการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติใช้สุรา ภัณฑุชา และยาบ้า ที่มีอาการทางจิตอยู่ในระยะสงบจำนวน 90 คน ผลการศึกษาพบว่า เหตุผลสำคัญของการใช้สารเสพติดได้แก่ การขาดความตระหนักในปัญหาการใช้สารเสพติด มีการใช้สารเสพติดเพื่อเพิ่มอารมณ์ทางด้านบวก และใช้เพื่อบรรเทาอาการทางจิตที่เกิดขึ้น

เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ ออยุธยา (2556) มีการรายงานในบทความวิชาการเรื่อง ความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วมซึ่งพบว่า สาเหตุของการดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตได้แก่ ผู้ป่วยบางคนมีการดื่มสุราเพื่อบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้น มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเพื่อช่วยในการเข้าสังคม การเผชิญปัญหา และบรรเทาความเครียดจากปัญหาภายในครอบครัว นอกจากนี้ยังกล่าวไว้ว่าอุปสรรคสำคัญในการเลิกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเวชคือ การมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ และการขาดแรงจูงใจในการเลิกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราอย่างแท้จริง

Thornton et al. (2012) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูลที่เป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาถึงเหตุผลของการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 60 ได้รับการวินิจฉัยเป็น Psychotic Disorder ร้อยละ 54 ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า และได้พบว่าชนิดของสารเสพติดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด คือ สุรา สำหรับเหตุผลของการใช้สารเสพติดที่พบมากที่สุด คือ มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเพื่อช่วยในการเผชิญปัญหา การเข้าสังคม ลดอาการทางจิตที่เกิดขึ้น และใช้เพื่อตอบสนองความพึงพอใจในด้านต่างๆ

6.2 รูปแบบการบำบัดต่าง ๆ

ทวี วิสาระพันธ์ (2551) ศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตจากแอลกอฮอล์ที่ไม่มีอาการถอนพิษสุรา ผลการศึกษาพบว่า หลังการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยทุกคนมีความมั่นใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรามากขึ้น และสามารถลดการดื่มสุราลงได้ภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สุมิตรา ศรสวรรณ และคณะ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุราร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทชายที่มีการใช้สุราร่วมที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุงจำนวน 60 คน โดยมีการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) ซึ่งมีการบำบัดเป็นรายบุคคลจำนวนทั้งหมด 5 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจะมีจำนวนร้อยละวันที่ดื่มหนักต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Van Horn and Bux (2001) ศึกษาNarrativeของการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในผู้ที่มีโรคร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตและมีปัญหาของการใช้สารเสพติดร่วมจำนวน 304 คน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีการดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที ในเนื้อหาของบำบัดจะรวมถึงผลกระทบของการใช้สุราและสารเสพติด การเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมการดื่มสุราและสารเสพติด สถานการณ์เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดและการจัดการแก้ไขปัญหานั้น ๆ และการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ผลการศึกษานำร่องครั้งนี้พบว่า การนำการเสริมสร้างแบบกลุ่มมาใช้ในผู้ที่มีโรคร่วมสามารถเพิ่มแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน

Baker and Lewin et al. (2002) ศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาทางจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชและมีประวัติการใช้สารเสพติดหรือมีการใช้สุราร่วมจำนวน 160 คน กลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นรายบุคคล ตามแนวคิดของ Miller and Rollnick (1991) มีการติดตามประเมินผลภายหลังการบำบัดในเดือนที่ 3 , เดือนที่ 6 และเดือนที่ 12 ซึ่งผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะ 3 เดือนแรกมีพฤติกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Burke, Arkowitz and Menchola (2003) ทำการศึกษาการทบทวนอย่างเป็นระบบในเรื่องประสิทธิผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติดในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาด้านการใช้สุราและสารเสพติด โดยมีการทบทวนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในฐานข้อมูลทั้งหมด 30 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิผลที่ดีต่อการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา และการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิผลเทียบเท่าการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ ที่เข้มข้นกว่าเช่น การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม นอกจากนี้ยังพบอัตราการคงสภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มได้สูงสุด 1 ปี

Graeber et al. (2003) ศึกษาความแตกต่างระหว่างการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจกับการให้สุขภาพจิตศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราจำนวน 30 คน โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ กลุ่มควบคุมได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา ซึ่งผลการศึกษาพบว่า หลังจากการให้การทดลองในสัปดาห์ที่ 4, 8 และสัปดาห์ที่ 24 กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจมีจำนวนวันในการดื่มสุราลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Santa Ana et al. (2007) ศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตและมีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและมีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมจำนวน 101 คน ในกลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ซึ่งมีการพัฒนาตามแนวคิดของ Miller and Rollnick (2002) จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที ผลการศึกษาพบว่าในระยะเวลา 1 เดือนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติดน้อยลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

Baker and Hiles et al. (2012) ศึกษาโดยการทบทวนอย่างเป็นระบบเรื่องของการบำบัดทางจิตสังคม เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาทางจิต โดยมีการทบทวนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในฐานข้อมูลต่างๆ จากการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น การบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตได้ แต่การบำบัดที่มีการใช้ระยะเวลายาว เช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรม จะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ชัดเจนมากขึ้น

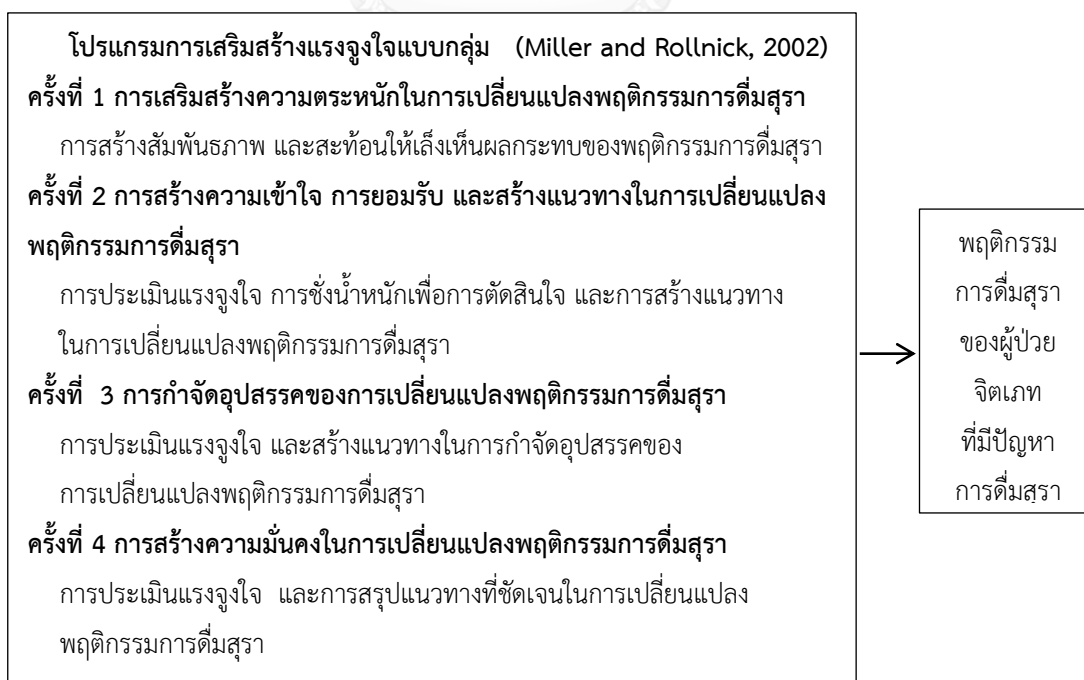
Bergly, Grawe and Hagen (2014) ทำการศึกษาถึงความแตกต่างของการรับรู้ประโยชน์ในการบำบัดรักษาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยทางจิตที่มีโรคร่วมและผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดอย่างเดียว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 85 คนที่มารับบริการการบำบัดในแผนกยาเสพติด ซึ่งมีการให้การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นรายกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มรับรู้ว่าคุณค่าที่ได้รับประโยชน์ในด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การป้องกันการเสพยา ได้รับความรู้ทางด้านสุขภาพจิตมากขึ้น ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน

มีความมั่นใจในศักยภาพของตนเอง แต่ในกลุ่มผู้ป่วยทางจิตที่มีโรคร่วมจะมีการรับรู้ประโยชน์ด้านการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน มีความมั่นใจในศักยภาพของตนเองมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดอย่างเดียว

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวสามารถสนับสนุนได้ว่าการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดแรงจูงใจ และมีการกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราลงได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัญหาหรือตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (The Alcohol Consumption Assessment; ACA) ของ Suktrakul (2009) ทั้งนี้ในการจัดการกับปัญหานี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มขึ้น โดยประยุกต์โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มจากการศึกษาของ Santa Ana et al. (2007) โดยมีการใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจะเน้นการเพิ่มระดับแรงจูงใจ และผลักดันให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเองลงได้ ซึ่งแสดงในแผนภาพ กรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (The Two Groups Repeated Measures Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีรูปแบบของการทดลองดังนี้

O ₁	X	O ₂	O ₃	กลุ่มทดลอง
O ₄		O ₅	O ₆	กลุ่มควบคุม

- O₁ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
- O₂ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มทันที
- O₃ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม 1 เดือน
- O₄ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₅ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ 1 เดือน
- O₆ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ 2 เดือน
- X หมายถึง การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. **ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และมีปัญหาการดื่มสุรา ที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2. **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และมีปัญหาการดื่มสุราที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 46 คน โดยผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ การคัดเลือกและคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และยังคงมีปัญหาการดื่มสุรา จากการประเมินโดยแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test; AUDIT) และพบว่ามึ่คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป ซึ่งครอบคลุมถึงกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinking) โดยมีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 8-15 คะแนน กลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหา (Harmful Drinking) มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 16-19 คะแนน และกลุ่มที่ดื่มแบบติดสุรา (Alcohol Dependence) มีระดับคะแนนมากกว่า 20 คะแนน

2. มีอาการทางจิตสงบ ประเมินโดยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) พบว่ามีระดับคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน

3. ไม่พบความรุนแรงของภาวะความบกพร่องในด้านความคิด ความจำ และเชาว์ปัญญา ประเมินโดยแบบประเมินสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (Mini - Mental State Examination; MMSE) พบว่ามีระดับคะแนนมากกว่า 18 คะแนน

4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่กำหนด
2. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย หรือมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรง ระหว่างการดำเนินการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of Test) โดยนำค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลองตามการศึกษาของ Santa Ana et al. (2007) เรื่อง Efficacy of Group Motivation Interviewing for Psychiatric Inpatients with Chemical Dependence มาใช้ประกอบในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 81.29 % และมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 18.708 % ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 พบว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 13 คน แต่เนื่องจากผู้วิจัยป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง และเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ ซึ่งควรมีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน (Burns and Glove, 2005) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 23 คน รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 46 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. หลังจากที่ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมให้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นจากการทบทวนระบบเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา และศึกษาจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอกซึ่งพบว่า เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และยังคงมีปัญหาการดื่มสุราติดต่อกันจนถึงปัจจุบัน รวมถึงเป็นผู้ที่ไม่มีโรคทางจิตเวชอื่น ๆ รวมจำนวนทั้งสิ้น 123 คน
2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและยังคงมีปัญหาการดื่มสุรา ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์จำนวน 78 คน ซึ่งในจำนวนนี้พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทั้งสิ้น 46 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในเบื้องต้น
3. ผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 46 คน และหากกลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched- Paired) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับปัญหาการดื่มสุราที่ต่างกันจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และอัตราการกลับไปดื่มสุราซ้ำที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kurita, 2013)

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงพิจารณาจับคู่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะที่ใกล้เคียงกันในเรื่องของระดับปัญหาการดื่มสุรา โดยแบ่งระดับของปัญหาการดื่มสุราจากการประเมินโดยใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test; AUDIT) ออกเป็น 3 ระดับ คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการดื่มสุราอยู่ในกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง (คะแนน AUDIT 8-15 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างที่มีการดื่มสุราอยู่ในกลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหา (คะแนน AUDIT 16-19 คะแนน) และกลุ่มตัวอย่างที่มีการดื่มสุราอยู่ในกลุ่มที่ดื่มแบบติดสุรา (คะแนน AUDIT มากกว่า 20 คะแนน)

5. เมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามระดับปัญหาการดื่มสุราได้จนครบ 23 คู่แล้ว จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่จนครบทั้ง 23 คู่ ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน โดยมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระดับปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	คะแนนปัญหาการดื่มสุรา		ระดับปัญหาการดื่มสุรา
	กลุ่มทดลอง (n=23)	กลุ่มควบคุม (n=23)	
1	14	13	ดื่มแบบเสี่ยง
2	14	15	ดื่มแบบเสี่ยง
3	15	14	ดื่มแบบเสี่ยง
4	10	11	ดื่มแบบเสี่ยง
5	14	15	ดื่มแบบเสี่ยง
6	15	15	ดื่มแบบเสี่ยง
7	14	13	ดื่มแบบเสี่ยง
8	18	18	ดื่มแบบมีปัญหา

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คู่มือ	คะแนนปัญหาการติ่มสุรา		ระดับปัญหาการติ่มสุรา
	กลุ่มทดลอง (n=23)	กลุ่มควบคุม (n=23)	
9	16	17	ติ่มแบบมีปัญหา
10	18	17	ติ่มแบบมีปัญหา
11	19	17	ติ่มแบบมีปัญหา
12	17	18	ติ่มแบบมีปัญหา
13	19	19	ติ่มแบบมีปัญหา
14	19	19	ติ่มแบบมีปัญหา
15	18	18	ติ่มแบบมีปัญหา
16	19	17	ติ่มแบบมีปัญหา
17	18	19	ติ่มแบบมีปัญหา
18	19	18	ติ่มแบบมีปัญหา
19	18	17	ติ่มแบบมีปัญหา
20	26	26	ติ่มแบบติตสุรา
21	22	24	ติ่มแบบติตสุรา
22	23	22	ติ่มแบบติตสุรา
23	26	27	ติ่มแบบติตสุรา

จากตารางที่ 2 พบว่า มีการจับคู่ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ระดับปัญหาการติ่มสุรา ซึ่งผู้วิจัยแบ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ติ่มแบบเสียง (คะแนน AUDIT 8-15 คะแนน) จำนวน 14 คน กลุ่มที่ติ่มแบบมีปัญหา (คะแนน AUDIT 16-19 คะแนน) จำนวน 24 คน และกลุ่มที่ติ่มแบบติตสุรา (คะแนน AUDIT มากกว่า 20 คะแนน) จำนวน 8 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว และได้รับอนุมัติจริยธรรมเมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2557

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย สำหรับในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย ตลอดจนการชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธ การเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัย จนครบตามระยะเวลาที่กำหนด สามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบต่อ การพยาบาลและการรักษาที่จะได้รับ มีการเน้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงข้อมูลทั้งหมดที่ผู้วิจัยได้รับการดำเนินการวิจัยจะถือเป็นความลับ มีการนำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างมีคำถามหรือเกิดข้อสงสัยใด ๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยตลอดเวลา ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างทราบถึงข้อมูลดังกล่าว และยินดีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการตีสุรา (ACA)
3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา (SOCRATES-8A)
4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินปัญหาการตีสุรา (AUDIT) แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) และแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE)

รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแต่ละชุดมีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม โดยประยุกต์รูปแบบและเนื้อหา ตามการศึกษาของ Santa Ana et al. (2007) ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ติดต่อขออนุญาตประยุกต์เครื่องมือจาก Dr. Santa Ana ผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และได้รับอนุญาตให้สามารถแปลเป็นภาษาไทย รวมทั้งอนุญาตให้ ประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ (รายละเอียดในภาคผนวก ฉ)

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีขั้นตอนการสร้าง และการตรวจสอบ คุณภาพของเครื่องมือดังนี้

1.1 ศึกษาเอกสารทางวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเสริมสร้าง แรงจูงใจการบำบัดในรูปแบบกลุ่ม และเนื้อหาในประเด็นที่ครอบคลุมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

1.2 ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม โดยประยุกต์จากศึกษา ของ Santa Ana et al. (2007) เพื่อให้มีความเหมาะสมกับการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทที่มี ปัญหาการดื่มสุราตามบริบทของประเทศไทย โดยผู้วิจัยได้บูรณาการองค์ความรู้จากการทบทวน วรรณกรรมเข้ากับโครงสร้าง และรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมของ Santa Ana et al. (2007) โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีการดำเนินกิจกรรมการบำบัดเป็นแบบรายกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60- 90 นาที ติดต่อกันเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ มีรายละเอียดของโปรแกรมดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การเสริมสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา

ระยะเวลา 60 นาที มีการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ ในกิจกรรมครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ และขั้นตอนการสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา มีสาระสำคัญดังนี้

การสร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่มีการปฏิบัติในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ประกอบด้วย การแนะนำตนเอง การชี้แจงวัตถุประสงค์ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบของการบำบัด ถือเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญในการเสริมสร้างให้เกิดความไว้วางใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหา การดื่มสุรามีความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลของตนเองที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรม กลุ่มในระยะต่อไป อีกทั้งยังเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดความ สนใจในการดำเนินกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น

มีการให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราได้ประเมิน พิจารณาถึงรูปแบบและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่มีต่ออาการทางจิตและทางร่างกายของตนเอง มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับภายหลังจากการประเมินดังกล่าว รวมทั้งผู้วิจัยจะใช้เทคนิคต่าง ๆ ของการเสริมสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราอภิปรายถึงผลการประเมินดังกล่าวร่วมกันภายในกลุ่ม โดยกิจกรรมนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเล็งเห็นว่ายังคงมีบุคคลอื่นที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ทำให้เกิดการยอมรับและมีการแลกเปลี่ยนปัญหาที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่แท้จริงของตนเองภายในกลุ่ม ซึ่งจะเป็นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดความตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา หรืออาจกล่าวได้ว่าการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดนี้เป็นการผลักดันระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราจากขั้นเพิกเฉย (Pre-Contemplation) ให้ไปไปสู่ขั้นลังเลใจ (Contemplation)

กิจกรรมครั้งที่ 2 การสร้างความเข้าใจ การยอมรับ และการสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดื่มสุรา

ระยะเวลา 90 นาที มีการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ ในกิจกรรมครั้งที่ 2 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการประเมินระดับแรงจูงใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ขั้นตอนการชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ และขั้นตอนการสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา มีสาระสำคัญดังนี้

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรามีลักษณะเป็นไปตามลำดับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเป็นสิ่งสำคัญต่อการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปตามลำดับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และระดับของแรงจูงใจนั้นมักจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการตรวจสอบระดับของแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยเนื้อหาในการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2 จะมีความเหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นลังเลใจ (Contemplation) ขึ้นไป ดังนั้นในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มจำเป็นต้องมีการผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดความพร้อมในการดำเนินกิจกรรม โดยมีระดับแรงจูงใจอย่างน้อยอยู่ในขั้นลังเลใจก่อน ด้วยการประเมินระดับแรงจูงใจร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง จากนั้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราได้พิจารณาชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ (Decision Balance) โดยการพิจารณา ข้อดี - ข้อเสียของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา มีการใช้เทคนิคต่าง ๆ ของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีระดับแรงจูงใจสูงกว่าขั้นลังเลใจ (Contemplation) จะมีการใช้ประสบการณ์ นั้น ๆ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มกับผู้ป่วยคนอื่นๆ ซึ่งจะเป็นการ

เสริมสร้างศักยภาพในตัวผู้ป่วยให้มีความมั่นคงต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตีสุรามากขึ้น อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีสุราตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตีสุราของตนเอง และเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล่าวคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจได้ง่ายมากขึ้น

มีการสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตีสุรา โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีสุราได้มีการตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตีสุราของตนเอง มีการให้ผู้ป่วยได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตีสุราและการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลอาการทางจิตของตนเอง รวมทั้งมีการอภิปรายเพื่อหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตีสุราและการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลอาการทางจิตของตนเองที่มีความเหมาะสมและมีความชัดเจนร่วมกันภายในกลุ่ม ซึ่งเชื่อว่าการที่บุคคลได้พิจารณาประสบการณ์ของตนเองในอดีตจะเป็นการส่งเสริมศักยภาพในตัวเอง และทำให้รู้สึกมีความหวังต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกิดความมั่นใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตีสุราและการดูแลตนเองให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

กิจกรรมครั้งที่ 3 การกำจัดการอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตีสุรา

ระยะเวลา 90 นาที มีการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ ในกิจกรรมครั้งที่ 3 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการประเมินระดับแรงจูงใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตีสุรา และขั้นตอนการกำจัดการอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตีสุรา มีสาระสำคัญดังนี้

การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 3 มีความเหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีสุราที่มีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นตัดสินใจ (Determination) ขึ้นไป ดังนั้นในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มจำเป็นต้องมีการผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีสุราเกิดความพร้อมในการดำเนินกิจกรรม โดยมีระดับแรงจูงใจอย่างน้อยอยู่ในขั้นตัดสินใจ (Determination) ก่อน

มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีสุราวิเคราะห์สิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตีสุราของตนเอง โดยเรียนรู้จากการบันทึกการตีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีสุรา รวมทั้งมีการใช้กระบวนการกลุ่มในการสร้างแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นนั้นๆ ให้มีความเหมาะสม และมีความเชื่อมโยงกับประสบการณ์ในอดีตของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งวิธีการดำเนินการดังกล่าวจะเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีสุรามีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตีสุราได้ชัดเจน อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตีสุราเพิ่มมากขึ้น

กิจกรรมครั้งที่ 4 การสร้างความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

ระยะเวลา 60 นาที มีการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ ในกิจกรรมครั้งที่ 4 จะประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการประเมินแรงจูงใจเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และขั้นตอนการสร้าง ความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา มีสาระสำคัญดังนี้

การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 4 มีความเหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นตัดสินใจขึ้นไป (Determination) ดังนั้นในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มจำเป็นต้องมีการผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดความพร้อมในการดำเนินกิจกรรม โดยมีระดับแรงจูงใจอย่างน้อยอยู่ในขั้นตัดสินใจ (Determination) ก่อน

การสร้างความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เป็นการทบทวนในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องลงมือกระทำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราทั้งหมดตั้งแต่การดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 1-3 มีการเน้นย้ำผลกระทบของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่มีต่ออาการทางจิต รวมทั้งมีการร่วมหาแนวทางในการแก้ไขในบางประเด็นที่ยังคงเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งจะเชื่อมโยงกับประสบการณ์จริงในการปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งมีการทบทวนถึงแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนอีกครั้ง เพื่อสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยให้เกิดความมั่นคงและเกิดความเชื่อมั่นที่จะนำแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน ภายหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมการบำบัดในครั้งนี้

