

ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา
ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา



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
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2558
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING PROGRAM ON
ALCOHAL DRINKING BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC
PATIENTS WITH ALCOHAL DEPENDENCE

Mr. Manasak Luentonglang



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อ
	พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา
โดย	นายมานะศักดิ์ เหลื่อมทองกลาง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิสมัย อรทัย)

มานะศักดิ์ เหลือมทองกลาง : ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา (THE EFFECT OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING PROGRAM ON ALCOHOL DRINKING BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
 หลัก: อ. ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 123 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1).พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา2).พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราแบบติดจำนวน 40 คนและมารับบริการในแผนกผู้ป่วยในได้รับการจับคู่ด้วยปัญหาการดื่มสุราแบบติด แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย1).โปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา2)แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คนเครื่องมือชุดที่2มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ.87วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละและสถิติที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรารายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมลดลงกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05
2. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5677197736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: DUAL DIAGNOSIS MOTIVATION INTERVIEWING / ON ALCOHOL DRINKING BEHAVIOR / SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENT CLIENTS

MANASAK LUEMTONGLANG: THE EFFECT OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING PROGRAM ON ALCOHAL DRINKING BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH ALCOHAL DEPENDENCE. ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 123 pp.

This study is a quasi- experimental. The objective were to compare:1) alcohol dependence of schizophrenic patients with alcohol drinking problem who received motivational interviewing dual diagnosis program 2) alcohol dependence of schizophrenic patients with alcohol drinking problem who received motivational interviewing dual diagnosis program measured and those who received regular nursing care. The sample consisted of 40 schizophrenic patients with alcohol drinking problem and then randomly assigned to either experimental or control group, 20 subjects in each groups. Research instruments comprised of 1) Motivational interviewing dual diagnosis program and 2) demograpic questionnaire. All instruments were validated for content validity by 4 professional experts. The reliability of the instruments were reported by Cronbach's Alpha coefficient of .87 Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The conclusions of this research are as follows:

1. Alcohol dependence of schizophrenic patients with alcohol drinking problem who received the motivational interviewing dual diagnosis program post intervention was significantly lower than that before at p.05 level.

2. Alcohol dependence of schizophrenic patients with alcohol drinking problem who received the motivational interviewing dual diagnosis program post intervention was significantly lower than those who received the regular nursing care, at p.05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2015

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีคุณค่าให้คำปรึกษา คำแนะนำซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ตลอดจนช่วยตรวจสอบ ปรับปรุง แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความทุ่มเท เอาใจใส่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความเมตตา ความเสียสละ ความเอื้ออาทร ที่ท่านอาจารย์มอบให้โดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ศจีมาศ ณ วิเชียร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์ เล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ประสบการณ์ และ คำแนะนำต่างๆที่เป็นประโยชน์ตลอดเวลาของการศึกษาที่ผ่านมา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะ พยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารใน การดำเนินการวิจัยครั้งนี้รวมถึงพี่และเพื่อนๆทุกคนที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจตลอดระยะเวลา ที่ผ่านมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล คณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือ และเอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนขอขอบคุณ ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่เสียสละเวลาและความสุขสบายส่วนตัวเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ซึ่ง ทุกท่านมีส่วนร่วมเป็นส่วนสำคัญยิ่งในความสำเร็จในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่กรุณาสับสนุนทุนการศึกษาในระดับปริญญาโทมาบัดนี้ในครั้งนี้

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณ และรำลึกถึงพระคุณของบิดา มารดา ผู้ให้กำเนิด และ ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัวที่เป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญยิ่งในความสำเร็จในครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท.....	13
2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการติดยา.....	18
3. แนวคิดผู้ติดยาที่มีโรคจิตเวชร่วม.....	25
4. พฤติกรรมการติดยา.....	30
5. โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยา.....	40
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	45

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	45
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	49
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	58
ขั้นตอนดำเนินการวิจัย.....	58
การวิเคราะห์ข้อมูล	78
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	80
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	88
สรุปผลการวิจัย	94
อภิปรายผลการวิจัย	94
ข้อเสนอแนะ	97
รายการอ้างอิง.....	98
ภาคผนวก	103
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	104
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและการตรวจความเที่ยงตรง	106
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง).....	108
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และแบบแสดงความ ยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย	113
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	118
ภาคผนวก ฉ จดหมายขออนุมัติผู้ทรงคุณวุฒิและขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	120
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	123

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระดับพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราและระดับอาการทางจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	48
ตารางที่ 2	กำหนดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับ ผู้ป่วยโรคร่วม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม	60
ตารางที่ 3	คะแนนระดับแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม(n=20)	77
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ สำหรับผู้ป่วยโรคร่วม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	81
ตารางที่ 5	คะแนนพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราและการแปลผลของกลุ่ม ควบคุมก่อน(Pre test)และหลังการทดลอง (post test).....	84
ตารางที่ 6	คะแนนพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา และการแปลผลของกลุ่ม ทดลองก่อน(Pre test) และหลัง (post test)	85
ตารางที่ 7	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา ก่อนและหลังการ ทดลองระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(n=40).....	86
ตารางที่ 8	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา ก่อนและหลังการ ทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(n=40).....	87

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยจัดเป็นประเทศที่มีผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ติดอันดับที่ 40 ของโลกและเป็นอันดับ 3 ของเอเชีย(สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ,2553)สถานการณ์การดื่มสุราของประชากรไทยโดยรวมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น(ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา,2552)จากการสำรวจประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศในปี พ.ศ.2554 พบว่ามีคนที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์จำนวน 17 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31.5 ของประชากรทั้งหมดที่สำรวจโดยเป็นผู้ที่ดื่มมานานๆครั้ง 9.5 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 55.8 และผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ 7.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44.2 โดยผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำเป็นเพศชายร้อยละ 53.4 และเพศหญิงร้อยละ 10.9 ซึ่งในจำนวนนี้จำแนกเป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ 5 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 41.3 และผู้ที่ดื่มทุกวันร้อยละ 25.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) จากสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อประเทศไทยปี พ.ศ. 2556 พบว่าหนึ่งในสองอันดับแรกของความสูญเสียสุขภาพของประชากรชายวัย 15-59 ปี ได้แก่ ภาวะติดสุราโดยก่อให้เกิดภาวะโรคในรูปแบบปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56 และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตสูงสุด(ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2556)

จากการสำรวจระดับชาติปี พ.ศ. 2551 จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 17,140 คน พบว่ามีผู้เข้าเกณฑ์ความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 10.9 โดยเป็นผู้ดื่มแบบติด (Alcohol Dependence) ร้อยละ 6.6 (พันธุภา กิตติรัตน์ ไพบุลย์ และคณะ, 2556)จากการสำรวจข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากงานสถิติและเวชระเบียนพบว่าในปี พ.ศ. 2552 มีผู้ป่วยที่ติดสุราและเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลทั่วประเทศรวมทั้ง 64,434 รายเป็นชายจำนวน 56,483 รายเป็นหญิง 7,951 ราย เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีและไม่มี ความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุราแล้วพบว่าผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุราร่วมกับมีโรคทางจิตเวชสูงถึง 3.8 เท่า(บัณฑิต สรไพศาล,จุฬารัตน์ แก้วมุงคุณ และกมล วัฒนาพร,2553) ซึ่งประมาณร้อยละ 15 ของผู้ติดสุราจะพัฒนาอาการเป็นผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา(Stuart & Larai,2005) การให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาดื่มสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยามีผู้ป่วยในที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2555-2557 สูงถึงร้อยละ 31.05 , 36.46 และ 43.89 ตามลำดับซึ่งพบมากในเพศชาย (รายงานประจำปีสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระยามี, 2556)ซึ่งปัญหาการดื่มสุราในปริมาณที่สูงและต่อเนื่องนี้ทำให้ผู้เสพติดสุรายังคงเกิดอาการแทรกซ้อนทางจิตขึ้นเป็นระยะๆและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในลักษณะต่างๆ เช่น มีการ

ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาลดและทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น(Green et al., 2007)

ผู้ที่ดื่มสุราจนติดจะไม่สามารถควบคุมทั้งปริมาณและความถี่ในการดื่มสุราได้จึงส่งผลทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว(พิมพ์ใจ เจนกิจจาบุลย์, พรรษา เศรษฐบุปผา และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2554) อีกทั้งการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องอาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทั้งทางกายและจิตใจตามมาได้ โดยปัญหาด้านจิตใจที่พบมากที่สุดคือโรคจิตจากการดื่มสุราซึ่งถือเป็นตัวบ่งชี้สำคัญประการหนึ่งของโรคพิษสุราเรื้อรัง(พิชัย แสงชาญชัย, 2555)ซึ่งอาจมีอาการทางจิตเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เช่น อาการหลงผิดและประสาทหลอน นอกจากนี้การดื่มสุราในปริมาณที่มากและเป็นเวลานานทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตแบบถาวรตามมา(มาโนชหล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)และส่งผลกระทบระยะยาวต่อคุณภาพชีวิตได้ (นันทวิช ลิทธิรักษ์ และคณะ, 2556) การดื่มสุรากับโรคทางจิตเวชเป็นปัญหาที่พบร่วมกันได้บ่อย(Modesto-Lower & KranZier, 1999) การเสพติดสุรามีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทางจิตเวชโดยพบว่าความรุนแรงของการเสพติดสุราเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการเกิดพยาธิสภาพทางจิต(Skinner & Allen, 1982)โรคจิตเวชที่พบได้บ่อยในผู้ติดสุราเรื้อรังคือการฆ่าตัวตาย(Suokas et al., 2005)จากการศึกษาของ Preuss et al., (2006)พบว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยติดสุราเคยมีประวัติการฆ่าตัวตายและร้อยละ 55 ถูกวินิจฉัยว่ามีบุคลิกภาพผิดปกติสอดคล้องกับการศึกษาของอรัญญา แพจ้อย และนรัญชญา ศรีบูรพา(2552)

ส่วนผลการศึกษาในประเทศไทยจากการสำรวจระดับชาติปี พ.ศ. 2551 พบว่าผู้ที่ดื่มสุรามีโรคร่วมจิตเวชร้อยละ 7.1 และโรคที่พบมากที่สุดคือ โรควิตกกังวลและกลุ่มโรคจิต(บุญศิริ จันทมงคลและคณะ, 2551)นอกจากนี้พบว่าผู้ชายที่ติดสุรามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ชายที่ดื่มแบบอันตราย(บุญศิริ จันทมงคลและคณะ, 2551)การดื่มสุรากับโรคทางจิตเวชเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ซึ่งการเสพติดสุรามีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยพบว่าความรุนแรงของการเสพติดสุราเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการเกิดพยาธิสภาพทางจิต(Skinner and Allen, 1982)จากการศึกษาของ Flensburg-Madeset et al (2009)พบว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคที่เกิดจากการใช้สุรามีความเสี่ยงที่จะพัฒนาเป็นโรคจิตเวชโดยร้อยละ 56.9 สอดคล้องกับการศึกษาของอรัญญา แพจ้อย และนรัญชญา ศรีบูรพา(2552)พบความชุกของการเกิดโรคจิตเวชร่วมในผู้ป่วยสุราสูงถึงร้อยละ 60

ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราจะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมมากกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วไป โดยระยะยาวมีผลทำให้การเจ็บป่วยเป็นเรื้อรัง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแล ต้องใช้เวลาในการช่วยเหลือดูแลทำกิจกรรมต่างๆให้กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนานและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้งสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย(จลิ เจริญสรรพ และเสาวลักษณ์ ยิ้มเย็น, 2556)

จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดร่วมถึงร้อยละ 27-58.9 (Addy et al., 2012) และเมื่อจำแนกตามชนิดของสารเสพติดที่ใช้ พบว่ามีพฤติกรรมการดื่มสุร่าเป็นอันดับหนึ่งในบรรดาสารเสพติดที่ใช้ร่วมทั้งหมด ซึ่งพบได้ในอัตราสูงถึงร้อยละ 53.1 (Latt et al., 2011) และการระบอบาติวิทยาความชุกของปัญหาการดื่มสุร่าของผู้ป่วยจิตเภท พบผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสดื่มสุร่าแบบผิดปกตร้อยละ 3.8 และมีโอกาสพบปัญหาการดื่มสุร่าเป็น 3.3 เท่าของคนที่ไม่ป่วย (Regier et al., 1990) การศึกษาของ Noeline et al., (2011) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุร่าร่วมสูงถึงร้อยละ 53.1 ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการอภิมาณกว่า 60 เรื่องย้อนหลังตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996-2008 พบความชุกของปัญหาการดื่มสุร่าในปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 9.4 ความชุกชั่วชีวิตร้อยละ 20.6 ซึ่งข้อสรุปจากการศึกษาอธิบายว่าผู้ป่วยจิตเภททุกๆ 5 คน จะเคยได้รับการวินิจฉัยปัญหาการดื่มสุร่าในชีวิต (Green et al., 2007) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดร่วมสูงถึงร้อยละ 92.5 สารเสพติดที่ใช้ร่วมมาก 3 อันดับแรกในผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ สุร่า ยาบ้า กาว (กาญจนา สุทธิเนียม และคณะ, 2547) ซึ่งสุร่ายังคงเป็นสารเสพติดที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้ร่วมมากที่สุด (หทัยวัน สนั่นเอื้อ, 2551) และการศึกษาความชุกปัญหาการดื่มสุร่าในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าปัญหาการดื่มสุร่า ร้อยละ 37.7 ส่วนความชุกของการติดสุร่า ร้อยละ 10.7 ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุร่าพบเพศชาย : เพศหญิง ประมาณ 5.6 : 1 อายุเฉลี่ย 33.4 ปี (มณฑนา กิตติพิรชล, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของจิระพรรณ สุริยงค์ และคณะ, (2557) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติดสุร่าในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 18.5 พบในผู้ป่วยจิตเภทชายสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทหญิงและเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในมากกว่าการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ร้อยละ 72.9

พฤติกรรมการดื่มสุร่า หมายถึงการกระทำหรือการแสดงออกของผู้ป่วยเสพติดสุร่า จำแนกตามปริมาณที่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มดื่มแบบมีความเสี่ยงน้อยหรือเสี่ยงระดับต่ำ กลุ่มดื่มแบบเสี่ยงหรืออันตราย และกลุ่มดื่มแบบติด (WHO, 2001) พฤติกรรมการดื่มสุร่าส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ คือ ก่อให้เกิดโรคระบบทางเดินอาหารเกิดแผลในกระเพาะอาหาร (Gastric ulcer) หลอดอาหารอักเสบ (Esophagitis) มีผลต่อตับ มีภาวะ ตับโต (Fatty liver) ตับอักเสบ (Alcoholic hepatitis) ตับแข็ง (Hepatic cirrhosis) ตับอ่อนอักเสบ (Pancreatitis) มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia) ระบบต่อมไร้ท่อทำให้ฮอร์โมนเพศชายลดลงเกิดผลกระทบต่อระบบประสาททำให้ความจำเสื่อม (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) ในรายที่ดื่มในปริมาณที่มากและติดต่อกันเป็นระยะเวลาานานจะเกิดอาการทางจิต เช่น มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน เป็นต้น ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา เช่น ภาวะเมาสุร่า (Alcohol Intoxication) ภาวะถอนพิษสุร่า (Alcohol withdrawal) ภาวะถอนพิษสุร่าแบบรุนแรงเพ้อคลั่ง (Alcohol withdrawal delirium) (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2549)

การเสพติดสุราส่งผลให้เกิดภาวะโรคจิตเวชร่วม ซึ่งมีอัตราการหยุดดื่มน้อยกว่าผู้ติดสุรากลุ่มที่ไม่มีภาวะโรคจิตเวชร่วม(อรัญญา แพทย์ และนรัชญา ศรีบุรพา,2552)ทำให้อาการทางจิตที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการดื่มสุรารุนแรงมากขึ้น(Cargiulo,2007)ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากภาวะโรค(Bagby et al,2002)ดังนั้นโรคร่วมทางจิตเวชจึงเป็นปัญหาสำคัญทางด้านจิตใจของผู้ติดสุราที่ควรได้รับการประเมินเพื่อคัดกรองและให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่างๆที่อาจเกิดขึ้นตามมา(Ismene et al.,2002)

ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวทยังมีการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องและมีการดื่มสุราในปริมาณที่ต่างกันและมีสาเหตุของการดื่มสุราที่แตกต่างกัน ซึ่งการดื่มสุราของผู้ป่วยจะพบลักษณะพยาธิสภาพทางจิตที่แตกต่างกันโดยผู้ป่วยที่ดื่มสุราตั้งแต่ 5 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป จะมีลักษณะพยาธิสภาพทางจิตมากกว่ากลุ่มที่ดื่ม 1-4 ดื่มมาตรฐาน (วิชชุดา ยะสินธ์ และคณะ,2554) ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ใช้วิธีการจัดการกับปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่นการดื่มสุราเพื่อคลายความเครียด การดื่มสุราเพื่อส่งผลให้กล้าแสดงออก และมีความรู้สึกเข้มแข็งขึ้น การบริโภคสุราของผู้ป่วยยังช่วยลดอาการหงุดหงิด เนื่องจากฤทธิ์ของสุรา มีต่อสมองทำให้มีจิตใจเบิกบาน ไม่สามารถควบคุมการบริโภคสุราได้ (บรรจง สืบสมาน, 2536 และทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2544 อ่างใน เปรมฤทัย ไชยชนะ, 2555)ทั้งนี้การดื่มสุราจะรบกวนกลไกทางจิตต่อสู่กับการเจ็บป่วยทางจิตเวชและเป็นตัวกระตุ้นหรือเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิตเวช อื่นๆจากการที่สุราส่งผลต่อ Dopamine และ Serotonin คือทำให้เคลิบเคลิ้มและมีความอยากดื่ม ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีการบริโภคสุราซ้ำๆเพื่อให้ได้รับความสุขดังกล่าว ขณะเดียวกันผลของสุราจะช่วยลดความวิตกกังวล ความทุกข์ ความเศร้า การที่หยุดดื่มสุราก็จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทุกข์ใจ อาการซึมเศร้ากลับมาอีก ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำจนติดสุรา (Heinz and Wong, 20003 อ่างใน เพ็ญพัทธ์ ดารากร ณ อยุธยา, 2556)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราพบว่า 1).ผู้ป่วยสุรามักมีบุคลิกภาพที่อ่อนแอไม่สามารถบังคับจิตใจตัวเอง(ภาวดี โตท่าโรง,2551)ขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดทักษะในการเผชิญสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุราเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ติดสุรากลับไปมีพฤติกรรมการดื่มสุราได้มากที่สุด(อัจฉราพร นัตสาสาร,2548) 2).ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมเป็นอีกสาเหตุหนึ่งในการกลับไปดื่มสุราได้แก่ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเสพสุราเช่นการอยู่ใกล้แหล่งอบายมุขและสถานเริงรมณ์ ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำ(เสาวณี วิกัน,2548) 3).ปัจจัยด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อมได้แก่ มีร้านจำหน่ายสุราใกล้บ้าน มีผลต่อการกลับไปมีพฤติกรรมการดื่มสุราในกลุ่มผู้ติดสุราโดยร้อยละ 33.3 ของผู้เสพสุราขาดแรงสนับสนุนและขาดการเอาใจใส่จากครอบครัวในขณะที่มีสิ่งคุกคามส่งผลให้กลับไปดื่มสุรา(อัจฉราพร นัตสาสาร,2548)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการไม่รับประทานยาและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราได้แก่ 1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราจะมีอาการทางจิตกำเริบได้ง่ายเช่นมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง ทำให้ศักยภาพของผู้ป่วยลดลง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรามักขาดข้อมูลความรู้เรื่องโรคการขาดความรู้นำไปสู่ความท้อแท้ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล เกิดความกลัว ทำให้เกิดความสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองขาดความตระหนักรู้อันตรายจากการติดสุรา(พุฒิชาดา จันทะคุณ,2556) ผู้ป่วยมักปฏิเสธการเจ็บป่วยของตนเองขาดแรงจูงใจที่จะต่อสู้กับปัญหาขาดแรงจูงใจในชีวิตและก่อให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ตลอดจนไม่ร่วมมือในการรักษา(มณฑนา กิตติพิรัชล,2551)ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราจะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมมากกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วไป โดยในระยะยาวมีผลทำให้การเจ็บป่วยเป็นแบบเรื้อรัง(จลิตี เจริญสุรทรัพย์ และเสาวลักษณ์ ยิ้มเยื่อน,2556)นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการติดสุรา มีความบกพร่องด้านการรับรู้ความรู้รุนแรงมากขึ้นจะส่งผลถึงความสามารถในกระบวนการคิด สติปัญญา การตัดสินใจ การวางแผน ตลอดจนการยับยั้งชั่งใจที่ลดน้อยลง ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามมา(จิรพรรณ สุริยงค์ และคณะ,2557)การติดสุรามีผลทำให้ผู้ป่วยมีการสูญเสียการทำหน้าที่ที่สำคัญต่างๆมากขึ้น ความสัมพันธ์กับผู้อื่นแย่ง มีผลกระทบต่อด้านอาการทางจิต เช่น จะไปเพิ่มการทำงานของโดปามีนทำให้ร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา อีกทั้งมีความเสี่ยงต่อการไม่ตอบสนองต่อยารักษาโรคจิตมากขึ้น ทำให้ต้องใช้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้สุรา(มณฑนา กิตติพิรัชล,2551)

จากการทบทวนวรรณกรรมกรรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมในประเทศไทยมีผู้ศึกษาเพื่อลดพฤติกรรมกรรมการติดสุราของผู้ป่วยจิตเภทด้วยรูปแบบการบำบัดที่หลากหลายเช่น การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการติดสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยชายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์(ไพรวลัย รมช้าย,2553)การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการติดสุราร่วม(สุมิตรา ศรสวรรณและคณะ,(2555)การให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการติดสุราผู้ป่วยในที่ติดสุราของโรงพยาบาลลำพูน(วิวัฒน์ เสงขชัยยงและคณะอ้างในพิชัย แสงชาญชัย, 2552)และประสิทธิผลของการให้คำปรึกษากับผู้ที่มีปัญหาการติดสุราโดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจพบว่าการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถช่วยให้ผู้ติดสุราลดการดื่มลงได้อย่างมีนัยสำคัญ(สารัตน์ นกน้อยและคณะ(2550)อ้างในพิชัย แสงชาญชัย, 2552) นอกจากนั้นยังมีการศึกษาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราแบบผู้ป่วยในเป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรามีพฤติกรรมกรรมการติดสุราลดลงและจำนวนวันที่ไม่ดื่มเพิ่มขึ้น(สวัสดี เทียงธรรม,2551)จากการศึกษาดังกล่าวพบว่าการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราเพื่อลดพฤติกรรมกรรมการติดสุราแต่ยังไม่พบว่าการศึกษาที่เน้นกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคร่วมที่มีอาการทางจิตควบคู่กับเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อลดพฤติกรรมกรรมการติดสุราซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการติดสุราจำเป็นจะต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม รวมถึง

การบำบัดอาการทางจิตควบคู่กันไป(พิชัย แสงชาญชัย, 2552)ซึ่งในต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาของ Martino et al.(2000)ได้ทำการศึกษาแบบกลุ่มเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของ Dual Diagnosis Motivation Interviewing:(DDMI) ในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดและสุราร่วม แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับ DDMI และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับสุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับ DDMI มีการใช้สุราและสารเสพติดลดลง นอกจากนี้ในกลุ่มที่เข้ารับ DDMI อย่างต่อเนื่องยังส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี และส่งผลต่อการลดการใช้สุราและสารเสพติดถึงร้อยละ 66.7 เมื่อเทียบกับ Psycho education ที่มีผลต่อการใช้สุราและสารเสพติดร้อยละ 57.1 ฉะนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา เพื่อช่วยให้เข้าถึงปัญหาให้การช่วยเหลือและนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมที่มีปัญหาการดื่มสุราให้มีประสิทธิภาพและสามารถดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้ยาวนานส่งผลให้ลดการกลับมารักษาซ้ำได้มากยิ่งขึ้น

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจแตกต่างกันหรือไม่
2. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราซึ่งมีการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องควรได้รับการบำบัดรักษาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตสังคมเพื่อลดปัญหาการดื่มสุราเดิมที่ยังคงอยู่ และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำซึ่งพบว่าผู้ที่ดื่มสุราในปริมาณที่มากส่งผลให้เกิดอาการทางจิตตามมาได้ (Lichlyter, Purdon, and Tibbo, 2011) ผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัด รักษา เพื่อให้สามารถคงระยะของการหยุดดื่มได้นานที่สุดและไม่กลับไปดื่มซ้ำ ดังนั้นการบำบัดผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม รวมถึงการบำบัดอาการทางจิตควบคู่กันไป (Moore, 2005) พบว่าในต่างประเทศได้มีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อใช้ลดพฤติกรรม การดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเน้นการบำบัดรักษาอาการทางจิตควบคู่กับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีชื่อว่า Dual Diagnosis Motivation Interviewing ของ Martino et al (2002) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) เพื่อใช้กับผู้ป่วยโรคร่วมติดสุราและจิตเวชโดยตรงซึ่งมีแนวคิดว่าการรักษาด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจภายในเพิ่มขึ้นและมีความพร้อมที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเสพติดสุราที่เหมาะสมโดยเฉพาะการบำบัดจะทำให้เกิดการพัฒนาด้านความคิด การตระหนักรู้ การเผชิญปัญหาและการติดตามความต่อเนื่องในการรักษาโดยใช้กระบวนการส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่องเพื่อการช่วยเหลือให้เกิดแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราได้เร็วมากขึ้นผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราจะมีความผิดปกติทางด้านกระบวนการคิด การรับรู้ (Martino et al, 2000) ซึ่งโปรแกรมนี้จะช่วยลดพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดในการบำบัดการดื่มสุราในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชพบว่า โปรแกรม Dual Diagnosis Motivation Interviewing: (DDMI) ตามแนวคิดของ Martino et al (2002) ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้โดยตรงกับผู้ป่วยโรคร่วมโดยในโปรแกรมเน้นการส่งเสริมให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราแบบติดโดยบูรณาการ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเน้นกระบวนการจัดการกับอาการของโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาและการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการเสพติดสุราโดยใช้รูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองได้ในภาวะของโรคจิตเภทจะส่งต่อการลดพฤติกรรม การดื่มสุราหรือพึ่งพิงสุราเมื่อเกิดปัญหาต่างๆ ประกอบด้วยกิจกรรมการประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการกับอาการของโรคจิตเภท การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงปัญหาการติดสุรา การให้ความรู้ในเรื่องยาและการดูแลตนเองของโรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดขึ้น การฝึกทักษะในด้านกระบวนการคิดในเรื่องการแก้ปัญหาและการใช้สถานการณ์จำลองต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ร่วม

คิดค้นและเสนอแนะแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจนำโปรแกรม Dual Diagnosis Motivation Interviewing: (DDMI) มาประยุกต์เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในบริบทของประเทศไทยทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นและมีการดื่มสุราลดลงและตามหลักการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจะใช้หลักการประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska and Diclement (1997) โดยใช้แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Readiness Of Ruller) ของ Biener and Adam (1991) พัฒนาขึ้นโดยดรุณี ภู่อานและคณะ (2549) นำมาบูรณาการร่วมโดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมี 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดำเนินการเป็นกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 45-60 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สะท้อนความคิด

กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดื่มสุราที่ส่งผลต่อการเกิดอาการทางจิต ให้ข้อมูลโปรแกรมการบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมการประเมินระดับการเสพติดสุรา ประเมินระดับอาการทางจิต มีการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับอาการทางบวกทางลบ และมีการวัดระดับความรุนแรงของอาการทางจิต การจัดการกับอาการทางจิต (พุดิชาดา จันทะคุณ, 2556)

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างความสมดุลของการตัดสินใจ

กิจกรรมครั้งที่ 2 ประเมินระดับแรงจูงใจโดยการชั่งน้ำหนักข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมที่ยังลังเลใจอยู่ ให้ข้อมูลเพื่อสร้างจุดมุ่งหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรักษาด้วยยา และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของการดื่มสุราและการร่วมมือรักษาโรคและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2552)

ขั้นตอนที่ 3 เสริมทักษะที่จำเป็น

กิจกรรมครั้งที่ 3 ประเมินระดับแรงจูงใจมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงลักษณะพฤติกรรมทางบวกและทางลบ โดยใช้กลยุทธ์ในการพูดซ้ำๆ เข้าใจง่ายและสามารถมองเห็นภาพ และมีการฝึกในระหว่างการทำกิจกรรม (สุมิตรา ศรสวรรณและคณะ, 2555)

กิจกรรมครั้งที่ 4 ประเมินระดับแรงจูงใจมุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้เรื่อง โรคจิตเภทซึ่งถึงอาการ อาการแสดงของโรค อาการเตือน การจัดการกับอาการทางจิตและสิ่งกระตุ้นตลอดจนการฝึกทักษะการปฏิเสธ การรักษาด้วยยาและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (ริชนี อุทัยพันธ์ , 2555)

กิจกรรมครั้งที่ 5 ยุติสัมพันธภาพ ทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช สรุปกิจกรรมในภาพรวม ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยจะได้ร่วมกันประเมินผล วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา และวางแผนร่วมกันในการป้องกันการ

กลับไปดื่มสุราซ้ำโดยการร่วมกันวางแนวทางที่เหมาะสม การเฝ้าระวังความเสี่ยงในการกลับไปดื่มสุรา โดยผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการดูแลตนเอง(ไพรวลัย รัมซ่าย,2553)

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราแบบติดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมมีพฤติกรรมการดื่มน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราแบบติดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมมีพฤติกรรมการดื่มน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) โดยทำการทดลองในแผนกผู้ป่วยในชาย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทเพศชายที่มีปัญหาการดื่มสุราซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคร่วมและโรคจิตเภท(F20) ที่มีความผิดปกติด้านจิตใจและพฤติกรรมมีสาเหตุจากการดื่มสุรา(F10)ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก(ICD-10)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทเพศชายที่มีปัญหาการดื่มสุราซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคร่วมและเป็นโรคจิตเภท(F20)ที่มีความผิดปกติด้านจิตใจและพฤติกรรมมีสาเหตุจากการดื่มสุรา(F10) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) อายุ 20-59 ปีที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในชาย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดื่มน้อยกว่าของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา หมายถึงผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราแบบติดซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20) ที่มีความผิดปกติด้านจิตใจและพฤติกรรมมีสาเหตุจากการติดสุรา(F10) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการักษาแบบผู้ป่วยในชายสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร

พฤติกรรมการดื่มสุรา หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของผู้ป่วยโรคร่วม จากการดื่มสุรา จำแนกตามปริมาณการดื่มประจำ ความถี่ในการดื่ม ความสามารถในการควบคุมการดื่ม การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา การมีคนเป็นห่วงถึงการดื่มสุราและปริมาณสามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อนตนเองและผู้อื่นประเมินโดยแบบประเมินระดับปัญหาจากพฤติกรรมการดื่มสุรา(Alcohol Use Identification Test)(WHO,2001)แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปะกิจและพันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์(2552)

โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม หมายถึงกระบวนการดำเนินการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีเป้าหมายเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราโดยมีแนวคิดประกอบไปด้วยการมุ่งเน้นการบำบัดรักษาโรคที่เป็นร่วมกับการดื่มสุรา การติดตามผู้ป่วยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการดื่มสุรากับอาการทางจิตและโรคที่เจ็บป่วยและการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาตามแผนการรักษา การร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา การสื่อสาร และการพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหา โดยการดูแลจัดการดังกล่าวนี้ สามารถลดการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ โดยมีการดำเนินกิจกรรมกลุ่มจำนวน 5 ครั้งสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 5กิจกรรมดังนี้ กิจกรรมที่1).สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดหรือการดื่มสุราที่ส่งผลต่อการเกิดอาการทางจิต ให้ข้อมูลโปรแกรมการบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมการประเมินระดับการเสพติดสุรา ประเมินระดับอาการทางจิต มีการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับอาการทางบวกทางลบ และมีการวัดระดับความรุนแรงของอาการทางจิต การจัดการกับอาการทางจิต กิจกรรมที่2).ประเมินระดับแรงจูงใจโดยการชั่งน้ำหนักข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมที่ยังลังเลใจอยู่ ให้ข้อมูลเพื่อสร้างจุดมุ่งหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรักษาด้วยยา และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของการดื่มสุราและการร่วมมือรักษาโรคและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมที่3).ประเมินระดับแรงจูงใจมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงลักษณะพฤติกรรมทางบวกและทางลบ โดยใช้กลยุทธ์ในการพูดซ้ำๆเข้าใจง่ายและสามารถมองเห็นภาพ และมีการพักในระหว่างการทำกิจกรรม กิจกรรมที่4).ประเมินระดับแรงจูงใจ มุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทบ่งชี้ถึงอาการ อาการแสดงของโรค อาการเตือน

การจัดการกับอาการทางจิตและสิ่งกระตุ้นตลอดจนการฝึกทักษะการปฏิเสธ การรักษาด้วยยาและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมที่ 5) ยุติสัมพันธภาพ ทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช สรุปกิจกรรมในภาพรวม ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยจะได้ร่วมกันประเมินผล วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุรานั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและวางแผนร่วมกันในการป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำโดยการร่วมกันวางแผนแนวทางที่เหมาะสม การเฝ้าระวังความเสี่ยงในการกลับไปดื่มสุราโดยผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการดูแลตนเอง

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่ได้เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในชาย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพโดยการประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา การให้ยาชนิด ให้ยารับประทานตามแผนการรักษา การจัดการกับอาการที่เกิดจากการดื่มสุรา เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดื่มสุราเพื่อให้อุบัติเหตุเกิดความปลอดภัยจากการรักษา การประเมินความต้องการของผู้ป่วย ดูแลสุขวิทยาของผู้ป่วยและการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราร่วมให้กับบุคลากรทางสุขภาพจิตเพื่อนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราร่วมเพื่อลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา
2. เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดสุราร่วมโดยใช้การสร้างแรงจูงใจเพื่อลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราให้มีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา “ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อประกอบการดำเนินการวิจัย โดยมีเนื้อหาและสาระสำคัญ ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10
- 1.3 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท
- 1.4 อาการของโรคจิตเภท
- 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

- 2.1 ความหมายของสุรา
- 2.2 ความหมายของการติดสุรา
- 2.3 การวินิจฉัยการติดสุรา
- 2.4 สาเหตุของการติดสุรา
- 2.5 ผลกระทบของการติดสุรา
- 2.6 การติดสุราในผู้ป่วยจิตเภท
- 2.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

3. แนวคิดผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

- 3.1 ความหมายของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม
- 3.2 ความสัมพันธ์การติดสุรากับการเกิดโรคจิตเวชร่วม
- 3.3 การเกิดโรคร่วมจิตเวชและความผิดปกติของการดื่มสุรา
- 3.4 โรคจิตเวชร่วมที่พบในผู้ติดสุรา
- 3.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม
- 3.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคร่วม

4. พฤติกรรมการดื่มสุรา
 - 4.1 ความหมายของพฤติกรรมการดื่มสุรา
 - 4.2 การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา
 - 4.3 การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา
 - 4.4 แนวคิดและทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจ
5. โปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

สมภพ เรื่องตระกูล (2549) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านความคิด ความผิดปกติทางด้านการรับรู้ ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม โดยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติด ที่เป็นสาเหตุ และความผิดปกติเหล่านี้ต้องเป็นติดต่อกันต่อเนื่องกันอย่างน้อย 6 เดือน

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้ให้คำนิยามโรคจิตเภทตามการจำแนกโรคของ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition) (1995) คืออาการที่มีความผิดปกติทางจิตในลักษณะของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ลดลง ทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ อาการทางบวกประกอบด้วย ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติทางการพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม อาการทางลบแสดงออกในลักษณะของอารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูดเลย รวมทั้งการขาดความสนใจในการทำกิจกรรม ผู้ป่วยมักมีอาการทางบวกและทางลบติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการในระยะกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (American Psychiatric Association, 1995)

ICD-10 (The International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem 10th Revision) (2006) ได้ให้คำจำกัดความว่า โรคจิตเภท เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ และการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม แต่สติสัมปชัญญะ และเซาร์ปัญญาังดีอยู่ อาการแสดงทางจิตที่สำคัญได้แก่ การได้ยินเสียงสะท้อนในความคิด (though echo) มีผู้อื่นนำความคิดมาใส่ให้หรือดึงความคิดของตนเองออกไป (thought insertion or withdrawal) ความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัวทำให้คนอื่นรู้ว่าตนเองคิดอะไร (thought broadcasting) มีความผิดปกติด้านการรับรู้และหลงผิดว่าตนมีอำนาจและสามารถควบคุมคนอื่นได้ (delusional perception and delusions of control) มีอิทธิพลเหนือคนอื่นหรือ

ได้รับอิทธิพลจากคนอื่น (influence or passivity) ว่าจะได้ยินเสียงคนอื่นวิจารณ์หรือพูดกันในเรื่องของตนเอง

อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ (2557) กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางสมอง ทำให้ความคิด ภาษา การสื่อสาร อารมณ์ พฤติกรรมทางสังคม และการรับรู้ผิดแปลกไปจากความจริง

มาโนช หล่อตระกูล (2558) กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาดส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆโดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น

จากการทบทวนสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ส่งผลให้บุคคลมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากบุคคลอื่นโดยความผิดปกติเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างน้อย 6 เดือนและมีอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือนโดยไม่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากอาการทางกายและโรคจากสมอง

1.2 การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10

ICD-10 (The International Classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลกเป็นการจำแนกกลุ่มอาการโดยมีเหตุผลของการจำแนกเพื่อความสะดวกในทางปฏิบัติและง่ายในการวินิจฉัย (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554) รายละเอียดกลุ่มอาการมีดังนี้

1.2.1 อาการผิดปกติด้านความคิดได้แก่การมีความคิดสะท้อน (Thought echo) มีผู้นำความคิดมาใส่ให้หรือมีผู้ถอนความคิดไป ความคิดของตนถูกเผยแพร่กระจายออกไป

1.2.2 อาการหลงผิด (Delusions) มีอาการหลงผิดอย่างใดอย่างหนึ่งหลงผิดคิดว่าตัวเองถูกควบคุมจากสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือตนควบคุมการเคลื่อนไหวหรือไม่ให้เคลื่อนไหว หลงผิดคิดว่ามีผู้ควบคุมความคิด การกระทำหรือการรับรู้ของตน

1.2.3 อาการประสาทหลอน (Hallucination) ซึ่งเกิดจากการรับรู้ผิดปกติแสดงให้เห็นด้วยพฤติกรรมแปลกๆจากการสนองตอบการรับรู้ที่ผิดๆนั้น

1.2.4 มีความหลงผิดอื่นๆอย่างต่อเนื่อง ความคิดหลงผิดนั้นไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมหรือความเชื่อทางศาสนา เช่นหลงผิดคิดว่าสามารถควบคุมอากาศให้มีความร้อนเย็นได้

1.2.5 มีอาการประสาทหลอนอย่างต่อเนื่องและมีอาการหลงผิดร่วมด้วยเกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลาหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน

1.2.6 มีการพูดที่ไม่สอดคล้องกันหรือพูดไม่ตรงประเด็น (Incoherence or irrelevant speech) หรือทำให้เกิดการสร้างภาษาใหม่ขึ้น

1.2.7 มีพฤติกรรมคงรูปแบบเดิม (Catatonic Behavior) เช่นพฤติกรรมตื่นตัน พฤติกรรมคงรูปแบบเดิมคล้ายหุ่นขี้ผึ้ง พฤติกรรมต่อต้าน การรู้สึกตัวน้อย

1.2.8 อาการ Negative คือภาวะไร้อารมณ์ ไม่สนใจสิ่งใดๆ อารมณ์สนองตอบต่อเหตุการณ์ราบเรียบแยกตัวจากสังคม ซึ่งอาการเหล่านี้ต้องแยกออกจากภาวะซึมเศร้า

1.2.9 พฤติกรรมโดยทั่วไปหรือพฤติกรรมบางอย่างเปลี่ยนจากเดิม เช่น ไม่มีความสนใจในสิ่งใดๆ ไม่มีจุดมุ่งหมาย เกียจคร้าน

ในการวินิจฉัยโรคจิตเภทบุคคลนั้นต้องมีอาการในข้อ 1.2.1 ถึง 1.2.4 ที่ชัดเจนหนึ่งอาการ หรือถ้าอาการไม่ชัดเจนต้องมีอย่างน้อยสองอาการหรือมากกว่าสองอาการขึ้นไปและมีอาการในกลุ่ม 1.2.5 ถึง 1.2.8 ตลอดเวลาอย่างน้อยสองอาการในระยะเวลาหนึ่งเดือนถ้ามีอาการที่เข้าเกณฑ์แต่ระยะเวลาสั้นกว่าหนึ่งเดือนก็ให้วินิจฉัยว่า Schizophrenia-like psychotic disorder

1.3 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทมีดังนี้ (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558)

1.3.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological Factor Model)

1.3.1.1 พันธุกรรม พบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ผลการศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทในเครือญาติพบว่า ประชากรทั่วไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 1 พี่น้องของผู้ป่วยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 8 ลูกที่บิดาหรือมารดาป่วยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 12 คู่แฝดต่างไข่ของผู้ป่วยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 12 ลูกที่บิดาและมารดาป่วยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 40 คู่แฝดไข่ใบเดียวกันของผู้ป่วยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 47

1.3.1.2 สารชีวเคมีในสมอง ได้แก่ dopamine จากการศึกษาที่มีสมมติฐานว่าเกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะ mesolimbic และ mesocortical tract (D_2 receptor) สารสื่อประสาทชนิดอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น serotonin พบว่า serotonergic activity (โดยเฉพาะ $5-HT_{2A}$ receptor) และ norepinephrine ทำงานมากเกินไป สำหรับ gamma-aminobutyric acid (GABA) ถ้าทำงานน้อยลง dopamine จะทำงานมากเกินไป นอกจากนี้ยังมี glutamate ซึ่งมี NMDA (N-methyl-D-aspartic acid) receptor ทำงานน้อยลง รวมทั้ง acetylcholine และ nicotine ทำงานน้อยลง

1.3.1.3 ประสาทกายวิภาค พบ ventricle และ sulci โตกว่าปกติ มี cortical atrophy โดยเฉพาะบริเวณ limbic และ thalamus พบว่าปริมาณและน้ำหนักของสมองน้อยกว่าปกติ

1.3.1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่าสมองมีสภาพ hypofrontality คือ cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe ตรงส่วน prefrontal cortex และบางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณ limbic และ periventricle

1.3.2 ปัจจัยด้านครอบครัว (Family Factors Model) ลักษณะของครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันสูง (High Expressed Emotion: high EE) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ ไม่เป็นมิตร รู้จักยุ่งเกี่ยวมากเกินไปมีผลต่อการกำเริบของโรคจิตเภท

1.3.3 ปัจจัยทางสังคม ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในสังคมที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำ ซึ่งมีสมมุติฐานว่าการที่มีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆทำให้สถานภาพทางสังคมต่ำลงกว่าเดิม และการที่ผู้ป่วยยังคงมีอาการทางจิตอยู่ตลอดอาจทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตแบบเดิมได้ หรือสภาพทางสังคมที่กดดันอาจทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทเพิ่มมากขึ้น

1.4 อาการของโรคจิตเภท

กลุ่มอาการของโรคจิตเภทมี 2 กลุ่ม ดังนี้ (อัศจรรย์พร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

1.4.1 กลุ่มอาการทางบวก (Positive symptoms) ประกอบด้วยอาการ ดังนี้

1.4.1.1 อาการหลงผิด (Delusion) เป็นความเชื่อที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงให้ถูกต้องได้โดยการใช้เหตุผล ชนิดที่พบได้บ่อยที่เรียกว่า Schneider's first-rank symptoms ได้แก่ เชื่อว่าความคิดและการกระทำของตนเองถูกควบคุมโดยอำนาจภายนอกบางอย่าง (Delusion of control) เชื่อว่าความคิดของตนเองถูกดึงออกไปจากสมองด้วยอำนาจบางอย่าง (Thought withdrawal) เชื่อว่าความคิดในสมองของตนเองเป็นความคิดของคนอื่นที่ใส่เข้ามา (Thought insertion) และเชื่อว่าผู้อื่นสามารถล่วงรู้ความคิดของตนเอง (Thought broadcasting)

1.4.1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) ชนิดที่พบบ่อย คือ หูแว่ว พบได้ร้อยละ 75 ของผู้ป่วย อาการหูแว่วที่ใช้วินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV-TR เป็นเสียงวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความคิดของผู้ป่วยหรือเป็นเสียงพูดคุยกันของคนสองคนหรือมากกว่านั้น

1.4.1.3 ความผิดปกติของความคิดและคำพูด (Disorganized thinking and speech) ขาดการเชื่อมโยงความคิดและคำพูด ไม่ต่อเนื่อง พูดเป็นคำๆไม่เป็นประโยคที่รู้เรื่อง ไม่เรียง ประธาน กริยา กรรม การพูดที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อกันจนฟังไม่เข้าใจในเนื้อหาที่พูด

1.4.1.4 ความผิดปกติของพฤติกรรม (Behavioral disturbance) เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวายไม่อยู่นิ่ง มีพฤติกรรมแปลกๆที่ซ้ำๆโดยไม่มีจุดหมาย ไม่สนใจดูแลตนเอง สกปรก แต่งกายแปลกๆมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

1.4.2 กลุ่มอาการทางลบ (Negative symptoms) ประกอบด้วยอาการ ดังนี้ (อัศจรรย์พร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

1.4.2.1 อารมณ์เรียบเฉย (Affective flattening) การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง มีอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ สีหน้าราบเรียบเฉยๆ ไม่แสดงอารมณ์ใดๆ ออกทางสีหน้า การแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบลดลง แสดงออกทางท่าทางเพียงเล็กน้อย ไม่ค่อยสบตา น้ำเสียงราบเรียบ

1.4.2.2 พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) ผู้ป่วยจะไม่ค่อยพูด ตอบสั้นๆ ไม่ค่อยมีเนื้อหาสาระหรือพูดแล้วหยุดเฉยไป

1.4.2.3 ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (Avolition) ขาดความกระตือรือร้น ขาดความทะเยอทะยาน ไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ขาดความหวังตั้งใจที่จะทำกิจกรรมใดๆ ผู้ป่วยจะอยู่เฉยๆ ไม่ทำงาน ไม่ดูแลสุขอนามัยของตนเอง และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

1.4.2.4 ขาดความสุข (Anhedonia) รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความสุขสนุกสนาน ขาดความร่าเริงเบิกบานใจในการทำกิจกรรมหรือทางสัมพันธ์ภาพกับใครๆ ผู้ป่วยจะไม่สนใจหรือไม่ค่อยมีกิจกรรมบันเทิงใจและกิจกรรมทางเพศ ไม่ค่อยมีเพื่อน ไม่แสดงความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับใคร

1.4.2.5 ขาดความตั้งใจ (Attention deficits) ไม่สามารถที่จะมุ่งความสนใจให้แน่วแน่นอยู่ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้

1.5 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้ (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558)

1.5.1 การรักษาแบบผู้ป่วยใน ควรทำในกรณีผู้ป่วยเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ได้แก่ เกิดผลข้างเคียงจากยาอย่างรุนแรง ผู้ป่วยไม่ร่วมมือรักษาไม่ยอมกินยา ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงอย่างมาก มีอาการของโรคทางกายหรืออาการทางจิตซึ่งไม่ปลอดภัย ไม่สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ หรือมีปัญหาในการวินิจฉัยโรค

1.5.2 การรักษาด้วยยา เป็นหัวใจสำคัญของการรักษาเพื่อควบคุมอาการทางจิตและช่วยลดอาการกำเริบ ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic) แบ่งเป็นกลุ่ม typical และกลุ่ม atypical การเลือกชนิดยาคควรคำนึงถึงผลข้างเคียงของยา การยอมรับยา ราคา ประวัติเคยตอบสนองต่อการรักษา และสิทธิ์การรักษาของผู้ป่วย ควรให้ยาในขนาดที่เหมาะสมหรือขนาดสูงสุดในการรักษาติดต่อกันนาน 4-6 สัปดาห์ แล้วประเมินผลการรักษาผลถ้าผลการรักษาไม่ดีจึงเลือกใช้ยาชนิดอื่นแทน หากผู้ป่วยไม่กินยาควรใช้ยาฉีดที่มีฤทธิ์นานฉีดทุก 2-4 สัปดาห์ ส่วนยากลุ่มอื่น เช่น Benzodiazepine มีประโยชน์ช่วยสงบอาการในระยะสั้น ยาด้านเศร้าใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทมีหลักการดังนี้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

1.6.1 การพยาบาลด้านร่างกาย การส่งเสริมให้ดูแลความสะอาดร่างกาย สุขอนามัยทั่วไปเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง สุขอนามัยไม่ดี ผู้ป่วยที่หวาดระแวง อาจจะไม่ยอมรับประทานอาหารเช้าซึ่งอาจเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมคงรูป

แบบเดิมชนิดหุ่นขี้ผึ้งอาจมีกล้ามเนื้อขาดเลือดไปเลี้ยงผู้ป่วยที่อยู่ท่าเดิมนานๆอาจเกิดแผลกดทับและขาดเลือดไปเลี้ยงต้องคอยเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วย

1.6.2 การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่ควรกระทำคือ การหาความหมายของความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้ทราบความคิดของผู้ป่วยได้ การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นจะช่วยให้เข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางพฤติกรรมได้มากขึ้น พยาบาลจะต้องให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.6.2.1 การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติด้านความคิดผู้ป่วยจะถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมที่คนอื่นไม่เข้าใจ พยาบาลจึงควรหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นๆ โดยการฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมาย

1.6.2.2 การส่งเสริมให้ความจริงกับผู้ป่วยและให้อยู่กับความเป็นจริงโดยไม่ขัดแย้งกับความรู้สึก ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนอาจจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ พยาบาลควรให้ความจริงกับผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย พยาบาลจะบอกในการรับรู้ของผู้ป่วยว่าการได้ยินเสียงของผู้ป่วยนั้นจริงสำหรับผู้ป่วย แต่พยาบาลไม่ได้ยินเสียงที่ผู้ป่วยได้ยิน

1.6.3 การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ เช่น อารมณ์ราบเรียบซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่าเฉยไม่มีอารมณ์ตอบสนองต่อเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจทำให้พยาบาลหงุดหงิด ไม่พอใจ พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

1.6.4 การพยาบาลด้านสังคม การไม่สนใจกิจกรรมสังคมเป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไขแม้ว่าจะต้องใช้ระยะเวลา ควรประเมินความสามารถด้านสังคมของผู้ป่วยและส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล พัฒนาทักษะสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม

2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการติดสุรา

2.1 ความหมายของสุรา

ประเทศไทยมีการใช้คำว่าสุราเช่นเดียวกับคำว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดังเช่นพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ.2493 “สุรา” หมายความรวมถึงวัตถุทั้งหลายหรือของผสมที่มีแอลกอฮอล์ที่สามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุราหรือซึ่งกินไม่ได้แต่เมื่อได้ผสมกับน้ำหรือของเหลวอย่างอื่นแล้วสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา

สุรา ตามความหมายในพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2543 หมายถึงวัตถุทั้งหลายหรือของผสม ที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุราหรือซึ่งดื่มกินไม่ได้ แต่เมื่อผสมกับน้ำหรือของเหลวอย่างอื่นแล้วสามารถดื่มได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา

กฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ให้ความหมายของสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไว้ว่า สุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หมายความรวมถึงเครื่องดื่มใดๆในรูปของของเหลวที่มีเอทิลแอลกอฮอล์เป็นองค์ประกอบไม่น้อยกว่าร้อยละ 0.5 โดยปริมาณ และสามารถบริโภคได้

แอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบสำคัญในสุราประเภทต่างๆ เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะถูกดูดซึมที่กระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก เข้าสู่กระแสเลือดและไปที่สมองภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งแอลกอฮอล์จัดเป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและสมอง (Sadock and Sadock, 2005) มีผลต่อการทำงานของสมองและไขสันหลัง โดยมีผลต่อการรับรู้ อารมณ์ ระดับการมีสติ ความสามารถของสมองและพฤติกรรม โดยเมื่อ

แอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกายจะออกฤทธิ์เช่นเดียวกับสารเสพติดประเภทอื่นๆ คือเมื่อเข้าสู่สมองจะมีผลโดยตรงไปรบกวนการทำงานของสารสื่อประสาทหลักสองประเภท โดยจะไปกระตุ้นการทำงานของสารกาบา (GABA) ส่งผลให้การควบคุมกล้ามเนื้อต่างๆสูญเสียไป ในขณะที่ไปยับยั้งการทำงานของสารกลูตาเมต (Glutamate) ซึ่งส่งผลให้สมองทำงานช้าลงและทำให้ผู้ที่บริโภคนั้นมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังมีผลต่อการทำงานของสารสื่อประสาทอีกสองประเภทคือ โดปามีน (Dopamine) และ เอนโดρφิน (Endorphins) เป็นการสร้างความพึงพอใจ วงจรการให้รางวัลของสมอง และกลไกเสพติด ส่งผลให้ผู้บริโภคสุรา รู้สึกมีความสุขเวลาบริโภคสุราจนทำให้เกิดภาวะสมองติดยาได้ในที่สุดหากมีการบริโภคสุราเป็นประจำและต่อเนื่อง (ทักษพล ธรรมรังสี และอรทัย วลีวงศ์, 2556)

ดังนั้นสรุปได้ว่าสุรา หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Alcoholic Beverages) โดยครอบคลุมถึงเครื่องดื่มใดๆในรูปของของเหลว ที่มีเอทิลแอลกอฮอล์อยู่ในส่วนผสมในปริมาณไม่น้อยกว่าร้อยละ 0.5 โดยปริมาตร แต่ไม่ถึงร้อยละ 80 และสามารถดื่มได้โดยแอลกอฮอล์มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ผู้ที่กินสุราในปริมาณไม่มาก จะรู้สึกผ่อนคลาย เนื่องจากแอลกอฮอล์ไปกดจิตได้สำนึกที่คอยควบคุมตนเอง ทำให้กล้าแสดงออกมากขึ้น แต่เมื่อกินมากขึ้นก็จะกดสมองบริเวณอื่นๆ ทำให้เสียการทรงตัว พุดไม่ชัด จนแม้กระทั่งหมดสติในที่สุด

2.2 ความหมายของการติดสุรา

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2005) ได้ให้ความหมายของโรคติดสุรา คือ ความผิดปกติของการดื่มสุราจนทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ต่อสังคม ถือเป็นภาวะเจ็บป่วยชนิดหนึ่งซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการดื่มสุราในปริมาณที่มาก และเป็นเวลานาน

องค์การอนามัยโลก (WHO,2014)ได้ให้ความหมายของโรคติดสุราคือ เป็นกลุ่มของความผิดปกติทางด้านร่างกาย ความคิดและพฤติกรรม ที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากกว่าการใช้จากบุคคลปกติ โดยเป็นลักษณะของการความต้องการที่จะใช้แอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากขึ้น และไม่สามารถควบคุมการดื่ม และเกิดอาการทนต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ มีอาการถอนพิษเมื่อร่างกายขาดแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นการแสดงถึงการเสพติดแอลกอฮอล์ทางด้านร่างกาย รวมถึงการกลับไปเสพติดแอลกอฮอล์ซ้ำหลังจากที่หยุดดื่มโดยไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลกระทบต่อผู้ติดสุราทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

กรมสุขภาพจิต (2547) ให้ความหมายของการเสพติดสุรา (Alcohol dependence) ว่า หมายถึง อาการทางจิตชีวภาพที่ประกอบด้วยแรงขับภายในที่ทำให้ต้องดื่มแอลกอฮอล์ การหมกมุ่นอยู่กับการดื่ม และบางครั้งจะมีอาการขาดแอลกอฮอล์หรือลงแดง

ธรรมนูญ กองสุข (2547) กล่าวว่า โรคติดสุรา คือ การดื่มสุราจนถึงระดับติด โดยการติดสุราไม่เป็นเพียงรูปแบบการดื่มสุราบ่อยๆเท่านั้น แต่รวมความผิดปกติด้านความคิด พฤติกรรม และแสดงออกทางร่างกาย มักเกิดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งพร้อมๆกัน มีลักษณะสำคัญ คือการที่บุคคลไม่สามารถควบคุมการดื่มสุราได้ ความอยากดื่มรุนแรง ให้ความสำคัญกับการดื่มสุรามากกว่าการทำกิจกรรมอื่นๆ เกิดอาการขาดสุราในบางราย และยังคงดื่มสุราต่อเนื่องแม้ว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น

สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย (2557) ให้ความหมายของโรคติดสุรา คือ ผู้ป่วยที่ต้องมีความอยากดื่มสุราอย่างรุนแรง เหมือนมีแรงผลักดันภายในจิตใจให้ต้องดื่มสุรา จนบางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถหักห้ามใจที่จะไม่ดื่มได้ การเกิดโรคต้องใช้เวลาเป็นหลายเดือนหรือเป็นปี และถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยมักจะมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และอาการเลวลงเรื่อยๆ ผู้ติดสุราจะมีลักษณะเฉพาะ คือ ไม่สามารถควบคุมการดื่มสุราของตนเองได้ และอาจจะมีอาการขาดสุราถ้าหยุดดื่มด้วยตนเองโดยไม่ได้รับการบำบัดรักษา ซึ่งแตกต่างจากคนที่ดื่มแบบอันตราย ซึ่งมักจะหยุดหรือลดการดื่มลงได้เอง โดยได้รับความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย

พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2554) กล่าวว่าโรคติดสุราเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดและสมควรได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์ โดยพบอาการแสดง เช่น คอแข็งมากขึ้น มีอาการขาดสุราหากหยุดดื่มจะมีความรู้สึกอยากดื่มอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ยังคงดื่มต่อแม้ทราบว่ามีผลเสียตามมา และดื่มจนละเลยกิจกรรมหรือหน้าที่รับผิดชอบอื่นๆ

สมภพ เรื่องตระกูล (2545) ได้ให้ความหมายของโรคติดสุราคือ เป็นภาวะที่ผู้ติดสุราจะมีอาการดี้อาหรือขาดยา ซึ่งจะเกิดภายหลังลดปริมาณการดื่มลงมาเป็นเวลา 12 ชั่วโมง อาการขาดสุราจะเกิดกับผู้ที่ดื่มปริมาณมากและเป็นเวลานาน เมื่อดื่มจนไม่สามารถยับยั้งได้ ผู้ป่วยจะใช้เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการแสวงหาและการดื่มสุรา รวมทั้งการดื่มอย่างต่อเนื่องแม้จะมีปัญหาทางจิตใจและร่างกาย

จากความหมายของการติดสุราที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่าการติดสุราเป็นการดื่มสุราจนติด ไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มที่เพิ่มขึ้นหากมีการลดหรือหยุดดื่มจะเกิดอาการถอนพิษสุราเกิดขึ้น จึงยังคงดื่มสุราแม้รู้ว่า มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจก็ตาม

2.3 การวินิจฉัยการติดสุรา

การวินิจฉัยโรคติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder IV-TR (DSM-IV –TR), 2005) ระบุว่า บุคคลมีรูปแบบการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 3 อาการ หรือมากกว่า 3 อาการ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ดังต่อไปนี้ 1. มีระดับความทนต่อการดื่มสุรา โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1.1 มีความต้องการการดื่มเพิ่มขึ้น เพื่อให้เกิด intoxication หรือผลอื่นที่ต้องการ

1.2 ฤทธิ์ของการดื่มสุราที่มีต่อร่างกายลดลง ในขณะที่มีการดื่มสุราเท่าเดิม

2. มีอาการถอนพิษสุรา โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

2.1 มีอาการขาดสุรา โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ มีเหงื่อออกมากขึ้น ชีพจรเต้นเร็วกว่าปกติ มือสั่น กระวนกระวาย นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย หูแว่ว ประสาทหลอน รวมไปถึงอาการชักจากการขาดสุรา

2.2 เมื่อดื่มสุรา สามารถลดหรือกำจัดอาการขาดสุราได้

3. มีการดื่มสุราในปริมาณมาก หรือนานกว่าระยะเวลาที่เคยกำหนดไว้

4. มีความต้องการดื่มสุราตลอด หรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มได้

5. มีการใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำกิจกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

6. มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในสังคมลดลง เนื่องจากดื่มสุรา

7. ยังคงดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง แม้จะทราบว่า การดื่มสุรา มีผลกระทบต่อร่างกายหรือจิตใจได้แก่ ยังคงดื่มสุราอยู่ แม้ว่าการดื่มสุราจะส่งผลให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร หรือยังคงดื่มสุราโดยทราบว่า การดื่มสุราจะส่งผลให้เกิดอาการหูแว่วประสาทหลอนเมื่อขาดสุรา

การวินิจฉัยการติดสุราโดยใช้ระบบการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification Diagnostic [ICD-10], 1999) ได้จำแนกความผิดปกติทางจิต และพฤติกรรมที่เกิดจากการดื่มสุรา ดังนี้

F 10.0 Acute Intoxication ภาวะพิษสุราเฉียบพลัน

F 10.1 Harmful Use การใช้สุราอย่างอันตราย

F 10.2 Dependence Syndrome กลุ่มอาการติดสุรา

F 10.3 Alcohol withdrawal ภาวะถอนพิษสุรา

F 10.4 Alcohol withdrawal with delirium ภาวะถอนพิษสุราแบบเพ้อคลั่ง

F 10.5 Alcohol- induced psychotic disorder โรคจิตจากสุรา

F 10.6 Alcohol- reduced persisting amnesic disorder อาการหลงลืมจากการสุรา

F 10.7 Alcohol- induced residual and late- onset psychotic disorder โรคจิตจากสุราเรื้อรัง

F 10.8 Alcohol-induced mood disorder function กลุ่มอาการผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอื่นๆ

F 10.9 Alcohol-related disorder not otherwise specified กลุ่มอาการผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอื่นที่ไม่ได้ระบุจำแนกไว้ชนิดใดชนิดหนึ่งดังรายละเอียดที่กล่าวไว้ข้างต้น

