

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการศึกษาถึงสาเหตุของการติดสุราในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา พบว่ามีหลายแนวคิดที่อธิบายถึงสาเหตุของการเสพสุราและติดสุรา ซึ่งแนวคิดหลัก ๆ มี 3 แนวคิด คือ ทางด้านชีวภาพ ได้แก่ปัจจัยทางพันธุกรรม และด้านสารเคมีในสมอง โดยเชื่อว่าพันธุกรรมมีส่วนส่งเสริมการติดสุรา (Heinz, Wilver, & Mann, 2003 อ้างถึงใน พรหมนิภา แสนปัญญา, 2551) และจากการที่สุรา มีผลต่อ Dopamine และ Serotonin ซึ่งมีบทบาทเป็น Positive reinforcement คือ ทำให้เคลิบเคลิ้ม (Euphoria) มีความอยาก (Craving) และ ความต้องการ (Need) ดังนั้น บุคคลจึงดื่มสุราซ้ำ ๆ เพื่อให้ได้รับความสุขดังกล่าว ขณะเดียวกันผลของการดื่มสุราจะช่วยลดความวิตกกังวล และทุกข์ เศร้า หมอง ขณะที่หยุดดื่มก็ทำให้มีอาการขาดยา เช่น วิตกกังวล และทุกข์ใจก็จะกลับมาอีก ทำให้บุคคลกลับไปเสพซ้ำ และจะดื่มในปริมาณเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เป็นเวลานาน เนื่องจากไม่สามารถเลิกดื่มได้ (Heinz et al., 2003; Wong et al., 2003) นอกจากนี้แนวคิดด้านจิตใจและอารมณ์ เชื่อว่าผู้ใช้สุราและสารเสพติดเป็นผู้ที่มีพัฒนาการทางด้านจิตใจอารมณ์ และบุคลิกภาพอ่อนแอ ภาวะทางอารมณ์ต่ำ ขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาชีวิต ส่วนปัจจัยด้านสังคม จัดว่าเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญมากอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการใช้สุราของบุคคลที่ใช้สุรากันเป็นประจำ และการที่สุราไม่ใช่สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย จึงสามารถหาสุรามาดื่มได้สะดวกและหาดื่มได้ตลอดเวลา ทำให้บุคคลดื่มสุราย่อยขึ้นในปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ และติดสุราในที่สุด (สวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; ทรงเกียรติ ปิยะกะ และ เวคิน ศันสนีย์เวช, 2540) และจากการที่สุรา มีผลต่อ Dopamine และ Serotonin ดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้ผู้ที่เสพติดสุราในปริมาณมาก และเป็นระยะเวลาหลาย ๆ ปี จนเกิดอาการของโรคจิตจากสุราในที่สุด อาการทางจิตอาจเกิดในขณะที่ดื่มสุราน้อยลงหรือหยุดดื่มสุรา ซึ่งอาการมักเกิดขึ้นภายใน 48 ชั่วโมง หลังหยุดดื่มสุราหรือบางรายนานกว่านั้น (สุภาพรณี ศรีตาลอ่อน, 2545)

จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ซึ่งเป็นอาการแทรกซ้อนทางจิตประสาท จากสุราที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทในสมอง จึงส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ดื่ม มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย พฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว ฉุนเฉียว การตัดสินใจและการควบคุมตนเองไม่ดี ซึ่งอาการเหล่านี้มักเกิดหลังจากหยุดดื่มสุราได้ไม่กี่ชั่วโมง และยังพบว่า บางราย

อาจมีประสาทหลอน (Alcohol hallucinosis) โดยมากเริ่มมีอาการภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากหยุดดื่ม ลักษณะอาการเด่นของประสาทหลอนส่วนใหญ่จะเป็นเสียงแว่ว เช่น เสียงนาฬิกา เสียงรถยนต์ เสียงระฆัง เสียงคนพูดกัน หรือพูดข่มขู่ผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัว กระสับกระส่าย เพื่องุนงง สับสน หงุดหงิด โกรธง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ทำลายข้าวของ หรือบุคคลรอบข้าง และทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตาย จากมีอาการประสาทหลอน ในผู้ป่วยบางราย อาจมีอาการแทรกซ้อนทางกายจะมีเหงื่อออก อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และอาจเกิดอาการชักได้ 2-3 วันหลังการหยุดดื่มสุรา จากการขาดสารแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด ภาวะนี้เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องการการรักษาด่วน ถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจเกิดภาวะสารเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล เกิดภาวะขาดน้ำ (สูวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545)