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มที่พัฒนาขึ้น ร่วมปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบเนื้อหา ของกิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม พร้อมทั้งทำการปรับปรุงเนื้อหา ภาษาที่ใช้และโครงสร้างของกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา และ/หรือมีความเชี่ยวชาญด้านการเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 5 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 คน และนักวิชาการด้านจิตวิทยาจำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ในโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม พบว่า ค่าที่ได้เท่ากับ .83 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ผ่านเกณฑ์ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขรายละเอียดเนื้อหา และภาษาที่ใช้ในโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหาและด้านภาษาที่ใช้ก่อนนำไปใช้ดำเนินการวิจัยจริง ประเด็นของการปรับแก้มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ซึ่งอยู่ในการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยมีการปรับแก้เป็น 3 ประเด็นย่อยได้แก่

1) มีการเพิ่มเติมรายละเอียดเนื้อหาของกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราสามารถมองเห็นเป็นรูปธรรมได้มากขึ้น ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดความตระหนัก และเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้มากขึ้น โดยปรับเพิ่มเติมกิจกรรมในส่วนของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ด้วยการใช้วิธีทัศน์เรื่อง “ผลกระทบจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา” ในการสะท้อนผลกระทบที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านสุขภาพจิต และปัญหาด้านสังคมอื่นๆ วิธีทัศน์ดังกล่าวได้รับอนุญาตจากอำนวยการศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ให้ใช้เป็นสื่อประกอบการดำเนินกิจกรรมการวิจัยครั้งนี้ (รายละเอียดในภาคผนวก ฉ)

2) มีการปรับเนื้อหาในส่วนของรูปแบบของการดื่มสุรา ซึ่งอยู่ในใบความรู้ที่ 1/1 “ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุราและดื่มมาตรฐาน” จากเดิมอธิบายว่า “การดื่มแบบเสี่ยง คือ ผู้ชายจะมีลักษณะการดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐาน แต่ไม่เกิน 6 ดื่มมาตรฐานต่อวัน” ได้ปรับโดยการยกตัวอย่างเทียบเคียงชนิดของสุรากับปริมาณการดื่มสุราให้เห็นอย่างชัดเจน ซึ่งปรับเป็น “การดื่มแบบเสี่ยง เป็นการดื่มในลักษณะ เช่น ผู้ชายดื่มเหล้าขาวมากกว่า ½ แบน ดิมเปียร์ (5%) มากกว่า 4 กระป๋อง/ขวดเล็ก เป็นต้น” ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดความเข้าใจและมองเห็นเป็นรูปธรรมมากขึ้น

3) ในแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ที่ใช้ประกอบการดำเนินกิจกรรมปรับคำในส่วนของประเมินผลคะแนนปัญหาการดื่มสุราจาก “คะแนน 8-15 คะแนน คือ การดื่มแบบเริ่มมีความเสี่ยง” ปรับเป็น “คะแนน 8-15 คะแนน คือ การดื่มแบบมีความเสี่ยง”

จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 5 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว ระหว่างวันที่ 6 ตุลาคม ถึงวันที่ 27 ตุลาคม 2557 โดยทดลองใช้กิจกรรมการบำบัดครบทั้ง 4 ครั้ง ตามเนื้อหาในโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม เพื่อ

ตรวจสอบความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มไปใช้ทั้งในแง่ของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

ภายหลังจากการทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความเข้าใจในกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีพอสมควร สามารถดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการที่วางไว้ตาม โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มได้เป็นอย่างดี แต่ในกิจกรรมครั้งที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับ สุราและดื่มมาตรฐานพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับรูปแบบการดื่มในแต่ละ รูปแบบ ซึ่งผู้วิจัยต้องมีการยกตัวอย่างประกอบให้เห็นอย่างชัดเจนและเน้นย้ำเพียงว่า “บุคคลต้องมีการดื่มสุราในปริมาณที่เหมาะสม เช่น ถ้าดื่มเหล้าขาว ต้องดื่มน้อยกว่า 1/2 แบนต่อวันหรือน้อยกว่า 4 เป๊กต่อวัน เป็นต้น” เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจมากขึ้น จากนั้นผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการ ทดลองใช้โปรแกรมมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมี ความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ข้อคำถาม ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของการดื่มสุรา ติดต่อกัน ระยะเวลาของการเจ็บป่วยทางจิต ประวัติการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว ประวัติการใช้ สารเสพติดอื่น ๆ และประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (The Alcohol Consumption Assessment; ACA) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา พัฒนาขึ้นโดยสุนิศา สุขตระกูล (Suktrakul, 2009) แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ชนิดของสุราที่ดื่ม ปริมาณ การดื่มสุราโดยเฉลี่ยต่อวัน ซึ่งการคาดประมาณปริมาณการดื่มมีหน่วยเป็นดื่มมาตรฐาน (Standard Drink) และจำนวนวันที่ดื่มสุราใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

การแปลผลค่าคะแนนจากข้อคำถามดังกล่าวเป็นพฤติกรรมการดื่มสุราได้จากการ คำนวณโดยนำปริมาณสุราที่ดื่มโดยเฉลี่ยต่อวัน คูณกับจำนวนวันที่ดื่มสุราในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ ผ่านมา

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามจาก “จำนวนวันที่ดื่มสุราใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา” เป็น “จำนวนวันที่ดื่มสุราใน 1 เดือนที่ผ่านมา” เพื่อให้มีความสอดคล้องกับคำ นิยามศัพท์ของพฤติกรรมการดื่มสุราที่ว่า เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ มีปัญหา การดื่มสุรา ได้แก่ ชนิดของสุราที่ดื่ม ปริมาณของการดื่มสุรา และความถี่ของการดื่มสุรา ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรม การดื่มสุรา (ACA) ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการปรับปรุงภาษาที่ใช้ให้มีความ เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้ป่วย จิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา และ/หรือ มีความเชี่ยวชาญด้านการเสริมสร้างแรงจูงใจจำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 คน และนักวิชาการด้านจิตวิทยาจำนวน 1 คน ได้ตรวจสอบความตรง ของเนื้อหา รวมถึงความเหมาะสมของภาษา ในการตรวจสอบจะมีระดับของการให้คะแนนความ สอดคล้องเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับคะแนน 4 หมายถึง มีความสอดคล้องมาก ระดับคะแนน 3 หมายถึง ค่อนข้างมีความสอดคล้อง ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีความสอดคล้องน้อย และ ระดับ คะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้อง จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ระดับ คะแนน 3 และ 4 มาใช้ประกอบการคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ซึ่งในการวิจัยนี้พบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 1.0 ถือว่าผ่าน เกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) แบบประเมินพฤติกรรม การดื่ม สุรา (ACA) มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง (Self-Report) โดยมีความคล้ายคลึง กับแบบประเมิน Timeline Followback ซึ่ง Robinson et al. (2014) ได้มีการตรวจสอบความ เที่ยงของเครื่องมือโดยใช้วิธีทดสอบซ้ำ (Test-Retest Method) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการ ตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรม การดื่มสุรา (ACA) ใช้วิธีทดสอบซ้ำ (Test-Retest Method) ซึ่งได้นำแบบประเมินพฤติกรรม การดื่มสุราไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหา การดื่มสุราที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย ในครั้งนี้ โดยทำการประเมินทั้งหมด 2 ครั้ง เว้นระยะห่าง 1 สัปดาห์แล้วทำการประเมินซ้ำ จากนั้น นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ของข้อมูลที่วัดทั้ง 2 ครั้ง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) ในแบบประเมินพฤติกรรม การดื่มสุรา (ACA) นี้พบค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ .87 (รายละเอียดในภาคผนวก ข)

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่

แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale; SOCRATES-8A)

เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พัฒนาโดย Miller and Tonigan (1996) มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยพิชัย แสงชาญชัย (2546) และได้รับการ ปรับปรุงด้านภาษาโดยพันธุณา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2549) เครื่องมือนี้แบ่งเป็นรายด้านทั้งหมด

3. 3 รายการ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ ซึ่งข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบวัดความคิดเห็น (Likert Scale) 5 ระดับ ระหว่าง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง กับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง” โดยให้ระดับคะแนน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน ในแต่ละรายการประกอบด้วยข้อคำถามดังนี้

ด้านการยอมรับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 7, 10, 12, 15 และ ข้อที่ 17 ซึ่งในด้านการยอมรับจะมีช่วงค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 7-35 คะแนน

ด้านความลังเล ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 6, 11 และข้อที่ 16 ซึ่งใน ด้านความลังเลใจจะมีช่วงค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 4-20 คะแนน

ด้านลงมือกระทำ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 5, 8, 9, 13, 14, 18 และข้อที่ 19 ซึ่งในด้านการลงมือกระทำจะมีช่วงค่าคะแนนอยู่ในช่วง 8-40 คะแนน

สำหรับเกณฑ์ในการแปลผลค่าคะแนน มีรายละเอียดดังในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เกณฑ์การพิจารณาในการแปลผลค่าคะแนนของแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการ เปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A)

การแปลค่าคะแนน	ด้านการยอมรับ	ด้านความลังเลใจ	ด้านลงมือกระทำ
ระดับสูงมาก		19-20	39-40
ระดับสูง	35	17-18	36-38
ระดับปานกลาง	32-34	15-16	33-35
ระดับต่ำ	29-31	12-14	30-32
ระดับต่ำมาก	7-28	4-11	8-29

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสอบถามเฉพาะรายด้านลงมือกระทำ เนื่องจาก เป็นรายด้านที่สามารถบ่งบอกถึงการที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราจะมีความพร้อมในการ กระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง โดยใช้เกณฑ์พิจารณาจากระดับคะแนน เฉลี่ยด้านกำลังลงมือกระทำที่มีค่าอยู่ในระดับสูงขึ้นไป (ระดับคะแนน ≥ 36 คะแนน) จากการทบทวน วรรณกรรมของ สุนทรี ศรีโกสย (2548) และ พัชชราวลัย กนกจรรยา (2554) พบว่าหากผู้ป่วยมี ระดับคะแนนในรายด้านกำลังลงมือกระทำ 36 คะแนนขึ้นไป แสดงว่า ผู้ป่วยมีความพร้อมในการ ลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดขั้นตอน ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A) เฉพาะรายด้าน ลงมือกระทำ ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการปรับปรุงภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสม

กับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีตรา และ/หรือมีความเชี่ยวชาญด้านการเสริมสร้างแรงจูงใจจำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 คน และนักวิชาการด้านจิตวิทยา จำนวน 1 คน ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รวมถึงความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A) โดยในการตรวจสอบจะมีระดับของการให้คะแนนความสอดคล้องเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับคะแนน 4 หมายถึง มีความสอดคล้องมาก ระดับคะแนน 3 หมายถึง ค่อนข้างมีความสอดคล้อง ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีความสอดคล้องน้อย และระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้อง จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ระดับคะแนน 3 และ 4 มาใช้ประกอบการคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ในการวิจัยครั้งนี้พบค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .87 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ถึงแม้ว่าตามค่าความตรงของเนื้อหาได้ผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ของการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แต่ยังคงพบข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อคำถามที่ 2 ปรับข้อความจาก “ในแต่ละครั้งฉันจะตีตราอย่างหนัก แต่ฉันก็สามารถควบคุมการตีตราได้” ปรับแก้เป็น “ถึงแม้ว่าฉันจะตีตรามาแล้วอย่างหนักในแต่ละครั้ง แต่ฉันก็สามารถควบคุมการตีตราได้”

ข้อคำถามข้อที่ 4 ปรับข้อความจาก “ฉันได้เริ่มเปลี่ยนแปลงการตีตราของฉัน แต่ฉันกำลังหาทางป้องกันการกลับไปสู่การตีตราในรูปแบบเดิมอีก” ปรับแก้เป็น “ฉันได้เริ่มเปลี่ยนแปลงการตีตราของฉันแล้ว และฉันกำลังหาทางป้องกันการกลับไปสู่การตีตราในรูปแบบเดิมอีก”

ข้อคำถามข้อที่ 8 ปรับข้อความจาก “ฉันได้เปลี่ยนแปลงกระทำได้บางอย่างบ้างแล้ว เกี่ยวกับการเลิกตีตรา” ปรับแก้เป็น “ฉันได้เปลี่ยนแปลงบางอย่างเกี่ยวกับการตีตรา และต้องการความช่วยเหลือที่จะไม่หวนกลับไปตีตราเหมือนอย่างเคย”

การปรับแก้ในข้อคำถามข้อที่ 4 และ 8 ผู้วิจัยมีการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจน และมีความสอดคล้องกับเนื้อความในแบบสอบถามต้นฉบับของ Miller and Tonigan (1996)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีตราที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability)

ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับในการวิจัยครั้งนี้พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .86 (รายละเอียดในภาคผนวก ข)

4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่

4.1 แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test ; AUDIT) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินปัญหาการดื่มสุรา พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ (2552) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เกี่ยวกับปริมาณและความถี่ของการดื่มสุรา อาการของการติดสุรา และปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80 และการตรวจสอบความเที่ยงพบค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .71

เครื่องมือนี้มีลักษณะคำถามเป็นแบบ Rating Scale โดยในแต่ละข้อคำถามจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน สามารถแปลผลโดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

ระดับคะแนน 0 – 7	หมายถึง	การดื่มที่มีความเสี่ยงน้อย
ระดับคะแนน 8- 15	หมายถึง	การดื่มที่มีความเสี่ยง (Hazardous Drinking)
ระดับคะแนน 16-19	หมายถึง	การดื่มแบบมีปัญหา (Harmful Drinking)
ระดับคะแนนมากกว่า 20 คะแนน	หมายถึง	การดื่มแบบติด (Alcohol Dependence)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราตั้งแต่กลุ่มที่มีการดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinking) สามารถส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ในการบำบัดรักษา และอาจก่อให้เกิดปัญหาต่ออาการทางจิตเวชที่รุนแรงขึ้นได้เช่นกัน (Gunderson et al., 2013) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย โดยใช้เกณฑ์พิจารณากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีระดับคะแนนปัญหาการดื่มสุราตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป

4.2 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS)

เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย พัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham (1962) มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ (2549) มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .87

แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน มีการแปลผลตามเกณฑ์ดังนี้

ระดับคะแนน 18- 36 หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับน้อย

ระดับคะแนนมากกว่า 36 หมายถึง มีอาการทางจิตระดับมาก

สำหรับการวิจัยครั้งนี้จะมีการใช้แบบประเมินอาการทางจิตในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เข้าสู่การวิจัย โดยใช้เกณฑ์พิจารณา คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราต้องมีระดับคะแนน ความรุนแรงของอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย ซึ่งต้องมีระดับคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน

4.3 แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (Mini-Mental State Examination; MMSE)

เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับความบกพร่องของการทำงานของระบบสมองในด้านต่างๆ พัฒนาขึ้นโดย Folstein, Folstein, and McHugh (1975) มีการพัฒนาแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นเป็นฉบับภาษาไทยโดยคณะกรรมการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2542

แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อใหญ่ ได้แก่ Orientation for time, Orientation for Place, Registration, Attention/ Calculation, Recall, Naming, Repetition, Verbal command, Written command, Writing และ Visuoconstruction สำหรับประเทศไทยมีการใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นอย่างเป็นสากลในการประเมินสภาพความเสื่อมของสมอง โดยพบค่าความตรงและความเที่ยงผ่านเกณฑ์ของการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เกณฑ์ในการการแปลผลค่าคะแนน ดังนี้

ในกลุ่มผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีค่าคะแนนเต็มคือ 23 คะแนน (ไม่ต้องประเมินในรายชื่อ Attention/ Calculation, Written command และ Writing) หากคะแนน ≤ 14 คะแนน หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อม

ในกลุ่มผู้เรียนในระดับชั้นประถมศึกษา มีค่าคะแนนเต็มคือ 30 คะแนน หากคะแนน ≤ 17 คะแนน หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อม

ในกลุ่มผู้เรียนสูงกว่าระดับชั้นประถมศึกษา มีค่าคะแนนเต็มคือ 30 คะแนน หากคะแนน ≤ 22 คะแนน หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อม

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะมีการใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE) ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย โดยใช้เกณฑ์พิจารณา คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ต้องมีระดับประเมินสภาพสมองเบื้องต้นอยู่ในระดับคะแนนมากกว่า 18 คะแนน

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้มีการจำแนกออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 มีการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีของการเสริมสร้างแรงจูงใจ รูปแบบการให้การพยาบาลแบบรายกลุ่ม องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา โดยได้ศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากตำรา เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ มีการเข้ารับการอบรมภาคทฤษฎีและฝึกทักษะในการปฏิบัติการเสริมสร้างสร้างแรงจูงใจในหลักสูตร “การอบรมเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ” ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีระยะเวลาทั้งสิ้น 3 วัน รวมทั้งมีการฝึกประสบการณ์การให้คำปรึกษาโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตร่วมกับการใช้สารเสพติดชนิดต่าง ๆ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ภายใต้การนิเทศของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้เกิดความชำนาญก่อนการนำไปใช้จริง

1.2 ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ คู่มือโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังที่กล่าวข้างต้น

1.3 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะ แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูลงานวิจัยในระยะต่อไป

1.4 หลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย โดยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยทั้งหมดเสนอถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาต ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของกระบวนการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

1.6 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม โดยพิจารณาเลือกผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทางการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตและมีการใช้สารเสพติดร่วม จากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงขอบเขตในการดำเนินการวิจัยโดยละเอียด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อเสริมสร้างให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัย

1.7 ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น จากการทบทวนระบบเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา และศึกษาจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์เบื้องต้น

1.8 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินถึงปัญหาการดื่มสุรา ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต และระดับความบกพร่องในด้านความคิด ความจำ และเซาว์ปัญญา ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะดำเนินการตามกระบวนการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จะให้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.9 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched- Paired) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยใช้ระดับปัญหาการดื่มสุรา จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายเข้าสู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 23 คน

2. ขั้นตอนการทดลอง

ภายหลังที่ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 23 คน ในขั้นตอนของการทดลองมีการดำเนินการดังนี้

2.1 การดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.1.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยมีการดำเนินการดังนี้

2.1.1.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (ACA) ก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.1.1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลที่จะได้รับจากทีมสหสาขาวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษารายบุคคลและรายครอบครัวตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย การให้สุขศึกษารายกลุ่มก่อนการเข้าพบแพทย์ มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในการรักษาอาการทางจิต รวมทั้งมีการนัดติดตามอาการตามความเหมาะสม

2.1.1.3 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (ACA) และหลังการทดลอง (Post-test)

2.1.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีการดำเนินการดังนี้

2.1.2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (ACA) ก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.1.2.2 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6-9 คน พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกันทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ มีการนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

กิจกรรม	กลุ่มที่ / จำนวนสมาชิก	วันที่	เวลา	สถานที่
ครั้งที่ 1 การเสริมสร้าง ความตระหนักในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา	กลุ่มที่ 1 (6 คน)	15 ต.ค. 57	09.00-10.00 น.	ห้อง บริการ ผู้ป่วยนอก
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	22 ต.ค.57	09.00-10.00 น.	
	กลุ่มที่ 3 (8 คน)	31 ต.ค. 57	09.00-10.00 น.	
ครั้งที่ 2 การสร้างความ เข้าใจ การยอมรับ และ สร้างแนวทาง ในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา	กลุ่มที่ 1 (6 คน)	23 ต.ค. 57	09.00-10.30 น.	ห้อง บริการ ผู้ป่วยนอก
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	29 ต.ค.57	09.00-10.30 น.	
	กลุ่มที่ 3 (8 คน)	3 พ.ย. 57	09.00-10.30 น.	
ครั้งที่ 3 การกำจัด อุปสรรคของการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา	กลุ่มที่ 1 (6 คน)	28 ต.ค. 57	09.00-10.30 น.	ห้อง บริการ ผู้ป่วยนอก
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	6 พ.ย.57	09.00-10.30 น.	
	กลุ่มที่ 3 (8 คน)	10 พ.ย. 57	09.00-10.30 น.	
ครั้งที่ 4 การสร้างความ มั่นคงในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดื่มสุรา	กลุ่มที่ 1 (6 คน)	5 พ.ย. 57	09.00-10.00 น.	ห้อง บริการ ผู้ป่วยนอก
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	12 พ.ย.57	09.00-10.00 น.	
	กลุ่มที่ 3 (8 คน)	17 พ.ย. 57	09.00-10.00 น.	