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดสุราโดยใช้ระบบการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification Diagnostic [ICD-10], 1999)ที่มีการจำแนกความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยผู้ที่ติดสุรา คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยทางกายแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา Alcohol dependence (F 10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ซึ่งมีอาการต่อไปนี้ 3 อาการ หรือมากกว่าร่วมกันอย่างน้อยนาน 1 เดือน หรือถ้าคงอยู่นานน้อยกว่า 1 เดือน อาการดังกล่าวต้องเกิดขึ้นซ้ำๆ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- 1) มีความต้องการอยากดื่มสุรามามาก หรือต้องการที่จะดื่มสุราซ้ำๆ
- 2) มีการควบคุมการดื่มไม่ค่อยได้ ทั้งในปริมาณการดื่ม การหยุดดื่ม โดยพิจารณาจากปริมาณการดื่มที่มากกว่าหรือนานกว่าที่ตั้งใจไว้ มีความอยากดื่มตลอด มีความพยายามที่จะลดหรือควบคุมการดื่มสุรา แต่ทำไม่สำเร็จ
- 3) เกิดภาวะถอนพิษสุราเมื่อลดสุรา หรือหยุดดื่ม แสดงโดยมีอาการขาดสุรา หรือหากดื่มสุรา หรือสารใกล้เคียง จะช่วยบรรเทาอาการขาดสุราที่เกิดขึ้นได้
- 4) มีการทนต่อฤทธิ์ของสุราเพิ่มขึ้นได้แก่ต้องการการดื่มสุราในปริมาณที่มากขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์ตามที่ต้องการมีฤทธิ์ของการดื่มสุราลดลงอย่างชัดเจนหากคงดื่มในปริมาณเท่าเดิม
- 5) ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดื่มสุรา โดยลดกิจกรรมที่เคยเข้าร่วม หรือเคยสนใจ
- 6) ยังคงดื่มสุราอยู่ทั้งที่ทราบว่าจะเกิดผลกระทบที่อันตรายจากการดื่มสุราเกิดขึ้น

สรุปการศึกษาในครั้งนี้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยทางกายแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา Alcohol dependence (F 10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) และมีโรคจิตเวชร่วมจากประวัติการเข้ารับการรักษาโรคจิตเภท (Schizophrenia)

2.4 สาเหตุของการติดสุรา

การติดสุราเกิดการปัจจัยต่างๆหลายประการทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคลสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

2.4.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ได้แก่ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม (Genetic) โดยจากการศึกษาทางพันธุกรรมของผู้ที่ติดสุรา พบว่า มียีนส์บางชนิดที่บ่งบอกของผลของสุราที่จะมีต่อร่างกาย โดยพบว่า ในผู้ดื่มสุรากลัวย้อยละ 50 มีความเกี่ยวข้องกับลักษณะทางพันธุกรรม โดยได้ทำการศึกษาในฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twins) และฝาแฝดชนิดไข่สองใบ (Dizygotic twins) พบว่า ฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน ถึงแม้จะถูกแยกการเลี้ยงดูไปในครอบครัวที่ต่างกัน จะพบว่า อัตราการติดสุราจะเกิดขึ้นสูงสุดในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันได้ถึงร้อยละ 60 และในฝาแฝดที่เกิดจากการไข่คนละใบจะมีอัตราการติดสุราเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันกับอัตราในพี่น้องเดียวกัน (Sadock and Sadock, 2005) และปัจจัยทางด้านชีวเคมีและการทำงานของสมอง โดยผู้ที่ติดสุราตั้งแต่อายุยังน้อย จะมีความผิดปกติของการออกฤทธิ์ของสารซีโรโทนินและโดปามีนซึ่งจะมีผลต่อการเสริมแรงทำให้อยากดื่มสุราเป็นประจำ จนทำให้เกิดการติดสุราได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) นอกจากนี้การดื่มสุรายังมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ผลของสุราในผู้ดื่มระยะแรกจะเพิ่มความรู้สึกไม่อยากยับยั้งการดื่ม เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและมีความสุข จึงทำให้ผู้ดื่มต้องการเพิ่มปริมาณและความถี่ในการดื่มมากขึ้น (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548)

2.4.2 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตใจ ผู้ที่ติดสุรามักจะมีบุคลิกภาพในลักษณะขาดความมั่นใจในตนเอง มีความกลัวอยู่ในระดับลึกซึ่งเป็นจุดอ่อนของตน จึงดื่มสุราเพื่อลดภาวะทางอารมณ์ที่ไม่สามารถทนทานได้ เช่นภาวะซึมเศร้า การดื่มสุราจะทำให้ภาวะซึมเศร้าหายไปชั่วคราว ซึ่งพบว่าหากผู้ป่วยเลิกดื่มสุราจะพบระดับความซึมเศร้าของผู้ติดสุราจะเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการดื่มสุราเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และลดความเครียดที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ อีกทั้งการดื่มสุรายังทำให้ผู้ติดสุราเกิดความรู้สึกถึงการมีอำนาจในการควบคุม โดยใช้สุราเป็นตัวกระตุ้น ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีอำนาจชั่วคราว ส่งผลให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายจากความไม่สมหวังและความรู้สึกผิด (Goodner, 1994) ทางด้านจิตใจ ผู้ที่ติดสุราที่มีการดื่มสุราในรูปแบบที่ไม่เหมาะสม มีการเพิ่มปริมาณและความถี่ในการดื่มจนสามารถหยุดดื่มสุราได้ การดื่มในลักษณะดังกล่าว เป็นการดื่มเพื่อให้ได้ผลของอาการสุรา หรืออาการขาดสุรา ซึ่งจะนอกจากจะมีผลกระทบต่อทางร่างกายแล้ว ยังมีผลต่อจิตใจของผู้ติดสุราอีกด้วย การดื่มที่รุนแรงอาจทำให้เกิดอาการทางจิต (Moore and Jefferson, 2004)

2.4.3 ปัจจัยด้านครอบครัว สาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลเป็นโรคติดสุรา คือ การอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัวตั้งแต่วัยเด็กซึ่งครอบครัวมีความใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อบุคคลมาจากการขาดความรักความอบอุ่นจากครอบครัว ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว การที่ครอบครัวไม่มีเวลาในการเลี้ยงดู อบรม สั่งสอน อีกทั้งการที่มีบิดามารดาที่ติดสุรา และดื่มสุราเป็นประจำ ทำให้

บุตรที่เป็นวัยรุ่นมีพฤติกรรมที่เลียนแบบ เกิดการดื่มสุราเป็นประจำ และดื่มมากจนทำให้เกิดโรคติดสุราได้ (ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ, 2553)

2.4.4 ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการดื่มสุราเป็นอย่างมาก โดยการติดสุราเกิดจากการเสริมแรงทางสังคมที่เห็นการดื่มสุราเป็นสิ่งปกติ การดื่มเพื่อเข้าสังคม การดื่มที่ได้รับการชักชวนจากกลุ่มเพื่อน การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อนที่ติดสุรา และการเลี้ยงดูในครอบครัวที่บิดามารดาติดสุรา (Donavan and Marlatt, 1986 cited in Janosik and Davies, 1986) เพื่อนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการเริ่มดื่มครั้งแรกและการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีแอลกอฮอล์ ปัญหาในครอบครัว โรงเรียน ค่านิยมทางสังคมในการใช้สุรา เศรษฐฐานะต่ำ และการชักชวนของกลุ่มเพื่อนพบว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำให้เป็นโรคติดสุรา(มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

2.5 ผลกระทบของการติดสุรา

2.5.1 ผลกระทบทางต่อร่างกาย การดื่มสุราทำให้เกิดโรคทางกายโดยพบว่าผู้ที่ติดสุรา จะมีการสะสมของแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย และมีผลต่อการทำงานของตับ โดยที่ตับจะถูกทำลายจนเกิดพังพืดขึ้นในปริมาณที่มาก จนกลายเป็นโรคตับแข็ง เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร ซึ่งการดื่มสุราจะทำให้เกิดการอักเสบในทางเดินอาหาร ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ได้ นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุราในปริมาณมากจะส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ทำให้ทารกที่คลอดออกมามีความผิดปกติเกิดขึ้น (Sadock and Sadock, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาสาเหตุของการติดสุรา และการเข้ารับการรักษาของผู้ติดสุรา ในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่พบว่า ปัญหาสุขภาพที่พบจากการดื่มสุราคือโรคตับอักเสบและตับแข็ง โรคแผลในกระเพาะอาหาร (พิทักษ์ สุริยะใจ, 2548) การดื่มสุรายังมีผลต่อระบบการไหลเวียนโลหิต และการทำงานของหัวใจ โดยฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น(สมภพ เรื่องตระกูล, 2546) นอกจากนี้การดื่มสุรายังมีผลกระทบต่อแบบแผนการนอนของผู้ที่ติดสุราอีกด้วย (Sadock and Sadock, 2005)

2.5.2 ผลกระทบต่อจิตใจ แอลกอฮอล์จะมีผลเข้าทำลายสารเคมีที่อยู่ในสมอง เป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางและมีผลต่อเยื่อหุ้มเซลล์ประสาท (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) และยังมีผลกระทบต่อทางจิต โดยผู้ติดสุราจะมีการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ อารมณ์ กระบวนการคิด ผู้ที่ติดสุราเป็นระยะเวลานานจะพบว่า มีอัตราการเกิดโรคจิตเวชที่เกิดขึ้นร่วมด้วย ดังการศึกษาของบุญศิริ จันมงคล และ คณะ (2556) ในผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีปัญหาการใช้สุราซึ่งได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช 4 แห่ง จำนวน 410 คน พบว่าร้อยละ 68.8 ของกลุ่มตัวอย่างเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคร่วมทางจิตเวชกับสุรา โดยเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ โรคจิต ร้อยละ 50 พฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ร้อยละ 31.2 การเสพยาเสพติด ร้อยละ 18.3 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 9.3 และ กลุ่มอาการฟุ้งพล่านร้อยละ 7.1

2.5.3. ผลกระทบต่อครอบครัว การดื่มสุราส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว โดยเกิดความขัดแย้งในครอบครัวและคนใกล้ชิด การทะเลาะวิวาท เกิดการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ขาดความรัก ความเข้าใจต่อกันภายในครอบครัว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) อีกทั้งยังทำให้เกิดความเครียดในครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวจะได้รับความเครียดโดยตรงจากพฤติกรรมต่างๆ นอกจากนี้ยังพบว่า ยังส่งผลกระทบต่อบุตร โดยพบว่าบุตรของผู้ติดสุราจะมีความเสี่ยงสูงต่อการมีปัญหาการดื่มสุรามากกว่าปกติ 4 เท่า รวมถึงเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดชนิดอื่นๆ (ทรงเกียรติ ปิยะกะ และคณะ, 2543 อ้างใน พัชชราวลัย กนกจรรยา, 2554)

2.5.4 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม การติดสุราส่งผลให้สัมพันธภาพกับบุคคล ครอบครัวและบุคคลอื่นในสังคมบกพร่อง เกิดภาระหนี้สินที่กระทบต่อครอบครัว อีกทั้งยังพบโอกาสที่จะเกิดความรุนแรงขึ้นในครอบครัวและสังคม โดยพบว่า ร้อยละ 48.8 มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกับบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 48.3 มีปัญหาเกี่ยวกับการทำงาน ร้อยละ 23.2 มีปัญหาทะเลาะกับเพื่อนร่วมงาน (สุกมา เตื่อนฉาย, 2547) อีกทั้งยังส่งกระทบระบบการรักษาพยาบาล ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในการรักษาผู้ป่วย มีภาระหนี้สินที่เกิดจากการเจ็บป่วยจากการดื่มสุรา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2546)

3. แนวคิดผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

3.1 ความหมายของโรคจิตเวชร่วม

สงกรานต์ ก่อธรรมนิเวศน์ (2552) ได้ให้ความหมายของโรคร่วมหมายถึง การเกิดขึ้นพร้อมกันของการเจ็บป่วย 2 โรค หรือมากกว่า เช่น การเกิดร่วมกันของโรคจิตเวชกับการใช้สารเสพติด หรือการติดสุรากับโรคซึมเศร้า

พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และคณะ (2556) ให้ความหมายของโรคจิตเวชร่วมคือ ความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชตั้งแต่สองโรคขึ้นไป แบ่งเป็น 2 ชนิดได้แก่ Homotypic comorbidity เป็นภาวะโรคร่วมในกลุ่มวินิจฉัยโรคเดียวกัน และ Heterotypic Comorbidity เป็นภาวะโรคร่วมจากโรคที่ต่างกลุ่มวินิจฉัยโรค

บุญศิริ จันมงคล และคณะ (2556) ได้ให้ความหมายของภาวะโรคร่วม คือ การมีอาการของโรคเกิดขึ้นร่วมกัน หรือการมีโรคเกิดขึ้นร่วมกัน

Fortinash and Holodayworret (2012) ได้ให้ความหมายของโรคร่วม หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นพร้อมกันมากกว่า 2 โรค หรือมากกว่าในช่วงเวลาเดียวกัน

ดังนั้นภาวะโรคจิตเวชร่วมหมายถึง การเกิดความเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้นมากกว่า 2 โรคในเวลาเดียวกัน โดยในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมหมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (F 10.2) และมีโรคจิตเวชร่วมตามคู่มือการวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรค (ICD-10) จากประวัติการรักษาของผู้ป่วยได้แก่ โรคจิตเภท (Schizophrenia)

3.2 ความสัมพันธ์การติดสุรากับการเกิดโรคจิตเวชร่วม

การเกิดโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราพบว่า มีหลายทฤษฎีที่พยายามอธิบายลำดับการเกิด แต่ยังไม่พบข้อสรุป เช่นผู้ป่วยที่บริโภคสุราเพื่อบรรเทาอาการทางจิตของตนเอง หรือในอีกด้านหนึ่งการบริโภคสุราก็เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตเวชเช่นภาวะซึมเศร้า โดยจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคสุรา และการเกิดโรคจิตเวชร่วมได้ดังต่อไปนี้

3.2.1 แบบจำลองที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคสุรา การเสพสารเสพติดและโรคจิตเวชโดย jennและคณะ (1998 อ้างในบุญศิริจันศิริมงคล, 2556) ได้อธิบายไว้ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิต (Psychotic disorders) เช่น Schizophrenia, Bipolar disorder, Major depression with psychotic features ที่เข้าได้กับเกณฑ์ substance dependence

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยโรคจิตเวชชนิด non psychotic disorders เช่น anxiety disorders, affective disorders, personality disorders ที่เข้าได้กับเกณฑ์ substance dependence

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตที่เข้าได้กับเกณฑ์ substance dependence

กลุ่มที่ 4 ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวชชนิด non psychotic disorders ที่เข้าได้กับเกณฑ์ substance dependence

กลุ่มที่ 5 ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตที่บริโภคสุราหรือเสพสารเสพติดจนมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ (at risk use)

กลุ่มที่ 6 ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวชชนิด non-psychotic disorders ที่บริโภคสุราหรือเสพสารเสพติดจนมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ (at risk use)

3.2.2 แบบจำลองที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชและความผิดปกติการดื่มสุรา โดย Rosenthal and Westreich(1999 อ้างในบุญศิริจันศิริมงคล, 2556) ได้อธิบายไว้ดังต่อไปนี้

Casual model แบบจำลองโดยทั่วไป ได้แก่

1) โรคจิตเวช(Mental illness : MI) เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยบริโภคสุราเพื่อลดหรือบรรเทาอาการทางจิตเวชที่เรียกว่า self medication

2) การบริโภคสุราผิดปกติ (Alcohol use disorders : AUD)ทำให้เกิดโรคจิตเวชหรือมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ความสามารถเชิงนิกคิดที่เปลี่ยนแปลงหลังการบริโภคสุราด้วย เช่น การดื่มสุราจนทำให้เกิดอาการหูแว่ว ประสาทหลอน (Alcohol induced psychosis) แม้ว่าหยุดดื่มสุราแล้วอาการทางจิตเวทยังหลงเหลืออยู่

Non-causal model แบบจำลองอื่นได้แก่

1) โรคจิตเวชและความผิดปกติของการดื่มสุราเกิดขึ้นมาพร้อมกัน (develop simultaneously) ที่ปรากฏขึ้นจากปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน

2) โรคจิตเวชและความผิดปกติของการดื่มสุราไม่เป็นสาเหตุซึ่งกันและกัน (non-causal, link overtime) ที่ต่างปรากฏในเวลาเดียวกันแล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอีกภาวะหนึ่ง

3) โรคจิตเวชและความผิดปกติของการดื่มสุราเกิดขึ้นร่วมกัน (co-occur, co-exist, no inter-relationship) แต่ต่างปรากฏในผู้ป่วยคนเดียวกันโดยไม่มีเหตุสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน

3.3 การเกิดโรคร่วมจิตเวชและความผิดปกติของการดื่มสุรา

Mueser , Drake and Wallach (1998) ได้อธิบายการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช ความผิดปกติของการบริโภคสุรา และการเสพสารเสพติดไว้ดังต่อไปนี้

3.3.1 Common factor model

ปัจจัยที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์ความผิดปกติของการดื่มสุรา การเสพสารเสพติด และโรคจิตเวช ได้แก่

1) ปัจจัยทางกายภาพ เช่น สมองได้รับความกระทบกระเทือน หลังฟื้นมาแล้วดื่มสุรามากขึ้น การเกิดเหตุการณ์สะเทือนใจในอดีตมีช่วงชีวิตที่วิกฤติ มี physical and sexual abuse สารเคมีในสมองผิดปกติหรือพันธุกรรม โรคทางจิตเวชรวมทั้งผลข้างเคียงของยาทางจิตเวช

2) ปัจจัยทางบุคลิกภาพ ภาวะอารมณ์พื้นฐาน เช่น เครียดง่าย ขี้กังวล หงุดหงิด ความรู้สึกเบื่อ เหงา ซึมเศร้า ได้แก่ บุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder) บุคลิกภาพแบบวิตกกังวล (Neuroticism)

3) ปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ทักษะทางสังคมไม่ดี ขาดเพื่อน ปัญหาการเรียน ปัญหาการทำงานและเศรษฐกิจ

3.3.2 Secondary substance use disorder models

โรคทางจิตเวช (mental illness) เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติของการดื่มสุรา หรือในทางกลับกันความผิดปกติของพฤติกรรมเสพสารเสพติดเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรค

ทางจิตเวช คนทั่วไปบางคนมีความผิดปกติของสมองที่ไม่สามารถอธิบายได้ว่าการดื่มสุราเพียงเล็กน้อยก็สามารถติดสุราได้และเลิกสุราได้ยาก ดังนั้นในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมองอยู่แล้วก็อาจเกิดกรณีเช่นเดียวกันได้

3.3.3 Secondary psychiatric disorder models

ฤทธิ์ของสุราให้ผลในทางเสริมแรง ทำให้เกิดความติดใจและต้องการดื่มอยู่เรื่อยๆ นำไปสู่การเสพติด เช่น ผู้ติดสุราที่มีอาการซึมเศร้าและอาการมักดีขึ้นเมื่อบริโภคสุรา แต่เมื่อบริโภคสุรามากไปจะทำให้เกิดอาการทางจิตเวชตามมา เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หรือที่เรียกว่า Alcohol psychosis นอกจากนี้ยังพบว่า สุราทำให้เกิดภาวะผิดปกติทางสมองที่เรียกว่า organic brain syndrome พบว่าทำให้เกิดอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวล โรคซึมเศร้า และโรคอารมณ์แปรปรวน

3.3.4 Bidirectional models

แนวคิดนี้เชื่อว่าความผิดปกติทั้งสองอย่างต่างเสริมแรงกันและกัน กล่าวคือ การดื่มสุราส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางจิต และในทางกลับกันความผิดปกติทางจิตส่งผลให้เกิดการดื่มสุราที่เป็นปัญหา ทั้งนี้ผู้ดื่มสุราปฏิเสธว่าอาการทางจิตเวชที่นั่นเป็นปัญหาหรือรู้สึกกับอาการทางจิต เช่น ดื่มแล้วเมา สนุก ได้แสดงความรู้สึกเต็มที่ จึงทำให้ดื่มสุราอย่างต่อเนื่องจนเกิดภาวะติดสุรา และเมื่อติดสุราก็จะทำให้เกิดโรคจิตเวชอื่นได้อีกอย่างค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยเองก็ดื่มสุราเพื่อลดอาการทางจิตวนเวียนซ้ำไปมาจนปัญหาซ้ำซ้อนขึ้นเรื่อยๆ จนบอกได้ยากว่าการดื่มสุราและโรคจิตเวชที่เกิดขึ้นสิ่งใดเป็นเหตุและสิ่งใดเป็นผล

3.4 โรคจิตเวชร่วมที่พบในผู้ติดสุรา มหาวิทยาลัย

1) กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorders) โดยพบว่าผู้ติดสุราส่วนใหญ่จะสามารถพบโรคความผิดปกติทางอารมณ์ โดยโรคที่พบได้แก่ Depression, Dysthymia และ Mania ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา โดยได้ตั้งแต่ปฏิภยกรรมที่เกิดจากผู้ป่วยติดสุราจนเกิดปัญหา หรือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์แล้วดื่มสุราเพื่อบรรเทาอาการ หรืออาการของความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดจากการถอนพิษสุรา โดยพบว่าร้อยละ 21.8 มีภาวะของ Major depression และ dysthymia ในผู้ที่ติดสุรา(Peterson and Zettle, 2009)สอดคล้องกับงานวิจัยของอรัญญา แพทย์ และ นรัญญา ศรีบูรพา (2552) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดสุรา พบภาวะ Major depression ถึงร้อยละ 15

3.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

3.5.1 อายุที่เริ่มดื่มสุรา ผู้ติดสุราที่เริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุยังน้อยติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน จะนำไปสู่พฤติกรรมการติดสุราเรื้อรัง มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต (Hingson et al, 2010) อีกทั้งจากการศึกษาของ Fortinash and Holoday Worret (2012)พบว่าผู้ที่ดื่มสุรา

ตั้งแต่อายุต่ำกว่า 17 ปี มีความเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องจากการดื่มสุราเพิ่มขึ้น โดยอายุของสุราเป็นปัจจัยที่ให้ผู้ดื่มสุรา มีพฤติกรรมการดื่มแบบติด สอดคล้องกับงานวิจัยของ เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ (2555) ที่พบว่า อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรกมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ดื่มสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

3.5.2 การเผชิญความเครียดผู้ดื่มสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมจะมีสภาพทางอารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น อาการเศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ การเผชิญการสังคมที่ไม่เหมาะสม มีกระบวนการรับรู้ที่ผิดปกติ ผู้ป่วยจะให้การดื่มสุรา เพื่อคลายความเครียดที่เกิดขึ้น โดยพบว่าการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ดื่มสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม (เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ, 2555)

3.5.3 ประวัติการดื่มสุราในครอบครัวการที่มีคนในครอบครัวดื่มสุรา เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปติดสุราซ้ำ (Pilowsky, 2009) เนื่องด้วยครอบครัวเป็นแหล่งใกล้ชิดผู้ดื่มสุรา การที่สมาชิกในครอบครัวดื่มสุรา และมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อกัน มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของสมาชิกในครอบครัว โดยทำให้เพิ่มอัตราการดื่ม และการกลับมาดื่มสุราซ้ำ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) โดยพบว่า ผู้ดื่มสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่มีประวัติการดื่มสุราของคนในครอบครัวมีพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับติดร้อยละ 88 (เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ, 2555)

3.5.4 การสนับสนุนทางสังคมการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด บุคคลในครอบครัวและบุคคลในชุมชนที่อยู่อาศัย ทำให้ผู้ดื่มสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมเกิดความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม ผู้ดื่มสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับเสี่ยงน้อย (เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ, 2555) และการศึกษาของ Mueser and Fox (2002) พบว่า การที่ผู้ดื่มสารเสพติดรวมถึงสุรา ได้รับการดูแลเอาใจจากบุคคลในครอบครัว การได้รับความรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของคนในครอบครัว จะช่วยให้มีการดื่มสุราลดลง

3.5.5 แรงจูงใจในการดื่มสุราเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดการตัดสินใจเลือกที่จะดื่มหรือปฏิเสธการดื่มสุราโดยผ่านกระบวนการรู้คิด การตัดสินใจและการจดจำของบุคคล(จิราวรรณพรหมชาติและนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553) และเป็นปัจจัยที่สำคัญอันดับแรกของการดื่มสุรา (Cooper, 1994) แรงจูงใจที่เกิดจากภายในตัวบุคคลเป็นแรงจูงใจภายในที่เกิดขึ้นจากความต้องการของตนเองไม่ใช่มาจากสิ่งเร้าภายนอกซึ่งเป็นแรงจูงใจที่มีความสำคัญมากกว่าแรงจูงใจภายนอก (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) ผู้เสพติดสุราจะหมกมุ่นกับการดื่มสุราเพื่อให้เกิดอาการเมามาและต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเลิกดื่มสุรา ซึ่งบางครั้งผู้ดื่มสุรายังสามารถทำงานได้แม้ว่าจะดื่มสุราทำให้ไม่มีแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา (Crumpler, 2005)

3.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคร่วม

เครื่องมือที่ช่วยในการประยุกต์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและมีระบบต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยเสพติดสุราคือ กระบวนการพยาบาล(สุวณีย์ เกี้ยว กิ่งแก้ว,2545)

1. การประเมินสภาพผู้ป่วย คือการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของพยาบาลเพื่อให้การวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนการประเมินสภาพผู้ป่วยสุราในระยะสุดท้ายซึ่งมีความสำคัญต่อการให้การดูแลเนื่องจากการวินิจฉัยที่ชัดเจนเชื่อถือได้สามารถชี้ให้เห็นทิศทางของการปฏิบัติการพยาบาลได้

3. การวางแผนการพยาบาล เป็นการกำหนดโครงสร้างของการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับประเมินปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ การลำดับความสำคัญของปัญหา โดยต้องคำนึงถึงขอบข่ายของการปฏิบัติการพยาบาลตามกฎหมายและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

4. การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการกระทำที่ต้องใช้การตัดสินใจและทักษะเฉพาะ โดยการประยุกต์ใช้ความรู้และหลักการพยาบาลที่เป็นความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม

5. การประเมินผลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาล โดยพิจารณาจากเกณฑ์การประเมินที่ได้กำหนดไว้

4. พฤติกรรมการดื่มสุรา

4.1 ความหมายของพฤติกรรมการดื่มสุรา

พันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์และหทัยชนนี บุญเจริญ(2549) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Consumption) คือพฤติกรรมการดื่มสุราซึ่งเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราลักษณะการดื่มสุรา ระยะเวลา สถานที่ บุคคลที่มีส่วนร่วมในการดื่มสุรา ความถี่ในการดื่มสุรารวมถึงผลเสียที่เกิดขึ้น

ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์(2552) ได้ให้ความหมายของการดื่มสุรา หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมจากการดื่มสุราจำแนกตามปริมาณที่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มดื่มแบบเสี่ยงต่ำ กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง กลุ่มดื่มแบบอันตราย และกลุ่มดื่มแบบติด ประเมินโดยแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา(Alcohol Use Disorder Identification test: AUDIT)

เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ(2555) ให้ความหมายของพฤติกรรมการดื่มสุรา หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมจากการดื่มสุราจำแนกตามปริมาณความถี่

ความสามารถในการควบคุมการดื่ม การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา การมีคนเป็นห่วงถึงการดื่มสุรา และปริมาณที่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น

Sommers et al.(2003)ให้ความหมายของพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Consumption) คือการดื่มสุราเข้าไปในร่างกายซึ่งเกี่ยวกับลักษณะของการดื่ม ช่วงเวลาที่ดื่ม สถานที่ดื่ม บุคคลที่ร่วมดื่ม และความถี่ในการดื่มสุรา

National health survey(2004)ให้ความหมายของพฤติกรรมการดื่มสุรา(Alcohol Consumption)เป็นลักษณะของความถี่ในการดื่มสุรา ปริมาณในการดื่มสุรา จำแนกเป็นการดื่มนานๆครั้งโดยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 วันต่อเดือน การดื่มเป็นประจำ 1-4 วันต่อสัปดาห์ การดื่มสม่ำเสมอโดยดื่มมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ และการดื่มหนักคือการดื่มตั้งแต่ 5 หน่วยดื่มขึ้นไปต่อวัน

สรุปความหมายของพฤติกรรมการดื่มสุรา หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทที่มีโรคร่วมจากการดื่มสุราจนติดเข้าไปในร่างกายซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความถี่ในการดื่มสุรา ปริมาณการดื่มสุรา ลักษณะการดื่มสุรามีผลกระทบต่อร่างกายและอาการทางจิต

4.2 การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา

การประเมินการดื่มสุราเป็นสิ่งสำคัญซึ่งเป็นการค้นหาและคัดกรองผู้ที่มีปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราอีกทั้งยังสามารถให้การช่วยเหลือผู้ที่เกิดปัญหาในการดื่มสุราได้อย่างเหมาะสมซึ่งเครื่องมือการประเมินการดื่มสุราที่นิยมใช้ในปัจจุบันมีดังต่อไปนี้

4.2.1 Michigan Alcoholism Screening test (MAST) โดยแบบคัดกรองต้นฉบับเป็นแบบคัดกรองที่มีทั้งหมด 25 คำถาม เกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มและการรับรู้ต่อปัญหาการดื่มของตนเอง แต่ละคำถามมีมาตรคะแนนตั้งแต่ 1-5 ใช้เวลาในการตอบ 10-15 นาที เป็นเครื่องมือที่เน้นการคัดกรองภาวะติดสุรา ส่วนแบบทดสอบ MAST ฉบับย่อ 12 คำถามสามารถใช้ได้ดีในการวินิจฉัยภาวะผู้ติดสุราในผู้ป่วยไทย แต่แบบทดสอบฉบับนี้ยังใช้ค้นหาผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชนได้ไม่ถี่นัก

4.2.2 CAGE เป็นแบบสอบถามซึ่งพัฒนาโดย Ewing (1984) เพื่อใช้วินิจฉัยภาวะติดสุรา แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยสาวิตรี อัจฉรวงศ์กรชัย โดยประกอบด้วยข้อคำถามเพียง 4 ข้อ ซึ่งตัวย่อของคำถามแต่ละข้อจะประกอบกันเป็นชื่อแบบสอบถาม ได้แก่

Cut down	คุณเคยรู้สึกว่าคุณควรจะลดปริมาณการดื่มของคุณลงหรือไม่
Annoyed	เคยมีคนสร้างความรำคาญให้กับคุณ โดยกล่าวเตือนหรือตำหนิคุณคุณเกี่ยวกับการดื่มสาของคุณหรือไม่
Guilty	คุณเคยรู้สึกไม่ดีหรือรู้สึกผิดเกี่ยวกับการดื่มสุราของคุณหรือไม่
Eye-opener	คุณเคยต้องดื่มสุราเป็นสิ่งแรกในตอนเช้าเลยหรือไม่ เพื่อที่จะได้กำจัดอาการเมาค้างของคุณ

สำหรับผู้ตอบว่าใช่ตั้งแต่สองข้อขึ้นไปของ CAGE สามารถจะวินิจฉัยได้ว่าเป็นภาวะติดสุรา ซึ่งแบบประเมิน CAGE มีข้อจำกัดคือ ไม่ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณ ความถี่ รูปแบบการดื่มสุรา และไม่สามารถแยกปัญหาการดื่มสุราในอดีตและปัจจุบันได้

4.2.3 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) แบบประเมินที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และแปลเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) โดยมีแนวคิดที่ครอบคลุมถึงการดื่มสุรา การติดสุรา และผลเสียจากการติดสุรา แบ่งเป็นรูปแบบการบริโภคในลักษณะดังต่อไปนี้