ดังนั้นการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรากลุ่มนี้ ต้องมีการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนทางกายที่อาจเกิดขึ้น การเฝ้าระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดจากภาวะสับสน กระวนกระวาย การทรงตัวเสีย หรือมีอาการอ่อนเพลีย การเฝ้าระวังการทำร้ายผู้อื่นหรือทำร้ายตนเองจากภาวะอาการทางจิตไม่สงบ และยังคงเฝ้าระวังการหลบหนีออกจากโรงพยาบาล จากอาการประสาทหลอนหรือจากที่ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งเป็นปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนสำหรับทีมการพยาบาลที่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และยังคงส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมเป็นอย่างมาก (สุภาพรณ์ ศรีตาลอ่อน, 2545)

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาเป็นโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิจำนวน 800 เตียง ซึ่งเป็นองค์กรหลักที่เป็นองค์กรวิชาการของกรมสุขภาพจิต มีพันธกิจ (Mission) พัฒนา ถ่ายทอด องค์ความรู้เทคโนโลยี และให้บริการผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป และผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่ต้องให้การบำบัดต่อเนื่อง และพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาทั่วไปและปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี คือ ปี พ.ศ. 2548-2550 พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจำนวน 212,174 และ 210 ราย ตามลำดับ (กองแผนงานและนโยบายประจำปี 2548-2550 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเพิ่มมากขึ้นทุกปี

จากการทบทวนการปฏิบัติงานเดิมในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา พบว่ามีการรักษาด้วยยาในกลุ่ม Benzodiazepines และวิตามิน เพื่อลดอาการขาดสุรา การเกิดอาการชัก และการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ ของหน่วยงาน เมื่อการรับรู้ดีขึ้น และได้เริ่มจัดให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราได้เข้า

กลุ่ม Matrix Program ที่กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาในปี พ.ศ. 2546-2549 ซึ่งเข้ากลุ่มร่วมกับผู้ป่วยใช้สารเสพติดอื่น ๆ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดและป้องกันการกลับเสพยา แต่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสุราให้ความร่วมมือน้อย เนื่องจากคิดว่าไม่มีความจำเป็นที่ต้องเข้ากลุ่มเพราะไม่ได้ติดยาเพียงแต่ดื่มสุรา รวมถึงการขาดแรงเสริมและแรงบันดาลใจในการเลิกดื่มสุราและขาดความรู้ถึงโทษและผลกระทบของการดื่ม ในปี พ.ศ. 2550 กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติดได้แยกผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเข้ากลุ่ม Matrix Program แต่พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือน้อย จึงส่งผลให้หลังจำหน่ายมีอัตราการกลับมาป่วยซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา จากสถิติย้อนหลังปี พ.ศ. 2548-2550 จำนวน 12, 8 และ 15 ราย ตามลำดับ และจากการศึกษาพบว่าการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่ได้ผลดีจะต้องให้การรักษาด้วยยาควบคู่ไปกับการบำบัดทางจิต (ธวัชชัย ลิพหานาจ, อ้างถึงในพิชัย แสงชาญชัย, 2549)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดทางจิตที่สามารถกระทำได้ทั้งในลักษณะของรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งเนื้อหาการบำบัดเน้นที่ฝึกให้บุคคลได้มีความสามารถในการใช้ทักษะความคิดและทักษะทางพฤติกรรม ในการเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงที่มาจากภายนอกและภายในตัวบุคคล ซึ่งเสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำ โดยใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมประเภทการแก้ปัญหา (Problem solving) การวิเคราะห์ปัจจัยนำที่ทำให้ดื่มสุรา (Functional analysis) การฝึกทักษะและวิธีการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงอย่างเหมาะสมแทนการดื่มสุรา (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543 อ้างถึงใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) มีการศึกษาโดยใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) มาใช้ในผู้ป่วยโรคจิตจากสุราของ ดร.ณิ ภูขาว (2545) ได้พัฒนาโปรแกรมการรักษาผู้ติดสุรา ให้เข้ากับสภาพสังคมไทย เพื่อใช้ในการให้บริการผู้ป่วยด้วยโรคพิษจากสุราและโรคพิษสุราเรื้อรัง เป็นวิจัยเชิงทดลองชนิด Clinical randomized control trial ใช้กรอบแนวคิดที่เน้นการปรับพฤติกรรมความคิดและพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 45 คน เป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการถอนพิษสุราที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี ใช้โปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่ม กลุ่มละ 6-8 คน บำบัด 5 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง สิ้นสุดภายใน 1 สัปดาห์ การติดตามผล 3 ครั้ง ห่างกัน 2 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีทักษะด้านความคิดเพิ่มขึ้นร้อยละ 85 มีทักษะการใช้พฤติกรรมในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุราร้อยละ 13.3