รายละเอียดกิจกรรมและการประเมินผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
ดังต่อไปนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การเสริมสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่ม และระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราด้วยกันเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดความเข้าใจในวัตถุประสงค์ และรูปแบบของการดำเนินกิจกรรม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดความตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการดื่มสุรา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทุกคนสามารถ

1. มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้วิจัย และสมาชิกคนอื่นๆ ภายในกลุ่ม และให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี
2. บอกถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้
3. บอกถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองได้

การดำเนินกิจกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ และขั้นตอนการสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา มีการดำเนินกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ มีการดำเนินกิจกรรมโดยการแนะนำตนเองของพยาบาลและผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่ม มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบของการบำบัด

ขั้นตอนการสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา มีการดำเนินกิจกรรมโดยการให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราได้ประเมินพิจารณาถึงรูปแบบของการดื่มสุรา ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการดื่มสุราที่มีต่ออาการทางจิตและทางร่างกายของตนเอง โดยใช้คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับภายหลังจากการประเมินดังกล่าว รวมทั้งพยาบาลจะใช้เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้อภิปรายถึงผลการประเมินดังกล่าวร่วมกันภายในกลุ่ม มีการประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในช่วงสุดท้ายของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

สื่อการสอน/ อุปกรณ์

1. ภาพพลิกระเรื่อง “ดื่มมาตรฐาน”
2. วีดีโอเรื่อง “ผลกระทบจากพฤติกรรมการดื่มสุรา”
3. ใบความรู้ที่ 1/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุราและดื่มมาตรฐาน
4. ใบความรู้ที่ 1/2 ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากพฤติกรรมการดื่มสุรา

5. ใบกิจกรรมที่ 1.1 การสำรวจผลกระทบจากพฤติกรรมการดื่มสุรา
6. ใบกิจกรรมที่ 1.2 บันทึกการดื่มสุราของตนเอง
7. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT)
8. แบบสอบถามขั้นบันไดของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา
9. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา
10. ปากกาสำหรับใช้ในการดำเนินกิจกรรม

การประเมินผล

การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน การประเมินผลในแต่ละขั้นตอนสามารถสรุปได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เมื่อดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้วิจัย และผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราคนอื่นๆ ในกลุ่มบรรยากาศในการดำเนินกิจกรรมมีความผ่อนคลาย ซึ่งประเมินจากสีหน้า ลักษณะการวางตัว และการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราแต่ละคนในกลุ่มที่เพิ่มขึ้นจากการดำเนินกิจกรรม โดยเห็นได้จากผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มช่วยกันพูดทวนชื่อของผู้ป่วยแต่ละคน และร่วมกันบอกถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบของการบำบัด จำนวนครั้งในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทุกคนสามารถบอกได้อย่างถูกต้องและชัดเจน

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา

หลังจากการสะท้อนถึงผลการประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) และผลกระทบจากพฤติกรรมการดื่มสุรา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราส่วนมากสามารถบอกถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองได้ เห็นได้จากผลการประเมินตนเองตามใบกิจกรรมที่ 1.1 การสำรวจผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการดื่มสุรา และจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

“ผมจำได้เมื่อวันก่อนดื่มเหล้าเมา แล้วได้ยินเสียงคนมาพูดด้วย มันน่าจะเป็นเสียงหูแว่วครับ”

“ตอนที่นอนโรงพยาบาลครั้งที่แล้วเมียบอกว่า ผมดื่มเหล้าเยอะ แล้วแอะอะอาวาด ทำร้ายข้าวของ ตอนนั้นคิดว่าทำจริงๆ ครับ แต่ผมว่าตอนนั้นผมก็ไม่ได้ดื่มเยอะนะ”

“ดื่มแล้วทะเลาะกับพ่อแม่ เมียก็ด้วย...หนักเลย...ยิ่งตอนเมานะ ผมด่าละเลย”

“เคยดื่มแล้วมีงานด่วนเข้ามา เลี้ยงไม่ได้เลยต้องขับรถดูวันนั้น รู้สึกมีเงิน ฤทธิ์หน่อย เลยขับชนต้นไม้ข้างทาง แขนขาหัก ต้องผ่าตัดนอนโรงพยาบาลหลายวันเลย”

“คะแนนทำไม่ถึงสูงจัง ไม่เคยว่าจะสูงอย่างนั้นนะ..... ส่วนผมก็เคยเมา แล้วขับรถล้มแค่นั้น...คะแนนสูงอย่างนี้จะป็นอะไรมากไหมหมอ”

แต่ก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราบางคนไม่สามารถระบุถึงผลกระทบจากพฤติกรรมการดื่มสุราที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ จึงทำให้เกิดแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยเห็นได้จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

“อ้อหโม ! ต้มนิต ต้มหน้อยสี่สันชีวิต ผมเพิ่งเริ่มต้มมา 2-3 ปีนี้เอง คงไม่เป็นไรหรอก”

“คนเราเกิดมาครั้งเดียว จะทำอะไรต้องทำให้คุ้มจริงไหม ต้มเหล้าแล้วทำให้ผมมีความสุข ผมว่าก็โอเคนะ”

“ผมว่าต้มก็ทำให้หายเครียดนะ ไม่น่ามีปัญหาอะไรเลย”

“ไม่เห็นเกิดผลกระทบอะไรกับผมเลย ดีซะอีก ต้มเหล้าแล้วมีแรงทำงาน”

สำหรับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ไม่สามารถสังเกตเห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง และเกิดแรงต้านนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยใช้เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจ เช่น การหมุนตามแรงต้าน (Roll With Resistance) การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (Avoid Argumentation) การทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างสภาพการในปัจจุบัน (Develop Discrepancy) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Express Empathy) และการสนับสนุนศักยภาพของผู้ป่วย (Support Self-Efficacy) ร่วมกับการอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มในมุมมองเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา มีเชื่อมโยงกับสิ่งที่เป็นแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งพบว่าสิ่งที่เป็นแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราส่วนมาก คือ บิดา มารดา บุตร และการหายจากอาการทางจิต เป็นต้น จากการดำเนินตามขั้นตอนพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรากลุ่มนี้เริ่มสังเกตเห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้มากขึ้น ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเริ่มมีความตระหนักต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง เห็นได้จากตัวอย่างคำพูดและการแสดงท่าทางของผู้ป่วยเช่น

“ก็น่าจะมีอยู่นะ ผมทำงานรับจ้าง ต้มเหล้าก็ทำให้มีแรงดี แต่ผมว่าถ้าผมต้มอย่างงี้ คงทำให้เห็นภาพหลอนกลับมา และต้องนอนโรงพยาบาลอีก ผมกลัวว่า ถ้าผมนอนโรงพยาบาลลูกผมจะอยู่ยังไง”

“ไม่เคยคิดว่าเหล้าจะมีผลกระทบร้ายแรงอย่างงี้เลย ช่วงนี้ผมเริ่มมีปวดท้องบ่อย ๆ ไม่แน่ใจว่าจะเกี่ยวกับเหล้าหรือเปล่า ผมไม่อยากป่วยเหมือนในวิดีโอ”

“อืมลองๆ คิดดู ทุกครั้งที่ผมมานอนโรงพยาบาลเนี่ย มันน่าจะเกี่ยวกับการกินเหล้าอยู่บ้าง”

“ผมว่าต้มแล้วมันหายเครียดนะ แต่มีบางครั้งเหมือนกันที่ต้มเหล้าแล้วรู้สึกว่ามีคนมาคุยด้วยผมก็กลัวเหมือนกัน”

หลังจากสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทุกคนเกิดความตระหนักต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเองมากขึ้น เห็นได้จากผลการประเมินจากแบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทุกคนให้ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 3-7 คะแนน ซึ่งถือว่า มีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นลังเลใจ (Contemplation) และขั้นตัดสินใจ (Determination)

กิจกรรมครั้งที่ 2 การสร้างความเข้าใจ การยอมรับ และสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อรักษาระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราให้เกิดความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราของตนเอง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีความรู้ ความเข้าใจถึงสิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทุกคนสามารถ

1. กล่าวถึงคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้
2. บอกถึงเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราของตนเองได้อย่างชัดเจน
3. บอกแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราของตนเองได้อย่างชัดเจน
4. บอกความหมายของสิ่งกระตุ้น และแยกแยะระหว่างสิ่งกระตุ้นภายในกับสิ่งกระตุ้นภายนอกได้

การดำเนินกิจกรรม

ในกิจกรรมครั้งที่ 2 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการประเมินระดับแรงจูงใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา ขั้นตอนการชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ และขั้นตอนการสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา มีการดำเนินกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนการประเมินระดับแรงจูงใจ มีการดำเนินกิจกรรม โดยในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม จะมีการประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่ม และใช้กระบวนการกลุ่มส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดความตระหนักในปัญหาพฤติกรรม การดื่มสุราของตนเอง

ขั้นตอนการชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ มีการดำเนินกิจกรรมโดยมีการให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราได้มีโอกาสพิจารณาชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ (Decision Balance) โดยการพิจารณาข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรม การดื่มสุรา และข้อดี-ข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา ร่วมกับการใช้กระบวนการของการเสริมสร้างแรงจูงใจส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจที่ชัดเจน (Self-Motivation Statement)

ขั้นตอนการสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา มีการดำเนินกิจกรรมโดยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราของตนเอง

มีการให้ผู้ป่วยได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลอาการทางจิตของตนเองในอดีต พร้อมทั้งร่วมกันการอภิปรายกัน ภายในกลุ่มเกี่ยวกับการหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราและการปฏิบัติตัว เกี่ยวกับการดูแลอาการทางจิตของตนเองให้มีความเหมาะสมและชัดเจนมากขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา
2. ใบกิจกรรมที่ 1.2 บันทึกการดื่มสุราของตนเอง (การบ้าน)
3. ใบกิจกรรมที่ 2.1 การชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ
4. ใบกิจกรรมที่ 2.2 การตั้งเป้าหมายของตนเอง
5. ใบกิจกรรมที่ 2.3 การรู้เท่าทันการดื่มของตนเอง
6. ใบความรู้ที่ 2/1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะขาดสุราและแนวทางการจัดการ
7. ใบความรู้ที่ 2/2 ความรู้เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้น
8. ภาพพลิกเรื่อง “สิ่งกระตุ้นและการจัดการกับสิ่งกระตุ้น”
9. กระดาษ Flip Chart
10. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

การประเมินผล

การดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 2 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน การประเมินผลในแต่ละขั้นตอน สามารถสรุปได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินระดับแรงจูงใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี ประเมินจากการมีส่วนร่วมในการทบทวนเนื้อหาของกิจกรรมในครั้งที่ 1 เกี่ยวกับผลกระทบจาก พฤติกรรมการดื่มสุราเป็นอย่างดี และผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทุกคนให้ความร่วมมือในการ ทำการบ้าน (ใบกิจกรรมที่ 1.2 บันทึกการดื่มสุราของตนเอง) ตามที่ได้รับมอบหมายจากการดำเนิน กิจกรรมในครั้งที่ 1 ซึ่งใช้ประกอบการสะท้อนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเล็งเห็นว่าตนเองมี พฤติกรรมการดื่มในปริมาณที่มากหรือน้อยเพียงใด ผลสรุปจากใบกิจกรรมที่ 1.2 บันทึกการดื่มสุรา ของตนเอง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราดื่มสุราเฉลี่ย 5-6 วันต่อสัปดาห์ และในการดื่มแต่ละครั้งเฉลี่ยประมาณ 3-5 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (ตัวอย่างการบันทึกปริมาณการดื่ม แต่ละครั้งของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราดังนี้ เหล้าขาว 20 บาท; 4 เป๊ก ลีโอ 3 แก้ว เป็นต้น) จากการสะท้อนถึงพฤติกรรมการดื่มสุราดังกล่าวร่วมกับการทบทวนผลการดำเนินกิจกรรม ในครั้งที่ 1 ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทุกคนมีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นลังเลใจ (Contemplation) และขั้นตัดสินใจ (Determination) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีความ

พร้อมที่จะเข้าสู่การดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 เห็นได้จากผลสรุปจากการประเมินแบบสอบถาม
 ชั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่มีระดับคะแนน 4-6 คะแนน

ขั้นตอนที่ 2 การชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราให้ความสนใจต่อการดำเนินกิจกรรมการชั่งน้ำหนัก
 เพื่อการตัดสินใจเป็นอย่างดี ประเมินจากการที่ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการคิด วิเคราะห์ในใบกิจกรรม
 ที่ 2.1 การชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ ตัวอย่างการวิเคราะห์ที่นำเสนอจากใบกิจกรรมที่ 2.1 มีดังนี้

- สิ่งที่ดีหากยังคงดื่มสุราอยู่ ส่วนมากผู้ป่วยจะวิเคราะห์ว่า

“การดื่มทำให้มีคลาเย่รียดได้”	“ทำให้ลึ้มในบางเรื่องที่มีมันไม่ดี”
“ดื่มแล้วไม่เบื่อ ไม่ดื่มไม่มีอะไรทำ”	“ดื่มนิดๆ ตอนเช้าแล้วทำงานดี”
- สิ่งที่ดีหากต้องหยุด/ลดการดื่มสุรา ส่วนมากผู้ป่วยจะวิเคราะห์ว่า

“ไม่ดื่ม แล้วน่าจะทำให้หูแว่วลดลง”	“คงมีเงินเก็บมากขึ้น”
“พ่อแม่ คงเป็นห่วงน้อยลง ด่าว่าน้อยลง”	“ไม่ต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อย ๆ”
“หมอนัดให้มาโรงพยาบาลห่างขึ้น”	“สุขภาพน่าจะดีขึ้น”
- สิ่งที่ไม่ดีหากต้องหยุด/ลดการดื่มสุรา ส่วนมากผู้ป่วยจะวิเคราะห์ว่า

“คงเปรี้ยวปากถ้าต้องหยุด”	“ถ้าไม่ดื่ม ก็ไม่มีแรงทำงาน”
“เพื่อนที่ทำงานจะว่าเอาว่าไม่ยอมไปด้วยกัน”	
“ไม่ดื่มเหล้าก็นอนไม่หลับ”	
- สิ่งที่ไม่ดีหากยังคงดื่มสุราอยู่

“ทะเลาะกับพ่อ/แม่/เมีย อยู่บ่อยๆ”	“มีหูแว่ว เห็นคนมาหาอยู่ไม่หาย”
“เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย”	“ไม่มีเงินให้ลูก ให้ครอบครัว”

จากการวิเคราะห์การชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา
 ส่วนมากเล็งเห็นข้อดีของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรามากกว่าข้อเสียของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ในระยะนี้
 ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนโดยใช้หลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทที่มี
 ปัญหาการดื่มสุราบางคนเกิดแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เห็นได้จากตัวอย่าง
 คำพูดที่ว่า

“ข้อเสียมันก็มีอย่างที่เพื่อนๆ บอก แต่ผมก็ยังอยากสนุก อยากสังสรรค์กับเพื่อน ได้ดื่มนกับ
 เพื่อนก็มีความสุขแล้ว ไม่ต้องคิดอะไรมาก”

“เวลาทะเลาะกับเมีย ไปดื่มแล้วมันก็ทำให้ผมหายเครียดได้นะ...ผมว่าก็ดื่มนะจะได้ลึ้ม ๆ ไป”

“ไม่น่าจะต้องลดลงเลย อย่างงี้ก็มีความสุขดีอยู่แล้ว”

“ดื่มแล้วมันทำให้นอนหลับดี อีกอย่างนะเพื่อนผมเคยบอกว่าดื่มแล้วจะได้ยินเสียงหูแว่ว
 น้อยลงนะหมอ”

“ผมดื่มเหล้าน้อยๆ เพื่อนบ้านเค้าบอกว่าดี ช่วยให้ความดันดีด้วยนะ”

สำหรับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรากลุ่มนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยใช้เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจต่างๆ โดยเน้นการหมุนตามแรงต้าน (Roll With Resistance) และแสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ (Express Empathy) ในสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา มีการแสดงออก นอกจากนี้จะเห็นได้ชัดว่ากระบวนการกลุ่มมีส่วนสำคัญในการช่วยสนับสนุนให้เห็นถึงข้อดีต่างๆ ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติ่มสุราที่จะเกิดขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราที่เกิดแรงต้านเล็งเห็นถึงความสำคัญหรือข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติ่มสุรามากขึ้น ซึ่งตัวอย่างปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มมีดังนี้

“ผมก็เคยคิดนะว่าติ่มเหล้าแล้วมีเพื่อน มีความสุข แต่มีช่วงนึงผมรดคว่า ไม่เห็นเพื่อนที่ติ่มมาดูแลเลย คิดๆ ดูแล้วตอนนั้นก็แค่ครอบครัวที่ดูแลผม ทำให้ผมรู้ว่าใครห่วงเรามากที่สุด”

“ผมว่าไม่นะที่คุณบอกว่าติ่มเหล้าแล้วจะไม่มีหูแว่ว ถ้าเราไม่ติ่มเหล้าเราจะคุมตัวเองได้ หูแว่วก็อาจจะไม่ได้ยินนะ”

“จากกิจกรรมนี้ผมทำให้เห็นนะว่าข้อเสียมันเยอะมาก ๆ ไม่เคยคิดเลย เพื่อนๆ ว่าไง”

เมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราส่วนใหญ่สามารถกล่าวคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Self-Motivation Statement) ออกมาได้ และสามารถบอกถึงเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติ่มสุราของตนเองได้ เห็นได้จากผลการปฏิบัติกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 2.2 การตั้งเป้าหมายในอนาคตของตนเอง และจากตัวอย่างคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยมีดังนี้

“ถ้าผมติ่มน้อยลง ผมจะมีหูแว่วน้อยลงใช่ไหม จังผมจะลองติ่มให้น้อยลงดูนะ...แต่ไม่แน่ว่าจะทำได้หรือเปล่านะ”

“เอาใจก็ได้หมอ เพื่อลูก...ลองดู ผมไม่อยากจะให้ลูกติ่มเหมือนผม”

“นี่ถึงตอนนอนโรงพยาบาล ผมไม่อยากจะอีกแล้ว โกลบ้าน คิดถึงลูก เมีย ลดเหล้าลงก็ดี”

“เอาเพื่อน ๆ ส่วนใหญ่จะลดการติ่มเหล้า...ผมก็จะลองเหมือนกัน” พร้อมทั้งพยักหน้าแสดง ความมั่นใจถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติ่มสุรา

“ก็ดีนะหมอ ผมจะลองดู”

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติ่มสุรา

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติ่มสุราด้วยความเต็มใจ ส่งผลให้บรรยากาศในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม มีความผ่อนคลาย และหลังจากการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราส่วนใหญ่สามารถบอกเป้าหมาย และแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติ่มสุราของตนเองได้ ตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“จากเดิมติ่ม 6 วัน คราวนี้จะลองลดเหลือ 3 วัน และจะพยายามห้ามตัวเองไม่ให้ติ่มเยอะ”

“ผมว่า ผมทำได้ ตอนครั้งก่อนผมใช้วิธี ไม่ซื้อเหล้าเข้าบ้าน ก็ไม่ดื่มได้ คราวนี้จะลองดู จะไม่ซื้อเหล้ามาไว้ที่บ้าน หรือถ้าดื่มก็จะสัญญากับตัวเองว่าจะแค่วันละแก้ว เดี่ยวให้เมียช่วยเตือน”

“ปกติดื่มเหล้าตอนหลังเลิกงาน จะลองดื่มให้น้อยลง กินกับแก้มอย่างอื่นแทนเหล้า อย่างที่เพื่อนๆ บอกดูก็ได้อยู่ครับ จะลองดู”

“ส่วนผมจะลดเหลือแค่ 3 วันก่อนแล้วกัน แล้วก็จากเดิมที่เคยดื่มที่เดียวหมดแก้ว จะลองเปลี่ยนเป็นจิบ ๆ ดู”

“สำหรับตัวผม ขอลดลงเป็น 4 วันก่อนละกัน”

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เห็นได้จากก่อนการจบการดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยสามารถยกตัวอย่างสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ และสามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่าเป็นสิ่งกระตุ้นภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น “เพื่อนชวนคือ สิ่งกระตุ้นภายใน” “สิ่งกระตุ้นภายนอก ก็ร้านขายน้ำ ขายเหล้า” เป็นต้น

หลังจากสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราส่วนใหญ่สามารถกล่าวคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเอง (SMS) มีการตั้งเป้าหมาย บอกแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเองได้อย่างชัดเจน มีความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้น ซึ่งถือว่า มีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นตัดสินใจ (Determination) และสามารถนำไปปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราหลังจากการดำเนินกลุ่มได้

สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราจำนวน 2 คน ที่ไม่สามารถกล่าวคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเอง (SMS) รวมถึงไม่สามารถตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเองได้ หลังจากจบการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษารายบุคคล โดยใช้แรงจูงใจของผู้ป่วยในการผลักดันให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 20 นาที พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทั้ง 2 คนสามารถกล่าวคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเอง และบอกแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้

กิจกรรมครั้งที่ 3 การกำจัดอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อรักษาระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราให้เกิดความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทราบถึงสิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่เกิดขึ้นกับตนเอง
3. เพื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 3 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทุกคนสามารถ

1. เกิดความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 3
2. ระบุถึงสิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้
3. บอกถึงแนวทางในการจัดการสิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม

การดำเนินกิจกรรม

ในกิจกรรมครั้งที่ 3 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการประเมินระดับแรงจูงใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา และขั้นตอนการกำจัดการอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา

ขั้นตอนการประเมินระดับแรงจูงใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา มีการดำเนินกิจกรรมโดยในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มจะมีการประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา และใช้กระบวนการกลุ่มผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในระยะต่อไป

ขั้นตอนการกำจัดการอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา มีการดำเนินกิจกรรมโดยมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราวิเคราะห์ถึงสิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง โดยเรียนรู้จากการบันทึกการดื่มของผู้ป่วย รวมทั้งมีการใช้กระบวนการกลุ่มในการสร้างแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นนั้น ๆ ให้มีความเหมาะสมและมีความเชื่อมโยงกับประสบการณ์ในอดีตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราแต่ละคน ซึ่งวิธีการดำเนินการดังกล่าวจะเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้ชัดเจน และเกิดความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราเพิ่มมากขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา
2. โปสเตอร์สรุปการวิเคราะห์การชั่งน้ำหนักในการตัดสินใจของการดำเนินกลุ่มครั้งที่ 2
3. ใบความรู้ที่ 3/1 แนวทางการจัดการกับสิ่งกระตุ้น
4. แผ่นพลิกเรื่องสิ่งกระตุ้นและแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น
5. ใบกิจกรรมที่ 2.3 การรู้ทันการดื่มของตนเอง
6. ใบกิจกรรมที่ 3.1 แนวทางจัดการเมื่อเผชิญกับสิ่งกระตุ้น: เรียนรู้จากสถานการณ์
7. ใบกิจกรรมที่ 3.2 สร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา
8. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

การประเมินผล

กิจกรรมครั้งที่ 3 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ผลการประเมินในแต่ละขั้นตอนสรุปได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินระดับแรงจูงใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี ประเมินจากการมีส่วนร่วมในการทบทวนเนื้อหาของกิจกรรมในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทุกคนมีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นตัดสินใจ (Determination) และขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเข้าสู่การดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 เห็นได้จากผลสรุปการประเมินแบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่มีระดับคะแนน 7-10 คะแนน

ขั้นตอนที่ 2 การกำจัดอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นมากขึ้น สามารถบอกถึงสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างชัดเจน เห็นจากการร่วมอภิปรายในกลุ่มจากใบกิจกรรมที่ 2.3 การรู้เท่าทันการดื่มของตนเอง (การบ้านของการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2) ผลสรุปจากใบกิจกรรมดังกล่าวพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุราเหลือเพียง 2-4 วัน ต่อสัปดาห์ สิ่งกระตุ้นที่พบมากที่สุด คือ การมีเพื่อนชวนไปดื่มสุรา และอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ดังตัวอย่างกับคำพูดของผู้ป่วยที่ว่า

“สิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผมดื่มนะ..ผมคิดว่า น่าจะเป็นกลุ่มเพื่อนที่แคมป์ เวลาเลิกงานก็จะไปร่วมวงกัน กินเหล้าบ้าง เล่นไพ่บ้าง ผมก็เลี่ยงไม่ได้”

“สิ่งกระตุ้นของลุง คือ ความเหงา ความเบื่อ ได้กินเหล้าซักริบ มันก็สดชื่นขึ้นมาได้นะ”

“บ้านผมอยู่ใกล้ๆ ร้านขายเหล้า ขายน้ำแข็ง มันง่ายมาก..แค่เดินผ่านก็รู้สึกว่าจะต้องซื้อกลับไปติดบ้านไว้”

“ที่บ้านทีงมาก็จะมี เพื่อนชวน เครียด เบื่อ”