4.2.3.1 ดื่มแบบความเสี่ยงน้อย (low risk drinking) โดยมีคะแนนการบริโภคสุรา 0-7 คะแนน หมายถึงการดื่มไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง ซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ชนิดแรง 1.5 กระป๋องหรือเหล้า 40 ดีกรี 1 เป๊ก (1เป๊ก ปริมาตรเท่ากับ 50 cc) หรือไม่เกิน 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย ซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ชนิดแรง 3 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรี 2 เป๊ก

4.2.3.2 ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking หรือ risky drinking) ประเมินคะแนนการบริโภคสุราได้ 8-15 คะแนน เป็นการดื่มในปริมาณและลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพ โดยมีผลต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งการดื่มแบบเสี่ยงนี้เป็นการดื่มที่มากกว่า 2 ดื่มมาตรฐาน แต่ไม่เกิน 4 มาตรฐานต่อวันในผู้หญิง หรือเป็นการดื่มมากกว่า 4 มาตรฐาน แต่ไม่เกิน 6 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย

4.2.3.3 ดื่มแบบอันตราย (Harmful use) ประเมินคะแนนการบริโภคสุราได้ 16-19 คะแนน เป็นการดื่มสุราจนเกิดผลเสียตามมาต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต รวมถึงผลเสียทางสังคมจากการดื่ม คือการดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง หรือการดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย

4.2.3.4 ดื่มแบบติด (Alcohol dependence) ประเมินพฤติกรรมกรบริโภคสุราได้มากกว่า 20 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีการดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเกิดปัญหาพฤติกรรม สมอง ความจำ และร่างกาย อาการแสดงที่พบบ่อย เช่น คอแข็งมากขึ้น มีอาการขาดสุราหากหยุดดื่ม มีความรู้สึกอยากดื่มอยากมาก ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ยังดื่มต่อแม้ทราบว่าเกิดผลเสียตามมา และดื่มจนละเลยกิจกรรมอื่นๆหรือหน้าที่รับผิดชอบ

ในปัจจุบันเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีหลายหลายประเภท และมีความแตกต่างในลักษณะของบรรจุภัณฑ์ ปริมาณดีกรี จึงมีการกำหนด ดื่มมาตรฐานขึ้น จะช่วยทำให้ผู้ดื่มสามารถรับรู้ได้ว่าตนเองดื่มแอลกอฮอล์ไปมากน้อยเพียงใด และเพื่อให้ผู้ดื่มได้ตระหนักถึงการหยุดดื่ม เมื่อปริมาณของแอลกอฮอล์เป็นอันตรายต่อร่างกาย

ดื่มมาตรฐาน (Standard drink) คือ หน่วยอ้างอิงของจำนวนการดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด โดยจะบ่งชี้ถึงขนาดของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่ผสมอยู่ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดนั้นๆ ซึ่งจะแตกต่างกัน

กันในแต่ละประเทศ ทั้งนี้ จำนวนดื่มมาตรฐานจะขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ และขนาดของภาชนะบรรจุแอลกอฮอล์ชนิดนั้นๆ ซึ่งประเทศไทยได้ใช้มาตรฐานเดียวกันกับประเทศออสเตรเลีย คือ 1 ดื่มมาตรฐานจะมีแอลกอฮอล์อยู่ 10 กรัม ซึ่ง 1 ดื่มมาตรฐานสามารถทำให้เกิดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดได้ร้อยละ 15-20mg โดยตัวอย่างของการดื่มมาตรฐานได้แก่ เหล้าแดง 35 ดีกรี หรือ 2 ฝาใหญ่ หรือ 30 ซิซี เบียร์ร้อยละ 5 เช่น สิงห์ ไฮเนเกน ไทเกอร์ ไวน์ร้อยละ 12 แก้วหรือ 100 ซิซี สาโท สุราแช่ หรือสุราพื้นเมือง 4 เป๊ก หรือ 200 ซิซี

โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินการดื่มสุรา AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ในการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม เพื่อเปรียบเทียบการดื่มสุราก่อนการบำบัดและหลังการบำบัดเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ สามารถใช้ได้ง่าย

4.3 การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา

การบำบัดรักษาผู้ติดสุราเป็นกระบวนการที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาและเพื่อการหยุดดื่มอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายในระยะยาว ได้แก่ การหยุดบริโภคสุรา การป้องกันการกลับไปใช้สุราซ้ำ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ รูปแบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราประกอบด้วย มาตรการหลัก 4 มาตรการ (ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานอนามัย, 2556) คือ

4.3.1 มาตรการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการบำบัดระยะสั้น (Alcohol screening and Brief intervention) เป็นการค้นหาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และให้การดูแลรักษาเบื้องต้น ในระยะนี้เป็นการคัดกรองปัญหาผู้ดื่มสุราทั้งกลุ่มดื่มแบบเสี่ยงหรือกลุ่มดื่มแบบอันตราย โดยให้การให้การแนะนำแบบสั้น เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพโดยการหยุดดื่มหรือดื่มระดับเสี่ยงน้อย นอกจากนี้ยังให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดสุราได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อให้หยุดดื่มสุราและจูงใจในการเข้ามาบำบัดรักษา เมื่อผู้ติดสุราเข้าสู่การเตรียมการบำบัดรักษาซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการให้ความรู้ในขั้นตอนของกระบวนการบำบัดรักษา การให้กำลังใจผู้ป่วย การวินิจฉัยเบื้องต้น ให้ข้อมูลผู้ป่วยในเรื่องของประโยชน์ในการเข้ารับการบำบัดรักษา และยินดีเข้าร่วมการรักษา ให้กำลังใจและให้การยอมรับในตัวผู้ป่วย อีกทั้งวางแผนการช่วยเหลือร่วมกัน

4.3.2 มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา (Detoxification) เป็นการเฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยงการเกิดอาการถอนพิษสุราในผู้ที่มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินและเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการถอนพิษสุราที่รุนแรงและรักษาภาวะถอนพิษสุรา ลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนทางกายซึ่งถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตและเพื่อให้การบำบัดรักษาที่เหมาะสมในผู้ติดสุราที่แสดงอาการถอนพิษสุราหรือผู้ติดสุราที่มีประวัติอาการถอนพิษสุรารุนแรง อาการถอนพิษสุราได้แก่ เหงื่อออกมาก ชีพจรเต้นเร็ว มือสั่น นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน มีอาการประสาทหลอนทางตาหรือหู มีอาการคลุ้มคลั่ง และบางรายอาจ

เกิดอาการชักขึ้นได้ ซึ่งมีอาการตั้งแต่ว่าระดับน้อยไปมาก ดังนั้นผู้ที่ดื่มแล้วหยุดดื่ม ไม่ใช่ทุกรายจะต้องมีอาการถอนพิษสุราที่รุนแรง บางรายอาจมีอาการเล็กน้อยแล้วหายไปเองโดยไม่ต้องรับการรักษา อาการถอนพิษสุราที่รุนแรงมักเกิดภายใน 6-48 ชั่วโมงหลังหยุดหรือลดการดื่มสุราขึ้นกับความรุนแรงของการติดสุรา อาการถอนพิษสุราเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นมากที่สุดภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้ายและอาการมักดีขึ้นแล้วหายได้ภายใน 5-7 วัน อาการถอนพิษสุราที่รุนแรงเช่น Delirium tremens มักเกิดภายใน 2-3 วันหลังการลดหรือหยุดดื่ม และภาวะชักจากการถอนพิษสุรามักเกิดขึ้นภายใน 12-48 ชั่วโมงหลังการหยุดดื่ม การรักษาภาวะถอนพิษสุรา ประกอบไปด้วย การให้ยา Benzodiazepines เพื่อสงบอาการถอนพิษสุรา การให้สารน้ำ สารอาหาร วิตามิน การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม (ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานอนามัย, 2556)

4.3.3 มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ (Alcohol treatment and rehabilitation) เป็นขั้นตอนการบำบัดรักษาเพื่อให้ผู้ติดสุราสามารถลด ละ หรือเลิกดื่ม ส่งเสริมศักยภาพให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข ให้การบำบัดฟื้นฟูทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และป้องกันการกลับมาดื่ม หรือมีปัญหาซ้ำ โดยใช้การรักษาทางด้านจิตสังคมควบคู่กับการบำบัดรักษาด้วยยา โดยการบำบัดทางจิตสังคมเป็นกระบวนการที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตัวเองและให้มีทักษะที่จำเป็นต่อการเลิกสุราที่สำเร็จ โดยการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ติดสุรา (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) ได้แก่

4.3.3.1 การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) และการป้องกันการเสพยาซ้ำ (Relapse Prevention) เป็นการประยุกต์การใช้ทฤษฎีและการเรียนรู้และพฤติกรรมบำบัด โดยมีสมมติฐานว่า การติดสารเสพติดเป็นผลจากกระบวนการเรียนรู้และพฤติกรรมที่ซับซ้อน และสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เกิดเป็นแนวทางการบำบัด CBT เป็นวิธีการบำบัดเพื่อส่งเสริมการควบคุมตนเองและฝึกทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการควบคุมการดื่มสุรา เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อแก้ไขความคิดที่ไม่เหมาะสม (Cognitive errors) ให้มีวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม (Adaptive coping style) และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เอื้อต่อการเลิกสุรา (balanced daily life-style) โครงสร้างการบำบัดที่สำคัญได้แก่ การให้จิตวิทยาการศึกษา การเฝ้าติดตามตนเอง การกำหนดเป้าหมายพฤติกรรม การให้รางวัลเมื่อบรรลุเป้าหมาย การฝึกทำ Function analysis ของสถานการณ์การดื่ม การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาและมีการบ้านเพื่อฝึกปฏิบัตินอกชั่วโมงบำบัด ผลลัพธ์ที่ดีของ CBT มักสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงศักยภาพที่สูงของตนเองและการที่ผู้ป่วยใช้วิธีการแก้ไขปัญหาดีกว่าวิธีการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่ม

4.3.3.2 การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing: MI and Motivation Enhancement Therapy: MET) การสัมภาษณ์เพื่อสร้าง

แรงจูงใจ (MI) เป็นการสนทนาเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ป่วยเป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (Self perception therapy) โดยผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเอง ซึ่งเป็นข้อความที่ดีในการปรับเปลี่ยนตนเอง การบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ (MET) เป็นการบำบัดที่อาศัยทฤษฎี Stage of Change และ MI มาจัดเป็นชั่วโมงในการบำบัดรักษา 1-4 ครั้ง เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ติดสุราปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่ม

4.3.3.3 การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention: BI) เป็นการให้ข้อมูลถึงผลเสียของการดื่มสุรา ซึ่งการให้ข้อมูลนี้ครอบคลุมหลายวิธีได้แก่ การให้ความรู้ (Education) การให้คำแนะนำ (Advice) และการให้คำปรึกษา (Counseling) เพื่อให้ผู้ติดสุราลดการติดสุราให้อยู่ในระดับเสี่ยงต่ำจนถึงเลิกการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง

4.3.3.4 การส่งเสริมพัฒนาให้เป็นไปตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation: TSF) เป็นหลักการฟื้นฟูทางด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ติดสุราหรือสารเสพติด โดยในประเทศไทยได้พัฒนา หลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ (The Buddhist Twelve Steps) โดยมีการประยุกต์ให้เข้ากับหลักของพระพุทธศาสนา

4.3.3.5 พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) ได้แก่ Community Reinforcement Approach: CRA, Behavior Marital Therapy, Community Reinforcement Approach and Family Training: CRAFT การบำบัดแบบ CRA เป็นการเสริมแรงทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วย วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ติดสุราที่ในช่วงแรกไม่มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองและไม่ยอมเข้ารับการบำบัดรักษา ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงมักเป็นคู่สมรส ญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดที่แสวงหาความช่วยเหลือ ดังนั้นการเริ่มต้นช่วยเหลือคู่สมรสหรือญาติใกล้ชิดจึงเป็นช่วยบรรเทาผลกระทบของโรคติดสุราต่อครอบครัวโดยตรง และช่วยให้ญาติได้มีการส่งเสริมผู้ป่วยในการเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้มากขึ้น ส่วนการบำบัดแบบ CRAFT มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดสุราหยุดดื่ม ช่วยลดความรุนแรงในครอบครัว ลดความเครียดของสมาชิกในครอบครัว ช่วยเตรียมญาติถึงวิธีการแนะนำผู้ป่วยให้เข้ารับการบำบัดรักษา ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษา และเตรียมญาติให้คอยสนับสนุนผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการบำบัดรักษา

4.3.3.6 การดูแลรายกรณี (Case Management) เป็นการดูแลผู้ติดสุรา เพื่อช่วยให้มีความต่อเนื่องในการดูแล (continuity of care) โดยในการดูแลแบบ Case management จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพิ่มมากขึ้น บรรเทาอาการทางจิตเวชต่างๆ ลดอัตราการกลับไปรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มความสามารถทางจิตสังคมและคุณภาพชีวิต

4.3.3.7 กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help Group) เช่น กลุ่มผู้ติดสุรานินนามหรือกลุ่ม เอเอ (Alcohol Anonymous: AA) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกมีการพัฒนาคุณภาพทางอารมณ์ ช่วยเหลือประคับประคองผู้ที่ติดสุราให้สามารถเลิกสุราได้ มีการให้กำลังใจและเข้าใจกันภายในกลุ่ม

4.3.3.8 การบำบัดแบบผสมผสาน (Integrated Treatment) เป็นการบำบัดรักษาที่ใช้ทีมการรักษาที่สามารถให้การบำบัดทั้งโรคติดสุราและโรคจิตเวช ในทีมจะมีผู้จัดการรายกรณีหรือ Case Manager ทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัวบำบัดที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคติดสุราและโรคจิตเวช นอกจากนี้ยังผสมผสานแนวทางการบำบัดที่หลากหลาย ได้แก่ การรักษาด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ สังคมสงเคราะห์ การรับตัวเข้าบำบัดในสถานพยาบาลระยะยาว หรืออาชีวะบำบัด เป็นต้น

4.3.4 มาตรการดูแลระยะยาวหลังการบำบัดรักษา (After care) เป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยคงอยู่ในสังคมได้โดยไม่ดื่มสุรา การรักษาเป็นการเน้นให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการดื่มและเลิกดื่มสุราได้อย่างถาวร และป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ สามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีการติดตามหลังการรักษาอย่างต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด จะเห็นได้ว่ามาตรการบำบัดรักษาผู้ติดสุรามีความสำคัญ โดยผู้ที่ติดสุราที่เข้ามารับการบำบัดรักษาควรได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การบำบัดทางด้านจิตสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยสามารถนำทักษะที่ได้รับจากการบำบัดมาใช้ในชีวิตจริงในชุมชน เพื่อให้สามารถควบคุมการบริโภคสุราได้อย่างต่อเนื่อง

4.4 การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

4.4.1 ความหมายการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

Miller and Rollnick (2007) กล่าวว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นวิธีการบำบัดที่มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยมีผู้ให้การบำบัดเป็นผู้ใช้ทักษะต่างๆ ในการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ค้นหา และจัดการกับความรู้สึก

พิชัย แสงชาญชัย และคณะ (2553) กล่าวว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นการให้คำปรึกษาแบบมีทิศทาง ยึดการพูดคุยแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้ให้การปรึกษาจะช่วยผู้รับการปรึกษาสำรวจและจัดการกับความรู้สึกก้ำกึ่ง (ambivalence) ในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

องค์อร์ ประจันเขตต์ (2551) กล่าวว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นการให้คำปรึกษาเน้นผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง โดยมีเป้าหมายที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถค้นหาและแก้ไขความรู้สึกก้ำกึ่งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สรุปได้ว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นวิธีการบำบัดยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยผู้บำบัดใช้เทคนิคต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้ค้นหาและจัดการกับความรู้สึกลังเล เพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายที่ตนเองต้องการ อย่างมีทิศทางเพื่อการเปลี่ยนแปลงในตนเอง

4.4.2 แนวคิดและหลักการการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing; MI)

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ได้พัฒนาขึ้นครั้งแรกโดย Miller and Rollnick (1991) ซึ่งได้รับการยอมรับและนิยมอย่างแพร่หลายว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา และได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งในปีค.ศ. 2007 ได้พัฒนาขึ้นเพื่อให้การปรึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพและด้านสุขภาพจิต ได้เป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากเข้าใจง่าย มีทิศทางและเป็นวิธีการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการให้การปรึกษาแบบมีทิศทาง ยึดหลักการพูดคุยแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยสำรวจและจัดการกับความรู้สึกลังเล (ambivalence) ในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ซึ่งการพูดคุยจะมุ่งเน้นการพูดคุยอย่างมีเป้าหมาย (Miller and Rollnick, 2007; พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553) ยึดหลักตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ตนเอง ซึ่งเชื่อว่าถ้าบุคคลได้รับรู้สิ่งที่เขาเป็นด้วยตัวของเขาเอง เขาจะนำมาคิด วิเคราะห์ ทบทวน ทำให้เกิดความเข้าใจ ต้องการปรับปรุงและพัฒนาตนเองไปในทางที่ดีขึ้น จากคำกล่าวที่ว่า “As I hear myself talk, I learn what I believe” หรือเมื่อฉันได้ยินสิ่งที่ฉันคุยกับตนเอง ฉันเรียนรู้ในสิ่งที่ฉันเชื่อ” (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

4.4.2.1 ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change)

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้อิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska and DiClemente (1997) ซึ่ง Prochaska and Diclement ได้เริ่มใช้ทฤษฎีดังกล่าวในปีค.ศ. 1984 โดยศึกษาในผู้ติดบุหรี่ และได้มีการประยุกต์เพื่อการปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ในปีค.ศ. 1997 มี 6 ขั้นตอน (Miller & Rollnick, 1991; 2007; พิชัย แสงชาญชัยและคณะ, 2553) ดังนี้

4.4.2.1.1 ขั้นเฉยเมย (Pre-contemplation) ผู้ป่วยยังไม่ตระหนักว่าตนเองมีปัญหา และยังไม่คิดถึงการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจะมีลักษณะต่อต้านหรือปฏิเสธหากถูกบังคับให้เข้ารับการรักษา การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) และการให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (Information) อย่างตรงไปตรงมาเป็นเหตุเป็นผล

4.4.2.1.2 ขั้นลังเลใจ (Contemplation) ผู้ป่วยมีความรู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกัน เริ่มตระหนักว่าตนเองมีปัญหา เริ่มพิจารณาการเปลี่ยนแปลงแต่ยังลังเลใจ การ

ตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัดคือให้ผู้ป่วยพูดคุยถึงข้อดีข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงและไม่เปลี่ยนแปลง (pros & cons)

4.4.2.1.3 **ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination)** ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาและต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง มีความตั้งใจและตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการขอรับความช่วยเหลือ การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือ ให้ทางเลือกในการ (Menu of options) ที่เหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยเลือกได้อย่างอิสระ (Freedom of choice) เน้นความรับผิดชอบในการเลือกของผู้ป่วยเอง (Responsibility) และส่งเสริมศักยภาพในการกระทำได้ของผู้ป่วยเอง (Self-efficacy)

4.4.2.1.4 **ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action)** ผู้ป่วยกำลังลงมือปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลง ระยะเวลามักอยู่ในช่วง 6 เดือนแรก การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจและกระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกได้อย่างต่อเนื่อง (Compliance or Adherence)

4.4.2.1.5 **ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance)** ผู้ป่วยดำเนินการตามวิธีการที่ตนเองเลือกได้อย่างต่อเนื่องได้ประมาณ 6 เดือน และคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือ การป้องกันพฤติกรรมที่ไม่ร่วมมือในการรักษา ด้วยยา (Relapse prevention) เช่น การหยุดรับประทานยา การเพิ่มหรือลดยาเอง

4.4.2.1.6 **ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse)** ผู้ป่วยกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือ การให้กำลังใจและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยยาให้เร็วที่สุด (Recovery process)

การที่ผู้บำบัดเข้าใจวงจรการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะช่วยให้ผู้บำบัดประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีแรงจูงใจเป็นอย่างไรตามทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้บำบัดสามารถแสดงท่าทีที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย และใช้กลยุทธ์การบำบัดได้สอดคล้องกับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยให้ขยับไปสู่แรงจูงใจในขั้นสูงขึ้นไปได้ การสร้างแรงจูงใจที่ไม่เข้ากับความต้องการของผู้ป่วยจะนำไปสู่การต่อต้านและความไม่ร่วมมือในการรักษา (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2549)

4.4.2.2 **หลักการที่ใช้ในการสร้างแรงจูงใจ** Miller and Rollnick (1991) และพิชัย แสงชาญชัย และคณะ (2553) ได้อธิบายเทคนิคที่สำคัญในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 5 ประการคือ DARES ได้แก่

1. การทำให้เห็นช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับสิ่งที่เป็นอย่างปัจจุบัน (Develop discrepancy) การทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างสถานภาพในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากเป็น จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยตระหนักถึงความสูญเสียและผลกระทบรุนแรง

ที่เกิดจากพฤติกรรมปัจจุบัน และเมื่อเห็นว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วย โอกาสจะเปลี่ยนแปลงจะเป็นไปได้มากขึ้น นั่นคือแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น

2. การหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย (Avoid argumentation) ในแนวทางการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัดจะมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยได้เผชิญหน้ากับความจริง หลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วยซึ่งจะทำให้เกิดการต่อต้านมากกว่าการเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง วิธีการที่เหมาะสม ผู้บำบัดคือช่วยให้ผู้ป่วยค่อยๆ เปลี่ยนการรับรู้แทนการโต้แย้งเพื่อให้เกิดการยอมรับ ซึ่งจะเป็ผลดีของการร่วมมือในการรักษาด้วยยา เพราะหากผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่อต้านขึ้นจะเป็นตัวพยากรณ์ความล้มเหลวในการให้การรักษา

3. การเคลื่อนไปตามแรงต้านที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Roll with resistance) ผู้บำบัดต้องเคารพในความคิดเห็น และให้เกียรติผู้ป่วยได้เลือกตัดสินใจวางแผนการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง จะช่วยลดแรงต้านได้ ไม่ควรบังคับให้ผู้ป่วยมีมุมมองใหม่ตามผู้บำบัด ผู้บำบัดอาจเสนอข้อมูลใหม่ แนวคิดในการมองปัญหาใหม่ คือ “เลือกเฉพาะที่ต้องการ และทิ้งที่เหลือไว้” เป็นแนวคิดที่ผู้ป่วยมีอิสระที่จะตัดสินใจว่าจำนำไปใช้หรือไม่ก็ได้ ซึ่งจะเป็นการหลีกเลี่ยงการขัดแย้งระหว่างสองฝ่าย

4. การแสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้ป่วย (Express empathy) บทบาทของผู้บำบัดคือการรับฟังอย่างตั้งใจ สะท้อนความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วย เน้นเคารพความคิดเห็นและการตัดสินใจของผู้ป่วย ผู้บำบัดมีหน้าที่เป็นผู้ฟังมากกว่าการบอกให้ผู้ป่วยทำ (listening rather than telling) สะท้อนความรู้สึก (Reflection) เน้นความรับผิดชอบในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

5. การสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วย (Support self-efficacy) การรู้สึกว่าคุณเองมีศักยภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้บำบัดชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ โดยทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง

4.4.2.3 เทคนิคในการเสริมสร้างแรงจูงใจ Miller and Rollnick ได้พัฒนาเทคนิคในการเสริมสร้างแรงจูงใจตั้งแต่ปี 1991 เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สิ่งที่ผู้บำบัดอยากให้ผู้ป่วยกล่าวออกมาในการพูดคุยตามแนวทางของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ Self Motivational Statement: SMS หรือข้อความที่จูงใจตนเอง ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเสมือนหนึ่งคุยกับตนเอง โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาที่ต้องใช้บ่อยครั้ง คือ OARS ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening) และการสรุปความ (Summarization) (พิชัยแสงชาญชัย และคณะ, 2553) การใช้คำถามปลายเปิดเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความจูงใจตนเองออกมามากขึ้น ในขณะที่เดียวกันแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงก็มากขึ้น ผู้บำบัดจะใช้การยืนยันรับรอง การสะท้อนและการสรุปความเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ยืนยันสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึกซ้ำๆ ซึ่งการช่วย

ให้ผู้ป่วยเสมือนหนึ่งได้คุยกับตนเองซ้ำๆ นี้ทำให้แรงจูงใจของผู้ป่วยมากขึ้นตามไปด้วย เทคนิคที่สำคัญเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (FRAMES)

1. การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) เป็นการให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของปัญหาการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยที่สะท้อนความรุนแรงของโรค
2. การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วย (Responsibility) เป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการตัดสินใจว่าจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาหรือไม่ ผู้บำบัดเป็นเพียงผู้แนะนำสิ่งดีๆ ให้แต่ไม่สามารถบังคับผู้ป่วยได้
3. การให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และจำเป็น (Advice) เป็นการให้คำแนะนำที่จำเป็นต่อการตัดสินใจที่มีผลต่อสุขภาพกายและจิตใจ
4. การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) เป็นทางเลือกปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยมีความพอดีไม่น้อยหรือมากเกินไป และผู้ป่วยเลือกอย่างอิสระ
5. การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) เป็นการแสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในตัวผู้ป่วย ยอมรับในภาวะลึงเลของผู้ป่วยว่าอาจยังไม่ตระหนักในปัญหา และยังไม่มองเห็นข้อเสียของการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา
6. การส่งเสริมศักยภาพเดิม (Self-efficacy) เป็นการส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจ และเชื่อมั่นว่าตนเองทำได้

สรุปได้ว่า ในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทั้ง DARES, OARS และ FRAMES มีความสำคัญที่ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ ตระหนักถึงความสำคัญของความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้บำบัดควรตอบสนองให้เหมาะสม เพื่อการเปลี่ยนแปลงไปสู่ขั้นตอนการร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องและคงทนถาวร

5. โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดในการบำบัดการดื่มสุราในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชพบว่า โปรแกรม Dual Diagnosis Motivation Interviewing: (DDMI) ตามแนวคิดของ Martino et al (2002)ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้โดยตรงกับผู้ป่วยโรคร่วมโดยในโปรแกรมเน้นการส่งเสริมให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราแบบติดโดยบูรณาการ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเน้นกระบวนการจัดการกับอาการของโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาและการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการเสพติดสุราโดยใช้รูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้ในภาวะของโรคจิตเภทจะส่งต่อการลดพฤติกรรมการดื่มสุราหรือพึ่งพิง

สุราเมื่อเกิดปัญหาต่างๆประกอบด้วยกิจกรรมการประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการกับอาการของโรคจิตเภทการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงปัญหาการติดสุราการให้ความรู้ในเรื่องยาและการดูแลตนเองของโรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดขึ้นการฝึกทักษะในด้านกระบวนการคิดในเรื่องการแก้ปัญหาและการใช้สถานการณ์จำลองต่างๆเพื่อให้ผู้ป่วยได้ร่วมคิดค้นและเสนอแนะแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจนำโปรแกรม Dual Diagnosis Motivation Interviewing: (DDMI) มาประยุกต์เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในบริบทของประเทศไทยทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นและมีการดื่มสุราลดลงและตามหลักการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจะใช้หลักการประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของProchaska and Diclement (1997) โดยใช้แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(Readiness Of Ruller)ของ Biener and Adam(1991) พัฒนาขึ้นโดยดรูณี ภูขาวและคณะ (2549) นำมาบูรณาการร่วมโดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมี3ขั้นตอนประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดำเนินการเป็นกลุ่มสัปดาห์ละ1ครั้งๆละ 45-60 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สะท้อนความคิด

เป็นขั้นตอนแรกในสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย โดยมีการปฏิบัติกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่ยอมรับผู้ป่วย ด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล เข้าใจง่าย มีการอธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจถึงความสำคัญของกระบวนการในการบำบัด โดยอธิบายผู้ป่วยถึงรายละเอียดของโปรแกรมที่ประกอบไปด้วยการประเมินระดับของการเสพติดสุรา ประเมินระดับอาการทางจิต มีการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับอาการทางบวกทางลบ และมีการวัดระดับความรุนแรงของอาการทางจิตการจัดการกับอาการทางจิต

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างความสมดุลของการตัดสินใจ

ประกอบไปด้วยการประเมินระดับแรงจูงใจโดยการชั่งน้ำหนักข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมที่ยังลังเลอยู่ ให้ข้อมูลเพื่อสร้างจุดมุ่งหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรักษาด้วยยา และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพสารเสพติดหรือการดื่มสุรา โดยให้ผู้ป่วยได้ทำแบบฝึกหัดเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการดื่มสุราและการรับประทานยา

ขั้นตอนที่ 3 เสริมทักษะที่จำเป็น

ประเมินระดับแรงจูงใจมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงลักษณะพฤติกรรมทางบวกและทางลบ โดยใช้กลยุทธ์ในการพูดซ้ำๆเข้าใจง่ายและสามารถมองเห็นภาพ และมีการพักในระหว่างการทำกิจกรรม ประเมินระดับแรงจูงใจ มุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทบ่งชี้ถึงอาการ อาการแสดงของโรค อาการเตือน การจัดการกับอาการทางจิตและสิ่งกระตุ้นตลอดจนการฝึกทักษะการปฏิเสธ การรักษาด้วยยาและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ติดตามประเมินผลและยุติสัมพันธภาพ ทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช สรุปกิจกรรมใน

ภาพรวม ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยจะได้ร่วมกันประเมินผล วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุรา และวางแผนร่วมกันในการป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำโดยการร่วมกันวางแนวทางที่เหมาะสม การเฝ้าระวังความเสี่ยงในการกลับไปดื่มสุราโดยผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการดูแลตนเอง

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยในประเทศ

เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ (2555) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและคณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร มีการประเมินผลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา AUDIT พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกแปลเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธ์นภา กิตติ-รัตนไพบูลย์ (2552) ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 168 คน มีผู้ติดสุราอยู่ในระดับติดจำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 54.76 นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ ประวัติการดื่มสุราของคนในครอบครัว ชนิดของโรคจิตเวชร่วม การเผชิญความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นันทวัช สิริธีรักษ์ และคณะ(2555) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดสุราในโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลศรีธัญญานอกจากนี้ยังศึกษาภาวะโรคร่วม (Comorbidity) ทางจิตเวชและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในผู้ติดสุรา มีการประเมินผลโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต Short-form thirty six (SF-36 Thai version) ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน มีผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมถึงร้อยละ 69 และพบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ที่ไม่โรคร่วม

สุมิตรา ศรสวรรณ, พัชยา สอาดวุธ และสุนทรี ศรีโกไสย (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุราร่วม ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราแบบอันตรายและติดสุราเพศชายจำนวน 60 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในตนเองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่การทำหน้าที่โดยรวมสูงกว่าร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักกว่า และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาแบบปกติ และจำนวนที่กลับไปดื่มซ้ำมีน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 3 เท่า เมื่อติดตามหลังการจำหน่าย 1 เดือน