นิชนันท์ คำล้าน (2547) ศึกษาโครงการอิสระการใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุรา กลุ่มเป้าหมายจำนวน 20 ราย เป็นผู้ป่วยติดสุราที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินกลุ่มบำบัด 5 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง สิ้นสุดภายใน 1 สัปดาห์ ติดตามผลหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ 1 เดือน และ 2 เดือน พบว่าผู้ติดสุราจำนวน 9 ราย

จาก 20 รายไม่ดื่มสุราตลอดระยะเวลาการติดตาม และจำนวน 11 ราย มีการดื่มสุราน้อยลงกว่าก่อนได้รับการบำบัดแต่ไม่เกินมาตรฐาน

นิมิต แก้วอาจ (2549) ศึกษาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่เสพสุราในโรงพยาบาลจิตเวช กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 20 ราย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ดำเนินการกลุ่ม 5 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมงในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ติดตามผลหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ 1 เดือน และ 2 เดือน พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 14 ราย ไม่ดื่มสุราตลอดระยะเวลาการศึกษาและมีจำนวน 7 ราย ลดปริมาณการดื่มสุรา

สุนันทา ปลั่งกลาง (2550) ศึกษาการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอันตรายจากการดื่มสุรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่บำบัดที่ศูนย์บำบัดยาเสพติดขอนแก่น จำนวน 30 ราย ดำเนินการกลุ่ม 6 ครั้ง ๆ ละ 1 ½ -2 ชั่วโมง ติดตามผลหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยติดสุรา สามารถหยุดดื่มสุราได้ 40 % ดื่มลดลง 10 % กลับมาดื่มซ้ำ 16.67 % ไม่สามารถติดตามผลได้ 33.33 %

จากการทบทวนวรรณกรรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Group Cognitive Behavioral Therapy) ในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา พบว่าได้ผลดี สามารถลดการกลับไปดื่มซ้ำของผู้ป่วย และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาฯ ยังไม่มีการศึกษาถึงรูปแบบการบำบัดที่ชัดเจนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Group Cognitive Behavioral Therapy) ที่เน้นในการ ฝึกให้บุคคลได้มีความสามารถในการใช้ทักษะความคิดและทักษะทางพฤติกรรม ในการเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำ หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้วยบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง ในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ซึ่งรักษาตัวแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