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราแสดงความสนใจ และให้ความร่วมมือในการสร้างแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นจากตัวอย่างสถานการณ์ที่กำหนดให้ได้อย่างเหมาะสม ระหว่างการคิดหาแนวทางนั้น ในกลุ่มจะมีการใช้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ผู้วิจัยให้ความรู้ไปในเบื้องต้น ร่วมกับการนำแนวทางจากประสบการณ์ในอดีตมาใช้ในการสร้างแนวทางการจัดการกับสิ่งกระตุ้นครั้งนี้ด้วย ตัวอย่างการวิเคราะห์สถานการณ์ และการสร้างแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นตามใบกิจกรรมที่ 3.1 สถานการณ์ที่ 3 ดังนี้

“ผมว่าที่สมชายบอกว่า ดื่มนิดเดียวคงไม่เป็นไร มันไม่ตึนนะ ถ้าผมดื่มนิดเดียว แล้วมันก็จะรู้รสชาติของเหล้า ติดใจอีก คงหยุดดื่มไม่ได้ ทางที่ดีไม่ดื่มดีกว่า ห้ามใจตัวเองไว้ให้ได้ที่สุด”

“สิ่งกระตุ้นของสมชาย น่าจะเป็นเกี่ยวกับขวดเหล้าที่อยู่บ้าน เห็นแล้วน่าจะเปรี้ยวปากนะ ทางที่ดีผมว่า ต้องตัดใจอันดับแรกเลย..ทำให้ให้แข็งพอ แล้วต้องทิ้งเหล้าออกจากบ้านไปซะ”

“อย่างที่บอกผมเลย บ้านอยู่ใกล้ร้านขายน้ำแข็ง ขายเหล้า เดินผ่านก็ต้องซื้อ ต่อไปคงต้องห้ามใจตัวเองแล้ว พยายามไม่ซื้อมาไว้ที่บ้าน จะได้ไม่เห็น ไม่อยากดื่ม”

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทุกคนสามารถระบุสถานการณ์เสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับสิ่งกระตุ้นได้อย่างเหมาะสมในทุกสถานการณ์ รวมถึงสามารถแสดงบทบาทสมมุติโดยใช้ทักษะการปฏิเสธได้อย่างเหมาะสม และมีความมั่นใจต่อการปฏิเสธ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้มากขึ้น ดังจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“หลังจากเลิกงาน ผมจะบอกเพื่อนว่า วันนี้ผมขอไม่ไปนะ เดี่ยวจะกลับบ้านไปหาลูกก่อน”

“ไม่เคยคิดว่าจะมีวิธีการพูดอย่างนี้เลย ต่อไปผมคงจะบอกปฏิเสธได้ง่ายขึ้นแน่ ๆ ผมตั้งใจแล้ว ผมจะบอกว่า ผมไม่ไปนะวันนี้ ตอนนี้กำลังลดดื่มเหล้าลง เพราะผมกลัวประสาทหลอนอีก”

“อย่างน้อยเข้ากลุ่มนี้ได้รู้แนวคิดของเพื่อน ๆ แต่ละคน ผมมั่นใจขึ้นแล้วเกี่ยวกับการปฏิเสธ เดี่ยวสัปดาห์นี้จะลองไปใช้ดู เพราะที่ผ่านมามีตั้งใจจะไม่ดื่ม แต่พอเพื่อนมาชวนก็เกรงใจต้องไปตลอด”

หลังจากสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 3 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทุกคนสามารถบอกถึงแรงจูงใจ มีการวางแผนเป้าหมาย มีแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา สามารถบอกสิ่งกระตุ้นและแนวทางในการจัดการสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสมกับตนเองได้อย่างชัดเจน โดยสะท้อนจากผลสรุปจากใบกิจกรรมที่ 3.2 การสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราสามารถนำไปปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราหลังจากการดำเนินกลุ่มได้

กิจกรรมครั้งที่ 4 สร้างความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อรักษาระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราให้เกิดความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราได้มีแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราและแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ชัดเจน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดความพร้อมในการปฏิบัติต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา
4. เพื่อนัดหมายการติดตามพฤติกรรม การดื่มสุราของสมาชิกกลุ่ม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 4 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทุกคนสามารถ

1. บอกแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา การจัดการกับสิ่งกระตุ้นได้อย่างชัดเจน
2. มีความพร้อม มีความมั่นใจในการปฏิบัติต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง
3. ทราบถึงการนัดหมายติดตามพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

การดำเนินกิจกรรม

ในกิจกรรมครั้งที่ 4 จะประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการประเมินแรงจูงใจเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และขั้นตอนการสร้างความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา มีการดำเนินกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนการประเมินแรงจูงใจเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา มีการดำเนินกิจกรรมโดยในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มจะมีการประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา และใช้กระบวนการกลุ่มผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในระยะต่อไป

ขั้นตอนการสร้างความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา มีการดำเนินกิจกรรมโดยการทบทวนในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องลงมือกระทำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ทั้งหมดตั้งแต่การบำบัดในครั้งที่ 1-3 มีการเน้นย้ำผลกระทบของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่มีต่ออาการทางจิต พร้อมทั้งมีการร่วมหาแนวทางในการแก้ไขในบางประเด็นที่ยังคงเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการจัดการกับสิ่งกระตุ้น และมีการทบทวนถึงแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนอีกครั้ง เพื่อที่จะเป็นการสนับสนุน สร้างความมั่นคง และสร้างความเชื่อมั่นที่จะนำแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน ภายหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมการบำบัดในครั้งนี้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา
2. ใบกิจกรรมที่ 2.3 การรู้ทันการดื่มของตนเอง
3. ใบกิจกรรมที่ 4.1 คำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนการดื่มสุรา
4. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

การประเมินผล

ในกิจกรรมครั้งที่ 4 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ผลการประเมินในแต่ละขั้นตอนสรุปได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินระดับแรงจูงใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี ประเมินจากการมีส่วนร่วมในการทบทวนเนื้อหาของกิจกรรมคร่าว ๆ ในครั้งที่ 1-3 และผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทุกคนมีระดับแรงจูงใจอยู่ในระดับขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีความพร้อมที่จะเข้าสู่การดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 สะท้อนจากผลสรุปการประเมินแบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราที่มีระดับคะแนน 9-10 คะแนน

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราให้ความร่วมมือ มีความสนใจ รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลต่างๆ จากประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยแต่ละคนร่วมกันภายในกลุ่มเป็นอย่างดี ซึ่งมีการเชื่อมโยงถึงผลการปฏิบัติตามแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราตามที่ได้มีการตั้งเป้าหมายและวางไว้ในครั้งที่ผ่านๆ มา โดยใช้ใบกิจกรรมที่ 2.3 บันทึกการดื่มสุราของตนเอง (การบ้านในครั้งที่ 2 และ 3) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มสามารถค้นหาประเด็นที่ยังคงเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองได้ ประเด็นที่ยังคงเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราประกอบด้วย 2 ประเด็นหลักได้แก่ กลุ่มเพื่อน/บุคคลที่เคยดื่มด้วยกันชวนไปดื่มสุรา และอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

“สิ่งที่ยังเป็นปัญหาสำหรับตัวผม คือ บางวันพ่อและน้องมีการดื่มเหล้ากันช่วงเย็น ๆ เค้กก็ไม่ได้ชวนผมหรอก เคารู้ว่าผมกำลังจะเลิกเหล้า ผมพยายามใจแข็งนะ แต่พอเห็นแล้วมันก็เปรี้ยวปากขึ้นมา ก็เลยขอสักหน่อย แต่พอได้ดื่มแล้วมันก็ ติดลม เมมาเลย”

“สัปดาห์ที่ผ่านมาผมบอกรู้สึกเครียด ๆ หลังทะเลาะกับเมีย ผมคุมตัวเองไม่ได้ อารมณ์พาไป ก็เลยไปดื่มเหล้า แต่พอคิดได้ก็เสียใจนะที่ดื่มเข้าไปวันนั้น”

“ผมว่าผมทำได้ส่วนใหญ่นะ แต่จะมีอยู่วันลงวันชั้นของแคมป์ มันเป็นวันเงินเดือนออก (1 ครั้ง/สัปดาห์) ซึ่งเค้าจะเล่นโก่ชนกัน สังสรรค์กันหนัก เพื่อน ๆ ต้องชวนไปแน่ ๆ ผมว่าผมคงต้องไปแล้วคงต้องดื่มแน่ ๆ”

หลังจากร่วมอภิปรายเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราสามารถบอกแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาอุปสรรคนั้น ๆ ได้อย่างชัดเจน อีกทั้งยังมีความมั่นใจมากขึ้นเกี่ยวกับทักษะการปฏิเสธ การผ่อนคลายความเครียด รวมถึงมีการแสดงถึงความผูกพันในการดำเนินกิจกรรมระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกันเอง เห็นได้จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราดังนี้

“ผมว่า ผมมั่นใจว่า จะลดการดื่มสุราลงได้ตามที่ตั้งไว้นะผมจะนึกถึงลูก ครอบครัวให้มากเค้าคงดีใจที่ผมเลิกได้”

“ผมสัญญาว่า จะเลิกให้ได้ มันอยู่ที่ใจ ผมตั้งใจแล้วครับ”

“ต่อไปถ้าผมทะเลาะกับเมีย ผมจะพยายามเตือนตัวเอง เดินหนี แล้วไปทำนา ทำสวนหลังบ้านให้สบายใจก่อน แล้วค่อยมาคุยกับเมียให้เข้าใจ”

“ผมว่าเพื่อนๆ ทุกคนทำได้ และผมว่าผมน่าจะทำได้เหมือนกัน”

“ขอบคุณหมอ และก็เพื่อน ๆ ทุกคนที่เป็นกำลังใจให้นะครับ ผมได้รู้ว่าจะอย่างน้อยก็มีคนคอยกำลังใจเรา หัวดีกับเรา เมียผมก็ดีใจ ไม่ค่อยบ่นเยาะเหมือนเมื่อก่อนแล้ว”

“ตอนแรก ๆ ก็ไม่ค่อยอยากมานะ กิจกรรมกลุ่มหนะ แต่พอได้มาคุยกับหมอ คุยกับเพื่อนๆ แล้วทำให้ผมเปลี่ยนความคิดไปทันทีเลย และตอนนี้ผมขอเป็นกำลังใจให้เพื่อนๆ ทุกคนเช่นกันครับ”

“หลังจากวันนี้แม้ผมจะไม่ได้เจอกับหมอ กับเพื่อนๆ แล้ว แต่ผมสัญญาว่าผมจะพยายามเลิกเหล้าให้สำเร็จ”

“ผมค่อนข้างมั่นใจว่าผมจะควบคุมการดื่มของตัวเองได้ หลังจากวันนี้ ผมตั้งใจจริงๆ เป็นกำลังใจให้ด้วยนะครับ”

หลังจากสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 4 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่ชัดเจน รวมถึงมีความมั่นใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราหลังจากการสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มได้

2.3 การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยกำกับการทดลองด้วยแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา (SOCRATES-8A) ก่อนการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 และหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนต้องมีระดับคะแนนที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีช่วงคะแนนอยู่ในระดับสูง คือ ระดับคะแนน ≥ 36 ซึ่งผลการกำกับการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีระดับคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม โดยมีระดับคะแนนที่มากกว่า 36 คะแนนทุกคน และในกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังที่แสดงในตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 ระดับคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม (n=23)

คนที่	ระดับคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่างคะแนน
1	25	36	+11
2	25	36	+11
3	26	37	+11
4	29	37	+8
5	24	36	+12
6	29	37	+8
7	29	38	+9
8	27	37	+10
9	25	36	+11
10	25	36	+11
11	30	38	+8
12	27	36	+9
13	27	38	+11
14	27	36	+9
15	26	38	+12
16	29	37	+8
17	31	38	+7
18	25	36	+11
19	31	37	+6
20	26	36	+10
21	27	37	+10
22	27	37	+10
23	27	37	+10
\bar{x}	27.13	36.82	+9.69

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรากลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง และภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มทุกคนมีระดับคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรากลุ่มทดลองที่ ≥ 36 คะแนน ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ของการกำกับทดลองที่กำหนดไว้โดยมีระดับคะแนนสูงสุด 38 คะแนน และมีคะแนนต่ำสุด 36 คะแนน

ตารางที่ 6 ระดับคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรากลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=23)

คนที่	ระดับคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่างคะแนน
1	26	31	+5
2	30	31	+1
3	26	22	+2
4	27	28	+1
5	25	31	+6
6	27	29	+2
7	31	33	+2
8	29	30	+2
9	32	30	-2
10	27	29	+2
11	25	26	+1
12	26	29	+3
13	27	30	+3
14	25	25	0
15	25	30	+5
16	27	30	+3
17	27	27	0
18	25	25	0

ตารางที่ 6 (ต่อ)

คนที่	ระดับคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่างคะแนน
19	26	29	+3
20	27	34	+7
21	24	21	-3
22	29	28	-1
23	30	30	0
\bar{x}	27.08	28.60	+1.82

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 27.08 และ 28.60 ตามลำดับ

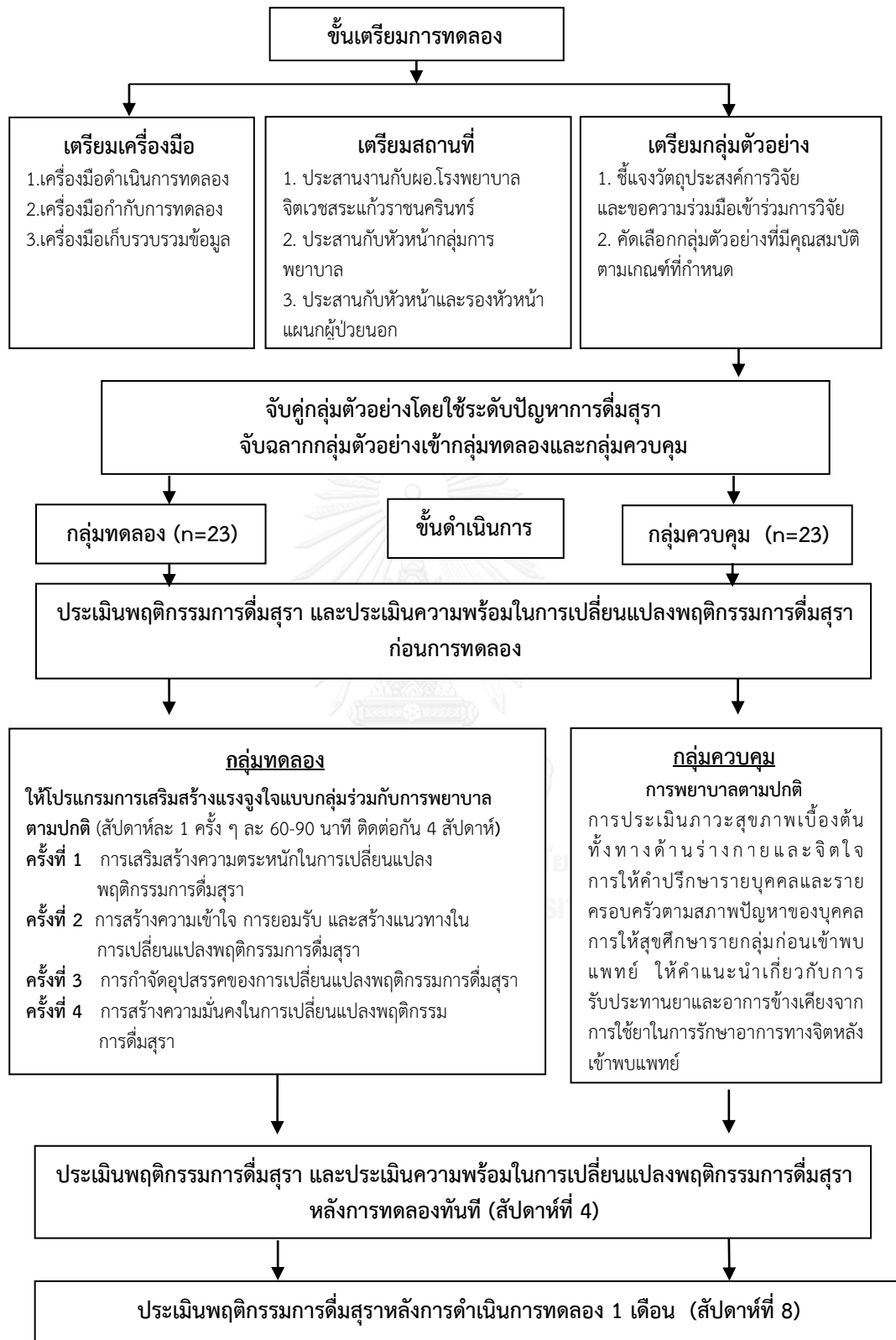
3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (ACA) ก่อนการทดลอง (Pre-Test)

3.2 ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (ACA) หลังการทดลอง (Post-Test) ในสัปดาห์ที่ 4 และในสัปดาห์ที่ 8 นับจากจากวันที่ประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราก่อนการทดลอง (Pre-Test)

3.3 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติในการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แผนภูมิสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนวิเคราะห์ข้อมูลทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Analysis of Variance) และการทดสอบค่าเฉลี่ยด้วยวิธี Planned Comparisons
3. มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (The Two Groups Repeated Measures Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และมีปัญหาการดื่มสุรา ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จำนวน 46 คน ผู้วิจัยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน (Matched paired) ด้วยระดับปัญหาการดื่มสุรา เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน มีการประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ และสถานภาพสมรส

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 23)		กลุ่มควบคุม (n = 23)		รวม (n = 46)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	23	100	23	100	46	100
อายุ						
≤ 30 ปี	1	4.3	4	17.4	5	10.9
31-40 ปี	8	34.8	8	34.8	16	34.8
41-50 ปี	12	52.2	9	39.1	21	45.7
51-60 ปี	2	8.7	2	8.7	4	8.7
อายุเฉลี่ย (ปี)	$\bar{x} = 42.91$ S.D. = 5.76		$\bar{x} = 40.04$ S.D. = 7.80		$\bar{x} = 41.48$ S.D. = 6.94	
สถานภาพสมรส						
โสด	11	47.8	11	47.8	22	47.8
คู่	6	26.1	10	43.5	16	34.8
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5	21.7	2	8.7	7	15.2
หม้าย	1	4.3	-	-	1	2.2

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทั้งหมด 46 คน เป็นเพศชายทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.2 และ 39.1 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ สำหรับในด้านสถานภาพสมรสพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 47.8 และ 47.8 รองลงมาคือ สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 26.1 และ 43.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการศึกษา และอาชีพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 23)		กลุ่มควบคุม (n = 23)		รวม (n = 46)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	3	13.0	6	26.1	9	19.6
มัธยมศึกษาตอนต้น/ ปวช.	12	52.2	12	52.2	24	52.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวส.	7	30.4	4	17.4	11	26.1
อนุปริญญา	1	4.3	1	4.3	2	4.3
อาชีพ						
เกษตรกร	5	21.7	9	39.1	14	30.4
รับจ้าง	14	60.9	8	34.8	22	47.8
ค้าขาย	2	8.7	3	13	5	10.9
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	8.7	3	13	5	10.9

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุร่าทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น หรือ ปวช. คิดเป็นร้อยละ 52.2 เท่ากัน รองลงมา คือ ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวส. คิดเป็นร้อยละ 30.4 ในกลุ่มทดลอง และระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 26.1 ในกลุ่มควบคุม ส่วนด้านอาชีพพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุร่าในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 60.9 รองลงมา คือ อาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 21.7 ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 39.1 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 34.8

ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 23)		กลุ่มควบคุม (n = 23)		รวม (n = 46)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
0-1,000 บาท	2	8.7	3	13	5	10.9
1,001-2,000 บาท	-	-	2	8.7	2	4.3
2,001-3,000 บาท	2	8.7	2	8.7	4	8.7
3,001-4,000 บาท	7	30.4	8	34.8	15	32.6
4,001-5,000 บาท	5	21.7	4	17.4	9	19.6
≥ 5,001 บาท	7	30.4	4	17.4	11	23.9
รายได้เฉลี่ย	$\bar{x} = 4995.65$		$\bar{x} = 4060.87$		$\bar{x} = 528.26$	
ต่อเดือน (บาท)	S.D. = 668.24		S.D.= 2538.20		S.D.= 617.94	
ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต						
1-3 ปี	11	47.8	13	56.5	24	52.2
4-6 ปี	10	43.5	9	39.1	19	41.3
≥ 7 ปี	2	8.7	1	4.3	3	6.5
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	$\bar{x} = 3.70$		$\bar{x} = 3.30$		$\bar{x} = 3.50$	
ทางจิตเฉลี่ย (ปี)	S.D. = 0.65		S.D.= 1.55		S.D. = 1.56	

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 3,001-4,000 บาท และมากกว่า 5,001 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.4 เท่ากัน ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยอยู่ในช่วง 3,001-4,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 34.8 ในด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.8 และ 56.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล และระยะเวลาของการติ่มสุราติดต่อกันจนถึงปัจจุบัน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 23)		กลุ่มควบคุม (n = 23)		รวม (n = 46)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล						
1-3 ครั้ง	17	73.9	17	73.9	34	73.9
4-6 ครั้ง	6	26.1	6	26.1	12	26.1
จำนวนครั้งเฉลี่ยของ การนอนโรงพยาบาล	$\bar{x} = 2.87$		$\bar{x} = 2.96$		$\bar{x} = 2.91$	
	S.D.= 1.18		S.D.= 1.22		S.D.= 1.18	
ระยะเวลาของการติ่มสุราติดต่อกันจนถึงปัจจุบัน						
1-3 ปี	12	52.2	13	56.5	25	54.3
4-6 ปี	9	39.1	8	34.8	17	37.0
≥ 7 ปี	2	8.7	2	8.7	4	8.7
ระยะเวลาเฉลี่ยของการติ่มสุรา ติดต่อกันจนถึงปัจจุบัน (ปี)	$\bar{x} = 3.48$		$\bar{x} = 3.74$		$\bar{x} = 3.61$	
	S.D. = 1.92		S.D. = 2.09		S.D.= 1.99	

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 73.9 เท่ากันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนในด้านระยะเวลาของการติ่มสุราพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการติ่มสุราติดต่อกันจนถึงปัจจุบันอยู่ในช่วง 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.2 และ 56.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว และประวัติการใช้สารเสพติดอื่น

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 23)		กลุ่มควบคุม (n = 23)		รวม (n = 46)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว						
มี	13	56.5	8	34.8	21	45.7
ไม่มี	10	43.5	15	65.2	25	54.3
ประวัติการใช้สารเสพติดอื่น						
มี	12	52.2	12	52.2	24	52.2
ไม่มี	11	47.8	11	47.8	22	47.8

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีประวัติการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 56.5 ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 65.2 ส่วนในด้านประวัติการใช้สารเสพติดอื่น พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีประวัติการใช้สารเสพติดอื่นคิดเป็นร้อยละ 52.2 เท่ากัน

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 12 พฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน จำแนกตามระดับปัญหาการดื่มสุรา