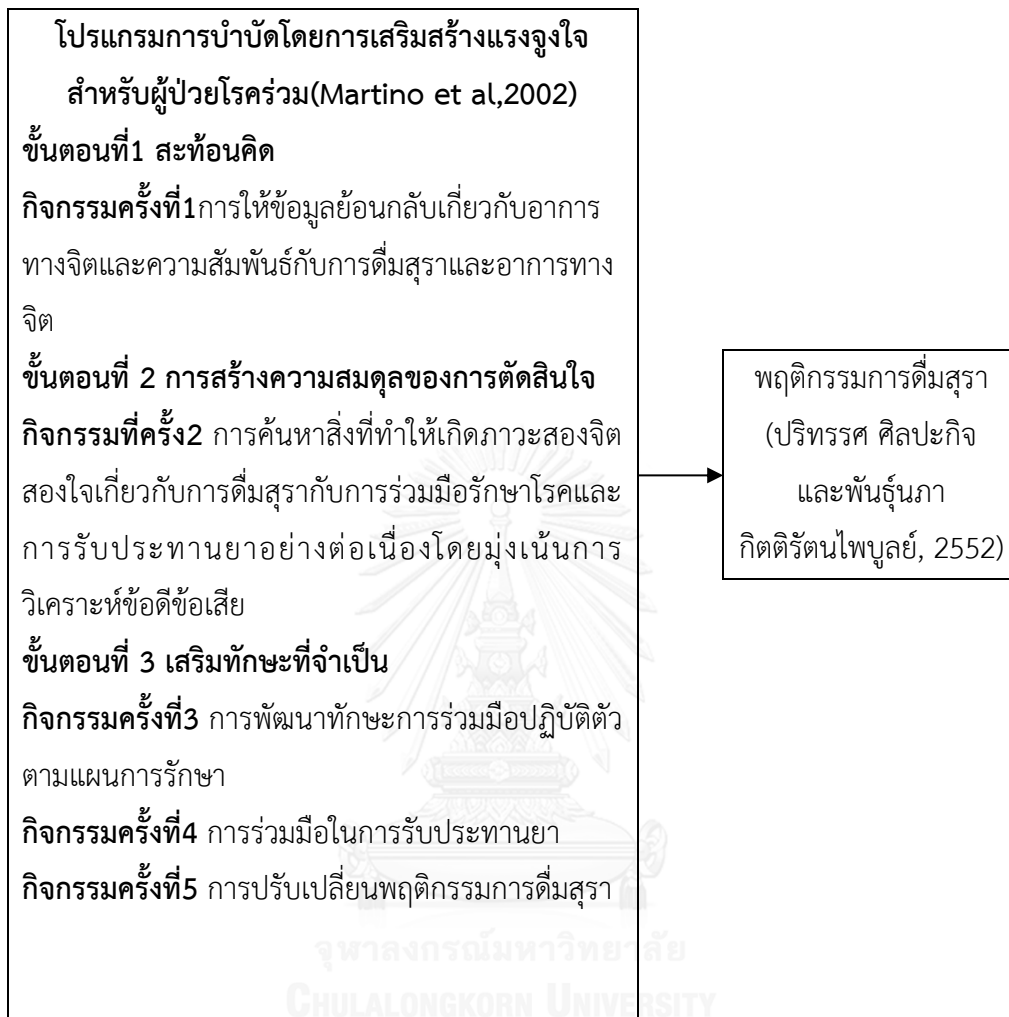
6.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Boschloo et.al (2011) ศึกษาโรคจิตเวชร่วมที่พบในผู้ที่ติดสุรา และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการใช้สุราในผู้ป่วยโรคจิตกังวลและภาวะซึมเศร้าที่มีอายุ 18-65 ปี โดยผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 20.3 ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและและโรคจิตกังวลพบว่าเป็นโรคติดสุรา และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดสุราในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ เพศซึ่งพบในเพศชาย ประวัติการติดสุราในครอบครัว ประวัติการเกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในครอบครัว สถานภาพโสด ประสบการณ์ในวัยเด็ก ประวัติการใช้สารเสพติด

Cranford et al. (2011) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการเกิดร่วมกันของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรากับโรคซึมเศร้า โดยได้มีการสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้ที่ดื่มสุรา (Alcohol Use) และกลุ่มผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่าโรคซึมเศร้าในผู้ติดสุราเพศชายมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของจำนวนวันที่ดื่มสุรา และพฤติกรรมกรรมการดื่มของกลุ่มผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมของผู้ที่ดื่มสุรา (Alcohol use)

Martino et al.(2000) ได้ทำการศึกษาแบบสุ่มเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของ DDMI ในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดและสุราร่วม แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับ DDMI และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับ Psychoeducation ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับ DDMI มีการใช้สุราและสารเสพติดลดลง นอกจากนี้ในกลุ่มที่เข้ารับ DDMI อย่างต่อเนื่องยังส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี และส่งผลต่อการลดการใช้สุราและสารเสพติดถึงร้อยละ 66.7 เมื่อเทียบกับ Psycho education ที่มีผลต่อการใช้สุราและสารเสพติดร้อยละ 57.1

กรอบแนวคิดการวิจัย



การบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราจะเป็นกระบวนการในการเพิ่มแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มช่วยพัฒนาแรงจูงใจ ทำให้เกิดศักยภาพในการพัฒนาตนเอง เกิดความรู้ความเข้าใจในการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยได้

โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน รวมทั้งหมด 5 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมรวมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ การดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประกอบด้วยขั้นตอนการทำกลุ่ม แต่ละครั้งนาน 60-90 นาที

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)(Polit and Beck, 2004)มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา ตัวแปรต้น คือการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดื่มสุรา มีรูปแบบของการทดลองดังนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

- O₁ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราก่อน
ได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม
- O₂ หมายถึง การประเมินการพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราหลัง
ได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม
- O₃ หมายถึง การประเมินการพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราก่อนได้รับ
การพยาบาลตามปกติ
- O₄หมายถึง การประเมินการพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราหลังได้รับ
การพยาบาลตามปกติ
- X หมายถึง การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยจิตเภทเพศชายที่มีปัญหาการดื่มสุราซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท(F20.0-20.9) ที่มีความผิดปกติด้านจิตใจและพฤติกรรมมีสาเหตุจากการดื่มสุราแบบติด (F10.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทเพศชายที่มีปัญหาการดื่มสุราซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท(F20.0-20.9) ที่มีความผิดปกติด้านจิตใจและพฤติกรรมมีสาเหตุจากการดื่มสุราแบบติด (F10.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) อายุ 20-59 ปีที่เข้า

รับการรักษาแบบผู้ป่วยในชาย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร จำนวน 40 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายเพื่อจัดเข้ากลุ่ม และแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทเพศชายที่มีปัญหาการดื่มสุราซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-20.9) ที่มีความผิดปกติด้านจิตใจและพฤติกรรมมีสาเหตุจากการดื่มสุราแบบติด (F10.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) อายุ 20-59 ปี
2. มีคะแนนมีการดื่มสุราจากการประเมิน AUDIT แบบติด (ระดับคะแนน 20 คะแนน) ขึ้นไป
3. มีอาการทางจิตทุเลาโดยมีระดับคะแนนตามแบบวัดคะแนนอาการทางจิต(BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน
4. มีความสามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. มีอาการแสดงทางจิตหรือภาวะแทรกซ้อนจากอาการถอนพิษสุราที่ไม่สามารถควบคุมได้
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน (Polit and Beck, 2004) เพื่อการกระจายของข้อมูลเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality) และเพื่อให้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดี ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 40 คน ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ ที่ผู้วิจัยกำหนดที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในชายสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จากประวัติการรักษาจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินระดับของอาการทางจิตตามแบบประเมินประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เพื่อเป็นการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีระดับอาการทางจิตที่อยู่ในระดับน้อย(ไม่เกิน 36 คะแนน)ซึ่งเป็นช่วงที่มีอาการทางจิตสงบหรือไม่รุนแรงเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในช่วงที่เกิดการเรียนรู้ที่ดีสามารถควบคุมได้และมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราจากการประเมิน AUDIT แบบตัด(ระดับคะแนน 20 คะแนนขึ้นไป)ไม่อยู่ในระยะถอนพิษสุราหรือเกิดอาการแทรกซ้อนจากการถอนพิษสุราที่ต้องได้รับการดูแลจากจิตแพทย์

3. ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched paired) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ระดับคะแนน BPRS และคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จากนั้นจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระดับพฤติกรรมการดื่มสุราและระดับอาการทางจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราและระดับอาการทางจิต				
คู่ที่	ระดับอาการทางจิต พฤติกรรมการดื่มสุรา		ระดับอาการทางจิต พฤติกรรมการดื่มสุรา	
	กลุ่มทดลอง(n=20)		กลุ่มควบคุม(n=20)	
1	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา
2	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา
3	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา
4	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา
5	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา
6	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา
7	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา
8	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา
9	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา
10	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา
11	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา
12	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา
13	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา
14	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา
15	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา
16	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา
17	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา
18	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา
19	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา
20	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา	น้อย	ดื่มแบบติดสุรา

จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับการจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันที่มีระดับคะแนนการประเมิน พฤติกรรมการดื่มสุราและระดับคะแนนอาการทางจิตอยู่ในระดับเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 4 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คือ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา(AUDIT)

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง มี 2 ชุด ดังนี้

1. แบบวัดระดับแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

4. เครื่องมือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มี 2 ชุด ดังนี้

1. แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT)

2. แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต (BPRS)

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราของ Martino et al (2002) โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1.1. ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดรูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม นอกจากนั้นยังได้ศึกษาเนื้อหาที่สำคัญ และครอบคลุมในเรื่องของการลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

1.2. สร้างโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าและการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาร่วมกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม โดยใช้แนวคิดของ Martino et al (2002) หลังจากนั้นกำหนดโครงสร้างของกิจกรรมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมและการบำบัดอาการทางจิตด้วยการรักษาด้วยยาพร้อมด้วยซึ่งดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล ประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรมมีรายละเอียดของโปรแกรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สะท้อนความคิด

กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดื่มสุราที่ส่งผลต่อการเกิดอาการทางจิตให้ข้อมูลโปรแกรมการบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมการประเมินระดับการเสพติด

สุรา ประเมินระดับอาการทางจิต มีการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับอาการทางบวกทางลบ อาการทางจิตและการจัดการกับอาการทางจิต(ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1)

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ติระหว่งพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม เป็นการสร้างความคุ้นเคยให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตัว ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกลุ่มกิจกรรมตรงกันมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนเอง เป็นการประเมินมุมมองที่ผู้ป่วยมีต่อภาวะสุขภาพสามารถค้นหาและประเมินสภาพปัญหาได้ตามความเป็นจริง สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในตนเองโดยผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วย ทำให้ทราบปัญหาในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างไร รวมถึงการค้นหาแรงจูงใจในการเลิกพฤติกรรมการดื่มสุราว่าผู้ป่วยขาดแรงจูงใจไหนที่ไม่สามารถลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มสุราได้ เป็นการส่งเสริมอัตโนมัติค้นเชิงบวกในการใช้ศักยภาพความสามารถของตนเอง ส่งผลต่อการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา การสะท้อนคิดเป็นการให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราฝึกทักษะค้นหาปัญหาและทบทวนเหตุการณ์รอบด้านที่เป็นปัญหาของการดื่มสุรา เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุรา รวมถึงช่วยให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาวะการณ่ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพความเป็นจริง ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น การแก้ไขปัญหามา สะท้อนคิดผ่านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ ความรู้ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมรวมทั้งปัจจัยกระตุ้นต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา เช่นระดับความรุนแรงของอาการทางจิตตลอดจนแนวทางในการจัดการกับอาการทางจิต โดยช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหาและเข้าใจ รับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองที่จะแสวงหาทางเลือกของวิธีการแก้ปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ รวมทั้งแสวงหาความรู้ข้อมูลและการดูแลตนเองจากสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง การให้ข้อมูลแนวทางแก้ไขปัญหาการดื่มสุราเพื่อการตัดสินใจ และการจัดการเกี่ยวกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม การฝึกทักษะในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหา ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้กลับมามองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในมุมมองต่างๆให้เกิดความเข้าใจชัดเจน ตระหนักถึงความเข้มแข็ง ความสามารถ เกิดความรู้สึกรับผิดชอบในความสามารถ การตัดสินใจ ช่วยให้บุคคลรับรู้ถึงแรงจูงใจที่จะหยุดพฤติกรรมการดื่มสุรา

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างความสมดุลของการตัดสินใจ

กิจกรรมครั้งที่ 2 ประเมินระดับแรงจูงใจโดยการชั่งน้ำหนักข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมที่ยังลังเลใจอยู่ ให้ข้อมูลเพื่อสร้างจุดมุ่งหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของการดื่มสุรา(ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่2)

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ การให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราสามารถคาดการณ์สถานการณ์ การดำเนินโรคและพยากรณ์โรคได้ การตัดสินใจที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติและส่งเสริมความสามารถในการเลือกและตัดสินใจในการดูแลตนเองและผู้ป่วย ทั้งยังเป็นการเพิ่มเติมความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับผิดชอบในการดูแลอาการ การเจ็บป่วยของตนเอง การให้ความรู้เกี่ยวกับสุราเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับสุราและผลกระทบจากการดื่มสุราที่มีต่อสมอง ร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งผลเสียด้านต่างๆที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา ผลกระทบจากการดื่มสุราต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภท เช่น อาการกำเริบ ความบกพร่องในการทำหน้าที่การงาน ตลอดจนวิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม โดยกิจกรรมนี้จะให้ผู้ป่วยได้รู้จักการเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราโดยใช้เทคนิคการชั่งน้ำหนักข้อดีและข้อเสียของปัญหาจากการดื่มสุราของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนแรงจูงใจในตัวผู้ป่วยเพื่อพัฒนาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราให้ดีขึ้นและการให้ผู้ป่วยได้รู้จักตั้งจุดหมายในการแก้ไขปัญหาต่างๆ

ขั้นตอนที่ 3 เสริมทักษะที่จำเป็น

กิจกรรมครั้งที่ 3 ประเมินระดับแรงจูงใจมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงลักษณะพฤติกรรมทางบวกและทางลบ ใช้กลยุทธ์ในการพูดซ้ำๆ เข้าใจง่ายและสามารถมองเห็นภาพ(ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่3)

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ การให้ความรู้เรื่องการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดในสถานการณ์และอารมณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการดื่มสุราที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุรา เมื่อผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม รับรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้นโดยการให้ความรู้และทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกาย และความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพร่างกาย และจิตใจ เรียนรู้ทักษะการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง การฝึกปฏิบัติทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยฝึกการเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการฝึกหายใจ การนวดผ่อนคลาย ซึ่งเป็นการผ่อนคลายความเครียดด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายความตึงเครียดที่ประสบอยู่น้อยลงเนื่องจากทำให้ร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในภาวะผ่อนคลาย สงบและมีสมาธิช่วยให้มีความคิดความอ่านที่จะดำเนินการสิ่งต่างได้ดี ส่งผลให้การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น

กิจกรรมครั้งที่ 4 ประเมินระดับแรงจูงใจมุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้เรื่อง โรคจิตเภทบ่งชี้ถึงอาการ อาการแสดงของโรค อาการเตือน การจัดการกับอาการทางจิตและสิ่งกระตุ้นตลอดจนการฝึกทักษะการปฏิเสธ การรักษาด้วยยาและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง(ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4)

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ การให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภทจะเป็นการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท ในเรื่องความหมายของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ อาการแสดง และอาการเตือน(ด้านบวกด้านลบ) การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรค การใช้ยาด้านโรคจิต และการจัดการอาการข้างเคียงจากยาได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และยอมรับกับปัญหาของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตระหนักถึงบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับอาการของโรค ทราบว่าจะจัดการกับอาการกำเริบของโรคนั้นอย่างไร

การฝึกทักษะการปฏิเสธ เป็นการให้ความรู้ในการพัฒนาทักษะการปฏิเสธ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อเพิ่มพูนทักษะในการปฏิเสธการดื่มสุรา ในการกลับไปดำเนินชีวิตของบุคคลที่บ้าน จะต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่อาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำ ซึ่งการฝึกทักษะการปฏิเสธนี้เป็นการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรามีความสามารถในการปฏิเสธ มีการฝึกฝนโดยใช้บทบาทสมมติทั้งการใช้ภาษาท่าทางและภาษาพูดในการปฏิเสธการดื่มสุรา หลังสิ้นสุดการแสดงบทบาทสมมติ จะให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราร่วมแสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับบทบาทที่แสดงได้ดี และบทบาทที่ควรปรับปรุง ดังนั้นหากผู้ป่วยมีทักษะการปฏิเสธที่ดีและมีการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้ป่วยมั่นใจและกล้าแสดงออกในการปฏิเสธมากขึ้น และถ้าผู้ป่วยยอมรับข้อเสนอแนะของผู้อื่นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติและเกิดความมั่นใจที่จะปฏิเสธการดื่มสุรา(Hester,2003)

กิจกรรมครั้งที่ 5 ติดตามประเมินผลและยุติสัมพันธภาพ ทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช สรุปกิจกรรมในภาพรวม (ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5)

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ การเสริมสร้างแรงจูงใจด้วยตนเองและการคงไว้ซึ่งแรงจูงใจในการจัดการกับความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจในขั้นตอนต่างๆข้างต้นจนกระทั่งบุคคลรับรู้และตระหนักถึงความสามารถในตนเองในการจัดการกับปัญหาการดื่มสุราของตนได้ซึ่งช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ของตนเองด้วยตนเองได้มากขึ้นตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพเพื่อสุขภาพของตนเอง โดยทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช สรุปกิจกรรมในภาพรวม ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยจะได้ร่วมกันประเมินผล วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุรานั้นเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุรา และวางแผนร่วมกันในการป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำโดยการร่วมกันวางแผนทางที่เหมาะสม การเฝ้าระวังความเสี่ยงในการกลับไปดื่มสุราโดยผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการดูแลตนเอง ชี้แนะให้ผู้ป่วยนำเทคนิควิธีการของสมาชิกในกลุ่มที่แตกต่างจากตนเองไปใช้ในการลดพฤติกรรม การดื่มสุรา และแนะนำให้นำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปใช้ต่อเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Martino(2002) ไปปรึกษาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำโปรแกรมฯ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับรักษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจและมีประสบการณ์การดูแลผู้ติดสุรา 4 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาลด้านจิตเวช 3 ท่าน และอาจารย์จิตแพทย์ 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบของเนื้อหา กิจกรรม ความตรงเชิงโครงสร้างในแต่ละกิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ในโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 3 คนจากทั้งหมด 4 คน ผลของการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไขดังนี้

1.1 ปรับเนื้อหาในกิจกรรมบางส่วนให้ชัดเจนครอบคลุมขึ้น

1.2 เพิ่มเติมเอกสารประกอบการให้ความรู้ โดยใช้สื่อประกอบการสอนเช่น ซีดีชุดความรู้เรื่อง สุรา มีผลต่อสมอง ร่างกาย และจิตใจ

จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. ผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 10 คน โดยทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมแบบรายกลุ่มจนครบทั้ง 3 ขั้นตอน 5 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ดูความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 5 กิจกรรมพบว่าสมาชิกมีความเข้าใจกิจกรรมดี สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามที่วางแผนไว้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการดื่มสุรา ปริมาณ ความถี่ในการดื่มสุรา ระยะเวลาการเจ็บป่วย

2.2 แบบประเมินการดื่มสุรา โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT : Alcohol Use Disorder Identification Test) เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการค้นหาปัญหาจากการติดสุราและค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงจากการดื่มสุรา ผู้ที่ดื่มสุราแบบหนัก และผู้

ดื่มสุราแบบติด (WHO, 2001) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธ์ นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบหลักในเรื่อง การดื่มสุราแบบอันตราย อาการติดสุรา และการเกิดพิษของสุราโดยประเมินจากการดื่มสุรา ได้แก่ ปริมาณและความถี่ในการดื่มสุรา จำนวนครั้งของการดื่มหนัก การที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มสุรา ความรู้สึกเสียใจหลังจากการดื่มสุรา การจำเหตุการณ์หลังจากดื่มสุราไม่ได้ การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา การได้รับการแสดงความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับการดื่มสุรา โดยในแต่ละคำถามจะมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เคยเลย	เท่ากับ	0	คะแนน
เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า	เท่ากับ	1	คะแนน
2-4 ครั้งต่อเดือน	เท่ากับ	2	คะแนน
2-3 ครั้งต่อเดือน	เท่ากับ	3	คะแนน
4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	เท่ากับ	4	คะแนน

การแปลความหมายจะพิจารณาตามเกณฑ์โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

0-7	หมายถึงการดื่มที่มีความเสี่ยงน้อย (Low risk drinker)
8-15	หมายถึงการดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinker)
16-19	หมายถึงการดื่มแบบอันตราย (Harmful Use)
≥ 20	หมายถึง การดื่มแบบติด (Alcohol dependence)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรานี้ไม่ได้นำไปหาความเที่ยง เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาแล้วถือว่าเป็น gold standard ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยด้วยตนเอง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ที่สร้างโดยพิชัย แสงชาญชัย และคณะ (2552) ตามแนวคิดของ DiClemente & Hughes (1990) และนำมาพัฒนาโดยรัชณี อุทัยพันธ์ (2555) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย 32 คำถาม โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็นคำถามทางบวก 25 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 15-27, 30, 32 และคำถามทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 11, 13, 28, 29, 31

ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 5 ดับให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามความถี่ของความรู้สึกที่เกิดขึ้น คือ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ไม่เกิดความรู้สึกนั้นเลยในหนึ่งเดือน

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านเดือนละประมาณ 1-3 ครั้ง
ตัดสินใจไม่ได้	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
เห็นด้วย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านเป็นประจำทุกวัน

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ความหมาย	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งบ่อยครั้ง	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
ตัดสินใจไม่ได้	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
เห็นด้วย	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยแบ่งแรงจูงใจเป็น 5 ระดับ

คะแนน 115-132	หมายถึง	แรงจูงใจในความร่วมมือรักษาด้วยยาระดับต่ำสุด
คะแนน 97-114	หมายถึง	แรงจูงใจในความร่วมมือรักษาด้วยยาระดับต่ำ
คะแนน 79-96	หมายถึง	แรงจูงใจในความร่วมมือรักษาด้วยยาระดับปานกลาง
คะแนน 61-78	หมายถึง	แรงจูงใจในความร่วมมือรักษาด้วยยาระดับสูง
คะแนน 43-60	หมายถึง	แรงจูงใจในความร่วมมือรักษาด้วยยาระดับสูงสุด

หมายเหตุ ข้อคำถามส่วนใหญ่จะเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ดังนั้น ค่าคะแนนที่แปลผลออกมาจึงได้ค่าคะแนนสูงแสดงว่าผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาต่ำ

เกณฑ์กำกับการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์กำกับการทดลองว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมแล้ว กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนระดับแรงจูงใจรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 78 คะแนน ซึ่งถือว่าแรงจูงใจในการรักษาอยู่ในระดับสูงถึงสูงสุด จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาเป็นไปตามที่กำหนด ถ้าระดับคะแนนแรงจูงใจไม่เป็นไปตามเกณฑ์คะแนนข้างต้น ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไขโดยการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อวิเคราะห์ปัญหา และเสริมในส่วนของกิจกรรมที่พบว่าเป็นปัญหาจนกว่าจะมีคะแนนแรงจูงใจในการรักษาถึงเกณฑ์ที่กำหนด

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม(เสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5)ผู้วิจัยได้ทำการประเมินแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทันทีพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับ

ผู้ป่วยโรคร่วม ทุกคนมีคะแนนที่ได้จากการประเมินระดับแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นั่นคือ มีคะแนนแรงจูงใจอยู่ที่ระดับสูงและระดับสูงสุด(60-78 คะแนน)(ดังแสดงในตารางที่ 4)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทมาปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา ซึ่งเรียกว่าแบบวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ได้ทำการตรวจสอบ ผลของการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา $CVI = 1$

2.การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดระดับแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

4.เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบประเมินระดับของอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยพัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham(1962) มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์(2549)และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยงโดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach'Alpha Coefficiency)เท่ากับ .87 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) นี้มีประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 18 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ

- 1= ไม่มีอาการ
- 2= สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง แต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- 3= มีอาการเล็กน้อย
- 4= มีอาการปานกลาง
- 5= มีอาการค่อนข้างรุนแรง
- 6= มีอาการรุนแรง
- 7= มีอาการรุนแรงมาก

มีการแปลผลตามเกณฑ์ดังนี้

ระดับคะแนนน้อยกว่า 18	หมายถึง มีอาการทางจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ
ระดับคะแนน 18-36	หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับน้อย

ระดับคะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตระดับมาก

สำหรับการวิจัยครั้งนี้จะมีการใช้แบบประเมินอาการทางจิตในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัยโดยใช้เกณฑ์พิจารณาคือผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราแบบติดต้องมียกระดับความรุนแรงของอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย คือต้องมีระดับคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน

ชุดที่ 2 แบบประเมินการดื่มสุราโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา(AUDIT : Alcohol Use Disorder Identification Test)เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการค้นหาปัญหาจากการติดสุราและค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงจากการดื่มสุรา ผู้ที่ดื่มสุราแบบหนัก และผู้ดื่มสุราแบบติด (WHO, 2001)แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบหลักในเรื่อง การดื่มสุราแบบอันตราย อาการติดสุรา และการเกิดพิษของสุราโดยประเมินจากการดื่มสุราได้แก่ ปริมาณและความถี่ในการดื่มสุรา จำนวนครั้งของการดื่มหนัก การที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มสุรา ความรู้สึกเสียใจหลังจากการดื่มสุรา การจำเหตุการณ์หลังจากดื่มสุราไม่ได้ การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา การได้รับการแสดงความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับการดื่มสุรา โดยในแต่ละคำถามจะมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เคยเลย	เท่ากับ	0	คะแนน
เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า	เท่ากับ	1	คะแนน
2-4 ครั้งต่อเดือน	เท่ากับ	2	คะแนน
2-3 ครั้งต่อเดือน	เท่ากับ	3	คะแนน
4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	เท่ากับ	4	คะแนน

การแปลความหมายจะพิจารณาตามเกณฑ์โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

0-7	หมายถึงการดื่มที่มีความเสี่ยงน้อย (Low risk drinker)
8-15	หมายถึงการดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinker)
16-19	หมายถึงการดื่มแบบอันตราย (Harmful Use)
≥ 20	หมายถึง การดื่มแบบติด (Alcohol dependence)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1.แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรานั้นไม่ได้นำไปหาความเที่ยง เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาแล้วถือว่าเป็น gold standard ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยด้วยตนเอง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อพิจารณาว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิ์ของผู้ป่วยก่อนทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้รับอนุมัติระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ มกราคม 2559 ถึง มกราคม 2560 และผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงการดำเนินการวิจัยอย่างรอบคอบเพื่อพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ วิธีการ ผลประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล และระหว่างขั้นตอนของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมกลุ่มเมื่อไรก็ได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดการสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัย สามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรงโดยเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มี ความเกี่ยวข้องทราบ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลระหว่างดำเนินกิจกรรม จากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัยผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในครั้งนี้มีการจำแนกออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือผู้วิจัยต้องมีความพร้อมในการวิจัยโดยมีการเตรียมการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.1เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยทำการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และแนวคิดพฤติกรรมบำบัดที่มึสุรา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมบำบัดที่มึสุรา ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้นักศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม อีกทั้งได้มีการพัฒนาทักษะการทำกลุ่มโดยฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราในหอผู้ป่วยตึกพยับหมอก เพื่อให้เกิดความชำนาญและนำไปใช้จริง โดยผู้เชี่ยวชาญของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1.2เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และจัดทำแผนการดำเนินการวิจัย

- 1.2.1 สร้างโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม
- 1.2.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา

1.2.4 แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต

1.2.5 แบบวัดระดับแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

1.3 เตรียมสถานที่ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โดยติดต่อประสานงานสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือการวิจัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัดผล ประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยแจ้งกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ซึ่งแจ้งเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย วิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และประสานงานหัวหน้าหอผู้ป่วยในเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

1.5 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าหอผู้ป่วยใน ได้แก่ หอผู้ป่วยพยาบาล เพื่อแจ้งฟ้ารสุคนธ์ ราชาวดี เพื่อขออนุญาตดูแลประวัติกลุ่มตัวอย่างพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.6 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDUT) และผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต (BPRS) และให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการคัดเลือกลงในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง นัดวัน เวลา สถานที่ ในการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม

1.7 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลอง ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำกลุ่มบำบัดและผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมต่างๆ ในการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม รายละเอียดของเครื่องมืออย่างชัดเจนก่อนดำเนินการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อเข้าใจบทบาทตนเองได้ชัดเจน

2.ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมแบบกลุ่ม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น

กลุ่มละ 10 คนโดยกลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้า และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในภาคบ่าย โดยการสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติที่ได้รับเมื่อไปรับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้แก่ 1) กิจกรรมการดูแลทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยาตามแผนการรักษา การเตรียมตรวจร่างกาย 2) กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ คือ การสร้างสัมพันธภาพ การทำกิจกรรมบำบัดต่างๆ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค การวางแผนการจำหน่าย การให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพ

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมตามวัน เวลา สถานที่ ที่กำหนดไว้

ตารางที่ 2 กำหนดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม

วัน เดือน ปี	เวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 6 ก.พ.2559 (กลุ่มที่ 1) (กลุ่มที่ 2)	9.30- 11.15น. 13.00- 14.30น.	ขั้นตอนที่ 1 สะท้อนความคิด กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดื่มสุราให้ข้อมูลโปรแกรมการบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมการประเมินระดับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา
สัปดาห์ที่ 2 13 ก.พ.2559 (กลุ่มที่ 1) (กลุ่มที่ 2)	9.30- 11.15น. 13.00- 14.30น.	ขั้นตอนที่ 2 การสร้างความสมดุลของการตัดสินใจ กิจกรรมครั้งที่ 2 ประเมินระดับแรงจูงใจโดยการชั่งน้ำหนักข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมที่ยังลังเลใจอยู่ ให้ข้อมูลเพื่อสร้างจุดมุ่งหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของการดื่มสุรา

ตารางที่ 2 (ต่อ)

วัน เดือน ปี	เวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 3 20 ก.พ.2559 (กลุ่มที่ 1) (กลุ่มที่ 2)	9.30- 11.15น. 13.00- 14.30น.	ขั้นตอนที่ 3 เสริมทักษะที่จำเป็น กิจกรรมครั้งที่ 3 ประเมินระดับแรงจูงใจมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลง ลักษณะพฤติกรรมทางบวกและทางลบ โดยใช้กลยุทธ์ในการพูดซ้ำๆ เข้าใจง่ายและสามารถมองเห็นภาพ
สัปดาห์ที่ 4 27 ก.พ.2559 (กลุ่มที่ 1) (กลุ่มที่ 2)	9.30- 11.15น. 13.00- 14.30น.	กิจกรรมครั้งที่ 4 ประเมินระดับแรงจูงใจมุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้เรื่อง โรคจิตเภทซึ่งถึงอาการ อาการแสดงของโรค อาการเตือน การจัดการ กับอาการทางจิตและสิ่งกระตุ้นตลอดจนการฝึกทักษะการปฏิบัติ การ รักษาด้วยยาและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
สัปดาห์ที่ 5 5 มี.ค.2559 (กลุ่มที่ 1) (กลุ่มที่ 2)	9.30- 11.15น. 13.00- 14.30น.	กิจกรรมครั้งที่ 5 ติดตามประเมินผลและยุติสัมพันธภาพ ทบทวนความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา สรุปกิจกรรมในภาพรวม