### คำถามการศึกษา

การดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีความแตกต่างกันหรือไม่

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

จากการศึกษาการเกิดอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา พบว่าสุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทในสมอง จึงส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ดื่ม ซึ่งเกิดจากการดื่มสุราเป็นระยะเวลานาน และใช้ในปริมาณมาก (สุภาภรณ์ ศรีตาลอ่อน, 2545) และยังพบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเหล่านี้ มีปัญหาทางด้านการขาดทักษะ ในการจัดการกับมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิด ระดับสติปัญญา ภาวะอารมณ์ การมีเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive distortion) การเรียนรู้ที่ไม่มีประสิทธิภาพ ในการใช้ทักษะทางความคิด (Cognitive Skills) ทักษะทางพฤติกรรม (Behavioral Skills) (Sauders & Kadden, 2003 อ้างถึงใน นิमित แก้วอาจ, 2549) จึงส่งผลให้มีการใช้สุราเป็นเวลานานและต่อเนื่อง จากความคิด (Cognitive) ที่ว่าสุราทำให้มีความกล้า สุราเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ดื่มสุราแล้วทำให้สบายใจ นอนหลับง่ายขึ้นซึ่งเป็นความคิดที่ผิด ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีการดื่มสุราติดต่อกันนานจนเกิดอาการทางจิตหรืออาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสมองแล้วแสดงออกในลักษณะอาการทางจิต (ธวัชชัย ลิพนานาจ อ้างถึงใน พิชัย แสงชายชัย, 2549) อาการแสดงออกของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะมาด้วยอาการทางจิตเวชฉุกเฉิน (สุภาภรณ์ ศรีตาลอ่อน, 2549) ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตเป็นวิธีที่เหมาะสม และยังพบว่าการรักษาด้วยการบำบัดทางจิตเป็นสิ่งที่สำคัญมากในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา (ธวัชชัย ลิพนานาจ อ้างถึงใน พิชัย แสงชายชัย, 2549)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดทางจิต แยกออกมาจากพฤติกรรมบำบัดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ เนื่องจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะจัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในหรือปัญญา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภามิต, 2549) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ของ Beck (Aron Beck, 1979 อ้างถึงใน นิชนันท์ คำล้าน, 2547) ซึ่งเป็นการบำบัดเชิงรุก และมีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (time-limited) และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน (structured) นำเอาประเด็นการศึกษาของ นิชนันท์ คำล้าน (2547) มาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา และนำแนวคิดการบำบัดกลุ่มของ Yalom (Yalom, 1995) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยเน้นผลลัพธ์ที่มีปัจจัยการบำบัดที่เกิดขึ้น มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเกิดแรงจูงใจ ที่จะปรับเปลี่ยนความคิดไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้สำเร็จ (นิชนันท์ คำล้าน, 2547)

ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม มาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ซึ่งเป็นการบำบัดที่สามารถทำได้ในสถานบริการระดับตติยภูมิในระยะเวลาที่เหมาะสม ที่เน้นในการฝึกให้บุคคลได้มีความสามารถในการใช้ทักษะความคิดและทักษะทางพฤติกรรม ในการเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำ โดยการวัดจากปริมาณการดื่มสุราในแต่ละวันของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ย้อนหลัง 1 เดือนก่อนการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือนซึ่งอยู่ในระยะติดตามผลการศึกษา เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของปริมาณการดื่มสุรา โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ประกอบด้วย การดำเนินกลุ่ม 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพโดยใช้เทคนิคการสอน ขั้นตอนที่ 2 คือ ขั้นตอนการ ดำเนินการ โดยใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิดและการบำบัดทางพฤติกรรม และ ขั้นตอนที่ 3 คือ ขั้นสิ้นสุดสัมพันธภาพ จึงมีการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพโดยใช้เทคนิคการสอน ประกอบด้วยกิจกรรม 1 กิจกรรมคือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผล วิธีการและแนวทางของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สร้างข้อตกลงกับผู้ป่วยในการสำรวจตนเอง ยอมรับว่าจะต้องมียานที่เอากลับไปทำเป็น การบ้าน พร้อมทั้งจะเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และร่วมกันในการวางแผนและปฏิบัติตามแผนการ บำบัด ในกิจกรรมนี้มีการประเมินความคิด อารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ ของผู้ป่วย ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วย เมื่อพยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่มีความเชื่อถือ ไว้วางใจ (สวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545) ได้ร่วมกันกำหนดระเบียบวาระ ข้อตกลง ภายในกลุ่ม และอภิปรายร่วมกันในการกำหนดเป้าหมาย (นิชนันท์ คำล้าน, 2547)

**ขั้นตอนที่ 2** การดำเนินการ โดยใช้ เทคนิคการบำบัดทางความคิดและการบำบัดทาง พฤติกรรม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตจากสุรา เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุของการติดสุรา และการเกิดผลกระทบจากการดื่มสุราที่เป็นปัญหา คือ โรคจิตจากสุรา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของ กระบวนการคิด ภาวะอารมณ์ การมี เนื้อหาที่บิดเบือน (Cognitive distortion) การเรียนรู้ที่ไม่มีประสิทธิภาพ ในการใช้ทักษะทาง ความคิด (Cognitive skills) และทักษะทางพฤติกรรม (Behavioral skills)(Sauders & Kadden , 2003 อ้างในนิमित แก้วอาจ, 2549) ที่ส่งผลให้มีการใช้สุราในปริมาณมากและเป็นเวลาต่อเนื่อง จนเกิด โรคจิตจากสุรา ซึ่งการให้ข้อมูลหรือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีความรู้