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อน การทดลอง	หลัง การทดลอง ทันที	หลัง การทดลอง 1 เดือน	ก่อน การทดลอง	หลัง การทดลอง ทันที	หลัง การทดลอง 1 เดือน
กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง						
1	80	40	0	90.24	90	90
2	92	28	28	106	90	93.6
3	104	36	31.2	73.6	72	62
4	72	24	0	67.5	67	67.5
5	92	31.2	26	65	73.8	71.4
6	78	0	0	65.6	76	65
7	65.6	15	0	144	145.16	144
\bar{x}	83.37	24.88	12.17	87.42	87.70	84.78
S.D.	13.29	13.65	15.25	29.21	26.82	28.86
กลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหา						
1	131.2	49.2	0	156	160	170
2	104	45	30	90	90	108
3	110	20.8	20.8	80	80	81
4	156	26	34.6	120	124.8	120
5	108.8	46.8	0	124	124	123.2
6	122	30	30	156	171	130
7	143	52	0	86	80	80
8	136	39	15.6	108.8	104.4	108
9	149.4	78.4	36	115	115.0	103.5
10	130	42	24	123.5	104	110

ตารางที่ 12 (ต่อ)

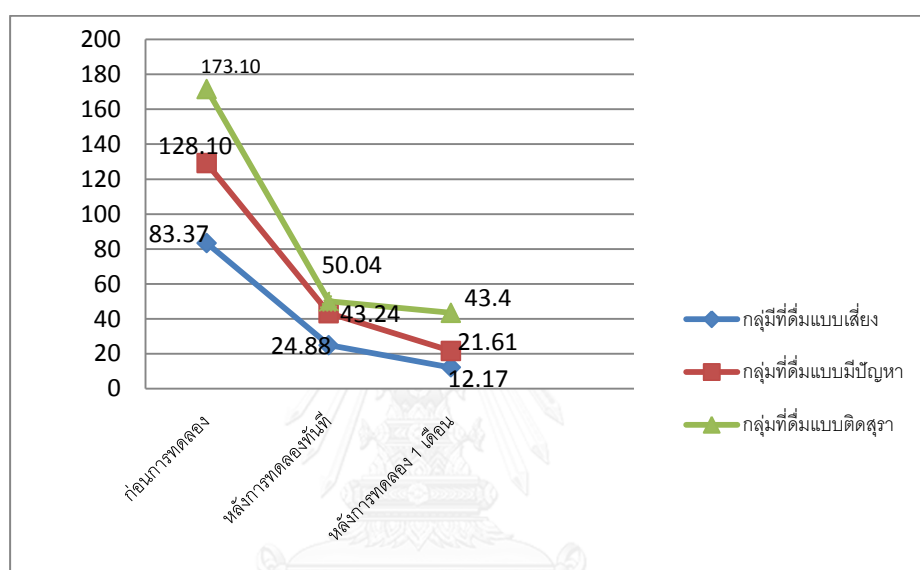
คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อน	หลัง	หลัง	ก่อน	หลัง	หลัง
	การทดลอง	การทดลอง	การทดลอง	การทดลอง	การทดลอง	การทดลอง
		ทันที	1 เดือน		ทันที	1 เดือน
11	132.8	53.7	38.4	134	155.8	154
12	120	36	30	125	134	128
\bar{x}	128.60	43.24	21.61	118.19	120.25	117.97
S.D.	16.24	15.14	14.49	24.51	30.66	26.21
กลุ่มที่ดื่มแบบติดสุรา						
1	208	44.98	36	180	155	163.2
2	162	51.60	43	140	124.8	135
3	156	60	60	177.5	156.20	144
4	166.4	43.6	34.6	176	174	158
\bar{x}	173.10	50.04	43.40	168.37	152.50	150.05
S.D.	23.65	7.49	11.66	18.98	20.40	12.90

จากตารางที่ 12 พบว่า

1) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรากลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงของกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการดื่มสุราเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน เท่ากับ 83.37 (S.D.= 13.29), 24.88 (S.D.=13.65) และ 12.17 (S.D.= 15.25) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมการดื่มสุราเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน เท่ากับ 87.42 (S.D.= 29.21), 87.70 (S.D.=26.82) และ 84.78 (S.D.= 28.86) ตามลำดับ

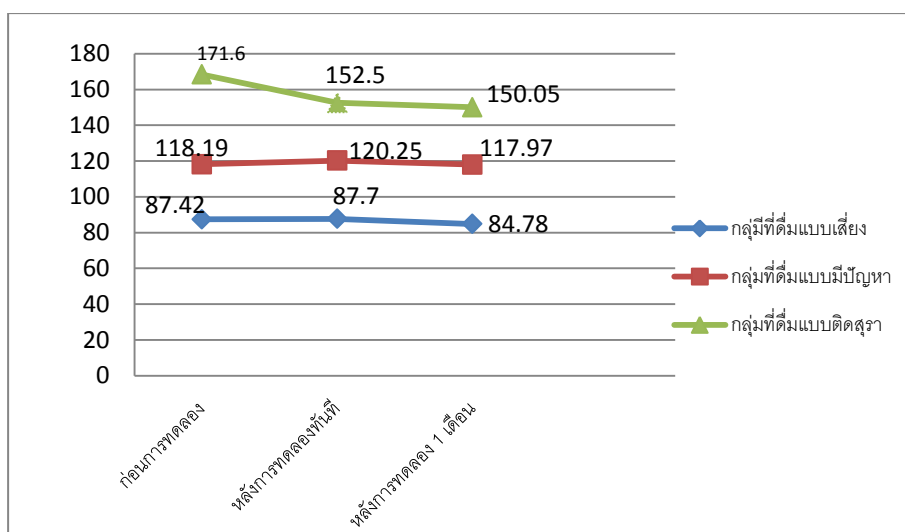
2) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรากลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหาของกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการดื่มสุราเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน เท่ากับ 128.60 (S.D.= 16.24), 43.24 (S.D.=15.14) และ 21.61 (S.D.= 14.49) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการดื่มสุราเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน เท่ากับ 118.19 (S.D.= 24.51), 120.25 (S.D.=30.66) และ 117.97 (S.D.= 26.21) ตามลำดับ

3) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราในกลุ่มที่ติ่มแบบติดสุราของกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการติ่มสุราเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน เท่ากับ 173.10 (S.D.= 23.65), 50.04 (S.D.=7.49) และ 43.40 (S.D.= 11.66) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมการติ่มสุราเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน เท่ากับ 168.37 (S.D.= 18.98), 152.50 (S.D.=20.40) และ 150.05 (S.D.= 12.90) ตามลำดับ



ภาพที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการติ่มสุราตามระดับปัญหาการติ่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราในกลุ่มทดลอง

จากภาพที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรากลุ่มที่ติ่มแบบเสี่ยง กลุ่มที่ติ่มแบบมีปัญหา และกลุ่มที่ติ่มแบบติดสุราของกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการติ่มสุราเฉลี่ยลดลงอย่างชัดเจนในระยะหลังการทดลองทันที แต่ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่ากลุ่มที่ติ่มแบบติดสุราจะพฤติกรรมการติ่มสุราในอัตราเฉลี่ยที่ลดลงน้อยกว่ากลุ่มที่ติ่มแบบเสี่ยงและกลุ่มที่ติ่มแบบมีปัญหา ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มที่ติ่มแบบติดสุราจะมีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติ่มสุราที่ยุ่ยากกว่ากลุ่มที่ติ่มสุราแบบเสี่ยงและแบบมีปัญหา



ภาพที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการตีสุราตามระดับปัญหาการตีสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีสุราในกลุ่มควบคุม

จากภาพที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีสุรากลุ่มที่ตีแบบเสี่ยง กลุ่มที่ตีแบบมีปัญหา และกลุ่มที่ตีแบบติดสุรา ของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีพฤติกรรมการตีสุราเฉลี่ยลดลงเพียงเล็กน้อยทั้งในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการตีสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบพฤติกรรมการตีสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ในการวิจัยครั้งนี้มีการวัดพฤติกรรมการตีสุราในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีสุราในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) โดยคำนึงถึงความแปรปรวนที่เกิดขึ้นจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา โดยในเบื้องต้นได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น เพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ตัวแปร

1. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการตีสุรา
2. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

2.1 ตัวแปรระหว่างกลุ่ม (Between-Subjects Factor) คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.2 ตัวแปรภายในกลุ่ม (Within-Subjects Factor) ได้แก่ ช่วงระยะเวลาที่ใช้วัดคะแนนพฤติกรรมกรรมการตีมูลค่า แบ่งออกเป็น 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ในระยะก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2 ในระยะหลังการทดลองทันที และครั้งที่ 3 หลังการทดลอง 1 เดือน

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

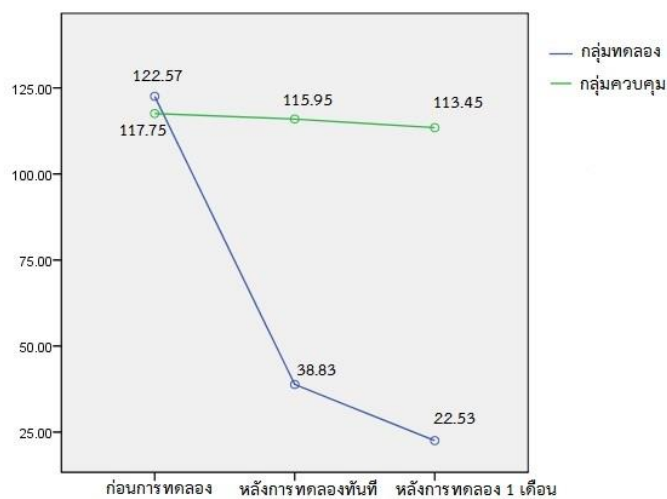
จากการทดสอบการแจกแจงข้อมูลของพฤติกรรมกรรมการตีมูลค่าของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีมูลค่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้จากการวัดทั้ง 3 ครั้ง โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการทดสอบพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงอนุมานได้ว่าข้อมูลของพฤติกรรมกรรมการตีมูลค่าในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (ปาริชาติ โรจน์พลากร และ ยุวดี ภาขา, 2553)

ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าค่า Mauchly's W เท่ากับ .789 และค่า p-Value เท่ากับ .008 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการตีมูลค่าในแต่ละครั้งของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน ดังนั้นจึงเลือกรายงานความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการตีมูลค่า โดยใช้วิธีของ Greenhouse – Geisser

ตารางที่ 13 การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองตัวแปรแบบวัดซ้ำ พฤติกรรมกรรมการตีมูลค่าของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีมูลค่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับระยะเวลาในการวัดค่าตัวแปรตาม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	45	205707.419			
กลุ่ม					
กลุ่ม	1	101870.655	101870.655	43.167	.000
Error	44	103836.764	2359.926		
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	76.546	150752.7			
ระยะเวลาที่วัด	1.664	70847.988	42575.930	172.917	.000
ระยะเวลาที่วัด x กลุ่ม	1.664	61876.937	37184.798	151.022	.000
Error (ระยะเวลาที่วัด)	73.218	18027.764	246.221		

หมายเหตุ: ผลที่ได้จากตารางนี้รายงานโดยใช้ค่า Greenhouse – Geisser



ภาพที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการติดเชื้อราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติดเชื้อราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับระยะเวลาในการวัด

จากตารางที่ 13 และภาพที่ 5 อธิบายได้ดังนี้

1) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนพฤติกรรมการติดเชื้อราเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติดเชื้อราระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F= 43.167$, $p < .05$)

2) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนพฤติกรรมการติดเชื้อราเฉลี่ยภายในกลุ่มของทั้งสองกลุ่มในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=172.917$, $p < .05$)

3) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาที่วัด จากภาพที่ 5 และตารางที่ 13 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง (โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มและการพยาบาลตามปกติ) กับระยะเวลาในการวัดพฤติกรรมการติดเชื้อรา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F= 151.022$, $p < .05$)

สำหรับการทดสอบค่าเฉลี่ยเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการติดเชื้อราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติดเชื้อราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบพฤติกรรมการติดเชื้อราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติดเชื้อราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง เพื่อตรวจสอบสมมติฐานการวิจัย และให้มีความสอดคล้องกับการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองตัวแปรแบบวัดซ้ำ ผู้วิจัยจึงใช้วิธี Planned Comparisons ในการทดสอบค่าเฉลี่ยดังกล่าว (Hays, 1973) โดยมีผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังรายละเอียดในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 การทดสอบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

การทดสอบค่าเฉลี่ย	Contrast	Variance of Contrast	F
ภายในกลุ่มทดลอง			
ก่อนการทดลอง VS หลังการทดลองทันที	-83.74	21.41	372.52 *
หลังการทดลองทันที VS หลังการทดลอง 1 เดือน	-16.3		12.40 *
ภายในกลุ่มควบคุม			
ก่อนการทดลอง VS หลังการทดลองทันที	-1.6		.011
หลังการทดลองทันที VS หลังการทดลอง 1 เดือน	-2.50		.29
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม			
ก่อนการทดลอง	-5.02		1.17
หลังการทดลองทันที	-77.12		277.79 *
หลังการทดลอง 1 เดือน	-90.92		386.10 *

* $p < .05$

จากตารางที่ 14 สามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1) พฤติกรรมการดื่มสุราเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 372.52, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองทันทีลดลงกว่าก่อนการทดลอง ($\text{Contrast} = -83.74$) และในระยะหลังการทดลองทันทีกับหลังการทดลอง 1 เดือนพบว่า มีพฤติกรรมการดื่มสุราเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 12.40, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลอง 1 เดือนลดลงกว่าหลังการทดลองทันที ($\text{Contrast} = -16.30$)

2) พฤติกรรมการดื่มสุราเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกันทั้งในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน

จากผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราข้างต้นสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

3) พฤติกรรมการดื่มสุราเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองทันทีพบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 277.79, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Contrast = -77.12) ส่วนในระยะหลังการทดลอง 1 เดือนพบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 386.10, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Contrast = -90.92)

จากผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราข้างต้นสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (The Two Groups Repeated Measures Design) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีการตั้งสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และมีปัญหาการดื่มสุรา ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และมีปัญหาการดื่มสุรา ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก จำนวน 46 คน

ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด (Matched Paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ระดับปัญหาการดื่มสุรา จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลอง จำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 23 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มขึ้นโดยประยุกต์จากการศึกษาของ Santa Ana et al. (2007) ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมการบำบัดแบบรายกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกันเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การเสริมสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา การดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ และ 2) ขั้นตอนการเสริมสร้างความรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดจะเป็นการผลักดันให้ผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจสูงขึ้นถึงเลใจ (Contemplation) ได้

กิจกรรมครั้งที่ 2 การสร้างความเข้าใจ การยอมรับ และการสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา การดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการประเมินระดับแรงจูงใจ 2) ขั้นตอนการชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ และ 3) ขั้นตอนการสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดจะเป็นการผลักดันให้ผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจสูงขึ้นตัดสินใจ (Determination) ได้

กิจกรรมครั้งที่ 3 การกำจัดอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา การดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการประเมินระดับแรงจูงใจ และ 2) ขั้นตอนการกำจัดอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดจะเป็นการผลักดันให้ผู้ป่วยยังคงมีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นลงมือกระทำ (Action)

กิจกรรมครั้งที่ 4 การสร้างความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา การดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการประเมินแรงจูงใจ และ 2) ขั้นตอนการสร้างความรู้ความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดจะเป็นการผลักดันให้ผู้ป่วยยังคงมีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นลงมือกระทำ (Action)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยพบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .83

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (ACA) ข้อคำถามประกอบด้วย ชนิดของสุราที่ดื่ม ปริมาณการดื่มสุราโดยเฉลี่ยต่อวัน และจำนวนวันที่ดื่มสุราใน 1 เดือนที่ผ่านมา ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยพบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 1.0 และมีการตรวจสอบความเที่ยง โดยพบค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ .87

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่

แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา (SOCRATES-8A) แบบวัดนี้มีทั้งหมด 3 รายด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามเฉพาะรายด้านลงมือกระทำ เนื่องจากเป็นรายด้านที่บ่งบอกถึงการที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามีความพร้อมในการกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเองอย่างต่อเนื่อง ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยพบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .86 และมีการตรวจสอบความเที่ยง โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

ขั้นตอนในการทดลอง

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

1.2 ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมทั้งดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จะให้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.2 ในการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน โดย

กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับจากทีมสหสาขาวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกันทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

3. ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราก่อนการทดลอง (Pre-test)

3.2 ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราหลังการทดลอง (Post-Test) ทันที และหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยมีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) มีการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Analysis of Variance) และการทดสอบค่าเฉลี่ยด้วยวิธี Planned Comparisons มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในระยะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการดื่มสุราไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังจากการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือนพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราพบว่า ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้ง 2 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการวิจัยโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ การอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ และการอภิปรายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราตามระดับปัญหาการดื่มสุรา มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ดังนี้

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มนี้เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ดำเนินการตามกระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มภายใต้การจัดการกระทำกับปัจจัยด้านแรงจูงใจภายในของบุคคล จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าในระยะเริ่มต้นของการดำเนินโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราส่วนใหญ่มีแรงจูงใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับที่ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้วพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราส่วนใหญ่มีแรงจูงใจอยู่ในขั้นไม่สนใจปัญหา ถือว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Carey et al. (2007) ที่ว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในขั้นไม่สนใจปัญหา และขั้นล้มเลิกใจ

เมื่อให้การพยาบาลตามโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม โดยใช้เทคนิคต่างๆ ของการเสริมสร้างแรงจูงใจแล้วพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราบางคนมีการแสดงออกโดยเกิดแรงต้านออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน ซึ่งแรงต้านนั้นมีความเชื่อมโยงกับปัญหาทางจิตที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราจะมีความเชื่อในเรื่องของการมีพฤติกรรมการดื่มสุราเพื่อบรรเทาอาการหูแว่ว ภาพหลอน หรือช่วยบรรเทาความเครียดจากการดำเนินชีวิตประจำวัน ความบกพร่องในเรื่องกิจวัตรประจำวันที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยทางจิต โดยสิ่งเหล่านี้เป็นเหตุผลหลักที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดแรงต้าน และมีแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับที่ต่ำ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญพักตร์ ดารากร ณ ออยุธยา (2556) และ Gregg et al. (2007) ที่กล่าวถึง ปัจจัยของการดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตไว้ว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตจะมีพฤติกรรมการดื่มสุราเพื่อจัดการกับความทุกข์ทรมานจากอาการทางจิตของตนเองจนทำให้สังเกตเห็นแต่ผลดีของพฤติกรรมการดื่มสุรา และเกิดความล้มเลิกใจ

ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการติ่มสุรา เป็นเหตุให้ขาดแรงจูงใจต่อการการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราได้ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักอย่างหนึ่งซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราใช้เป็นเหตุผลในการปฏิเสธหรือต่อต้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราได้

ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มนี้ มีการคำนึงถึงเทคนิค DARES ได้แก่ การทำให้เห็นช่องว่างระหว่างเป้าหมายในอนาคตกับปัจจุบัน (Develop Discrepancy) การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (Avoid Argumentation) การหมุนตามแรงต้าน (Roll with Resistant) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Express Empathy) และการสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพในตัวบุคคล (Support self-Efficacy) ประกอบกับการใช้กระบวนการกลุ่มในการดำเนินกิจกรรมซึ่งมีส่วนช่วยในการลดแรงต้านที่เกิดขึ้น และสามารถเพิ่มระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน เห็นได้จากเมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราเกิดแรงต้านเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการติ่มสุรา ผู้วิจัยมีการใช้เทคนิคหมุนตามแรงต้าน การหลีกเลี่ยงข้อโต้แย้ง การแสดงความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการติ่มสุรา การแสดงความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราแสดงออก พร้อมทั้งมีการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเล็งเห็นถึงศักยภาพของตนเอง ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราเกิดความไว้วางใจ เปิดใจรับฟังข้อมูลต่างๆ และทำให้มีการแสดงออกถึงการต่อต้านในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราที่น้อยลงได้

อีกทั้งเมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรามีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นตัดสินใจ และขั้นลงมือกระทำ ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มนี้มีการใช้กระบวนการ FRAME ได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed Back) การเน้นความรับผิดชอบที่ตัวผู้ป่วย (Responsibility) การแนะนำ (Advice) การให้ทางเลือก (Menu) การเห็นอกเห็นใจ (Empathic Style) และการสนับสนุนศักยภาพของผู้ป่วย (Support Self-Efficacy) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งมีส่วนสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราเกิดแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราได้ชัดเจนและมีความเหมาะสมมากขึ้น จากการศึกษาจะเห็นได้ชัดว่าในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้งผู้วิจัยได้รับข้อมูลต่างๆ จากผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา เช่น สิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการติ่มสุรา หรือข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราในอดีต จากนั้นผู้วิจัยมีการใช้เทคนิคการให้ข้อมูลการสะท้อนกลับโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราเกิดความตระหนักต่อความรับผิดชอบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราของตนเอง พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติม มีการอภิปรายเชื่อมโยงกับประสบการณ์ในอดีต และร่วมหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการติ่มสุรากับภายในกลุ่มและในขณะเดียวกันผู้วิจัยมีการแสดงความเข้าใจถึงความยุ่งยากซับซ้อน สนับสนุนให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการติ่มสุรา ซึ่งการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดนี้ตามกระบวนการของการเสริมสร้างแรงจูงใจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราได้รับทราบแนวทางที่มีความ

เหมาะสมกับตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา รวมถึงส่งผลให้เกิดความมั่นใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรามากขึ้น (Santa Ana et al., 2007)

ในโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยนี้มีการออกแบบโดยการคำนึงถึงความแตกต่างของระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่ม โดยมีการประเมินระดับแรงจูงใจในช่วงต้นของการดำเนินกิจกรรม และใช้กระบวนการกลุ่มผลักดันให้มีระดับของแรงจูงใจอยู่ในขั้นที่เหมาะสมสำหรับเนื้อหาของ การดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้ง ซึ่งการออกแบบกิจกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับ Wagner and Ingersoll (2013) ที่กล่าวว่า ในการดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบกลุ่ม จำเป็นต้อง มีการตรวจสอบแรงจูงใจของผู้ป่วยในกลุ่มให้มีความใกล้เคียงกันหรือให้มีความเหมาะสมกับเนื้อหา ของการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้การดำเนินการบำบัดมีประสิทธิภาพสูงสุด และ Miller and Rollnick (2002) เชื่อว่า ระดับแรงจูงใจของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการตรวจสอบ ระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อกระบวนการผลักดันให้เป็นไปตามขั้นตอนของ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