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 สะท้อนความคิด

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการติ่มสุรา ให้ข้อมูลโปรแกรม
การบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม การประเมินพฤติกรรมการติ่มสุรา ประเมินระดับ
ความรุนแรงของอาการทางจิต

สถานที่ ห้องทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้ป่วยใน ตึกพยับหมอก

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

ระยะเวลา 90 นาที

รูปแบบ ดำเนินการในรูปแบบกลุ่ม โดยให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัวยู ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำ
กลุ่มนั่งตรงข้ามกัน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราและระหว่างผู้ป่วยจิต
เภทที่ติดสุรารายในกลุ่ม

2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา มีความเข้าใจในวัตถุประสงค์และรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา มีความเข้าใจและตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมติดสุรา

4. เพื่อผลักดันระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราให้เกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติดสุรา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันภายในกลุ่ม และให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี

2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา สามารถบอกถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี

3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา สามารถบอกถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมติดสุราของตนเองได้

4. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา มีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้น

สาระสำคัญ

เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม เป็นการสร้างความคุ้นเคยให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตัว ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกลุ่มกิจกรรมตรงกันมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนเอง เป็นการประเมินมุมมองที่ผู้ป่วยมีต่อภาวะสุขภาพ สามารถค้นหาและประเมินสภาพปัญหาได้ตามความเป็นจริง สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในตนเอง โดยผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วย ทำให้ทราบว่าปัญหาในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างไร รวมถึงการค้นหาแรงจูงใจในการเลิกพฤติกรรมติดสุราว่าผู้ป่วยขาดแรงจูงใจไหนที่ไม่สามารถลดหรือเลิกพฤติกรรมติดสุราได้ เป็นการส่งเสริมอัตโนมัติซึ่งบวกในการใช้ศักยภาพความสามารถของตนเอง ส่งผลต่อการลดพฤติกรรมติดสุรา การสะท้อนคิดเป็นการให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราฝึกทักษะค้นหาปัญหาและทบทวนเหตุการณ์รอบด้านที่เป็นปัญหาของการติดสุรา เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา พุฒยเกี่ยวกับพฤติกรรมติดสุรา รวมถึงช่วยให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสถานะการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพความเป็นจริง ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น การแก้ไขปัญหานั้นผ่านมาสะท้อนคิดผ่านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ ความรู้ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมรวมทั้งปัจจัยกระตุ้นต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมติดสุรา เช่นระดับความรุนแรงของอาการทางจิต

ตลอดจนแนวทางในการจัดการกับอาการทางจิต โดยช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหาและเข้าใจ รับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเองที่จะแสวงหาทางเลือกของวิธีการแก้ปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ รวมทั้งแสวงหาความรู้ข้อมูลและการดูแลตนเองจากสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง การให้ข้อมูลแนวทางแก้ไขปัญหาการดื่มสุราเพื่อการตัดสินใจ และการจัดการเกี่ยวกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม การฝึกทักษะในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหา ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้เกิดมุมมองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในมุมมองต่างๆให้เกิดความเข้าใจชัดเจน ตระหนักถึงความเข้มแข็ง ความสามารถ เกิดความรู้สึกมั่นใจในความสามารถ การตัดสินใจ ช่วยให้บุคคลรับรู้ถึงแรงจูงใจที่จะหยุดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ภาพพลิกเรื่องดื่มมาตรฐาน
2. ใบความรู้ที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา
3. ใบความรู้ที่ 1/2 ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา
4. ใบกิจกรรมที่ 1 การสำรวจผลกระทบจากการดื่มสุรา
5. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT)
6. แบบสอบถามขั้นบันไดของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา
7. แบบประเมินระดับอาการทางจิต (BPRS)
8. คู่มือกิจกรรมผู้ป่วย
9. ตารางนัดหมายในการดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ (30 นาที)

1.1 ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มนั่งเป็นรูปตัวยูหันหน้าเข้าหากัน หลังจากนั้นเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย พูดคุยกับสมาชิกในกลุ่มเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป แนะนำตัวเองกับสมาชิกในกลุ่ม ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร จริงใจแสดงถึงการยอมรับ ในตัวผู้ป่วยเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกไว้วางใจและมีความเต็มใจในการเปิดเผยข้อมูลของตนเองที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในระยะต่อไป

1.2 ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตัวเองให้สมาชิกคนอื่นๆรับทราบเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกันระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรม “เธอชื่ออะไร” ดังนี้

1.2.1 ผู้วิจัยสอนร้องเพลงทายชื่อเพื่อนสมาชิกในกลุ่มพร้อมทั้งปรบมือเป็นจังหวะ “เธอชื่ออะไร เธอชื่ออะไร” ต่อจากนั้นให้สมาชิกแนะนำตัวเองหลังจากเพลงจบโดยบอกชื่อจริงและชื่อเล่นกับสมาชิกในกลุ่มโดยร้องเพลงเวียนรอบกลุ่มและแนะนำชื่อที่ละคน

1.3 ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มอภิปรายถึงข้อคิดที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม “เธอชื่ออะไร”

ตัวอย่างในการดำเนินกิจกรรม

“สวัสดีครับ...ขอต้อนรับสมาชิกทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในวันนี้ครับ กระผม รู้สึกยินดีเป็นอย่างมากที่ได้มาเป็นผู้นำกลุ่มในครั้งนี้ ซึ่งสมาชิกทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรมนี้จะได้รับประโยชน์จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับแนวทางการสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราของตนเอง ก่อนอื่นเรามาทำความรู้จักกันก่อนดีกว่าไหมครับ เริ่มจากกิจกรรมที่มีชื่อว่า “เธอชื่ออะไร””

1.4 ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบของการบำบัด ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้

1.5 ผู้วิจัยอธิบายถึงความจำเป็นของการต้องมีกฎกติกาของกลุ่ม พร้อมทั้งให้สมาชิกในกลุ่ม ร่วมแสดงความคิดเห็น และตั้งกติกาของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

1.6 ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มร่วมกันสรุปถึงกติกาในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

1.7 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

“ การอภิปรายสรุปกิจกรรมกลุ่ม

1. ยอมเปิดเผย แลกเปลี่ยนข้อมูลของตนเองที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

2. รับฟังสมาชิกคนอื่น ๆ ด้วยความตั้งใจและให้กำลังใจสนับสนุนสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม

3. มีการรักษาความลับของกลุ่ม ไม่นำเรื่องต่างๆของสมาชิกในกลุ่มไปเปิดเผยภายนอกกลุ่ม

4. ไม่ล้อเลียน ไม่ตำหนิสมาชิกคนอื่น ๆ

5. ร่วมเสนอความคิดหรือข้อเสนอแนะต่อกลุ่มด้วยความจริงใจ

7. มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์

8. เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มอย่างตรงต่อเวลามีความสม่ำเสมอในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทุก ครั้ง”

กิจกรรมที่ 1.2 การสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (60 นาที)

2.1 ผู้วิจัยให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสุราและดื่มมาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ เบื้องต้นและสามารถนำไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมในระยะต่อไปได้โดยใช้ใบความรู้ที่ 1 ความรู้เรื่อง การดื่มสุรา ภาพพลิกเรื่องการดื่มสุราและคู่มือผู้ป่วย

2.2 ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มร่วมอภิปรายถึงผลกระทบของการดื่มสุรา เพื่อเสริมสร้างให้เกิด แรงจูงใจในการดำเนินกิจกรรมและสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

แนวทางในการอภิปรายกลุ่ม

“ กระผม เชื่อว่าทุกคนคงเคยได้ยินข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มสุรามามากแล้ว ซึ่งข้อมูล เหล่านี้จะมีความสำคัญกับการสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของทุก คนเป็นอย่างยิ่ง เพราะถ้าหากทุกคนมีการรับรู้ และยอมรับเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวเองมาก

ขึ้นเท่าใดก็จะทำให้ทุกคนมีความมุ่งมั่นและมีความพยายามในการเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรามากขึ้นเท่านั้น”

“ก่อนที่เราจะเริ่มกิจกรรมกันต่อ กระผมอยากให้ทุกคนได้ลองเล่าถึงผลกระทบของการดื่มสุราที่ผ่านมาว่ามีผลกระทบอย่างไรบ้างที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยให้สมาชิกทุกคนออกมาเล่าให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มฟังทีละคน...”

2.3 ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินตนเองถึงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) และใบกิจกรรมที่ 1.1 การสำรวจผลกระทบจากการดื่มสุรา เพื่อใช้ประกอบการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการดื่มสุราและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในปัญหามากขึ้น

2.4 ผู้วิจัยสรุปถึงผลการประเมินปัญหาการดื่มสุรา จากแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) พร้อมทั้งให้ข้อมูลสะท้อนกลับจากการประเมินรายบุคคล พร้อมทั้งกล่าวเชื่อมโยงและเน้นย้ำเกี่ยวกับเรื่องผลกระทบจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และพูดสะท้อนเกี่ยวกับผลกระทบ ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราทั้งทางร่างกายและการเจ็บป่วยทางจิตพร้อมทั้งประเมินระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน (BPRS) ที่สมาชิกในกลุ่มอาจมองข้าม โดยใช้ภาพพลิกสรุปเรื่องผลกระทบจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

แนวทางในการอภิปรายกลุ่ม

“หลังจากที่สมาชิกได้พูดคุยถึงผลกระทบของการดื่มสุราแล้วในช่วงแรก สมาชิกหลายๆคนอาจเห็นว่าการดื่มสุราก็จะมีผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจนะครับในกิจกรรมจะขอให้ทุกคนลองทบทวนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวเองโดยให้คำตอบในแบบสอบถามที่พยาบาลแจกให้ ตามความจริงแล้วเราจะมาประเมินผลกันอีกทีนะครับ”

“หลังจากที่สมาชิกทุกคนได้ประเมินถึงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของแต่ละคนแล้วพร้อมทั้งทราบถึงผลกระทบของการดื่มสุราที่เกิดขึ้นกับร่างกายและส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของเราด้วย ในกิจกรรมต่อไปพยาบาลจะพาสมาชิกมารู้จักกับอาการทางจิตของสมาชิกแต่ละคนนะครับ โดยพยาบาลจะสัมภาษณ์สมาชิกทีละคนซึ่งจะใช้แบบประเมินระดับอาการทางจิต (BPRS)...”

ในกิจกรรมนี้จะมีการกล่าวเชื่อมโยงเกี่ยวกับการรักษาอาการทางจิตควบคู่กับการบำบัดรักษาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราร่วมด้วยเพื่อสร้างความตระหนักในการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

2.5 ผู้วิจัยใช้เทคนิคพื้นฐานของการเสริมสร้างแรงจูงใจในการสนับสนุนให้สมาชิกในกลุ่มร่วมแลกเปลี่ยนความรู้สึกและอภิปรายถึงผลการประเมินพฤติกรรม กรรมการดื่มสุราของตนเองที่มีความเชื่อมโยงกับอาการทางจิตและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง

2.6 ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มร่วมกันสรุปถึงกิจกรรมที่ได้ดำเนินการในครั้ง นี้ มีดาวเน้นย้ำและ เชื่อมโยงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น ไปสู่ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการทีมสุราเพื่อให้ สมาชิกมีความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการทีมสุรามากขึ้น

2.7 ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มแต่ละคนประเมินถึงระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กรรมการทีมสุราของตนเอง โดยใช้แบบสอบถามขั้นบันไดประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กรรมการทีมสุรา

2.8 นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

ตัวอย่างคำพูดโดยการหลักการเสริมสร้างแรงจูงใจ

“คุณคิดอย่างไรบ้างเกี่ยวกับผลการประเมินปัญหาการทีมสุราของคุณ...และรู้สึกกับ การประเมินนี้” (ใช้เทคนิค Open End Question)

“คุณคิดว่าการทีมสุราของคุณเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยทางจิตของคุณไหมครับ... อย่างไรบ้างครับ”... (ใช้เทคนิค Open End Question)

“ก็จริงอย่างที่คุณว่านะ การทีมสุราทำให้คุณลืมปัญหาต่างๆได้ ไม่เครียด แต่การทีม นี้ก็ต้องอยู่ในระดับที่เหมาะสมและไม่เป็นอันตรายด้วยนะครับ...”

(ใช้เทคนิค Roll with Resistant)

“ดูเหมือนว่าคุณอยากมีเงินเก็บเยอะๆไว้ส่งลูกเรียนสูงๆเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ดี... แต่ตอนนี้เห็นคุณบอกว่าเสียเงินไปกับการดื่มเหล้าเยอะพอสมควรเลย...”

(ใช้เทคนิค Develop Discrepancy)

“เหมือนว่าในช่วงแรกๆที่เราพูดคุยกันมาส่วนใหญ่สมาชิกบอกว่าดื่มเพื่อลืมปัญหา คลายเครียด..ยังไม่มีปัญหาอื่นๆ แต่ต่อมาคุณได้สังเกตว่าการดื่มทำให้คุณไม่สามารถควบคุมในสิ่ง ต่างๆได้และผลการประเมินของคุณก็สะท้อนให้เห็นว่าทุกคนมีปัญหาการดื่มอยู่เหมือนกัน...แล้วตอนนี้ คุณคิดยังไงกับการดื่มของคุณละ...”

(ใช้เทคนิค Summarize และ Reflective Listening)

การประเมินผล

การประเมินกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและค้นหาสถานการณ์จริงจากการสังเกต พฤติกรรมของสมาชิก สมาชิกพบว่าผ่อนคลายไม่เคร่งเครียดมาก มีความสนใจและตั้งใจของสมาชิก มี สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย เกิดความรู้สึกไว้วางใจ สมาชิกสามารถพูดคุยเปิดเผยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการทีม สุราของผู้ป่วยตามสภาพการณ์จริง แสดงออกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุรา เกิดการเรียนรู้ ปัญหาว่าไม่ได้เกิดกับตนเองเพียงคนเดียว สามารถค้นหาและประเมินสภาพปัญหาได้ตามความจริง การสร้างความหวังและแรงจูงใจทำให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 2 ชั้นตอนที่ 2 การสร้างความสมดุลของการตัดสินใจ

กิจกรรมครั้งที่ 2 ประเมินระดับแรงจูงใจโดยการชั่งน้ำหนักข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมที่ยังลังเล

ใจอยู่ให้ข้อมูลเพื่อสร้างจุดมุ่งหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ข้อดี

และข้อเสียของการดื่มสุรา

สถานที่ ห้องทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้ป่วยใน ตึกพยับหมอก

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

ระยะเวลา 90 นาที

รูปแบบ ดำเนินการในรูปแบบกลุ่มโดยให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัวยู ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มนั่งตรงข้ามกัน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราเกิดความตระหนักถึงปัญหา มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวสาเหตุ อาการ และผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุราที่มีผลต่อการเจ็บป่วย

2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ประเมินระดับแรงจูงใจที่มีอยู่ในตัวเพื่อวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยังเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา

3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทัศนคติที่ดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราบอกเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราบอกได้ว่าระดับแรงจูงใจของตนเอง อยู่ขั้นไหน และบอกได้ว่าจะวางแผนจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างไร

3. ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรามีความรู้สึกรู้สึกคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราสามารถ คาดการณ์สถานการณ์ การดำเนินโรคและพยากรณ์โรคได้ การตัดสินใจที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ และส่งเสริมความสามารถในการเลือกและตัดสินใจในการดูแลตนเองและผู้ป่วย ทั้งยังเป็นการเพิ่มเติม ความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับผิดชอบในการดูแลอาการ การเจ็บป่วยของตนเอง การให้ความรู้เกี่ยวกับสุราเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับสุราและผลกระทบจากการ ดื่มสุราที่มีต่อสมอง ร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งผลเสียต่างๆที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา ผลกระทบ จากการดื่มสุราต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภท เช่น อาการกำเริบ ความบกพร่องในการทำหน้าที่การงาน ตลอดจนวิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม โดยกิจกรรมนี้จะให้ผู้ป่วยได้รู้จักการชั่งใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราโดยใช้เทคนิคการชั่งน้ำหนักข้อดีและข้อเสียของปัญหาจากการดื่ม

สุราของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนแรงจูงใจในตัวผู้ป่วยเพื่อพัฒนาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราให้ดีขึ้นและการให้ผู้ป่วยได้รู้จักตั้งจุดหมายในการแก้ไขปัญหาต่างๆ

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1 เรื่อง “สุราและพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา”
2. ซีดีสื่อการสอนเรื่อง “ผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา”
3. คู่มือกิจกรรม
4. ใบงานที่ 2 การชั่งน้ำหนักข้อดีและข้อเสียของการดื่มสุรา

ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม

ระยะสร้างสัมพันธภาพ (ใช้เวลา 20 นาที)

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยให้สมาชิกในกลุ่มนั่งเป็นรูปตัวยู หันหน้าเข้าหากัน หลังจากนั้นเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย พูดคุยกับสมาชิกในกลุ่มเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป แนะนำตัวเองกับสมาชิกในกลุ่ม ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร จริงใจแสดงถึงการยอมรับ ในตัวผู้ป่วยเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกไว้วางใจและมีความเต็มใจในการเปิดเผยข้อมูลของตนเองที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในระยะต่อไป เช่น “สวัสดีครับ...วันนี้สมาชิกเป็นอย่างไรบ้างครับ” “วันนี้รู้สึกดีใจมาก...ที่ได้มาพบสมาชิกอีกครั้งครับ”

2. ผู้วิจัยกล่าวชี้แจงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ (ใช้เวลา 20 นาที)

3. ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา โดยพูดใช้คำถามปลายเปิด (Open end Question) ให้ผู้ป่วยได้อธิบายให้สมาชิกในกลุ่มทุกคนได้รับรู้ และเน้นให้ผู้ป่วยได้แชร์ประสบการณ์ เช่น “สมาชิกพอทราบไหมครับว่า...ผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุราคืออะไรบ้าง” โดยผู้วิจัยจะให้สมาชิกเล่าแสดงความคิดเห็นที่ละคน (ใช้เวลา 10 นาที)

4. จากนั้นผู้วิจัยแจกใบความรู้เรื่อง “สุราและพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา” แล้วให้สมาชิกทุกคนอ่านทำความเข้าใจใบความรู้ ผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น (ใช้เวลา 10 นาที)

5. ผู้วิจัยเปิด ซีดีสื่อการสอนเรื่อง “ผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา” (ใช้เวลา 10 นาที)

6. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกันในกลุ่มถึง พฤติกรรมการดื่มสุราและผลกระทบจากการดื่มสุรา เพื่อเน้นย้ำให้ผู้ป่วยได้เห็นว่า การดื่มสุราส่งผลต่อการเจ็บป่วยและสุขภาพของผู้ป่วยอย่างไร โดยให้ผู้ป่วยคิดได้ด้วยตนเอง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลที่สงสัย

7. แจกใบงานที่ 2 โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของใบงาน (สอนเทคนิคการชั่งข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา) จากนั้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกการชั่งน้ำหนักข้อดีข้อเสียของการดื่มสุรา โดยการเขียนลงไปกระดาษใบงานที่แจกให้ จากนั้นให้สมาชิกได้นำเสนอในกลุ่มที่ละคน (ใช้เวลา 20 นาที)

8. ให้สมาชิกทุกคนร่วมสรุปสิ่งที่ได้จากการร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ และผู้วิจัยกล่าวเน้นข้อดีของการปรับพฤติกรรมการดื่มสุราเพื่อช่วยแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย(เวลา 10 นาที)

9. พุดคุยให้กำลังใจสมาชิกทุกคนด้วยท่าทีอบอุ่นเป็นกันเอง

10. นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

ประเมินผล

การประเมินกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและค้นหาสถานการณ์จริงจากการสังเกตพฤติกรรมของสมาชิก สมาชิกพบว่าผ่อนคลายไม่เคร่งเครียดมาก มีความสนใจและตั้งใจของสมาชิก มีสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วย เกิดความรู้สึกไว้วางใจ สมาชิกสามารถพูดคุยเปิดเผยเกี่ยวกับผลกระทบที่ส่งผลจากการดื่มสุรา สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยตามสภาพการณ์จริง แสดงออกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุรา เกิดการเรียนรู้ปัญหาว่าไม่ได้เกิดกับตนเองเพียงคนเดียว สามารถค้นหาและประเมินสภาพปัญหาได้ตามความจริง การสร้างความหวังและแรงจูงใจทำให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 3 ขั้นตอนที่ 3 เสริมทักษะที่จำเป็น

กิจกรรมครั้งที่ 3 ประเมินระดับแรงจูงใจมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงลักษณะพฤติกรรมทางบวก

และทางลบ โดยใช้กลยุทธ์ในการพูดซ้ำๆ เข้าใจง่ายและสามารถมองเห็นภาพ

สถานที่ ห้องทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้ป่วยใน ตึกพยัคฆมอก

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

ระยะเวลา 90 นาที

รูปแบบ ดำเนินการในรูปแบบกลุ่มโดยให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัวยู ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มนั่งตรงข้ามกัน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรามีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการและผลของความเครียดที่เกิดขึ้นต่อร่างกายและจิตใจต่อสภาวะอารมณ์ความเครียดที่เพิ่มความเสี่ยงหรือกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการดื่มสุราเพิ่มมากขึ้น

2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรามีความรู้ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความเครียดอย่างเหมาะสมด้วยเทคนิคต่างๆ และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราบอกถึงสาเหตุ อาการ และผลของความเครียดที่เกิดขึ้นต่อร่างกายและจิตใจและทราบแนวทางในการจัดการความเครียดได้

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราสามารถเลือกใช้วิธีการผ่อนคลายที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

3. ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรามีทักษะในการฝึกผ่อนคลายความเครียดอย่างง่ายได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกการหายใจ

สาระสำคัญ

การให้ความรู้เรื่องการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดในสถานการณ์และอารมณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการดื่มสุราที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุรา เมื่อผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม รับรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้นโดยการให้ความรู้และทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกาย และความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพร่างกาย และจิตใจ เรียนรู้ทักษะการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง การฝึกปฏิบัติทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยฝึกการเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการฝึกหายใจ การนวดผ่อนคลาย ซึ่งเป็นการผ่อนคลายความเครียดด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายความตึงเครียดที่ประสบอยู่น้อยลง เนื่องจากทำให้ร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในภาวะผ่อนคลาย สงบและมีสมาธิช่วยให้มีความคิด ความอ่านที่จะดำเนินการสิ่งต่างได้ดี ส่งผลให้การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 2 เรื่อง “เครียดที่ส่งผลต่อจิตใจ”
2. ซีดี การฝึกบริหารกล้ามเนื้อเพื่อผ่อนคลายความเครียด
3. คู่มือกิจกรรม
4. ใบงานที่ 2 การจัดการกับความเครียดได้อย่างไร

ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม

ระยะสร้างสัมพันธภาพ (ใช้เวลา 20 นาที)

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยให้สมาชิกในกลุ่มนั่งเป็นรูปตัวยู หันหน้าเข้าหากัน หลังจากนั้นเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย พูดคุยกับสมาชิกในกลุ่มเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป แนะนำตัวเองกับสมาชิกในกลุ่ม ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร จริงใจแสดงถึงการยอมรับ ในตัวผู้ป่วยเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกไว้วางใจและมีความเต็มใจในการเปิดเผยข้อมูลของตนเองที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในระยะต่อไป เช่น “สวัสดีครับ...วันนี้สมาชิกเป็นอย่างไรบ้างครับ” “วันนี้รู้สึกดีใจมาก...ที่ได้มาพบสมาชิกอีกครั้งครับ”

2. ผู้วิจัยกล่าวชี้แจงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ (ใช้เวลา 20 นาที)

3.ผู้วิจัยแจกใบความรู้ที่ 2 เรื่อง “เครียดที่ส่งผลต่อจิตใจ” พร้อมให้ความรู้แก่สมาชิก โดยสรุปสาระสำคัญตามใบความรู้ที่ 2

4.เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยซักถามข้อมูลที่สงสัยหลังจากการให้ความรู้

5.เปิด ซีดี การฝึกบริหารกล้ามเนื้อเพื่อผ่อนคลายความเครียด ให้ผู้ช่วยได้รับชมพร้อมกับฝึกทำพลาจๆ (ใช้เวลา 5 นาที)

6.จากนั้นให้สมาชิกนั่งเป็นแถวตอน แถวละ 5 คน (หันหน้าไปทางเดียวกัน) และให้สมาชิกฝึกการนวดผ่อนคลายโดยการสลับกันนวดโดยใช้มือ 2 ข้างวางที่ไหล่ของเพื่อนคนที่อยู่ข้างหน้าพร้อมกับนวดเบาๆ (ประมาณ 3 นาที) และฝึกการนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อของตนเอง เช่น การเกร็งมือ กำมือ กระดกปลายเท้าขึ้นลง

7.ผู้วิจัยให้ให้สมาชิกกลุ่มสรุป สาระที่ได้จากการฝึกผ่อนคลายความเครียด โดยแจกใบงานการจัดการกับความเครียดได้อย่างไร

8.ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมทั้งหมด โดยเชื่อมโยงสิ่งที่ผู้ช่วยเขียนตอบในใบงานที่ 2 เพื่อยกตัวอย่าง Case ให้เพื่อนในกลุ่มช่วยแชร์ประสบการณ์ในการผ่อนคลายความเครียดเพื่อนำไปปรับใช้เมื่อมีความรู้สึกต้องการดื่มสุรา

9.พูดคุยให้กำลังใจสมาชิกทุกคนด้วยท่าทีอบอุ่นเป็นกันเอง

10.นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

ประเมินผล

ผู้ช่วยจิตแพทย์ที่ติดสุราสามารถบอกวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้ บอกถึง อาการ สาเหตุ และผลของความเครียดที่ส่งผลต่อร่างกายและจิตใจ เลือกใช้วิธีการคลายเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้ มีทักษะในการผ่อนคลายความเครียดอย่างง่ายได้ถูกต้องและวางแผนในการจัดการอนาคตได้

สัปดาห์ที่ 4

กิจกรรมครั้งที่ 4 ประเมินระดับแรงจูงใจมุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้เรื่อง โรคจิตเภทบ่งชี้

ถึงอาการ อาการแสดงของโรค อาการเตือน การจัดการกับอาการทางจิต

และสิ่งกระตุ้นตลอดจนการฝึกทักษะการปฏิเสธ การรักษาด้วยยาและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

สถานที่ ห้องทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้ป่วยใน ตึกพยับหมอก

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

ระยะเวลา 90 นาที

รูปแบบ ดำเนินการในรูปแบบกลุ่มโดยให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัวยู ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มนั่งตรงข้ามกัน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรามีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท และผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุราที่มีผลต่อการเจ็บป่วยของตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรามีความรู้ความเข้าใจมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และสามารถจัดการเกี่ยวกับอาการของโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรามีความรู้ความเข้าใจในหลักการปฏิเสธ เพิ่มทักษะในการปฏิเสธการดื่มสุรา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราบอกถึงสาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท และผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุราที่มีผลต่อการเจ็บป่วย
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรามีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการทางจิตที่ได้ขึ้นได้อย่างเหมาะสม
3. ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรามีความมั่นใจกล้าที่จะใช้ทักษะในการปฏิเสธการดื่มสุรา

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภทจะเป็นการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท ในเรื่องความหมายของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ อาการแสดง และอาการเตือน(ด้านบวกด้านลบ) การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรค การใช้ยาต้านโรคจิต และการจัดการอาการข้างเคียงจากยาได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และยอมรับกับปัญหาของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตระหนักถึงบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับอาการของโรค ทราบว่าจะจัดการกับอาการกำเริบของโรคนั้นอย่างไร

การฝึกทักษะการปฏิเสธ เป็นการให้ความรู้ในการพัฒนาทักษะการปฏิเสธ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อเพิ่มพูนทักษะในการปฏิเสธการดื่มสุรา ในการกลับไปดำเนินชีวิตของบุคคลที่บ้าน จะต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่อาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำ ซึ่งการฝึกทักษะการปฏิเสธนี้เป็นการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรามีความสามารถในการปฏิเสธ มีการฝึกฝนโดยใช้บทบาทสมมติทั้งการใช้ภาษาท่าทางและภาษาพูดในการปฏิเสธการดื่มสุรา หลังสิ้นสุดการแสดงบทบาทสมมติ จะให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราร่วมแสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับบทบาทที่แสดงได้ดี และบทบาทที่ควรปรับปรุง ดังนั้นหากผู้ป่วยมีทักษะการปฏิเสธที่ดีและมีการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้ป่วยมั่นใจและกล้าแสดงออกในการปฏิเสธมากขึ้น และถ้าผู้ป่วยยอมรับข้อเสนอแนะของผู้อื่น จะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติและเกิดความมั่นใจที่จะปฏิเสธการดื่มสุรา(Hester,2003)

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 3 เรื่อง “โรคจิตเภทกับพฤติกรรมการดื่มสุรา”
2. ใบงานที่ 3 สาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภทและผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา
3. ใบความรู้ที่ 4 แนวทางการปฏิเสธการดื่มสุรา
4. ใบงานที่ 4 ทักษะการปฏิเสธ
5. คู่มือกิจกรรม

ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม

ระยะสร้างสัมพันธภาพ (ใช้เวลา 20 นาที)

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยให้สมาชิกในกลุ่มนั่งเป็นรูปตัวยู หันหน้าเข้าหากัน หลังจากนั้นเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย พูดคุยกับสมาชิกในกลุ่มเกี่ยวกับเรื่องต่างๆไป แนะนำตัวเองกับสมาชิกในกลุ่ม ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร จริงใจแสดงถึงการยอมรับ ในตัวผู้ช่วยเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกไว้วางใจและมีความเต็มใจในการเปิดเผยข้อมูลของตนเองที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในระยะต่อไป เช่น “สวัสดีครับ...วันนี้สมาชิกเป็นอย่างไรบ้างครับ” “วันนี้รู้สึกดีใจมาก...ที่ได้มาพบสมาชิกอีกครั้งครับ”

2. ผู้วิจัยกล่าวชี้แจงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับโดยให้ผู้ช่วยมีส่วนร่วมและเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ (ใช้เวลา 20 นาที)

3. ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท และผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุราที่มีผลต่อการเจ็บป่วย โดยใช้คำถามปลายเปิด เช่น “สมาชิกทราบไหมว่า โรคจิตเภท คืออะไร...มีอาการอย่างไรบ้าง” เพื่อนำเข้าสู่การให้ความรู้กับผู้ช่วย

4. จากนั้นผู้วิจัยแจกใบความรู้ที่ 3 เรื่อง “โรคจิตเภทกับพฤติกรรมการดื่มสุรา” และให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภทกับผู้ช่วย

5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อมูลที่สงสัยจากข้อมูลความรู้ที่ผู้วิจัยให้ และเชื่อมโยงการอภิปรายกลุ่มเพื่อให้ผู้ช่วยได้แชร์ประสบการณ์ในการดูแลตนเองจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

6. ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 3 สาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภทและผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา ให้สมาชิกได้เขียนเพื่อประเมินความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มเรื่องโรคจิตเภท และผู้วิจัยเน้นย้ำความรู้เรื่องโรคจิตเภท ในประเด็นที่สำคัญๆอีกครั้งเพื่อให้เกิดการขับเคลื่นแรงจูงใจต่อการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท

7. จากนั้นผู้วิจัยอธิบายถึงความสำคัญของการปฏิเสธการดื่มสุราและผู้วิจัยแจกใบความรู้ที่ 4 แนวทางการปฏิเสธการดื่มสุราประกอบด้วย การแสดงคำพูดการปฏิเสธเชิญชวนให้ดื่มสุรา

8.ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 4 ทักษะการปฏิเสธ โดยให้สมาชิกในกลุ่มแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มๆละ 5 คน เพื่อให้อภิปรายกลุ่มร่วมกันโดยการแสดงบทบาทสมมติ ในการใช้ทักษะปฏิเสธการเชิญชวนให้ดื่มสุรา เพื่อให้สมาชิกจดจำและนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง โดยผู้วิจัยคอยชี้แนะเน้นย้ำจุดสำคัญที่สมาชิกนำเสนอ

9.ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมทั้งหมดและให้สมาชิกในกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ ผู้วิจัยพูดคุยให้กำลังใจสมาชิกทุกคนด้วยท่าทีอบอุ่นเป็นกันเองและเน้นย้ำให้ผู้พวายนำกลับไปใช้จริง

10.นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

ประเมินผล

ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราสามารถบอกสาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภทและผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุราตลอดจนแนวทางการปฏิเสธการดื่มสุรา และสามารถเลือกใช้ทักษะในการปฏิเสธการดื่มสุราและเข้าใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรักษาโรคจิตเภทที่ติดสุราได้อย่างถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 5

กิจกรรมครั้งที่ 5 ติดตามประเมินผลและยุติสัมพันธภาพ ทบทวนความรู้ความเข้าใจของ

ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา สรุปกิจกรรมในภาพรวม ให้คำมั่นสัญญาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สถานที่ ห้องทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้ป่วยใน ตึกพยัคฆมอก

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

ระยะเวลา 90 นาที

รูปแบบ ดำเนินการในรูปแบบกลุ่มโดยให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัวยู ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มนั่งตรงข้ามกัน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1.เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราเชื่อมั่นและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

2.เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรายังคงไว้ซึ่งความรู้เรื่อง โรคจิตเภทกับการดื่มสุรา และมีแรงจูงใจในการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1.ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราบอกแนวทางในการดูแลตนเองตามกระบวนการรักษาของโรคจิตและแนวทางการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

2.ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราบอกถึงความมั่นใจในความสามารถของตนเองเพื่อควบคุมสถานการณ์กระตุ้นในการดำเนินชีวิตของตนเองได้

สาระสำคัญ

การเสริมสร้างแรงจูงใจด้วยตนเองและการคงไว้ซึ่งแรงจูงใจในการจัดการกับความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจในขั้นตอนต่างๆข้างต้นจนกระทั่งบุคคลรับรู้และตระหนักถึงความสามารถในตนเองในการจัดการกับปัญหาการดื่มสุราของตนได้ซึ่งช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ของตนเองด้วยตนเองได้มากขึ้นตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพเพื่อสุขภาพของตนเอง โดยทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช สรุปกิจกรรมในภาพรวม ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยจะได้ร่วมกันประเมินผลวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา และวางแผนร่วมกันในการป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำโดยการร่วมกันวางแผนแนวทางที่เหมาะสม การเฝ้าระวังความเสี่ยงในการกลับไปดื่มสุราโดยผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการดูแลตนเอง ชี้นำให้ผู้ป่วยนำเทคนิควิธีการของสมาชิกในกลุ่มที่แตกต่างจากตนเองไปใช้ในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา และแนะนำให้ทำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปใช้ต่อเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 5 เรื่อง “แนวทางป้องกันการดื่มสุราซ้ำ”
2. ใบงานที่ 5 คำมั่นสัญญาต่อการหยุดดื่มสุรา
3. คู่มือกิจกรรม

ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม

ระยะสร้างสัมพันธภาพ (ใช้เวลา 20 นาที)

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยให้สมาชิกในกลุ่มนั่งเป็นรูปตัวยู หันหน้าเข้าหากัน หลังจากนั้นเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย พูดคุยกับสมาชิกในกลุ่มเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป แนะนำตัวเองกับสมาชิกในกลุ่ม ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร จริงใจแสดงถึงการยอมรับ ในตัวผู้ป่วยเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกไว้วางใจและมีความเต็มใจในการเปิดเผยข้อมูลของตนเองที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในระยะต่อไป เช่น “สวัสดีครับ...วันนี้สมาชิกเป็นอย่างไรบ้างครับ” “วันนี้รู้สึกดีใจมาก...ที่ได้มาพบสมาชิกอีกครั้งครับ”

2. ผู้วิจัยกล่าวชี้แจงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ (ใช้เวลา 20 นาที)

3. ผู้วิจัยแจกใบความรู้เรื่องแนวทางป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำและอธิบายให้ข้อมูล ความรู้แก่สมาชิก

4. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อมูลที่สงสัยเกี่ยวกับความรู้เรื่อง แนวทางการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำและเชื่อมโยงให้สมาชิกกลุ่มอภิปรายเล่าประสบการณ์ในการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

5. ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 5 โดยให้สมาชิกเขียนข้อความสั้นๆ (SMS) เพื่อให้คำมั่นสัญญาว่าจะไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำอีก และให้อ่านให้สมาชิกในกลุ่มฟังทีละคนเพื่อเป็นการให้คำมั่นสัญญาร่วมกัน

6. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมที่ได้ทำครั้งนี้และให้สมาชิกในกลุ่มร่วมอภิปรายสาระที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่มครั้งนี้

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

7. ผู้วิจัยให้สมาชิกเขียนสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมในภาพรวมทั้งหมด เพื่อติดตามสิ่งที่สมาชิกได้รับจากการได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้

8. ผู้วิจัยพูดคุยให้กำลังใจสมาชิกทุกคนด้วยท่าทีอบอุ่นเป็นกันเองและเน้นย้ำให้ผู้ช่วยนำกลับไปใช้จริง

9. กำกับกับการทดลองทันที โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราตอบแบบวัดระดับแรงจูงใจในการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราและแบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

การประเมินผล

ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราผลการแสดงออกทางคำพูด สีหน้า ท่าทาง ซึ่งแสดงความมั่นใจ มีแรงจูงใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุราและการดูแลตนเอง มีท่าทียอมรับ มีทัศนคติที่ดีต่อการเจ็บป่วยและมีมุมมองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา บอกประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมและบอกความรู้สึกมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตัวเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องโดยไม่มีพฤติกรรมดื่มสุราซ้ำ

การกำกับการทดลอง

ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยทำการกำกับการศึกษา โดยให้ผู้ช่วยทำแบบวัดระดับแรงจูงใจในการรักษาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราและแบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราทันทีแสดงผลการกำกับการศึกษา ดังตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 3 คะแนนระดับแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม(n=20)

คนที่	แรงจูงใจในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา	
	หลังการทดลอง	
	คะแนน	ระดับ
1	68	สูง
2	72	สูง
3	76	สูง
4	75	สูง
5	76	สูง
6	71	สูง
7	72	สูง
8	72	สูง
9	71	สูง
10	69	สูง
11	71	สูง
12	72	สูง
13	72	สูง
14	75	สูง
15	62	สูง
16	70	สูง
17	74	สูง
18	64	สูง
19	68	สูง
20	70	สูง
\bar{X} (71.00) S.D (3.63)		

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราของกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยรายข้ออยู่ระหว่าง 61-78 คะแนน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาในระดับที่สูง ซึ่งถือว่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการศึกษา (Pre test) ก่อนการทำกิจกรรม 1 วันโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา เพื่อวัดระดับความเสี่ยงของการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

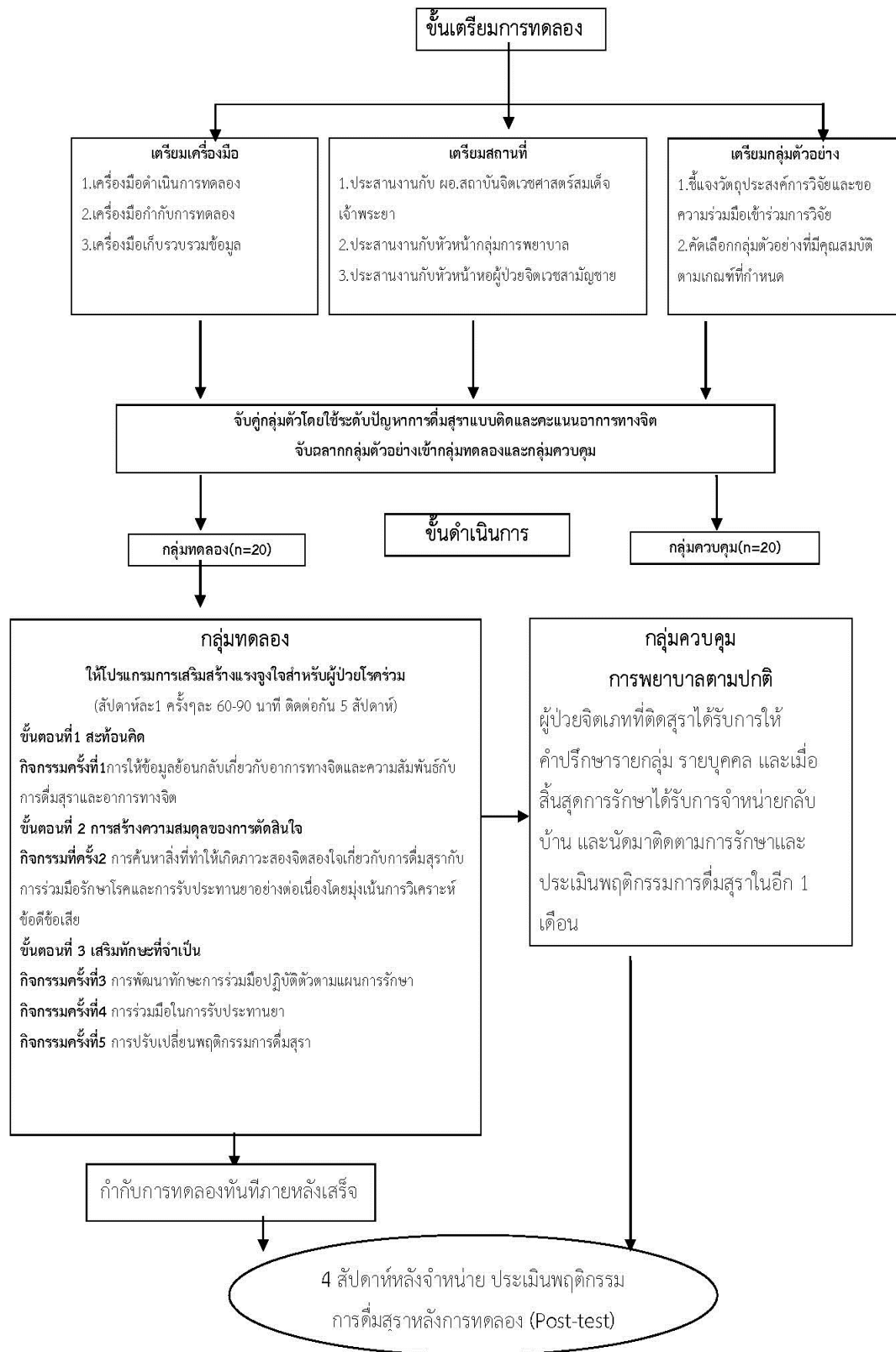
หลังดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 5 กิจกรรม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบประเมินระดับแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราและแบบประเมินความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราทันที 5 มีนาคม 2559 และหลังจากนั้นอีก 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการวัดผลตัวแปรตาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Post test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณในวันที่ 5 เมษายน 2559 และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ โดยแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental Research) ศึกษา 2 กลุ่มแบบก่อนและหลังการทดลอง(The Two Groups pre-post test Design)มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุราร่วมด้วยตามหลักการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก(ICD-10)ที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 ราย ผู้วิจัยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน(Matched paired)ด้วยระดับปัญหาการดื่มสุราและระดับความรุนแรงของอาการทางจิต เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะส่งผลกระทบต่อการศึกษา จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คนมีการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในระยะก่อนการทดลองหลังการทดลอง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายโดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 5

ส่วนที่ 2 คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราของกลุ่มควบคุมก่อน(Pre test) และหลังการทดลอง (post test) ดังแสดงในตารางที่ 6

ส่วนที่ 3 คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราของกลุ่มทดลองก่อน(Pre test) และหลังการทดลอง (post test) ดังแสดงในตารางที่ 7

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังแสดงในตารางที่ 8

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังแสดงในตารางที่ 9

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

	Total (n=40)		กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
≤ 30	12	30.0	5	25.0	7	35.0
31-40	11	27.5	7	35.0	4	20.0
> 40	17	42.5	8	40.0	9	45.0
Mean ± S.D.	37.33 ± 9.83		36.30 ± 10.28		38.35 ± 9.52	
Min-Max	20-57		20-52		25-57	
สถานภาพสมรส						
โสด	22	55.0	15	75.0	7	35.0
คู่	9	22.5	1	5.0	8	40.0
หม้าย	1	2.5	1	5.0	-	-
หย่าร้าง	7	17.5	3	15.0	4	20.0
แยกกันอยู่	1	2.5	-	-	1	5.0
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ไม่ได้รับการศึกษา	2	5.0	2	10.0	-	-
ประถมศึกษา	11	27.5	5	25.0	6	30.0
มัธยมศึกษา	7	17.5	6	30.0	1	5.0
อนุปริญญา	3	7.5	-	-	3	15.0
ระดับปริญญาตรี	16	40.0	6	30.0	10	50.0
อื่นๆ	1	2.5	1	5.0	-	-
เริ่มดื่มสุราครั้งแรกอายุ (ปี)						
Mean ± S.D.	19.75 ± 3.78		18.25 ± 3.64		21.25 ± 3.37	
Min-Max	13-30		13-26		16-30	

ตารางที่ 4 (ต่อ)

	Total (n=40)		กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ดื่ม (ปี)						
1-10	15	37.5	8	40.0	7	35.0
11-20	10	25.0	7	35.0	3	15.0
>20	15	37.5	5	25.0	10	50.0
Mean ± S.D.	15.95±10.24		14.60±10.27		17.30±10.29	
Min-Max	1-37		1-32		2-37	
ชนิดที่ดื่ม						
สุราขาว 40 ดีกรี	17	42.5	10	50.0	7	35.0
เบียร์	17	42.5	7	35.0	10	50.0
สไปย	1	2.5	1	5.0	-	-
สุราสี	5	12.5	2	10.0	3	15.0
ปริมาณที่ดื่ม						
1-2 ๕	6	15.0	4	20.0	2	10.0
ครึ่งขวด	5	12.5	2	10.0	3	15.0
1-2 แก้ว	3	7.5	2	10.0	1	5.0
1 ขวดกลม	11	27.5	8	40.0	3	15.0
1 ขวดกระหิงแดง	15	37.5	4	20.0	11	55.0
ประวัติการภาวะถอนพิษสุรา						
เคย	1	2.5	1	5.0	-	-
ไม่เคย	39	97.5	19	95.0	20	100.0

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นถึงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประวัติการดื่มสุรา ระยะเวลาและปริมาณการดื่มสุรา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุ 40 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 40 และ 45 ตามลำดับ สถานภาพโสดสูงสุดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 75 และ 35 ตามลำดับ การศึกษาซึ่งกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาทั้งมัธยมศึกษาและระดับปริญญาตรีสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนกลุ่มทดลองระดับการศึกษาสูงสุดคือระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 50 ระยะเวลาการดื่มสุราของกลุ่มทดลองอยู่ระหว่าง 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการดื่มสุรา มากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 ชนิดของการดื่มสุรากลุ่มทดลองพบว่าสุรขาว 40 ตรีสูงถึงร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าดื่มเบียร์สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 50 ปริมาณการดื่มสุรากลุ่มทดลองพบว่า 1 ขวดกลมต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มควบคุมมีปริมาณการดื่มอยู่ที่ 1 ขวดกระetingแดง คิดเป็นร้อยละ 55 และพบประวัติเกิดภาวะถอนพิษสุราในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 5 ส่วนกลุ่มควบคุมไม่พบประวัติการถอนพิษสุรา



ส่วนที่ 2 คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre test) และหลังการทดลอง (post test)

ตารางที่ 5 คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราและการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre test) และหลังการทดลอง (post test)

คนที่	พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา				
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ผลต่างคะแนน
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	
1	26	ดื่มแบบติด	16	แบบอันตราย	-10
2	25	ดื่มแบบติด	23	ดื่มแบบติด	-2
3	25	ดื่มแบบติด	16	แบบอันตราย	-9
4	25	ดื่มแบบติด	18	แบบอันตราย	-7
5	21	ดื่มแบบติด	18	แบบอันตราย	-3
6	25	ดื่มแบบติด	16	แบบอันตราย	-9
7	20	ดื่มแบบติด	22	ดื่มแบบติด	2
8	24	ดื่มแบบติด	20	ดื่มแบบติด	-4
9	24	ดื่มแบบติด	21	ดื่มแบบติด	-3
10	23	ดื่มแบบติด	16	แบบอันตราย	-7
11	20	ดื่มแบบติด	14	เสี่ยง	-6
12	21	ดื่มแบบติด	20	ดื่มแบบติด	-1
13	24	ดื่มแบบติด	20	ดื่มแบบติด	-4
14	23	ดื่มแบบติด	18	แบบอันตราย	-5
15	21	ดื่มแบบติด	18	แบบอันตราย	-3
16	20	ดื่มแบบติด	18	แบบอันตราย	-2
17	27	ดื่มแบบติด	17	แบบอันตราย	-10
18	21	ดื่มแบบติด	18	แบบอันตราย	-3
19	28	ดื่มแบบติด	22	ดื่มแบบติด	-6
20	23	ดื่มแบบติด	16	แบบอันตราย	-7
	$\bar{X} = 23.30$		$\bar{X} = 18.35$		$\bar{d} = -4.95$
	S.D. = 2.41		S.D. = 2.43		SD = 3.22

จากตารางที่ 5 พบว่าก่อนการทดลองผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราในกลุ่มควบคุมทั้งหมดมีพฤติกรรมการดื่มสุราแบบติด แต่หลังการทดลองพบว่า พบว่า สาเหตุที่กลุ่มควบคุมมีระดับพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงกว่าก่อนการทดลองจำนวน 13 คน

ส่วนที่ 3 คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราของกลุ่มทดลองก่อน (Pre test) และหลังการทดลอง (post test)

ตารางที่ 6 คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา และการแปลผลของกลุ่มทดลอง ก่อน (Pre test) และหลัง (post test)

คนที่	พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา				
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ผลต่างคะแนน
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	
1	24	ดื่มแบบติด	13	แบบเสี่ยง	-11
2	22	ดื่มแบบติด	16	แบบอันตราย	-6
3	21	ดื่มแบบติด	9	แบบเสี่ยง	-12
4	28	ดื่มแบบติด	13	แบบเสี่ยง	-15
5	20	ดื่มแบบติด	12	แบบเสี่ยง	-8
6	23	ดื่มแบบติด	12	แบบเสี่ยง	-11
7	20	ดื่มแบบติด	11	แบบเสี่ยง	-9
8	23	ดื่มแบบติด	14	แบบเสี่ยง	-9
9	20	ดื่มแบบติด	13	แบบเสี่ยง	-7
10	25	ดื่มแบบติด	14	แบบเสี่ยง	-11
11	20	ดื่มแบบติด	13	แบบเสี่ยง	-7
12	22	ดื่มแบบติด	14	แบบเสี่ยง	-8
13	22	ดื่มแบบติด	14	แบบเสี่ยง	-8
14	25	ดื่มแบบติด	12	แบบเสี่ยง	-13
15	23	ดื่มแบบติด	13	แบบเสี่ยง	-10
16	24	ดื่มแบบติด	14	แบบเสี่ยง	-10
17	20	ดื่มแบบติด	10	แบบเสี่ยง	-10
18	32	ดื่มแบบติด	14	แบบเสี่ยง	-18
19	26	ดื่มแบบติด	10	แบบเสี่ยง	-16
20	25	ดื่มแบบติด	14	แบบเสี่ยง	-11
	$\bar{X} = 23.25$		$\bar{X} = 12.75$		$\bar{d} = -10.50$
	S.D. = 3.08		S.D. = 1.71		SD = 3.12

จากตารางที่ 6 พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) อยู่ในระดับการดื่มแบบติด แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดระดับการดื่มลงทุกราย

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา(AUDIT)ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราก่อนและหลังการทดลองระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(n=40)

คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	23.25	3.08	19	15.049	<0.001*
หลังการทดลอง	12.75	1.71			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	23.30	2.41	19	6.876	<0.001*
หลังการทดลอง	18.35	2.43			

จากตารางที่ 7 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราในกลุ่มทดลองหลังการทดลองน้อยกว่า ($\bar{X}=12.75$, S.D.= 1.72)ก่อนการทดลอง ($\bar{X}=23.25$, S.D.= 3.08)

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(n=40)

คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	23.25	3.08	38	0.057	0.955
กลุ่มควบคุม	23.30	2.41			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	12.75	1.71	38	8.415	<0.001*
กลุ่มควบคุม	18.35	2.43			

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราในกลุ่มทดลองหลังการทดลองน้อยกว่า($\bar{X}=12.75$, S.D.= 1.71)ก่อนการทดลอง ($\bar{X}=23.25$, S.D.= 3.08)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง(The Pre test -post test Control Group Design)(Polit and Beck,2004) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1.เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา
- 2.เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

- 1.พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
- 2.พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ว่าเป็นโรคจิตเภท(F20.0-20.9)และใช้สุราซึ่งรวมถึงการติดสุรา(F10.1-10.2)ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช(ICD-10) ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งอยู่ในระยะเตรียมจำหน่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมของ Martino et al (2002) ซึ่งการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน 5 กิจกรรม ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1สะท้อนความคิด กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดื่มสุราให้ข้อมูลโปรแกรมการบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมการประเมินระดับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ประเมินระดับอาการทางจิต ขั้นตอนที่ 2 การสร้างความสมดุลของการตัดสินใจ กิจกรรมครั้งที่ 2 ประเมินระดับแรงจูงใจโดยการชั่งน้ำหนักข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมที่ยังลังเลใจอยู่ ให้ข้อมูลเพื่อสร้างจุดมุ่งหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของการดื่มสุรา ขั้นตอนที่ 3 เสริมทักษะที่จำเป็น กิจกรรมครั้งที่ 3 ประเมินระดับแรงจูงใจมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงลักษณะพฤติกรรมทางบวกและทางลบ โดยใช้กลยุทธ์ในการพูดซ้ำๆ เข้าใจง่ายและสามารถมองเห็นภาพ กิจกรรมครั้งที่ 4 ประเมินระดับแรงจูงใจมุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทบ่งชี้ถึงอาการ อาการแสดงของโรค อาการเตือน การจัดการกับอาการทางจิตและสิ่งกระตุ้นตลอดจนการฝึกทักษะการปฏิเสธ การรักษาด้วยยาและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมครั้งที่ 5 ติดตามประเมินผลและยุติสัมพันธภาพ ทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา สรุปกิจกรรมในภาพรวม โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง รวม 5 สัปดาห์ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบเนื้อหาของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยให้ผู้ทรงทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คนตรวจสอบ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 10 คน โดยทดลองจนครบทั้ง 5 กิจกรรม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขสมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการดื่มสุรา ปริมาณ ความถี่ในการดื่มสุรา ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการดื่มสุรา โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (AUDIT : Alcohol Use Disorder Identification Test) เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้นมา

เพื่อใช้ในการค้นหาปัญหาจากการติดสุราและค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงจากการดื่มสุรา ผู้ที่ดื่มสุราแบบหนัก และผู้ดื่มสุราแบบติด (WHO, 2001) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบหลักในเรื่อง การดื่มสุราแบบอันตราย อาการติดสุรา และการเกิดพิษของสุราโดยประเมินจากการดื่มสุรา ได้แก่ ปริมาณและความถี่ในการดื่มสุรา จำนวนครั้งของการดื่มหนัก การที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มสุรา ความรู้สึกเสียใจหลังจากการดื่มสุรา การจำเหตุการณ์หลังจากดื่มสุราไม่ได้ การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา การได้รับการแสดงความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับการดื่มสุรา โดยในแต่ละคำถามจะมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน การแปลความหมายจะพิจารณาตามเกณฑ์โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0-7 หมายถึงการดื่มที่มีความเสี่ยงน้อย (Low risk drinker) 8-15 หมายถึงการดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinker) 16-19 หมายถึงการดื่มแบบอันตราย (Harmful Use) ≥ 20 หมายถึง การดื่มแบบติด (Alcohol dependence) ซึ่งผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยการนำแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ตรวจสอบ แล้วนำมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI=1 จากนั้นปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน และไม่ได้นำมาหาค่าความเที่ยง เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาแล้วถือว่าเป็น gold standard

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ที่สร้างโดยพิชัย แสงชาญชัย และคณะ (2552) ตามแนวคิดของ DiClemente & Hughes (1990) และนำมาพัฒนาโดยรัชณี อุทัยพันธ์ (2555) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย 32 คำถาม โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็นคำถามทางบวก 25 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 15-27, 30, 32 และคำถามทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 11, 13, 28, 29, 31 ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 5 ดับให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามความถี่ของความรู้สึกที่เกิดขึ้น คือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ไม่เกิดความรู้สึกนั้นเลยในหนึ่งเดือน ไม่เห็นด้วย หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านเดือนละประมาณ 1-3 ครั้งตัดสินใจไม่ได้ หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เห็นด้วย หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านเป็นประจำทุกวัน ซึ่งผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คนทำการตรวจสอบ ผลการตรวจสอบความตรงเชิง

เนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 1 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

ขั้นเตรียมการวิจัย

1.ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.1เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยทำการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และแนวคิดพฤติกรรมกรรมการตีสุรา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการตีสุรา ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้งานศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม อีกทั้งได้มีการพัฒนาทักษะการทำกลุ่มโดยฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราในหอผู้ป่วยตึกพยับหมอก เพื่อให้เกิดความชำนาญและนำไปใช้จริง โดยผู้เชี่ยวชาญของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1.2เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และจัดทำแผนการดำเนินการวิจัย

สร้างโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการตีสุรา แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต แบบวัดระดับแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา แบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

1.3 เตรียมสถานที่ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โดยติดต่อประสานงานสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือการวิจัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยแจ้งกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย วิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และประสานงานหัวหน้าหอผู้ป่วยในเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

1.5 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าหอผู้ป่วยใน ได้แก่ หอผู้ป่วยพยับหมอก เฟื่องฟ้า รสสุคนธ์ ราชาวดี เพื่อขออนุญาตดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.6 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ่มชัดวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) และผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต (BPRS) และให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการคัดเลือกลงในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง นัดวัน เวลา สถานที่ ในการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม

1.7 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลอง ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำกลุ่มบำบัดและผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมต่างๆ ในการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม รายละเอียดของเครื่องมืออย่างชัดเจนก่อนดำเนินการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อเข้าใจบทบาทตนเองได้ชัดเจน

2.ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมแบบกลุ่ม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นกลุ่มละ 10 คนโดยกลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้าเวลา 9.30-11.15 น. และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในภาคบ่ายเวลา 13.00-14.30น. ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ครั้งละ 90 นาที ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 6 กุมภาพันธ์- 5 มีนาคม 2559 ณ ห้องกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้ป่วยในตึกพยับหมอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 ในวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2559 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดื่มสุราให้ข้อมูลโปรแกรมการบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมการประเมินระดับพฤติกรรมการดื่มสุรา ประเมินระดับอาการทางจิต

สัปดาห์ที่ 2 ในวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2559 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 ประเมินระดับแรงจูงใจโดยการชั่งน้ำหนักข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมที่ยังลังเลใจอยู่ ให้ข้อมูลเพื่อสร้างจุดมุ่งหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของการดื่มสุรา

สัปดาห์ที่ 3 ในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2559 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 ประเมินระดับแรงจูงใจมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงลักษณะพฤติกรรมทางบวกและทางลบ โดยใช้กลยุทธ์ในการพูดซ้ำๆ เข้าใจง่ายและสามารถมองเห็นภาพ

สัปดาห์ที่ 4 ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2559 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 ประเมินระดับแรงจูงใจ มุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้เรื่อง โรคจิตเภทซึ่งถึงอาการ อาการแสดงของโรค อาการเตือน การจัดการ กับอาการทางจิตและสิ่งกระตุ้นตลอดจนการฝึกทักษะการปฏิเสธ การรักษาด้วยยาและความสำคัญ ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 5 ในวันที่ 5 มีนาคม 2559 ดำเนินกิจกรรมที่ 5 ติดตามประเมินผลและยุติ สัมพันธภาพ ทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา สรุปกิจกรรมในภาพรวม

การกำกับการทดลอง

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลอง โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติด สุราตอบแบบประเมินระดับแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตที่ติดสุรา ภายหลังสิ้นสุด กิจกรรมทันที

3.ระยะสรุปผลดำเนินกิจกรรม

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการศึกษา(Pre test) ก่อนการทำกิจกรรม 1 วัน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินก่อนการวิจัยโดยใช้เครื่องมือ ประเมินอาการทางจิต (BPRS)และแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา เพื่อวัดระดับความเสี่ยงของการ ดื่มสุรา และหลังจากดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 5 กิจกรรม และหลังจากนั้นอีก 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการ วัดผลตัวแปรตาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Post test)และแจ้งให้ กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณในวันที่ 5 เมษายน 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บ รวบรวมข้อมูล ก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าทางสถิติดังนี้

- 1.ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ
- 2.คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรากลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้าง แรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติ ทดสอบที (Paired t test)
- 3.คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการ ทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t test)
- 4.มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัย 2 ประการ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ดังนั้นจากผลการวิจัยครั้งนี้ จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม มีผลทำให้พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดและลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราเกิดแรงจูงใจ มั่นใจในการใช้ความสามารถ และศักยภาพของตนเองในการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยทำให้เกิดอ้อมโนทัศน์เชิงบวก เกิดความมุ่งมั่นในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.5 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 55 การศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 40 ระยะเวลาการดื่มสุราระหว่าง 10-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 ชนิดของเครื่องดื่มที่นิยมดื่มมากที่สุดได้แก่สุราขาวสีลิปติกีร์และเบียร์ คิดเป็นร้อยละ 42.5 โดยปริมาณการดื่มต่อวันมากกว่า 1 ขวดกลม คิดเป็นร้อยละ 37.5 และยังไม่เคยมีอาการถอนพิษสุราคิดเป็นร้อยละ

จากผลการวิจัยดังกล่าวอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นชาย พบมากที่สุดในช่วงอายุ 31-40 ปี มีอายุเฉลี่ย 37.33 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาพร รัฐมั้น (2558) มีอายุเฉลี่ย 36.55 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ซึ่งสอดคล้องกับสถานภาพส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ต้องพึ่งตนเองได้แก่ โสด คู่อยู่อย่าง ร้าง หม้าย แยกกันอยู่ ร้อยละ 55 (มณฑนา กิตติพิรัชล , 2551)

2.ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราหลังการทดลองของกลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลข้างต้นดังนี้