ความเข้าใจถึงปัญหาและสาเหตุของการเกิดปัญหา แนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเองดีขึ้น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรมที่ 3 การสำรวจและวิเคราะห์ปัจจัยนำมาสู่การดื่มสุรา เป็นการให้ผู้ป่วยสำรวจและระบุสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุรา และวิเคราะห์หาปัจจัยและสาเหตุของเหตุการณ์นั้น ๆ และวิเคราะห์หาจุดอ่อนหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ใจอ่อนกลับไปดื่มสุรา รวมทั้งหาจุดแข็งในการปฏิเสธที่เคยใช้ได้ผลของสมาชิกแต่ละราย และนำมาอภิปรายในกลุ่มเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไข โดยใช้ทักษะทางความคิด (Cognitive skills) และทักษะทางพฤติกรรม (Behavioral skills) คำนึงถึงความสามารถของตนเองที่ทำได้สำเร็จ เพื่อนำมาวางแผนตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

กิจกรรมที่ 4 ปรับแก้ความคิดที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงที่นำไปสู่การดื่มสุรา เป็นกิจกรรมที่ใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) เพื่อเน้นให้ผู้ป่วยสำรวจตนเอง และบอกถึงความคิดที่นำไปสู่การดื่มสุรา โดยการวิเคราะห์ปัจจัยนำที่ทำให้ดื่มสุรา (Functional analysis) และ วิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหา และนำมาประกอบการวางแผนปรับความคิด เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มุ่งที่พฤติกรรมและเทคนิคในการปรับพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 5-7 การฝึกทักษะการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่สำคัญของแต่ละคน เป็นการใช้เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) ตามวิธีการและเทคนิคของการบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) ที่พัฒนาขึ้นโดยเบคและคณะ (Beck et al., 1979 อ้างถึงใน นิชนันท์ คำสำเนา, 2547) ได้แก่ การทำแบบฝึกหัดในห้อง และการใช้กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เน้นในเรื่องปรับเปลี่ยนความคิด การระดมสมองหาเทคนิควิธีการต่าง ๆ ที่นำมาใช้ในการควบคุมพฤติกรรม จัดกิจกรรมที่ให้สมาชิกปรับความคิดใหม่ ฝึกแก้ปัญหา เช่น การคลายเครียดด้วยวิธีอื่นที่ไม่ใช่สุรา การควบคุมตนเอง (Self control) การหยุดความคิด (Thought stopping)

ขั้นตอนที่ 3 การสิ้นสุดสัมพันธภาพ เป็นการประเมินผลและยุติโปรแกรมการศึกษา

กิจกรรมที่ 8 สรุปกิจกรรมทั้ง 7 กิจกรรมที่ผ่านมา ผู้ศึกษาใช้แนวคิดหลักการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีการระบุว่าความคิดเป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่มีอิทธิพลทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและติดสุรา (สมโภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2549) ดังนั้นการที่จะช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง จึงควรช่วยให้คนปรับแก้ที่ความคิดของตนเองและเพิ่มทักษะในการหลีกเลี่ยงกับเหตุการณ์เสี่ยงต่าง ๆ ที่จะทำให้อ่อนแอการดื่มสุรา ฉะนั้นการที่เปลี่ยนความคิดนั้นต้องมีแผนการปฏิบัติที่จะสนับสนุนการเปลี่ยนความคิดด้วย การปฏิบัติจึงจะเกิดขึ้นได้

## สมมติฐานการศึกษา

การดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา หลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

## ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังทำการศึกษาเพื่อศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อการดื่มสุรา ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

- 1) ตัวแปรต้น คือ การใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- 2) ตัวแปรตาม คือ การดื่มสุรา

## คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

**ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา** หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตจากสุรา (Alcoholic Psychosis : F10.3) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (DSM - IV) จากการซักประวัติ พบว่ามีการเสพติดสุราก่อนมีอาการทางจิต และจากการประเมินภาวะการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) มีคะแนนรวมตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป ประเมินด้วยแบบประเมินการวัดระดับความรุนแรงของภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal Scale : AWS) มีค่าคะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 4 และประเมินด้วยแบบประเมินสภาวะจิตระยะสั้น (Mini Mental Status Examination) มีค่าคะแนนเท่ากับ 18 หรือมากกว่า ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยิน การมองเห็น สามารถสื่อสารเข้าใจ อ่านออกเขียนได้ อาการทางจิตทุกตัว ในผู้ป่วยที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**การใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะทางความคิด (Cognitive Skills) ทักษะทางพฤติกรรม (Behavioral Skills) แก่ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา โดยใช้กรอบแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ของ Beck (Aron Beck, 1979) ซึ่งเป็นการบำบัดเชิงรุก และมีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่



มีขอบเขต (time-limited) และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน (structured) และนำเอาประเด็นการศึกษาของนิชนันท์ คำถ่าน (2547) มาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ร่วมกับใช้แนวทางการบำบัดกลุ่มของ Yalom (Yalom, 1995) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยเน้นผลลัพธ์ที่มีปัจจัยการบำบัดที่เกิดขึ้น เพื่อพัฒนารูปแบบทางความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา มุ่งถึงการตั้งเป้าหมายในการลดปริมาณการดื่มสุรา ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 2 สัปดาห์ติดต่อกัน โดยดำเนินการกลุ่มครั้ง ครั้งละ 1 - 1 ½ ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้งต่อสัปดาห์ จนครบ 8 กิจกรรมดังนี้

- กิจกรรมที่ 1** สร้างสัมพันธภาพ การประเมินพฤติกรรมความคิดที่ทำให้ดื่มสุรา บอควัตถุประสงค์ของการบำบัด ส่งเสริมให้บอกเป้าหมายชีวิต ส่งเสริมแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา
- กิจกรรมที่ 2** ให้ความรู้เกี่ยวกับสุรา สาเหตุของการติดสุรา ผลกระทบจากดื่มสุรา
- กิจกรรมที่ 3** สำรวจและวิเคราะห์ปัจจัยนำที่นำมาสู่การดื่มสุรา
- กิจกรรมที่ 4** ปรับแก้ความคิดที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงที่นำไปสู่การดื่มสุรา
- กิจกรรมที่ 5-7** ฝึกทักษะการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่สำคัญของแต่ละคน
- กิจกรรมที่ 8** ประเมินผลและยุติโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

**การดื่มสุรา** หมายถึง จำนวนของสุราที่ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ดื่มต่อวัน สามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามปริมาณการดื่มสุราของ Sobell et al. (1992) ซึ่งได้แปลเป็นภาษาไทยโดยครุณี กุ๋ขาว (2545) เป็นการถามข้อมูลย้อนหลังที่เกี่ยวกับปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในแต่ละวัน ซึ่งจะใช้แบบสอบถามนี้ก่อนการบำบัด โดยสอบถามย้อนหลัง 1 เดือน เพื่อเป็นข้อมูลเปรียบเทียบหลังการบำบัดในระยะติดตามประเมินผล 1 เดือน เมื่อผู้สอบถามกระทำการสัมภาษณ์เสร็จสิ้นให้แปลปริมาณของสุราที่ผู้ตอบได้บันทึกไว้ให้อยู่ในรูปของจำนวนดื่มมาตรฐาน

การศึกษาครั้งนี้ใช้เวลาในการติดตามประเมินผล 2 ครั้ง คือ 2 สัปดาห์ และ 1 เดือนหลังจำหน่าย โดยผู้ศึกษาได้ชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถามปริมาณการดื่มสุราให้สมาชิกกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ อธิบายวิธีการส่งแบบประเมินกลับมาให้ผู้ศึกษาทางจดหมาย โดยผู้ศึกษาได้ให้แบบสอบถามพร้อมซองจดหมายที่จำหน่ายซองถึงผู้ศึกษาและติดแสตมป์เรียบร้อย และส่งกลับมาให้ผู้ศึกษาเมื่อครบกำหนด หรือมาพบผู้ศึกษาเมื่อมาพบแพทย์ตามนัดที่ตีผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา มีศักยภาพในการดำรงชีวิต ลดอัตราการป่วยซ้ำจากการดื่มสุรา
2. สามารถนำเอารูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆต่อไป