นอกจากนี้โปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยนี้มีการดำเนินการโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งเห็นได้ชัดว่า การใช้กระบวนการกลุ่มมีส่วนช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เกิดการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนให้กำลังใจกันในการดำเนินการบำบัด ดังจะเห็นได้จากในช่วงต้นการ ดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 1 และ 2 เมื่อผู้ป่วยแสดงแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา จะมีผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มที่มีแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ในระดับที่มากกว่าคอยสนับสนุนให้กำลังใจ ให้เหตุผลหรือช่วยปรับมุมมองในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ แรงต้านนั้นๆ จนทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มที่เกิดแรงต้านมีแนวโน้มที่อ่อนลง และสามารถเพิ่มระดับแรงจูงใจให้อยู่ในระดับที่เพิ่มขึ้นได้ อีกทั้งยังส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการ ดื่มสุราสามารถกล่าวคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเองได้ ชัดเจนมากขึ้น หรือแม้แต่ในช่วงของการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 3 และ 4 ซึ่งผู้ป่วยมีแรงจูงใจอยู่ใน ขั้นตัดสินใจและขั้นลงมือกระทำ เมื่อดำเนินการโดยใช้กระบวนการกลุ่มจะเห็นว่า ผู้ป่วยในกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และมีการ สนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จนส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการกระทำการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ดังจะเห็นได้จากตัวอย่างคำพูดที่แสดงถึงการสนับสนุนซึ่งกันและกัน เช่น “ แรก ๆ คง ยากเหมือนกัน การบอกเพื่อนว่าไม่ไปกินด้วย แต่เคยผมลองมาแล้วลองดูซิ น่าจะทำได้นะ ” เป็นต้น ซึ่งการดำเนินดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Santa Ana et al. (2007) ที่ว่า ระหว่างการใช้ รูปแบบการบำบัดแบบกลุ่ม ผู้ป่วยจะเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันภายในกลุ่ม มีการสนับสนุน ระหว่างผู้ป่วยในกลุ่ม ช่วยส่งเสริมศักยภาพของบุคคล และเพิ่มความรู้สึกรับคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อการที่มีทัศนคติทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และลดความลังเลใจในการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เร็วมากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราลงได้อย่างประสบความสำเร็จ

จากกระบวนการของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มที่กล่าวมาข้างต้น ได้พบ การศึกษาของ Santa Ana et al. (2007) ที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในผู้ป่วยที่มี อาการทางจิตและมีปัญหาการใช้สารเสพติดจำนวน 101 คน ผลการศึกษาพบว่า ในระยะเวลา 1 เดือนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมลดการดื่มสุราและใช้สารเสพติด น้อยลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Baker and Hiles et al. (2012) ที่มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การบำบัดโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจ ยังคงเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบหนึ่งในการลดพฤติกรรมลดการดื่มสุราของผู้ป่วยที่มี ปัญหาทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสนับสนุนได้ว่าการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดแรงจูงใจ และมีการกระทำการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดื่มสุราลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมลดการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่ากลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยอภิปรายผลการการศึกษาที่สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 2 ดังนี้

ผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยครั้งนี้ คือ ระดับ ปัญหาการดื่มสุรา โดยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched Paired) แล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (\bar{x} = 122.57 และ 117.55 ในกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมตามลำดับ) แต่ในระยะหลังจากการทดลองพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ แบบกลุ่มช่วยสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราสามารถลดพฤติกรรมลดการดื่มสุราลงได้ ซึ่งมีความ แตกต่างกับการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับ กล่าวคือ การพยาบาลตามปกติเป็นกิจกรรม การพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ การให้ คำปรึกษารายบุคคลและรายครอบครัว การให้สุขศึกษาในเรื่องต่างๆ และหลังจากการพบแพทย์จะ มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในการรักษาอาการทาง จิต ซึ่งรูปแบบดังกล่าวเป็นเพียงการดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาทางจิตที่เกิดขึ้นเท่านั้น ยังไม่ครอบคลุมถึงระดับของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ยังคงมีพฤติกรรมลดการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มนี้จะมีการ ใช้หลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งจะมีส่วนช่วยผลักดันให้

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามีระดับแรงจูงใจที่เพิ่มขึ้น สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดื่มสุราลงได้ สามารถอภิปรายกระบวนการในแต่ละครั้งของการบำบัดกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้ดังนี้

ครั้งที่ 1 การเสริมสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา

ในการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา และระหว่างสมาชิกของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่ม มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบของการบำบัด ซึ่งเห็นได้ชัดว่ากิจกรรมดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดความผ่อนคลายในการดำเนินกิจกรรม เกิดความไว้วางใจ และยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม ซึ่งถือเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้เป็นอย่างมาก การดำเนินกิจกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติของสมบัติ ธิยาพันธ์ (2552) ที่ว่า กระบวนการสร้างสัมพันธภาพจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจต่อการรักษาพยาบาล และยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่จะเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาพยาบาลได้มากขึ้น

เมื่อดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการของการเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มในการให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราได้ประเมินถึงปัญหาการดื่มสุรา และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง รวมถึงมีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับในประเด็นดังกล่าว จะเห็นได้ชัดว่า ในระยะเริ่มต้นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราจะมองปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองได้น้อยกว่าความเป็นจริง แต่เมื่อได้ร่วมอภิปรายกันภายในกลุ่ม จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราสามารถย้อนมองปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองได้ครอบคลุมในทุกๆ ด้าน ซึ่งการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดความตระหนักต่อปัญหาจากพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองได้มากขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดความพร้อมที่จะก้าวไปสู่ระยะต่อไปของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธราวัลย์ กนกจรรยา (2554) และสาวิตรี สุริยะฉาย (2556) ที่ว่า ในช่วงต้นของการดำเนินกิจกรรมหากผู้ป่วยมีความตระหนักในปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา จะทำให้ผู้ป่วยมีความเต็มใจและมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะต่อไป

ครั้งที่ 2 การสร้างความเข้าใจ การยอมรับ และสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา

แนวคิดของ Miller and Rollnick (2002) เชื่อว่า ระดับแรงจูงใจของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการตรวจสอบระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อกระบวนการผลักดันให้เป็นไปตามขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา โดยมีการประเมินระดับ

แรงจูงใจในช่วงต้นของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นเพิกเฉย การใช้กระบวนการกลุ่มในการทบทวนเนื้อหากิจกรรมในครั้งที่ 1 จะช่วยเพิ่มระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราให้อยู่ในขั้นที่สูงขึ้นได้

การสร้างความเข้าใจ และการยอมรับในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการมองปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง และเกิดความตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรามากขึ้นได้ (Martino and Santa Ana, 2013) ในการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราได้มีกระบวนการในการตัดสินใจที่สมดุล โดยใช้การพิจารณาซึ่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ ผู้วิจัยมีการใช้เทคนิคต่างๆ ของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการดำเนินการในรูปแบบกลุ่ม จากการดำเนินการดังกล่าวพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราบางคนเล็งเห็นข้อดีของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรามากกว่าข้อเสียของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ซึ่งมีการแสดงออกให้เห็นถึงแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา การใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการใช้เทคนิคต่างๆ ของการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีส่วนช่วยอย่างมากในการลดแรงต้านนั้นๆ กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดแรงต้านเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราจะมีผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มที่มีแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในระดับที่มากกว่าคอยสนับสนุนให้กำลังใจ จนทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มที่เกิดแรงต้านมีการเปิดใจรับฟังข้อมูล และเล็งเห็นผลดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรามากขึ้น ซึ่งสามารถเพิ่มระดับแรงจูงใจให้อยู่ในระดับที่เพิ่มขึ้นได้ ส่งผลให้เกิดคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้อย่างชัดเจน โดยในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านกระบวนการคิด การมองปัญหา ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกล่าวคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเองออกมา ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความคิดเห็นอย่างไรต่อปัญหา และเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ชัดเจน (Miller and Rollnick, 2002)

มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราได้มีการตั้งเป้าหมาย และสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยมุ่งเน้นให้ร่วมอภิปรายเชื่อมโยงกับประสบการณ์ในอดีตของตนเอง และร่วมปฏิสัมพันธ์หาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรากับภายในกลุ่ม เพื่อให้เกิดแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

ครั้งที่ 3 การกำจัดอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

สิ่งกระตุ้นนับว่าอุปสรรคอย่างหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราจะมี 2 รูปแบบ คือ สิ่งกระตุ้นภายใน และสิ่งกระตุ้นภายนอก ซึ่งมีความสำคัญต่อกระบวนการของการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเป็นอย่างยิ่ง กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากดื่มสุรา และอาจกลับมาดื่มสุราในรูปแบบเดิมได้ (บุญศิริ จันศิริมงคล, 2556) สำหรับในกิจกรรมครั้งนี้มีการเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราสามารถระบุถึงสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้น และเกิดแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยมีการประเมินระดับแรงจูงใจและผลกดันให้เกิดความพร้อมในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราส่วนใหญ่อยู่ในขั้นตัดสินใจ และขั้นลงมือกระทำ การดำเนินกิจกรรมนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Miller and Rollnick (2002) ที่เชื่อว่าแรงจูงใจของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการตรวจสอบระดับของแรงจูงใจของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปตามลำดับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Miller and Rollnick, 2002)

มีการเสริมสร้างความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา โดยทบทวนเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้น พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ถึงสิ่งกระตุ้นของตนเอง และร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสมภายในกลุ่ม ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมพบว่า สิ่งกระตุ้นที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา คือ การมีบุคคลหรือเพื่อนชวนไปดื่มสุรา และอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้เทคนิค FRAME ร่วมกับการอภิปรายภายในกลุ่มมีส่วนช่วยอย่างมากในการสร้างแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสม ซึ่งจะเห็นได้ว่า การให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับปัญหาของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่ผ่านมา สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเล็งเห็นถึงสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ชัดเจนมากขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยยังได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ และเกิดแนวทางในการปฏิบัติที่ใช้จัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่ชัดเจนจากเนื้อหาความรู้ที่ได้จากผู้วิจัย และจากประสบการณ์จากผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่ม การดำเนินกิจกรรมดังกล่าวถือเป็นการส่งเสริมศักยภาพในตัวเองของผู้ป่วยทำให้เกิดเชื่อมั่นใจต่อการกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและช่วยคงระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราได้ มีสอดคล้องกับการศึกษาของ Carey et al. (2007) ที่พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นตัดสินใจ และขั้นลงมือกระทำทำให้มีความสำคัญกับการจัดการกับอุปสรรคต่าง ๆ รวมถึงทักษะในการเผชิญความเครียดเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นที่จะส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้ประสบความสำเร็จมากขึ้น

ครั้งที่ 4 การสร้างความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

ในครั้งนี้อมีการเสริมสร้างความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราในรูปแบบเดิม โดยมีการทบทวนในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราทั้งหมด พร้อมร่วมวิเคราะห์ในประเด็นที่ยังคงเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย โดยพบว่าประเด็นปัญหาที่ยังคงเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราคือ กลุ่มเพื่อน/บุคคลที่เคยดื่มสุราร่วมกันชวนไปดื่มสุรา และอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยมีการเสริมสร้างความเชื่อมั่นโดยการให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหากรรมการดื่มสุรา มีการย้อนวิเคราะห์ถึงผลทางด้านบวกที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และมีการสนับสนุนว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นสามารถเกิดขึ้นได้จริงตามศักยภาพของตนเอง ซึ่งหลังจากการอภิปรายร่วมกันภายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหากรรมการดื่มสุราสามารถบอกถึงวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาอุปสรรคนั้น ๆ ได้อย่างชัดเจน ซึ่งการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหากรรมการดื่มสุราเกิดความมั่นใจต่อการกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรามากขึ้น โดยจากการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการดำเนินกิจกรรม 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหากรรมการดื่มสุรายังสามารถลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราลงได้อย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Santa Ana et al. (2007) ที่กล่าวว่า การใช้กระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มจะสามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราลงได้ยาวนานถึงระยะติดตามผล 1 เดือน

ดังนั้นสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหากรรมการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเพิ่มขึ้น และสามารถนำความรู้ ประสบการณ์การเรียนรู้ รวมถึงทักษะปฏิเสธ และการเผชิญความเครียดที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตในชุมชนได้ ซึ่งจะส่งผลต่อการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราลงได้

3. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหากรรมการดื่มสุรากลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง กลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหา และกลุ่มที่ดื่มแบบติดสุราของกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเฉลี่ยลดลงอย่างชัดเจนในระยะหลังการทดลองทันที แต่ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่ากลุ่มที่ดื่มแบบติดสุราจะพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในอัตราเฉลี่ยที่ลดลงน้อยกว่ากลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงและกลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหา ผู้วิจัยมีการอภิปรายแนวโน้มนำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราตามระดับปัญหากรรมการดื่มสุรา ดังนี้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหากรรมการดื่มสุรา ซึ่งมีการแบ่งพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราตามระดับปัญหากรรมการดื่มสุราออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinking) กลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหา (Harmful Drinking) และกลุ่มที่ดื่มแบบติดสุรา (Alcohol Dependence) โดยทั้ง 3 กลุ่มได้รับการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มที่มีรูปแบบและเนื้อหาเหมือนกัน และผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน กลุ่มที่ดื่มแบบติดสุราจะพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในอัตราเฉลี่ยที่ลดลงน้อยกว่ากลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงและกลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kuria (2013) ที่ว่า กลุ่มบุคคลที่มีระดับปัญหากรรมการดื่มสุราที่ต่างกันจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และ

อัตราการกลับไปติ่มสุราซ้ำที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะกลุ่มที่ดื่มแบบติดจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติ่มสุราที่มีความยุ่งยากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ซึ่งมักจะมีความเชื่อมโยงกับความอยากติ่มสุรา (Craving) กล่าวคือ หากมีการลดพฤติกรรมการติ่มสุราแล้วมักจะมีความอยากติ่มสุราที่มีระดับรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ จนเป็นสาเหตุให้กลับมาติ่มสุราได้ในที่สุด (Tiffany et al., 2000) ถือว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาเชิงทำนายของ Crits-Christoph et al. (2015) ที่กล่าวว่า ระดับปัญหาการติ่มสุรา และความรู้สึกลอยๆอยากติ่มสุราสามารถทำนายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติ่มสุราของบุคคลได้

จากที่กล่าวมาข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติ่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราในกลุ่มที่ดื่มแบบติดจะลดลงน้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของความอยากติ่มสุราได้ (Craving)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

จากผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการติ่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มไปใช้ตามบริบทของโรงพยาบาลในพื้นที่ที่แตกต่างกันหรือกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราที่มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตที่แตกต่างกัน พยาบาลสามารถปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม เช่น ในการฝึกทักษะต่างๆ ในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น หรือการร่วมอภิปรายในการหาแนวทางเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติ่มสุรา หากพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถบอกแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นหรือไม่สามารถบอกแนวทางในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมได้ พยาบาลสามารถเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม

1.2 การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มนี้เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจภายในเพิ่มขึ้น จนสามารถลงมือกระทำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติ่มสุราได้ ซึ่งการที่จะบ่งบอกได้ว่าผู้ป่วยสามารถกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติ่มสุราที่ต่อเนื่องนั้นต้องใช้ระยะเวลาานานกว่า 6 เดือน ดังนั้นจึงควรมีการติดตามต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกรลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติ่มสุราได้อย่างสม่ำเสมอ

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มหลังการบำบัด ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เนื่องจากระดับแรงจูงใจของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจในแต่ละรูปแบบได้แก่ การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคล การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม และการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายครอบครัว
3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงแนวโน้มและข้อมูลเชิงคุณภาพของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับปัญหาการดื่มสุราที่แตกต่างกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบเนื้อหาของกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับปัญหาการดื่มสุราที่แตกต่างกันให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด
4. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆ ที่มีปัญหาการดื่มสุรา เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการวิจัยในผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มอื่นว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราหรือไม่ หรือมีปัจจัยและข้อจำกัดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละกลุ่มหรือไม่

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

เกษม ต้นดีผลาชีวะ, บรรณาธิการ. (2536). *ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*.

พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กรมสุขภาพจิต. (2547). *รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่องรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์และการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่ติดแอลกอฮอล์*.

กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ พับลิชชิง.

กรมสุขภาพจิต. (2552). *คู่มือการให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.

กรมสุขภาพจิต. (2555). จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรค. ใน *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2555*, หน้า 119. กรุงเทพมหานคร: บางกอกบลอก.

โกสม เศรษฐวงศ์, ปาหนัน บุญหลง, พิจิตรา ชัยสิงห์ประสาท, สมดี งามสูงเนิน และสุวรรณา สุวรรณผล. (2545). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์.

จิระพรรณ สุริยงค์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น, กิตติศักดิ์ วิบูลย์มา, เดชา ทำดี และพิมพ์ภากรณ์ แก้วมา.

(2557). ความชุกปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 22 (1): 38-47.

จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. พิมพ์ครั้งที่ 1. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แผ่ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข, บรรณาธิการ. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ฉบับปรับปรุง) เล่ม 2*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธาเพลส จำกัด.

ทวี วิสาระพันธ์. (2551). *การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากแอลกอฮอล์*. ปริญญาโทบัณฑิต.

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เทอดศักดิ์ เดชคง. (2555). *เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ*. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

- ธวัชชัย ลิขิตานาจ. (2549). โรคจิตเวชที่เกิดร่วมกับโรคจิตสารเสพติด. ใน พิชัย แสงชาญชัย, พงศกร เนตราคม และนวพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ), *ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด*, หน้า 99-122. กรุงเทพมหานคร: บางกอกบล็อก.
- นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และนารัต เกษตรทัต. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 52 (4): 412-418.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญศิริ จันศิริมงคล. (2556). *โปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศรีสนเทศการพิมพ์.
- บุญศิริ จันศิริมงคล, ลูกจันทร์ วิทยถาวรวงศ์, เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา, สาวสาวิตศรี สุริยะฉาย และเกษม กรกำจายฤทธิ์. (2556). Psychiatric comorbidity among in-patients with alcohol use disorders. *การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 12* : หน้า 54.
- ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552). *แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT: แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 2*. เชียงใหม่: ทานตะวันเปเปอร์.
- ปาริชาติ โรจน์พลากร และยุวดี ภาขา. (2553). *สถิติสำหรับงานวิจัยทางการแพทย์ และการใช้โปรแกรม SPSS for windows*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ. (2555). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ที่มีโรคจิตเวชร่วม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชชราวัลย์ กนกจรรยา. (2554). *ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบผสมผสานแบบสั้นโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพติดสุรา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณาธิการ. (2552). *คู่มือสำหรับผู้อบรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้น สำหรับบุคลากรสุขภาพ*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, บุญศิริ จันศิริมงคล, พิชัย แสงชาญชัย, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล และ ดร.ณิ ภูขาว. (2555). *คู่มืออบรมสำหรับบุคลากรคลินิกบำบัด เล่มที่ 3 เรื่องการบำบัดผู้ติดสารเสพติดที่มีปัญหาซับซ้อน*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

- พินธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). *แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช*. เชียงใหม่: ไอแอมออเกโนเซอร์ แอนด์ แอ็ดเวอร์ไทซิง.
- พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานานนท์, บรรณาธิการ. (2552). *ตำราโรคจิตเภท Textbook of schizophrenia*. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2546). *คู่มือการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยติดสุรา ยาเสพติด การอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรจิตวิทยาเสพติดสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป*. กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2553). *การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดจากสุรา*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พิชัย แสงชาญชัย, บรรณาธิการ. (2553). *คู่มือสำหรับผู้อบรม: การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พิชัย แสงชาญชัย, พงศกร เนตราคม และนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล, บรรณาธิการ. (2549). *ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บางกอกบล็อก.
- พุมิชาติา จันทะคุณ. (2556). *ผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา. (2556). *ความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วม*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 27: 1-15.
- เพ็ญพุม คงพานิชย์ตระกูล. (2548). *เหตุผลของการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พงศกร เนตราคม. (2549). *เภสัชวิทยาของสารเสพติด*. ใน พิชัย แสงชาญชัย, พงศกร เนตราคม และนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ), *ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด*, หน้า 61-73. กรุงเทพมหานคร: บางกอกบล็อก.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวาณิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาศิบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์.
- โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. (2556). *รายงานสถิติประจำปี 2555*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- เวนิช บุราชรินทร์. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายรัตน์ นกน้อย. (2553). *การทบทวนองค์ความรู้ เรื่องการบำบัดแบบสั้นในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา*. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- สาวิตรี สุริยะฉาย. (2556). *การบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ประสบความสำเร็จ*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 27 (2): 1-15.
- สาวิตรี อังณางค์กรชัย. (2552). *การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การคัดกรองผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณ 3.
- สุนทร ศรีโกไสย. (2548). *ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนทร ศรีโกไสย, สมพร กิวแก้ว และทิพศมัย ทายะรังสี. (2553). *การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยติดสุราที่มีการกลับป่วยซ้ำ*. *วารสารสภาการพยาบาล* 25 (4): 67-79.
- สุภัทรา ก้อนคำดี. (2556). *ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์[ออนไลน์]*. แหล่งที่มา: <http://110.164.189.12/web2012/upic/ie.php/7d9078afced73a04.pdf>. [1 ธันวาคม 2557]
- สุมิตรา ศรสุวรรณ, สุนทร ศรีโกไสย และพัทธยา สอาดอาวุธ. (2555). *ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุราร่วม*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 20 (3): 144-153.
- สมบัติ ตรีประเสริฐสุข, บรรณาธิการ. (2550). *ศาสตร์และศิลป์ของการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในเวชปฏิบัติทั่วไป*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สมบัติ รียาพันธ์. (2552). *การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด: แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลจิตเวช*. *วารสารกองการพยาบาล* 36 (2): 68-76.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2546). *เวชศาสตร์การติดสารเสพติด*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชพื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ลักษณ์.
- เสาวลักษณ์ ยิ้มเยื่อน, ถนอมศรี อินทนนท์ และวันดี สุทธิรังสี. (2554). การพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในโรงพยาบาล สอนสรารุณมณั จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* 25 (1): 28-41.
- หทัยวัน สนั่นเอื้อ. (2551). การใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย จิตเวชโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด*. 16 (1).
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Addy, P. H. et al. (2012). Comorbid alcohol, cannabis and cocaine use disorder in schizophrenia: epidemiology, consequence, mechanism and treatment. *The journal of lifflong learning in psychiatry* 2: 140-153.
- Andreasson, S., Danielsson, A. K., and Hallgren, M. (2013). Severity of alcohol dependence in the Swedish adult population: association with consumption and social factors. *Alcohol* 47: 21-25.
- Baker, A. L., Hiles, S. A., Hide, T. L., and Lubman, D. I. (2012). A systematic review of psychological intervention for excessive alcohol consumption among people with psychotic disorder. *Acta psychiatrica scandinavica* 126: 243-255.
- Baker, A., Lewin, T. et al. (2002). Motivational interviewing among psychiatric in-patients with substance use disorder. *Acta Psychiatr* 106: 233-246.
- Batki, S. L. et al. (2009). Medical comorbidity in patients with schizophrenia and alcohol dependence. *Schizophrenia Research* 107: 139-146.
- Bellack, A. S., and DiClemente, C. C. (1999). Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric service*. 50: 75-80.
- Bellavia, A., Bottai, M., Wolk, A., and Orsini, N. (2014). Alcohol consumption and mortality: dose-response analysis in terms of time. *Annals of epidemiology* 24: 291-296.
- Bergly, T. H., Grawe, R. W., and Hagen, R. (2014). Domains and perceived benefits of treatment among patients with and without co-occurring disorders in