จากการที่พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราซึ่งได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมลดลงกว่าก่อนทดลองนั้น เนื่องจากได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม มีขั้นตอนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเสริมสร้างแรงจูงใจที่เกี่ยวข้องกับการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา มีความรู้ ความเข้าใจและมีพฤติกรรมป้องกันการการดื่มสุราในการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม ที่ดีขึ้น โดยเฉพาะได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ สาเหตุ การรักษา การป้องกันดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนสุขภาพ โดยการค้นหาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุรา ให้ความรู้เรื่อง สุราที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของโรคจิตเภท ผลที่เกิดจากการดื่มสุรา การฝึกทักษะการปฏิเสธ การฝึกทักษะจำเป็นเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อเกิดความเครียดมุ่งเน้นไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำ กระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราและคงการรักษาอาการโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับแนวคิดของ Martino et al (2002) ที่กล่าวว่าเน้นการส่งเสริมให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราแบบติดโดยบูรณาการ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเน้นกระบวนการจัดการกับอาการของโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาและการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการเสพติดสุราโดยใช้รูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้จะส่งต่อการลดพฤติกรรมการดื่มสุราหรือพึ่งพิงสุราเมื่อเกิดปัญหาต่างๆ (Martino et al ,2002)สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชัย แสงชาญชัย, (2552)พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราจำเป็นจะต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม รวมถึงการบำบัดอาการทางจิตควบคู่กันไป

กระบวนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมที่นำมาใช้ในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา มีทั้งหมด 3 ขั้นตอน ในแต่ละขั้นตอนสามารถเสริมสร้างแรงจูงใจจนส่งต่อการลดพฤติกรรมการดื่มสุราให้กับผู้ป่วยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สะท้อนความคิดเห็นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและพฤติกรรมใดที่เป็นปัญหา สาเหตุจากอะไรและมีวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเอง และบทบาทหน้าที่ของตนเองในการจัดการกับปัญหา เห็นความสำคัญของปัญหาลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง ส่งเสริมให้เกิดการยอมรับการเจ็บป่วย โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่ถูกต้อง เกิดทักษะในการสะท้อนคิดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านลบทำให้ผู้ป่วยมีความคิดด้านบวก ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรามีอัตมโนทัศน์เชิงบวกต่อ ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะแสวงหาข้อมูลความรู้ในการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราสอดคล้องกับการศึกษาของ Miller(2000) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจจะเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองละมีความคิดเชิงบวก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ดังคำพูดของผู้ป่วย

*“ผม...ไม่รู้เลยนะเวลามีปัญหาจะทำไงก่อน คิดอย่างเดียว คือกินเหล้าจะได้คุยกับเพื่อน เมาแล้วก็ลืม”
“แล้วอย่างนี้ผมต้องทำไงละหมอ”*

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างความสมดุลของการตัดสินใจ โดยพยาบาลสนับสนุนเสริมสร้างแรงจูงใจและให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา โดยให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สุรา ผลที่เกิดจากการดื่มสุรา เพื่อให้เกิดตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและผลที่เกิดจากการดื่มสุรา ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้น ส่งผลให้มีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลและเอื้อต่อการปฏิบัติเพื่อลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยการให้ความรู้นั้นผ่านการค้นหาสภาพการณ์ของปัญหาของผู้ป่วยมาก่อน เพื่อให้เกิดทักษะได้ตรงปัญหาและมีความสมดุลกล้าที่จะตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาได้เองโดยไม่พึ่งการดื่มสุรา ร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติเมื่อกลับไปบ้านสอดคล้องกับการศึกษาของ Miller (2007) พบว่ากระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ติดสุราและสารเสพติดที่ประสบความสำเร็จในการในการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ทำให้บุคคลรับรู้ อารมณ์ ความรู้สึก ดังคำพูดของผู้ป่วย *“กินเหล้า นีมันทำให้อาการทางจิตกำเริบเธอ หมอ”*

ขั้นตอนที่ 3 เสริมทักษะที่จำเป็น การให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการปฏิเสธโดยการยกสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ทดลองให้ผู้ป่วยแก้ไขสถานการณ์ปัญหาด้วยตนเอง สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ประเมินผลการปฏิบัติที่ได้ และทบทวนความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยพยาบาลคอยให้คำแนะนำเพิ่มเติม และเสริมทักษะในการเผชิญปัญหา เสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเน้นย้ำในความสามารถของผู้ป่วยเพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยกล้าที่นำทักษะการปฏิเสธไปใช้ในชีวิตประจำวัน ก่อให้เกิดอัตมโนทัศน์เชิงบวกและมีความเข้มแข็งทางจิตใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพิชัย แสงชาญชัย,(2555)พบว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจด้วยการฝึกทักษะที่จำเป็น เป็นการกระทำการแก้ปัญหาหรือกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง นำไปสู่การปฏิบัติตนที่เหมาะสมที่สุด ดังคำพูดของผู้ป่วย

“เวลาเพื่อนมาชวนไปเหล้า ไม่รู้จะพูดว่าไงหมอ เลยต้องไปกะเขา”

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมไปใช้ตามบริบทของโรงพยาบาลในพื้นที่ที่แตกต่างกันหรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการตีตมสุราที่แตกต่างกันพยาบาลสามารถปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม เช่น ในการฝึกทักษะต่างๆ ในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น หรือการร่วมอภิปรายในการหาแนวทางเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตีตมสุรา หากพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ตีตมสุราไม่สามารถบอกแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นหรือไม่สามารถบอกแนวทางในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมได้ พยาบาลสามารถเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม

1.2 การเสริมสร้างแรงจูงใจนี้เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ตีตมสุรา มีระดับแรงจูงใจภายในเพิ่มขึ้น จนสามารถลงมือกระทำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตีตมสุราได้ ซึ่งการที่จะบ่งบอกได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ตีตมสุราสามารถกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตีตมสุราที่ต่อเนื่องต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ดังนั้นจึงควรมีการติดตามต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ตีตมสุราสามารถลงมือกระทำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตีตมสุราได้อย่างสม่ำเสมอ

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีตมสุรา

2.2 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาเกี่ยวกับตีตมสุราเมื่อกลับไปใช้ชีวิตในสังคม เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีตมสุรา

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงแนวโน้มและข้อมูลเชิงคุณภาพของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตีตมสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีตมสุราที่แตกต่างกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบเนื้อหาของกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทตีตมสุราที่มีระดับปัญหาการตีตมสุราที่แตกต่างกันให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

2.ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆที่มีปัญหาการตีตมสุรา เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีปัญหาการตีตมสุรามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตีตมสุราหรือไม่ หรือมีปัจจัยและข้อจำกัดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการตีตมสุราของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มหรือไม่

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. (2558). **โรคจิตเวชและโรคจิตชนิดอื่น**. ใน นันทวัช สิทธีรักษ์ และคณะ (บรรณาธิการ). **จิตเวช ศิริราช DSM-5**. กรุงเทพมหานคร : ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์
- จรัสรัตน์ ไกรวงษ์. (2552). การใช้กลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา. **วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา 3 (2) : 1-8.**
- ธรณินทร์ กองสุข. (2547). **สถานการณ์และเทคโนโลยีการแก้ปัญหาสุขภาพจิต**. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ. ครั้งที่ 3 วันที่ 25-27 สิงหาคม ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพฯ
- ทักษพล ธรรมรังสี และอรทัย วลีวงศ์. (2556). **เอกสารวิชาการชุด แอลกอฮอล์และสมอง**. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา[ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.cas.or.th/matters/download/109>. 16 มกราคม 2558
- นันทวัช สิทธีรักษ์ และคณะ. (2556). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดยาในโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลศรีธัญญา. **วารสารสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย 57 (2) : 185-198**
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ยูแอนดีโอ อินเทอร์เน็ต จำกัด.
- บุญศิริจันศิริมงคล และคณะ. (2554). ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย : การสำรวจระดับชาติ 2554. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 19(2): 88-102**
- บุญศิริ จันศิริมงคล, ท้ายชนนี บุญเจริญ, สรสรรพ จวงษ์, สาวิตรี สุริยะฉาย, กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไร เรื่อง และ อุ่นจิตร คุณารักษ์. (2556). โรคร่วมจิตเวชของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 21 (2): 76-87.**
- บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ. (2556). **การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง ภาวะโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ : วนิดาการพิมพ์
- ปริทรรศ ศิลปะกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2552). **แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2**. แผนงานพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษา ผู้มีปัญหาคาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท ทานตะวันเปเปอร์ จำกัด
- เปรมฤทัย ไชยชนะ. (2555). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดยาที่มีโรคจิตเวชร่วม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผลทิพย์ ปานแดงและจินตนา ยูนิพันธ์. (2547) **ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภารดี โตท่าโรง. (2551). **ประสบการณ์การเลิกดื่มสุราอย่างถาวรของผู้เคยติดยา**. **วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2(2), 45-61.**

- ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุรา. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- พัชรารวลัย กนกจรรยา. (2554). ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมเสพยาในผู้เสพติดสุรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พันธ์นภา กิตติรัตน์ไพบูรณ์.(2546).Brief Psychiatric Rating Scale:BPRS.ไม่ได้ตีพิมพ์
- พันธ์นภา กิตติรัตน์ไพบูรณ์ และหทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). แนวเวชปฏิบัติให้บริการผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่ : ไอแอมออเกโนเซอร์แอน แอดิวดเวอรี่ไทซิง
- พันธ์นภา กิตติรัตน์ไพบูรณ์, บรรณาธิการ. (2554).Module-A-โปรแกรมการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ.แผนงานพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษา ผู้มีปัญหการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.). พิมพ์ครั้งที่ 1.เชียงใหม่ :วนิดาการพิมพ์.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2555). สุรากับโรคจิต. สายด่วน 1413 ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา Alcohol help line. เอกสารอัดสำเนา
- พิชัย แสงชาญชัย. (2552). การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา. แผนงานพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษา ผู้มีปัญหการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.). พิมพ์ครั้งที่ 1.เชียงใหม่ :วนิดาการพิมพ์.
- พิชัย แสงชาญชัย, ดร.ณิ ภูขาว, สัจจว สมบัติใหม่, ณัฐนาฏ สระอุบล, สายรัตน์ นกน้อย และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. 2553. การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. กรุงเทพมหานคร: วนิดาการพิมพ์.
- พิมพ์ใจ เจนกิจจาบุลย์, ھرรษา เศรษฐบุปผา และ ดารารวรรณ ต๊ะปินตา. (2554). การพัฒนาแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุราในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสวนปรุง 1: 15-28
- ไพรวลัย รมช้าย.(2553).การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยชายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์.วารสารจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์,8(12).11-20.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.กรุงเทพมหานคร : ธรรมสาร.
- เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา. (2556). ความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต27 (1) : 1-15
- พุดชาดา จันทะคุณ.(2556).ผลของกลุ่มบำบัดต่อพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานอช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์.(2548).จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

- รัชนี้ อุทัยพันธ์. (2555) .ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชชุดา ยะสินธ์, สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์, กนกรัตน์ สุขะตุงคะ และ เขียวชัย งามทิพย์วัฒนา. (2554). ลักษณะพยาธิสภาพทางจิตของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 56 (2) : 167-178**
- ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย. (2556). **คู่มือมาตรฐานการบำบัดรักษาผู้ใช้แอลกอฮอล์. สำนักงานอนามัย กรุงเทพฯ**
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.(2556). **สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี 2556. พิมพ์ครั้งที่ 1.นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.**
- สงกรานต์ ก่อธรรมนิเวศน์. (2552).**ศัพท์ทางจิตเวช. (หนังสือชุดจุฬาฯ พจนานุกรม เล่มที่ 14). กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**
- สมนึก หลิมศิริรัตน์.(2551).ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลราชบุรี. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย,53(2),143-150.**
- สมภพ เรื่องตระกูล.(2543).**ยาเสพติด มหันตภัยเงียบที่ป้องกันได้. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.**
- สมภพ เรื่องตระกูล.(2547).**ความเครียดและอาการทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.**
- สมภพ เรื่องตระกูล.(2548).**ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.**
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2556). **รายงานประจำปี 2556 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา.สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา.**
- สถิติแห่งชาติ,สำนักงาน.(2554). **การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554.กรุงเทพมหานคร: กองสถิติสังคมสำนักงานสถิติแห่งชาติ**
- สาวิตรี สุริยะฉาย. (2556). การบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ประสบความสำเร็จ. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 27 (2) : 1-15**
- สวัสดิ์ เทียงธรรม.(2551).ผลการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา.**วารสารโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์.**
- สุกมา แสงเดือนฉาย. (2547). **รายงานวิจัยเรื่อง การศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุรา สภาพแวดล้อมทางครอบครัวและสังคม ผลกระทบจากการดื่มสุราและเจตคติต่อการดื่มสุราของผู้ป่วยสุรา. ปทุมธานี : สถาบันธัญญารักษ์.**
- สมิตรา ศรสวรรณ, สุนทรี ศรีโกสโย และ พัทยา สะอาดอาวุธ. (2556).ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุราร่วม. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 20 (3) : 144 – 153**
- อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกสรสมุทร, วาริรัตน์ ถาน้อย. (2557). **การพยาบาลจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์สายรุ้งกิจ.**
- อรัญญา แพ้จ้อย และ นรัญชญา ศรีบุรพา. (2552). **ภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติด เชียงใหม่.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 54 (1): 63-74.**

ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association.(2005). **Diagnostic and statistical manual of mental disorder.(5th ed.)**. [Text revision]. Washington, DC : Author.
- Boschloo, L et al. (2011).Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disordersFindings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). **Journal of Affective disorders 131**: 233-242
- Clark, R.E. (2001). Family support and substance use outcomes for persons with mental health illness and substance use disorders. **Schizophrenia Bulletin 27 (1)**: 93-101
- Cranford, J.A., Nolen-Hoeksema S., and Zucker, R.A. (2011). Alcohol involvement as of co-occurring alcohol use disorders and major depressive episode: Evidence from the national Epidemiologic Survey on Alcohol and related Conditions. **Drug and Alcohol Dependence 117(2-3)**:145-151
- Fortinash, K.M. and Holoday-Worret, P.A. (2012). **Psychiatric-mental health nursing.(5th ed.)**. Mosby : affiliate of Elsevier.
- 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** : 402-408
- Goodner, B. (1994). Alcohol: Care of the psychiatric patient. **Concepts of Psychiatric Nursing**.Texas : Skidmore-Roth
- Hingson W.R. (2010). Magnitude and prevention of college drinking and related problems.**Alcohol research and health 33 (1)**:45-54
- Holdcraft, L.C., Iacono, W.G., and McGue, M.K. (1998). Antisocial Personality Disorder and depression in relation to alcoholism: a community-based sample. **Journal Study Alcohol 59 (2)**: 222-226
- Ismene L, Gerrodo G, Robert R, and John H. (2002).Comorbidity of Alcoholism and Psychiatric disorder. **Alcohol Research and Health26 (2)**: 81-89
- Janosik, E.H, Davies, J. L. (1986). **Psychiatric mental health nursing**. Boston, MA : Jones and Barlett Publishers, Inc.
- Lichlyter B., Purdon S.,andTibbo P. (2011). Predictors of psychosis severity in individuals with primary stimulant addictions.**Addictive Behaviors, 36** : 137-139.
- Marquenie, L.A. et al. (2007). Origin of the comorbidity of anxiety disorders and alcohol dependence: Findings of a General Population Study. **European Addiction Research13** : 39-49

- Martino,S, Carroll 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.
- Miller,W.R.and Rollnick,S. 2002. **Motivation interviewing :Prepareing people for change.**Newyork : Guilford Press.
- Moore, D.P. and Jefferson, J.W. (2004).**Obsessive-compulsive personality disorder.**In **D.P. Moore and J.W. Jefferson (Eds).** Handbook of Medical Psychiatry.(2nd ed., chap 142). Philadelphia: Mosby Elsevier
- Moore B.C. (2005).Empirically supported family and peer intervention for dual disorders. **Research on social work practice:** 231-245
- Peterson,C.L. and Zettle, R.D. (2009). Treating inpatients with comorbid depression and alcohol use disorders: A comparison of acceptance and commitment therapy versus treatment as usual. **The Psychological Record** **59:** 521-536
- Pillowsky, D.J., Keyes, K.M., Hasin, D.S. (2009). Adverse childhood events and lifetime alcohol dependence.*American Journal of Public Health.*99 : 258-263
- Sadock, B.J. and Sadock, V.A.(2005).**Comprehensive textbook of psychiatric(8th ed.).**Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Schuckit, M.A. (2005). Alcohol-related disorders. In B.J. Sadock and V.A. Sadock(Eds), **Kaplan and Sadock'sComphrensivetextbook of psychiatric(8th ed.).** Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Sher, L. (2006). Alcoholism and suicidal behavior : a clinical overview. **ActaPsychiatricaScandinavica****113** : 13-22
- Sommers, M.s., Wray, J., Savage, C., and Dyehouse, J.M. (2003). Assessing acute and critically patients for problem drinking.**Dimention of Critical Care Nursing** **22** : 77-88
- WHO.(2003). WHO to meet beverage company representative to discuss health related alcohol issues : [online] Available from [hptt//riley@WHO.int](mailto:riley@WHO.int). [2014, December 15]
- WHO. (2014). Dependence syndrome. Management of substance abuse :[online] Available from [hptt//who.int/substance_abuse/terminology/definition/en/](http://who.int/substance_abuse/terminology/definition/en/). [2014, December 15]



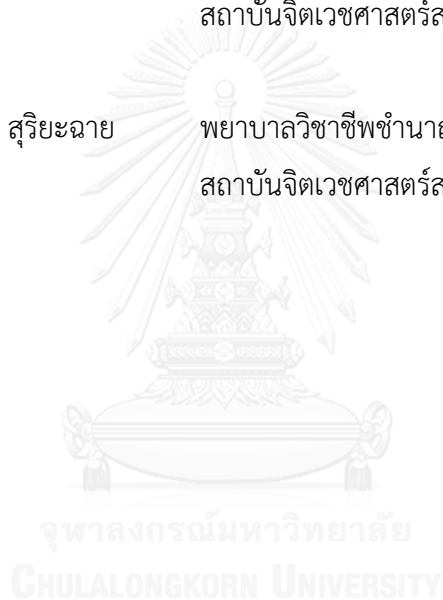
ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

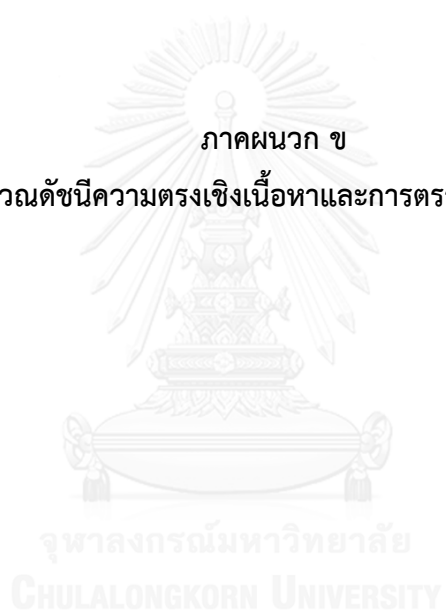


รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

- | | | |
|------------------|-------------|--|
| 1. นายแพทย์นพดล | วานิชฤดีจิต | แพทย์เชี่ยวชาญ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 2. นายอัครเดช | กลีนพิบูลย์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี |
| 3. นางเพชร | คันธ์สายบัว | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 4. นางสาวสาวิตรี | สุริยะฉาย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |



ภาคผนวก ข
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและการตรวจความเที่ยงตรง



การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

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

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

1.ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการตีมีสุรา (AUDIT)

$$CVI = 1$$





ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่อง [] หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านและเติมคำ
ในช่องว่างที่กำหนดไว้

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ..... ปี (เกิน 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)
2. สถานภาพสมรส

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

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เข้ารับการศึกษ	<input type="checkbox"/> 4. อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ.....
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่มีรายได้ มีรายได้.....บาท/เดือน
5. เริ่มดื่มสุรครั้งแรกอายุ.....ปี ระยะเวลาที่ดื่มมานาน.....ปี
6. ปริมาณการดื่มสุรา
 - 6.1 ชนิดที่ดื่ม

<input type="checkbox"/> สุราขาว 40 ดีกรี	<input type="checkbox"/> สุราสี
<input type="checkbox"/> เบียร์	<input type="checkbox"/> บรั่นดี
<input type="checkbox"/> สเปย์	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
 - 6.2 ปริมาณที่ดื่มโดยเฉลี่ยต่อวันและรวมเวลาการดื่มมานาน....วัน/สัปดาห์ (ใน1ปีที่ผ่านมา)

<input type="checkbox"/> 1-2 ก๊ก	<input type="checkbox"/> 1-2 แก้ว
<input type="checkbox"/> ครึ่งขวด	<input type="checkbox"/> 1 ขวดกลม
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	
7. ประวัติการรับการบำบัดการติดสุรา

<input type="checkbox"/> 1. เคย	<input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย
---------------------------------	------------------------------------

ส่วนนี้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น

คะแนนปัญหาการดื่มสุรา(AUDIT).....คะแนน

คะแนนระดับอาการทางจิต(BPRS).....คะแนน

แบบสอบถาม.....

แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการตีสุรา

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงพฤติกรรมกรรมการตีสุราของท่าน คำตอบของท่านจะเป็นความลับ ขอให้ท่านตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน โดยเลือกตอบ และทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดในแต่ละข้อคำถาม

ข้อความ	0	1	2	3	4
1.คุณตีสุร่าบ่อยเพียงไร	ไม่เคย เลย	เดือนละ ครั้งหรือ น้อยกว่า	2-3 ครั้ง ต่อเดือน	2-3 ครั้ง ต่อ สัปดาห์	4 ครั้งขึ้นไป ต่อ สัปดาห์
2. เลือกตอบเพียงข้อเดียว - เวลาที่คุณตีสุร่าโดยทั่วไป แล้วคุณตีประมาณเท่าไรต่อ วัน หรือ	1-2 ตี มาตรฐาน	3-4 ตี มาตรฐาน	5-6 ตี มาตรฐาน	7-9 ตี มาตรฐาน	ตั้งแต่ 10 ตี มาตรฐาน ขึ้นไป
3.....	.....	.....	.....	.....	.....
4.....	.....	.....	.....	.....	.....
5.....	.....	.....	.....	.....	.....
6. ....	.....	.....	.....	.....	.....
7. ....	.....	.....	.....	.....	.....
8. ....	.....	.....	.....	.....	.....
10.เคยมีแพทย์หรือบุคลากร ทางการแพทย์หรือเพื่อนฝูง หรือญาติพี่น้องแสดงความเป็น ห่วงเป็นใยต่อการตีสุร่าของ คุณ	ไม่เคย เลย		เคยแต่ ไม่ได้เกิด ขึ้นในปีที่ แล้ว		เคย เกิดขึ้น ในช่วง หนึ่งปีที่ แล้ว
คะแนนรวม					

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

NO	อาการและอาการแสดง	ว/ด/ป	ว/ด/ป
1	หมกมุ่น กังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย(Somatic concern)		
2	อาการวิตกกังวล(Anxiety)		
3	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....
5	.....	.....	.....
6	.....	.....	.....
7	.....	.....	.....
8	.....	.....	.....
18	ไม่รับรู้เวลา สถานที่ บุคคล(Disorientation)		
	รวมคะแนน		
	ลายมือชื่อผู้ประเมิน		

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มี 5 คำตอบ ท่านจะต้องเลือกเพียง 1 คำตอบ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ตัดสินใจไม่ได้ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง กรุณาเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือที่อธิบายได้ดีที่สุด ว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยมากน้อยเพียงใด ในแต่ละข้อความ

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ตัดสินใจไม่ได้	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.ฉันไม่มีปัญหาที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่จะต้องเปลี่ยนแปลงในขณะนี้					
2. ฉันคิดว่าฉันพร้อมที่จะปรับปรุงตัวเองให้ดีขึ้นด้วยการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา					
3.....
4.....
5.....
6.
7.
8.
32. ฉันได้พยายามเปลี่ยนแปลงตัวเองด้วยการร่วมมือในการรักษาด้วยยา แต่บางครั้งฉันนึกถึงการไม่ร่วมมืออยู่					

ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และแบบแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารคำแนะนำหรือแจ้งข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของ
ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

ชื่อผู้วิจัย นายมานะศักดิ์ เหลือมทองกลาง

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 112 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ถนนสมเด็จเจ้าพระยา
แขวงสมเด็จเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600

โทรศัพท์มือถือ 088-227-7923 E-mail : manasak_open2@hotmail.co.th

1.ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยมีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใดและเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2.โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

3.วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม

2.เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทเพศชายที่มีปัญหาการดื่มสุราซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคร่วมและโรคจิตเภท(F20) ที่มีความผิดปกติด้านจิตใจและพฤติกรรมมีสาเหตุจากการดื่มสุรา (F10) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทเพศชายที่มีปัญหาการดื่มสุราซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคร่วมและเป็นโรคจิตเภท(F20)ที่มีความผิดปกติด้านจิตใจและพฤติกรรมมีสาเหตุจากการดื่มสุรา(F10) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) อายุ 20-59 ปีที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในชาย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัย(Inclusion criteria)

1.ผู้ป่วยจิตเภทเพศชายที่มีปัญหาการดื่มสุราซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-20.9) ที่มีความผิดปกติด้านจิตใจและพฤติกรรมมีสาเหตุจากการดื่มสุราแบบติด (F10.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) อายุ 20-59 ปี

2.มีคะแนนมีการดื่มสุราจากการประเมิน AUDIT แบบติด (ระดับคะแนน 20 คะแนน)

3. มีอาการทางจิตทุเลาโดยมีระดับคะแนนตามแบบวัดคะแนนอาการทางจิต (BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน

4. มีความสามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น

5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างมีอาการแสดงทางจิตหรือภาวะแทรกซ้อนจากอาการถอนพิษสุราที่ไม่สามารถควบคุมได้

2. กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน

4. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นลักษณะของการวิจัยเชิงทดลองที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมและเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งจะมีการกระทำทดลองโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้จึงอาจมีการนัดหมายท่านมาอีกในภายหลัง และขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามที่นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่าที่จำเป็นซึ่งแบบสอบถามที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมด 5 ชุด

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test: AUDIT)(WHO,2001)แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธ์ุภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ (2552)
3. แบบวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่สร้างโดยพิชัย แสงชาญชัย และคณะ (2552) ตามแนวคิดของ DiClemente & Hughes (1990) และนำมาพัฒนาโดยรัชณี อุทัยพันธ์ (2555) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท
4. แบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) พัฒนาโดยผลทิพย์ ปานแดง (2547)
5. แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ สำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแนวคิดของ Martino et al (2002) ก่อนเข้าร่วมการวิจัยท่านจะได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้จากผู้วิจัยทุกครั้ง

5. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีคุณสมบัติที่กำหนดให้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เมื่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเข้าร่วมการวิจัยแล้วแต่ปรากฏว่ามีคุณสมบัติที่ไม่ตรงกับคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการหรือจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการช่วยเหลือดูแลตามแนวทางการดูแลของโรงพยาบาลที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเข้ารับบริการ

6. การใช้เวชระเบียนในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตในการดูข้อมูลในเวชระเบียนจากผู้อำนวยการและได้รับการยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยเซ็น ชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

7. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้มีการทดลองกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เป็นกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา เทคนิคการหลีกเลี่ยงปัญหาและการขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามของผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยเท่านั้น

8. ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยครั้งนี้

8.1 เป็นแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราร่วมให้กับบุคลากรทางสุขภาพจิต เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราร่วมเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุรา

8.2 เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดสุราร่วมโดยใช้การสร้างแรงจูงใจเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราให้มีประสิทธิภาพ

9. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่ต้องให้เหตุผลซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาที่พึงได้รับ

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับหากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

11. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการ

พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ 1 หมายเลขโทรศัพท์ 02-442-2500 ต่อ 59286, 59277

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ทำที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

วันที่..... เดือน พ.ศ.....

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรม

การดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

ชื่อผู้วิจัย นายมานะศักดิ์ เหลื่อมทองกลาง

ที่อยู่ติดต่อ 112 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ถนนสมเด็จพระยา แขวงสมเด็จพระยา
เจ้าพระยา

เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600 โทรศัพท์ 088-2277923

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจาก
การวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบาย
จากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดี

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่ง
การถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการดูแล
จากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอ
ข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า
สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระ
เจ้าพระยา อาคารราชสาทิศชั้น 1 หมายเลขโทรศัพท์ 02-442-2500 ต่อ 59286,59277

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นายมานะศักดิ์ เหลื่อมทองกลาง)

ผู้วิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย





เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวล
ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

ผู้ดำเนินการวิจัยโดย : นายมานะศักดิ์ เหลื่อมทองกลาง

สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลาดำเนินการ : มกราคม ๒๕๕๙ - มกราคม ๒๕๖๐

เอกสารที่อนุมัติ

๑. โครงการวิจัย
๒. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
๓. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาโครงการแล้ว
คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการ
วิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

(นายสินเงิน สุขสมปอง)

ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ภาคผนวก ฉ
จดหมายขออนุมัติผู้ทรงคุณวุฒิและขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/1311



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

26 สิงหาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายมานะศักดิ์ เหลื่อมทองกลาง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. นายแพทย์ นพดล วานิชฤดี | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช |
| 2. นางเพชร คันธ์สายบัว | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช |
| 2. นางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิตา ปรีชาวรรณ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวรรณ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นายแพทย์ นพดล วานิชฤดี, นางเพชร คันธ์สายบัว และนางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
นายมานะศักดิ์ เหลื่อมทองกลาง โทร. 08-8227-7923

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ 1236
วันที่ 17 ส.ค.
เวลา 10.50 น.
ผู้รับ

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดี (ผ่านรองคณบดี)

ข้าพเจ้านายมานะศักดิ์ เหลื่อมทองกลาง รหัสประจำตัว 5677197736

นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 112 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ถนน สมเด็จเจ้าพระยา แขวง สมเด็จเจ้าพระยา เขตคลองสาน จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10600 โทรศัพท์ 08-8227-7923

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

"ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่คิดสุรา"

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบวัดแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ รัชนี อุทัยพันธ์
4. ปีของวิทยานิพนธ์ 2555

ลงนาม ผู้ยื่นคำร้อง

(นายมานะศักดิ์ เหลื่อมทองกลาง)

๑๗ / ๘๑ / ๕๕

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>นางสาว น. น. / ๑๗ / ๘๑ / ๕๕</p> <p>ลงนาม (อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมชูทร์)</p> <p>๑๗ / ๘๑ / ๕๕</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>นางสาว น. น. / ๑๗ / ๘๑ / ๕๕</p> <p>ลงนาม (อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมชูทร์)</p> <p>๑๗ / ๘๑ / ๕๕</p>
<p>ความเห็นรองคณบดี</p> <p>นางสาว น. น. / ๑๗ / ๘๑ / ๕๕</p> <p>ลงนาม (อ.ดร. สุวิภา นิ่มใจ)</p> <p>๑๗ / ๘๑ / ๕๕</p>	<p>อนุญาต</p> <p>วรัญญา อินต๊ะ</p> <p>(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์)</p> <p>คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์</p>

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายมานะศักดิ์ เหลือมทองกลาง เกิดวันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ.2528 จังหวัด นครราชสีมา สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) จากวิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนีนครราชสีมาปีการศึกษา 2550 เข้ารับการศึกษในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ภาคนอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2556 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