- inpatient substance use treatment. *Journal of dual diagnosis* 10 (2): 91-97.
- Bostrom, C. E. (2011). Dual diagnosis. In Keltner, N. L., Bostrom, C. E., and McGuinness, T. M. (ed), *Psychiatric nursing*, pp. 391-397. United States of America: Elsevier.
- Boyd, M. A. (2012). *Psychiatric nursing contemporary practice*. 5th ed. America: Wolter Kluwer Health.
- Bradizza, C. M., Maisto, S. A., Vincent, P. C., Connors, G.J., and Mercer, N. D. (2009). Predicting post treatment-initiation alcohol use among patients with severe mental illness and alcohol use disorder. *Journal of consulting and clinical psychology* 77: 1147–1158.
- Burke, B. L., Arkowitz, H., and Menchola, M. (2003). The effect of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of consulting and Clinical psychology* 71 (5): 843-861.
- Burns, N. and Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization*. 5th Ed. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Carey, K. B., Leontieva, L., Dimmock, J., Maisto, S. A., and Batki, S. L. (2007). Adapting motivational interventions for comorbid schizophrenia and alcohol use disorders. *Clinical psychology science and practice* 14 (1): 39-57.
- Councill, J., Halter, M. J., and Dijulio, K. S. (2010). Addictive disorders. In Varcarolis, and Halter (ed.), *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing*, pp. 402-432. America: Amy Buxton.
- Crits-Christoph, P., Markell, H. M., Gallop, R., Connolly Gibbons, M. B., McClure, B., and Rotrosen, J. (2015). *Predicting outcome of substance abuse treatment in a feedback study: Can recovery curves be improved upon*. [online]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2014.994146>
- Curran, G. M. et al. (2008). The association of psychiatric comorbidity and use of emergency department among persons with substance use disorder : An observational cohort study. *BMC Emergency Medicine* 8: 17.
- Dimeff, L., Marlatt, G. (1998). Preventing relapse and maintaining change in addictive behaviors. *Clinical psychology science and practice* 5 (4): 513-525.
- Drake, R. and Mueser, K. T. (2002). Co-Occurring alcohol use disorder and

- schizophrenia. *Alcohol research and health* 26: 99-102.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., and McHugh. P. R. (1975). Min-Mental State
A practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician.
Journal of psychiatric research 12: 189-198.
- Foote, J. et al. (1999). A group motivational treatment for chemical dependency.
Journal of substance abuse treatment 17 (3): 181-192.
- Gerding, L. B., Labbate, L. A., Measom, M. O., Santos, A. B., and Arana, G. W. (1999)
Alcohol dependence and hospitalization in schizophrenia. *Schizophrenia
research* 38: 71–75.
- Graeber, A. D., Moyers, T. B., Griffith, G., Guajardo, and Tonigan, E. (2003). A pilot
study comparing motivational intervention in patients with schizophrenia and
alcohol use disorder. *Community mental health journal* 39 (3): 189-202.
- Green, A. I., Drake, R. E., Brunette, M. F., and Noordsy, D. L. (2007). Schizophrenia
and co-occurring substance use disorder. *American journal of psychiatry*
164 (3): 402-408.
- Gregg, L., Barrowclough, C., and Haddock, G. (2007). Reasons for increased
substance use in psychosis. *Clinical psychology review* 27: 494-510.
- Gunderson, O. H., Mordal, J., Berman, A. H., and Bramness, J. G. (2013). Evaluation of
the alcohol use disorders identification test and the drug use disorder
identification test among patients at a Norwegian Psychiatric Emergency Ward.
Addict Res 19: 252-260.
- Hays, W. L. (1973). *Statistic for the social sciences*. 2nd Ed. New York: Holt, Rinehart
and Winston.
- Heinz, A., Mann, K., Weinberger, D. R., and Goldman, D. (2001). Serotonergic
dysfunction, negative mood states, and response to alcohol. *Alcoholism:
Clinical and Experimental Reseach* 25 (4): 487-495.
- Halter, M. J. (2014). *Varcarolis' foundations of psychiatric mental health nursing:
a clinical approach*. 7th Ed. United States of America: Jeff Patterson.
- Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G. E., and Walter, G. (2009). Psychosocial treatments
for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use

- disorders (dual diagnosis): A review of empirical evidence. *Harvard review psychiatry* 17 (1): 24-34.
- Hughes, E. (2009). Dual Diagnosis: An integrated approach to care for people with co-occurring mental health and substance use problems. In Newell, R. and Gournay, K., *Mental Health Nursing An evidence-based approach*, pp. 131-150. London United Kingdom: Churchill livingstone.
- Jablensky, A. (2000). Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 250: 274–285.
- John, U. R., Driessen, D., Wetterling, M., and Dilling, H. (2003). Motivational intervention: An individual counseling vs a group treatment approach for alcohol dependence inpatients. *Alcohol and alcoholism* 38 (3): 263-269.
- Kitchen, H., Rofail, D., Heron, L., and Sacco, P. (2012). Cognitive impairment associated with schizophrenia: a review of humanistic burden. *Advance in therapy* 29 (2): 148-162.
- Kuria, M. W. (2013). Factors associated with relapse and remission of alcohol dependent persons after community based treatment. *Open journal of psychiatry* 3: 264-272.
- Latt, N. et al. (2011). Alcohol and substance use by patients with psychosis presenting to an emergency department: changing pattern. *Australasian Psychiatry* 19 (4): 354-359.
- Lindenmayer, J. P., and Khan, A. (2006). *Textbook of schizophrenia*. American: Psychiatric publishing.
- Martio, S., Carroll, K., and Kostas, D. (2002). Dual Diagnosis motivational intervention: a modification of motivational interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *Journal of substance abuse treatment* 23: 297-308.
- Martino, S. and Santa Ana, E. J. (2013). Motivation interviewing Groups for dually diagnosis. In Wagner, C. C. and Ingersoll, K. S., *Motivational Interviewing in group*, pp. 297-313. America: Guilford press.
- Mccann, T. V., Boardman, G., and Clark, E. (2008). Risk profiles for non-adherence to antipsychotic medication. *Journal of psychiatric and mental nursing*

15: 622-629.

- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., and Welham, J. (2008). Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic reviews* 30: 67-76.
- Miller, W. R. and Rollnick, S. (1991). *Motivation interviewing :Preparing people for Change*. Newyork : Guilford Press.
- Miller, W. R. and Rollnick, S. (2002). *Motivation interviewing :Preparing people for change*. Newyork : Guilford Press.
- Miller, W. R., and Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The stage of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychology of addictive behaviors* 10: 81-89.
- Mohamed, S., Bondi, M. W., Kasckow, J. W., Golshan, S., and Jeste, D. V. (2006). Neurocognitive functioning in dually diagnosed middle aged and elderly patients with alcoholism and schizophrenia. *International journal of geriatric psychiatry* 21: 711-718.
- Mueser, K. T., and McGurk, S. R. (2004). Schizophrenia. *The Lancet* 363: 2063-2072.
- Munro, T., and Edward, K. L. (2008). Mental illness and substance use :An Australian perspective. *International Journal of mental Health Nursing* 17: 255-260.
- Newell, R., Gournay, K. (2009). *Mental health nursing an evidence-based approach*. 2th ed. London: Churchill Livingstone.
- Overall, J. E., and Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological report* 10: 790-812.
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., Udomratn, P. (2010.) Schizophrenia in Thailand: Prevalence and burden of disease. *Population health metrics* 24: 1-8.
- Prochaska, J. O. and DiClemente, C. C. (1986). *Towards a comprehensive model of change, in Treation addictive behavior*. New York: Plenum.
- Ralevski, E., et al. (2012). Cognitive deficits in schizophrenia and alcoholism: A review of the evidence and findings on the effects of treatment on cognitive functioning in patients with dual diagnoses. *Journal of dual diagnosis* 8: 205-217.

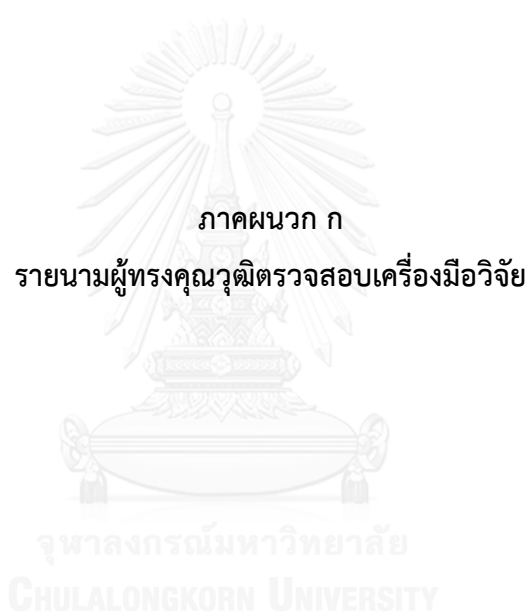
- Rane, A., Nadkarni, A., Kanekar, J., Fernandes, W., Borker, H. A., and Pereira, Y. (2012). Alcohol use in schizophrenia: prevalence, patterns, correlates and clinical outcomes in Goa India. *The Psychiatric bulletin* 36: 257-262.
- Rassool, G. H. (2010). *Addiction for Nurse*. United Kingdom: Blackwell Publishing.
- Ribbe, K. et al. (2011). Prediction of the risk of comorbid alcoholism in schizophrenia by interaction of common genetic variants in the corticotropin-releasing factor system. *Archives of general psychiatry* 68 (12): 1247-1256.
- Robinson, S. M., Sobell, L. C., Sobell, M. B., Leo, and Gloria, I. (2014). Reliability of the Timeline Followback for cocaine, cannabis, and cigarette use. *Psychology of Addictive Behaviors* 28 (1): 154-162.
- Sadock, B. J., and Sadock, V. A. (2005). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott william and wilkins.
- Salyers, M. P., Mueser, K. T. (2001). Social functioning, psychopathology, and medication side effects in relation to substance use and abuse in schizophrenia. *Schizophrenia research* 48: 109-123.
- Santa Ana, E. J., Wulfert, E., and Nietert, P. J. (2007). Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. *Journal of consulting and clinical psychology* 75: 816-822.
- Spirito, A., Sindelar-Manning, H., Colby, S. M., Barnett, N. P., Lewander, W., Rohsenow, D. J., and Monti, P. M. (2011). Individual and family motivational interventions for alcohol – positive adolescents treated in an emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med* 165(3) : 269 – 274.
- Stauder, A. D. (2012). Group motivational interviewing as a psychotherapeutic Intervention for dual diagnosis patients living with a psychotic disorder: critique of literature. *Graduate journal of counseling psychology* 3 (1): 1-11.
- Suktrakul, S. (2009). *The effect of alcohol craving control program on alcohol consumption in alcohol dependence*. Doctoral dissertation. Nursing science Faculty of nursing Chulalongkorn University.
- Thornton, L. K., Baker, A. L., Johnson, M. P., Lambkin, F. P., and Lewin, T. J. (2012). Reason for substance use among people with psychotic disorder: method

- triangulation approach. *Psychology of addictive behavior*. 26: 279-288.
- Tiffany, S. T., Carter, B. L., and Singleton, E. G. (2000). Challenges in the manipulation, assessment and interpretation of craving relevant variables. *Addiction*. 95 (2): 177-187.
- Van Horn, D. and Bux, D. A. (2001). A Pilot test of motivational interviewing groups for dually diagnosed inpatients. *Journal of substance abuse treatment* 20: 191-195.
- Videbeck, S. L. (2014). *Psychiatric mental health nursing*. 6th Ed. China: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.
- Wagner, C. C. and Ingersoll, K. S. (2013). Foundation of motivation interviewing groups. In Wagner, C. C. and Ingersoll, K. S., *Motivational interviewing in group*, pp. 297-313. America: Guilford Press.
- Westra, H. A. and Aviram, A. (2013). Core skill in motivational interviewing. *Psychotherapy* 50 (3): 273-278.
- Wobrock, T., Czesnik, D., and Malchow, B. (2011). Schizophrenia and comorbid substance abuse-pathophysiological and therapeutic approaches . In M.S. Ritsner (ed), *Handbook of schizophrenia spectrum disorder*, pp. 231-235. New York: Springer Science Business.
- World Health Organization. (2001). *The alcohol use disorders identification test guidelines for use in primary care*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse.
- World Health Organization. (2013). *Schizophrenia*. [online]. Available from: <http://www.who.int/topics/schizophrenia/en/>. [2014, January 4]
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. 4nd ed. New York: Basic Books.
- Yalom, I. D. and Leszcz. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. 5th ed. New York: Basic Books.



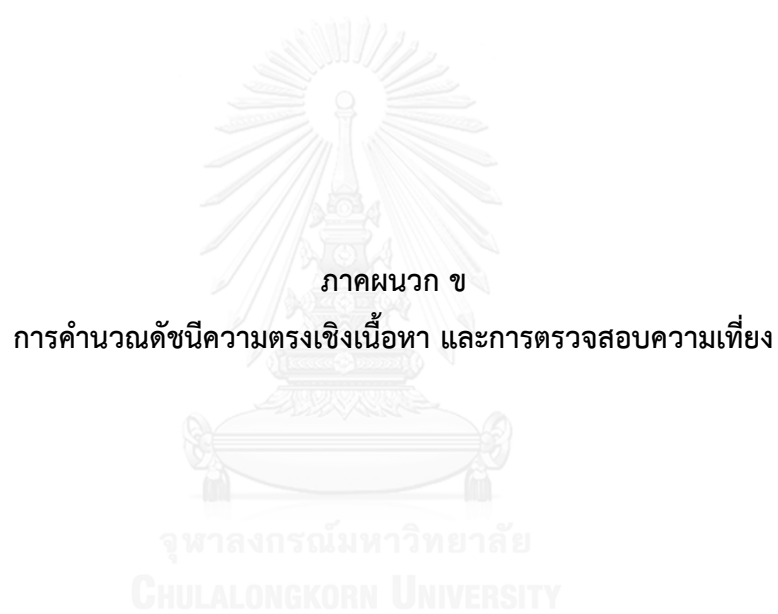
ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ หน่วยงานกลุ่มที่ปรึกษากกรมสุขภาพจิตกระทรวง สาธารณสุข
2. อาจารย์ ดร. ณัฐสุดา เต้พันธ์	รองคณบดี คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. นางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
4. นางสาวนิศากร แก้วพิลา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์
5. นายสุรวัช สุนันตา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง



การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตรดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการตี๋มสุรา (ACA)

$$CVI = \frac{3}{3} = 1.0$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา (Socretes-8A)

$$CVI = \frac{7}{8} = .87$$

**การตรวจสอบความเที่ยง
ของแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง
และความต้องการในการรักษา (SOCRATES-8A)**

เมื่อนำข้อมูลของแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา (SOCRATES-8A) มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .86 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังนี้

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.862	8

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
A1	4.13	.730	30
A2	3.03	.890	30
A3	4.13	.681	30
A4	3.53	.819	30
A5	3.90	.803	30
A6	3.33	.606	30
A7	3.63	.765	30
A8	3.40	.675	30

การตรวจสอบความเที่ยง ของแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (ACA)

เมื่อนำข้อมูลของแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (ACA) มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้วิธีทดสอบซ้ำ (Test-Retest Method) พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ .87 ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังนี้

Correlations			
		ACA_1	ACA_2
ACA_1	Pearson Correlation	1	.874**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	30	30
ACA_2	Pearson Correlation	.874**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับตัวคุณ และเติมข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวคุณมากที่สุดลงในช่องว่างที่เว้นไว้

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุปี
3. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> 1. ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย / ป.ว.ช.	<input type="checkbox"/> 4. อนุปริญญา / ป.ว.ส.
<input type="checkbox"/> 5.ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี
4. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. คู่
<input type="checkbox"/> 3. หม้าย	<input type="checkbox"/> 4. หย่าร้าง / แยก
5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> 1. เกษตรกร	<input type="checkbox"/> 2. รับจ้าง
<input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย	<input type="checkbox"/> 4. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> 5. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ
6. รายได้บาท / เดือน หรือ รายได้.....บาท / ปี
7. ระยะเวลาการดื่มสุราติดต่อกันจนถึงปัจจุบัน.....ปี
8. ระยะเวลาของการเจ็บป่วยทางจิตจนถึงปัจจุบัน.....ปี
9. ประวัติการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว

<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี	<input type="checkbox"/> 2. มี (ระบุ)
-----------------------------------	---------------------------------------------
10. ประวัติการใช้สารเสพติดอื่น ๆ

<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี	<input type="checkbox"/> 2. มี (ระบุ)
-----------------------------------	---------------------------------------------

ส่วนนี้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น

1. จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้ง
2. คะแนนปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT)

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา The Alcohol Consumption Assessment (ACA)

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวคุณลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแบบสอบถามต่อไปนี้เพื่อ
เป็นประโยชน์ในการลด/เลิก ดื่มสุราของคุณ

1. ชนิดของสุราที่ดื่ม.....
2. ปริมาณของสุราที่คุณดื่มโดยเฉลี่ย..... /วัน
3. จำนวนวันที่คุณดื่มสุราใน 1 เดือนที่ผ่านมา.....วัน

ส่วนนี้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น

1. การคำนวณเป็นจำนวนดื่มมาตรฐาน.....ดื่ม
2. การคำนวณเป็นพฤติกรรมการดื่มสุรา
(ปริมาณของสุราที่ดื่ม; ดื่มมาตรฐาน × จำนวนวันที่ดื่ม).....

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา (SOCRATES-8A)

คำชี้แจง: กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วพิจารณาว่าคุณมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการตีมูลค่า ให้วงกลมล้อมรอบตัวเลข 1-5 เพื่อแสดงว่าคุณเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย มากน้อยเพียงใดกับข้อความเหล่านี้ โดยกรณาวางกลมล้อมรอบตัวเลขเพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ไม่เกิดความรู้สึกนั้นเลยในหนึ่งเดือน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับคุณเดือนละประมาณ 1-3 ครั้ง
ตัดสินใจไม่ได้	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับคุณสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
เห็นด้วย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับคุณสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับคุณเป็นประจำทุกวัน

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันได้เริ่มต้นที่จะเปลี่ยนแปลง เกี่ยวกับการตีมูลค่าบ้างแล้ว	1	2	3	4	5
2. ฉันในแต่ละครั้งฉันจะตีมูลค่าอย่าง หนัก แต่ฉันก็สามารถควบคุมการตีมูลค่าได้	1	2	3	4	5
3.....	.....	.....	.....	.....	.....
4.....	.....	.....	.....	.....	.....
5.....	.....	.....	.....	.....	.....
6.....	.....	.....	.....	.....	.....
7.....	.....	.....	.....	.....	.....
8. ฉันได้เปลี่ยนแปลงบางอย่างเกี่ยวกับ การตีมูลค่า และต้องการความช่วยเหลือ ที่จะไม่หวนกลับไปตีมูลค่าเหมือนอย่างเคย	1	2	3	4	5
คะแนนรวม					

คู่มือประกอบการดำเนินกิจกรรม
“โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรม
การดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา”



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จัดทำโดย

นางสาวกฤตยา แสวงทรัพย์

ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

แนวคิดและหลักการ

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มนี้ พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดของการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) ร่วมกับการผสมผสานการดำเนินการบำบัดในรูปแบบกลุ่ม โดยในแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจอธิบายว่า การที่บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพนั้น จะมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงไปตามลำดับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งแรงจูงใจของบุคคลจะเป็นสิ่งสำคัญที่จะผลักดันให้เกิดกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นไปตามลำดับขั้นตอนนั้น ๆ ในการศึกษาครั้งนี้มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา โดยจะต้องผลักดันให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดความตระหนักในปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง และเกิดแรงจูงใจที่มากพอในการผลักดันให้ผู้ป่วยมีการลงมือกระทำ เพื่อให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน หากผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลกระทบต่อทั้งต่อตัวบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพได้ สาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องได้แก่ การมีแรงจูงใจภายในตัวบุคคลลดลง การได้รับสิ่งกระตุ้นอื่น ๆ จากสิ่งแวดล้อมที่จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกของการอยากดื่มสุรา ซึ่งได้มีการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควบคู่ไปกับการเรียนรู้การจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสม จะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองมากขึ้น

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มนี้ จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจภายในเพิ่มขึ้น เน้นให้ผู้ป่วยได้มีการสำรวจ มีการค้นหาถึงสิ่งที่ทำให้เกิดความลึกลับใจในปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง และเล็งเห็นถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งจะส่งผลให้มีความพร้อม และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราที่เหมาะสมต่อไป และการบำบัดในรูปแบบกลุ่มจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์ เพื่อการช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งจะมีส่วนช่วยสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้เร็วมากขึ้น

**แผนการดำเนินงานโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา
ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา**

การบำบัดครั้งที่ 1 การเสริมสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

สถานที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

ระยะเวลา 60 นาที

รูปแบบ ดำเนินการในรูปแบบกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มนั่งตรงข้ามกัน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา และระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรากับในกลุ่ม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามีความเข้าใจในวัตถุประสงค์ และรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดความเข้าใจ และตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการดื่มสุรา
4. เพื่อผลักดันระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราให้เกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราปฏิบัติตามพันธสัญญาร่วมกันภายในกลุ่ม และให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราสามารถบอกถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราสามารถบอกถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองได้
4. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราที่เพิ่มขึ้น

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา และระหว่างสมาชิกของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่ม เป็นกิจกรรมที่มีกระบวนการปฏิบัติในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยรวมถึงการแนะนำตนเอง การชี้แจงวัตถุประสงค์ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบ ของ การบำบัด ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญในการเสริมสร้างให้เกิดความไว้วางใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลของตนเองที่จะเป็นประโยชน์ ต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในระยะต่อไป อีกทั้งยังเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการดำเนินกิจกรรมอื่น ๆ มากขึ้น

การให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราได้ประเมิน พิจารณาถึงรูปแบบของการดื่มสุรา ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง มีการให้ ข้อมูลสะท้อนกลับภายหลังจากการประเมินดังกล่าว รวมทั้งพยาบาลจะใช้เทคนิคของเสริมสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยต่อบริการได้ถึงผลการประเมินดังกล่าว ร่วมกับในภายในกลุ่ม โดยกิจกรรมนี้จะทำให้ผู้ป่วยเลี้ยงเห็นว่าตนเองไม่ได้โดดเดี่ยว และยังมีบุคคลอื่น ๆ ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ซึ่งจะเป็นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงปัญหา และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการดื่มสุรา หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการผลักดันระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจากที่ไม่สนใจปัญหา (Pre-Contemplation) ไปสู่ขั้นตั้งใจ (Contemplation) อันจะส่งผลต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในลำดับต่อไป

สื่อการสอน/ อุปกรณ์

1. ภาพพลิกเรื่องดื่มมาตรฐาน
2. วีดิโอเรื่องผลกระทบจากพฤติกรรมการดื่มสุรา
3. ใบความรู้ที่ 1/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุราและดื่มมาตรฐาน
4. ใบความรู้ที่ 1/2 ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากพฤติกรรมการดื่มสุรา
5. ใบกิจกรรมที่ 1.1 การสำรวจผลกระทบจากการดื่มสุรา
6. ใบกิจกรรมที่ 1.3 บันทึกการดื่มสุราของตนเอง
7. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT)
8. แบบสอบถามขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา
9. ตารางนัดหมายในการดำเนินกิจกรรม
10. คู่มือผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	ตัวอย่างในการดำเนินกิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
<p>1. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานที่มีปัญหาการตีความปัญหาการตีความมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันภายในกลุ่ม และให้ความร่วมมือในการดำเนินงานกิจกรรมกลุ่มเป็น</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานที่มีปัญหาการตีความสามารถบอกถึงวัตถุประสงค์รูปแบบ และประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินงานกิจกรรมกลุ่มได้</p>	<p>ขั้นที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ (15 นาที)</p> <p>1.1 พยายามให้สมาชิกในกลุ่มนั่งเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน หลังจากนั้นก็เริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย พูดคุยกับสมาชิกในกลุ่มเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป แนะนำตนเองกับสมาชิกในกลุ่ม ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร จริงใจ แสดงถึงการยอมรับ ในตัวผู้ช่วยเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกไว้วางใจ และมีความเต็มใจในการเปิดเผยข้อมูลของตนเองที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานกิจกรรมกลุ่มในระยะต่อไป</p> <p>1.2 พยายามให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตนเองให้สมาชิกคนอื่นรับทราบ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกันระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรม “มาทำความรู้จักกันเถอะ” ดังนี้</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>แนวทางในการอธิบาย</p> <p>“สวัสดิ์ค่ะ...ขอต้อนรับทุกคนเข้าสู่กิจกรรมกลุ่มในวาระนี้ค่ะ ดิฉันรู้สึกยินดีเป็นอย่างมากที่ได้มาเป็นผู้นำกลุ่มในครั้งนี้ ซึ่งทุกท่านที่เข้าร่วมกิจกรรมนี้จะได้รับประโยชน์จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีของเราของตนเอง ก่อนอื่นเรามาทำความรู้จักกันก่อนดีกว่าไหมคะ เริ่มจากกิจกรรม <i>มาทำความรู้จักกันเถอะ</i></p>	<p>- กระดาษรูปหัวใจ</p> <p>- ปากกา</p>	<p>1. ผู้ปฏิบัติงานที่มีปัญหาการตีความมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับพยาบาล และผู้ช่วยด้วยกันโดยประเมินจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - บรรยากาศในการดำเนินกิจกรรมมีความผ่อนคลาย - ผู้ช่วยให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม <p>2. ผู้ปฏิบัติงานที่มีปัญหาการตีความสามารถบอกถึงวัตถุประสงค์ที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ถูกต้อง</p> <p>3. ผู้ปฏิบัติงานที่มีปัญหาการตีความสามารถบอกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม	ตัวอย่างในการดำเนินกิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
<p>3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามีการบอกถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรของตนเองได้</p> <p>4. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามีระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราที่เพิ่มขึ้น</p>	<p>ขั้นที่ 2 การสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดื่มสุรา (45 นาที)</p> <p>2.1 พยายามให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสุราและดื่มมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเบื้องต้น และสามารถนำไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมในระยะต่อไปได้ โดยใช้ใบความรู้ที่ 1/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุราและดื่มมาตรฐาน ภาพพลิกเรื่องดื่มมาตรฐาน และคู่มือผู้ป่วย</p> <p>2.2 พยายามให้สมาชิกในกลุ่มชมวิดีโอเรื่องผลกระทบจากพฤติกรรมกรมการดื่มสุรา เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการดำเนินกิจกรรม และสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา</p>	<p>แนวทางการอภิปราย</p> <ul style="list-style-type: none"> - “ฉันเชื่อว่าทุกคนคงเคยได้ยินข้อมูลเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการดื่มสุรามาบ้างแล้ว ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะมีความสำคัญกับการสร้างความปลอดภัยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรมการดื่มสุรของคนเป็นอย่างดี เพราะถ้าหากทุกคนมีการรับรู้ และยอมรับเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวคุณเองมากขึ้นเท่าใด ก็จะทำให้ทุกคนมีความมุ่งมั่นและมีความพยายามในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรามากขึ้นเท่านั้น” 	<ul style="list-style-type: none"> - ภาพพลิกเรื่องดื่มมาตรฐาน - ใบความรู้ที่ 1/1 - คู่มือผู้ป่วย - ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุรา และดื่มมาตรฐาน - วิดีโอเรื่องผลกระทบจากพฤติกรรมกรมการดื่มสุรา 	<p>4. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามีการบอกถึงปัญหาสุขภาพและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการดื่มสุรของตนเองได้อย่างถูกต้อง</p> <p>5. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามีการบอกถึงระดับปัญหาการดื่มสุราระดับตนเองได้อย่างถูกต้อง</p> <p>6. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นสูง (Contemplation)</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม	ตัวอย่างในการดำเนินกิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
<p>3. เพื่อให้ผู้ช่วยจิตแพทย์ที่มีปัญหาการดื่มสุรากล่าวถึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราของตนเองได้</p> <p>4. เพื่อให้ผู้ช่วยจิตแพทย์ที่มีปัญหาการดื่มสุรามีระดับชั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่เพิ่มขึ้น</p>	<p>ขั้นที่ 2 การสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (45 นาที)</p> <p>2.1 พยายามให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสุราและดื่มมาตลอดชีวิต เพื่อให้ผู้ช่วยเกิดความเข้าใจเบื้องต้น และสามารถนำไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมในระยะต่อไปได้ โดยใช้ใบความรู้ที่ 1/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุราและดื่มมาตลอดชีวิต ภาพประกอบเรื่องดื่มมาตลอดชีวิต และคู่มือผู้ช่วย</p> <p>2.2 พยายามให้สมาชิกในกลุ่มชมวิดีโอเรื่องผลกระทบจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการดำเนินกิจกรรม และสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา</p>	<p><u>แนวทางในการอธิบาย</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - “ฉันเชื่อว่าทุกคนคงเคยได้ยินข้อมูลเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการดื่มสุรามาบ้างแล้ว ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะมีความสำคัญกับการสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของทุกคนเป็นอย่างดี เพราะถ้าหากทุกคนมีการรับรู้ และยอมรับเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวคุณเองมากขึ้นเท่าใด ก็จะทำให้ทุกคนมีความมุ่งมั่นและมีความพยายามในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรามาขึ้นเท่านั้น” 	<p>- ภาพพลิกเรื่องดื่มมาตลอดชีวิต</p> <p>- ใบความรู้ที่ 1/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุรา และดื่มมาตลอดชีวิต</p> <p>- คู่มือผู้ช่วย</p> <p>- วิดีโอเรื่องผลกระทบจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา</p>	<p>4. ผู้ช่วยจิตแพทย์ที่มีปัญหาการดื่มสุรากล่าวถึงถึงปัญหาสุขภาพและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเองได้อย่างถูกต้อง</p> <p>5. ผู้ช่วยจิตแพทย์ที่มีปัญหาการดื่มสุรากล่าวถึงถึงระดับปัญหาการดื่มสุราของตนเองได้อย่างถูกต้อง</p> <p>6. ผู้ช่วยจิตแพทย์ที่มีปัญหาการดื่มสุรามีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นตั้งใจ (Contemplation)</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	ขั้นตอนการดำเนินการ	ตัวอย่างในการดำเนินการ	เครื่องมือ/สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
	<p>2.5 พยายามใช้เทคนิคพื้นฐานของการเสริมสร้างแรงจูงใจในการสนับสนุนให้สมาชิกในกลุ่มร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ และอภิปรายถึงผลการประเมินพฤติกรรม การตั้งสุทธาของตนเองที่มีความเชื่อมโยงกับอาการทางจิต และผลกระทบที่เกิดขึ้นของตนเอง</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>ตัวอย่างคำพูดที่ใช้หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - “คุณคิดอย่างไรบ้างเกี่ยวกับผลการประเมินปัญหาการตั้งสุทธาของคุณ... และรู้สึกอย่างไรกับการประเมินนี้” (เทคนิค Open End Question) - “เออ คุณคิดว่าการตั้งสุทธาของคุณเกี่ยวข้องกับอาการทางจิตของคุณไหมคะ....” <p>อย่างไรบ้าง” (เทคนิค Open End Question)</p> <ul style="list-style-type: none"> - “จริงอย่างที่คิดว่า การตั้งสุทธาทำให้คนเราคลายเครียดได้ ดีแล้วดูจะมีความสุข แต่การตั้งมันก็ต้องอยู่ในระดับที่เหมาะสมและไม่เป็นอันตรายด้วย....” (Roll With Resistant) <p>- ดูเหมือนว่าคุณอยากมีเงินเก็บเยอะ ๆ ไร้ส่งลูกเรียนสูง ๆ เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ดี...แต่ตอนนี้เห็นคุณบอกว่าคุณก็เสียเงินไปกับการซื้อเหล้ามาดื่มเยอะพอควรเลย..” (Develop Discrepancy)</p>		

คำนำ

ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสมัครนั้น นับว่าเป็น
สิ่งที่ยากมาก แต่ก็สามารถเป็นไปได้ หากบุคคลนั้นมีความ
ตั้งใจเป้าหมาย และมีกรวางแผนที่ชัดเจน โดยที่กล่าวมานี้จะมีความ
เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
การสมัคร ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งเสริมให้บุคคลเลือกที่จะ
ตัดสินใจในการปฏิเสธ หรือควบคุมการสมัครได้สำเร็จ ซึ่งจะส่งผล
ต่อภาวะสุขภาพ และอาการทางจิตเวชที่ดีขึ้นของบุคคลนั้น

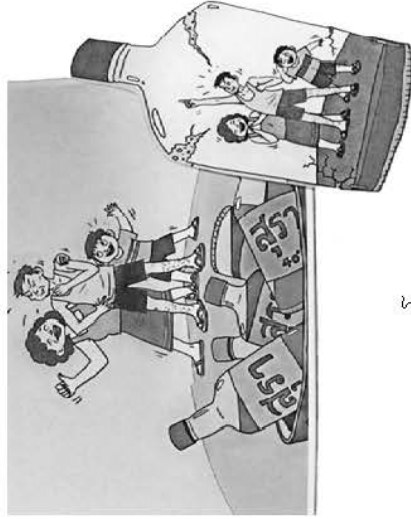
คู่มือการดูแลตนเองนี้จะเป็นเครื่องมือสำคัญ ที่จะช่วยให้
ผู้ป่วยจิตเวชประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
การสมัครของตนเองได้

ด้วยความปรารถนาดี

กฤตยา แสงทรัพย์

ผศ.ดร.เพ็ญพิภัตร์ อุทิศ

อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล



โดย

นางสาวกฤตยา แสงทรัพย์

ผศ. ดร.เพ็ญพิภัตร์ อุทิศ

อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

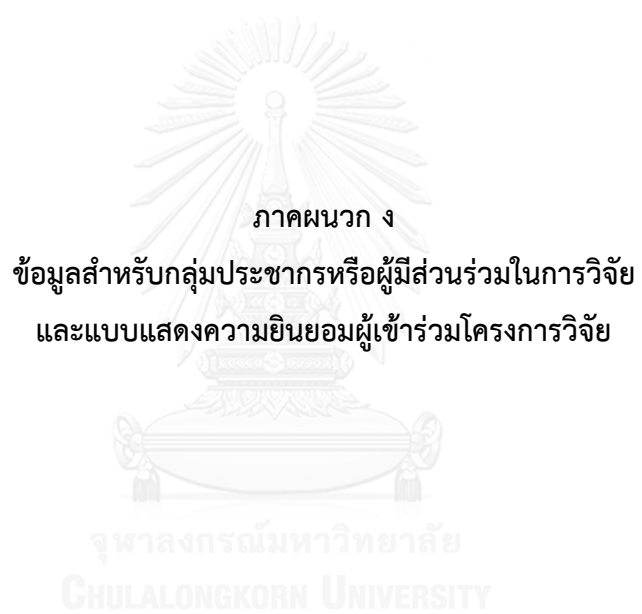
สารบัญ

สุรา คืออะไร??

หน้า

สุราคืออะไร	1
สร้างความรู้จักกับดื่มมาตรฐาน	2
รูปแบบของการดื่มสุรา	5
ผลกระทบจากการดื่มสุรา	13
วงล้อ 6 ชั้นของการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา	18
แนวทางในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา	21
☞ การค้นหาแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงการดื่ม	21
☞ การตั้งเป้าหมายการลด/เลิกดื่มสุรา	23
☞ การสร้างแนวทางในการปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา	24
☞ การเรียนรู้สถานการณ์เสี่ยง/สิ่งกระตุ้นต่าง ๆ	29
☞ การจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง/สิ่งกระตุ้นต่าง ๆ	36
แนวทางการจัดการเมื่อมีอาการของภาวะขาดสุรา	49
สรุปแนวทางในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา	62





ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรม
การดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกฤตยา แสงทรัพย์ **ตำแหน่ง** พยาบาลวิชาชีพ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 129 หมู่ 1 ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก 26130

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 085-1428968 **โทรศัพท์ที่บ้าน** 037-397559

E-mail k.swangap@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆ ในการวิจัย ประกอบด้วยดังนี้

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

3.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และปัจจุบันยังคงมีพฤติกรรมการดื่มสุราร่วมด้วย สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในด้านการพูด การได้ยิน และการมองเห็น รวมทั้งมีความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จำนวน 40 คน ซึ่งผู้วิจัยได้มีการแบ่งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้วิธีการสุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ซึ่งได้แก่ การซักประวัติ การตรวจคัดกรองทั้งทางร่างกายและจิตใจ การให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม มีการให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง การให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองที่บ้าน และมีการนัดติดตามพฤติกรรมการดื่มสุราในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรม

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกับ 4 สัปดาห์ และในแต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที ในครั้งที่ 1 การเสริมสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ครั้งที่ 2 การสร้างความเข้าใจ การยอมรับ และสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ครั้งที่ 3 การสร้างแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น ครั้งที่ 4 การสร้างความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา และมีการนัดติดตามพฤติกรรมการดื่มสุราในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรม

6. การเข้าร่วมในการวิจัยของผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลใด ๆ ทั้งนี้การปฏิเสธดังกล่าวจะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและบริการทางด้านสุขภาพที่จะได้รับ

7. ในขณะดำเนินการวิจัย ถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะให้การดูแลเบื้องต้นและดำเนินการส่งต่อให้แพทย์ เพื่อดำเนินการรักษาต่อไป

8. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยคือนางสาวกฤตยา แสงทรัพย์ ได้ตลอดเวลาที่เบอร์ 085-1428968 และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมและจากแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

10. มีค่าพาหนะแก่ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย 100 บาท/คน/ครั้ง

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เลขที่ 176 หมู่ 3 ตำบลหนองน้ำใส อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว 27160 โทรศัพท์: (037)262994-8

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ชื่อผู้วิจัย นางสาวกฤตยา แสงวงทรัพย์ ที่อยู่ติดต่อ 129 หมู่ 1 ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก 26130 โทรศัพท์ 085-1428968

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทั้งหมด 4 สัปดาห์ติดต่อกัน ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เลขที่ 176 หมู่ 3 ต. หนองน้ำใส อ.วัฒนานคร จ.สระแก้ว โทรศัพท์ (037) -262994-8

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวกฤตยา แสงวงทรัพย์)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
176 หมู่ 3 ตำบลหนองน้ำใส
อำเภอวัฒนานคร จังหวัด สระแก้ว
โทร 037-262994-8
โทรสาร 037-262999

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมสากล การวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMSGuideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP แก่โครงการ

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

เลขที่โครงการวิจัย : ๑/๒๕๕๗

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวกฤตยา แสงทรัพย์

สังกัดหน่วยงาน : นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่รับรอง : เอกสารการขอรับรองจริยธรรมและโครงร่างวิจัยผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ฉบับลงรับ วันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๕๗

หมายเลขรับรอง : ๑/๒๕๕๗

วันที่รับรอง : ๒ ตุลาคม ๒๕๕๗

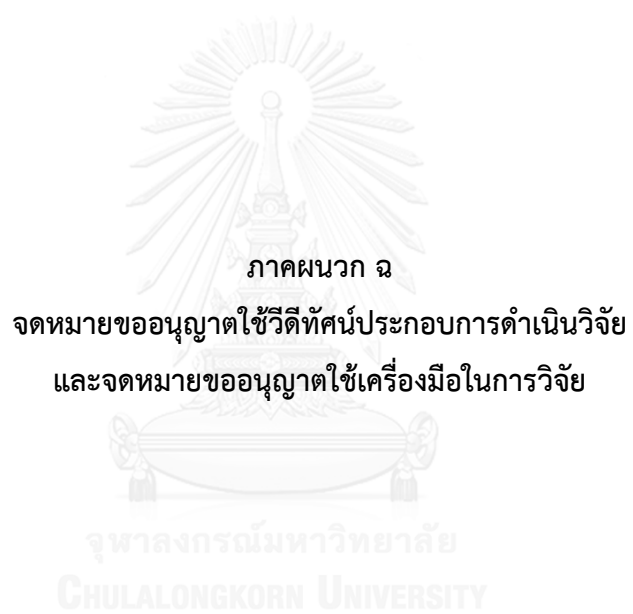
วันหมดอายุ : ๒ ตุลาคม ๒๕๕๘

(นางสาวณัฐพร สุกตแพทย์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

(นายศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์



แผนงานศูนย์วิจัยปัญหาสุรา(ศวส.)

วันที่รับ 6/9/57

เลขที่ 0155/9557

32/2 ยูพาอพาร์ทเมนต์ ห้อง 2311

ซอยราชวิถี 6 ถนนราชวิถี แขวงสามเสนใน

กรุงเทพมหานคร

5 กันยายน 2557

เรื่อง ขออนุญาตใช้เนื้อหาในวิทยุทัศน์เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยปัญหาสุรา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แผ่น CD เรื่อง “ผลกระทบของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา” จำนวน 1 แผ่น

เนื่องด้วยดิฉันนางสาวกฤตยา แสงทรัพย์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา” โดยมี ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.สุนิสา สุขตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม โดยส่วนหนึ่งของงานวิจัยจะมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับผลกระทบของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ซึ่งวิทยุทัศน์เรื่อง “สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา 1 และ 2” ที่ผลิตโดยศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มีเนื้อหาสอดคล้องและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งกับกิจกรรมที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่ชัดเจน ก่อให้เกิดความตระหนักแก่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย ในการนี้ดิฉันใคร่ขออนุญาตใช้เนื้อหาเฉพาะในส่วนผลกระทบของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรจากวิทยุทัศน์เรื่อง “สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา 1 และ 2” เพื่อใช้ประกอบการดำเนินกิจกรรมในวิทยานิพนธ์ และจะอ้างอิงชื่อเรื่อง ชื่อหน่วยงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาของวิทยุทัศน์ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้



(ผศ.ดร. พึงใจ ไชยกุล อนุมัติ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ขอแสดงความนับถือ

กฤตยา แสงทรัพย์

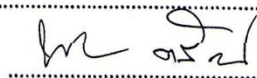
(นางสาวกฤตยา แสงทรัพย์)

นิสิตผู้รับผิดชอบวิทยานิพนธ์

โทร 085-1428968

 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

แจ้ง



(รศ.ดร.นวลน้อย ตรีรัตน์)

ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยปัญหาสุรา

From: Kittaya Swangsap [kita_jang@hotmail.com]

Sent: Monday, January 06, 2014 10:55 AM

To: Santa Ana, Elizabeth

Subject: My name is Kittaya Swangsap.I am interested in your program:Group Motivational Interviewing

Dear Dr. Elizabeth J. Santa Ana

My name is Miss Kittaya Swangsap. I am a master degree student at Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand. I am now developing my proposal for master thesis entitled "The effect of group motivational interviewing program on alcohol consumption in schizophrenic patients with alcohol abuse". I have reviewed the literature and found that your publication entitled "Efficacy of Group Motivational Interviewing (GMI) for Psychiatric Inpatients With Chemical Dependence" will be very helpful for my study. I am interested in applying your intervention to use with my clients in Thailand.

I would like to kindly ask for a full version of your intervention protocol (Group Motivational Interviewing; GMI) and the instruments that have been used in your research. Simultaneously, I would like to kindly ask for your permission to translate these intervention protocol and instruments to Thai language and use them in my thesis.

Your kindly support and suggestions will be very beneficial for improving alcohol consumption and relapse prevention among schizophrenic patients with alcohol abuse in Thailand.

I am looking forward to hear from you. You may e-mail me at my E-mail address: kita_jang@hotmail.com or directly contact my advisor:

Assistant Professor Dr.Penpaktr Utis,Ph.D, RN., E-mail:penpaktr_uthis@yahoo.com

, Dr.Sunisa Suktrakul,Ph.D.,RN.,E-mail auyyoo@yahoo.com .

Sincerely yours,

Kittaya Swangsap.

From: santaana@musc.edu
To: kita_jang@hotmail.com
Subject: RE: I am interested in your program:GMI
Date: Wed, 22 Jan 2014 19:50:02 +0000

Hi Kittaya,

My apology for my delay in responding. Yes, you may have my permission to translate the intervention as used in my dissertation to Thai language and apply it to your study. I appreciate your citing the intervention from my dissertation or the publication in your study. Attached is a list of the measurements used my latest Randomized Controlled trial evaluating GMI with 118 dually diagnosed veterans.

Best wishes,

Liz Santa Ana

Elizabeth J. Santa Ana, Ph.D.

Evidence-Based Training Program Coordinator

VISN 7 Homeless Program

Charleston VA Medical Center

Assistant Professor

Clinical Neuroscience Division

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences

Medical University of South Carolina

109 Bee St.

Charleston, SC 29401

Ph: 843-789-7168

Email: santaana@musc.edu

Charleston, SC 29401

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวกฤตยา แสงทรัพย์ เกิดเมื่อวันที่ 17 กันยายน พ.ศ. 2529 ที่จังหวัดนครนายก สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปีการศึกษา 2551 และเข้ารับการศึกษาคือต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2555

