

ผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์



นางสาวพุดิชาดา จันทะคุณ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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.

THE EFFECT OF BEHAVIORAL INTERVENTION ON ALCOHOL CONSUMPTION OF  
SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH ALCOHOL ABUSE

Miss Putthichada Janthakun



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

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

Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์
โดย	นางสาวพุดิชาดา จันทะคุณ
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)  
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

พุมิชาดา จันทะคุณ : ผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์. (THE EFFECT OF BEHAVIORAL INTERVENTION ON ALCOHOL CONSUMPTION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH ALCOHOL ABUSE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 144 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งโดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ก่อนและหลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม 2) เปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วมซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชน และมารับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ด้วยคะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และสุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการทำกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ (AUDIT) และ 4) แบบวัดความสามารถในการเผชิญความเครียด เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 3 และ 4 มีค่าความเที่ยงอัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 33.818$ )
2. การบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมลดลงต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = -7.185$ )

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ลายมือชื่อนิติต .....

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....

# # 5377816236 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING  
 KEYWORDS: ALCOHOL CONSUMPTION / BEHAVIORAL INTERVENTION /  
 SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITHALCOHOL

PUTTHICHADA JANTHAKUN: THE EFFECT OF BEHAVIORAL INTERVENTION  
 ON ALCOHOL CONSUMPTION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH  
 ALCOHOL ABUSE. ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIS, Ph.D., 144 pp.

The purpose of this quasi – experimental research using the pretest – posttest randomized control group design were: 1) to compare the alcohol consumption of schizophrenic patients with alcohol abuse before and after received the group behavioral intervention, 2) to compare the alcohol consumption of schizophrenic patients with alcohol abuse who received the group behavioral intervention and those who received regular caring activities. The 40 samples were schizophrenic patients with alcohol abuse in community, who sought for services at outpatient department, mental health and psychiatric hospital. The samples were matched pair according to alcohol consumption scores and length of diagnosis with schizophrenia and then randomly assigned into experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the group behavioral intervention program developed by the researcher. The control group received regular caring activities. The research instruments consisted of: 1) the group behavioral intervention program, 2) Demographic questionnaire, 3) the AUDIT scale and 4) The coping scale. All instruments were validated for content validity by 5 experts. The reliability of the 3rd and 4th instruments were reported by Chronbach Alpha as of 0.82 and 0.86 respectively. The t-test was use in data analysis.

Major findings were as follows:

1. The alcohol consumption of schizophrenic patients with alcohol abuse after received the group behavioral intervention was lower than that before ( $t=33.818$ ,  $p < 0.05$ ).

2. The alcohol consumption of schizophrenic patients with alcohol abuse after received the group behavioral treatment was lower than those who received the regular caring activities ( $t = -7.185$ ,  $p < 0.05$ ).

Field of Study: Mental Health and  
 Psychiatric Nursing

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Academic Year: 2013

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่า ให้คำปรึกษา แนะนำ ข้อคิดเห็น และแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้ความเอื้ออาทร เอาใจใส่ และให้กำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาที่ท่านอาจารย์มอบให้โดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลชิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะ และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ รวมทั้งคณาจารย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทสรรพวิชาความรู้ ประสบการณ์ และให้คำแนะนำต่างๆ ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราช นครินทร์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พยาบาลประจำการฝ่ายจิตเวชชุมชน ฝ่ายสุขภาพจิตสารเสพติด และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัย ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้เครื่องมือ และรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้ป่วยและญาติทุกท่านที่มีส่วนร่วมในความสำเร็จของงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความอนุเคราะห์ และช่วยเหลือมาโดยตลอด รวมทั้งพี่ๆ และเพื่อนๆ นิสิตทุกท่านที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้วิจัยได้พัฒนากระบวนการคิด กระบวนการทางสังคมที่เพิ่มพูนความรู้ ซึ่งช่วยทำให้ผู้วิจัยสามารถทำงานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดา มารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญา และความรัก ความเอาใจใส่ห่วงใย ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้ความสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และผู้ป่วยโรคจิตเภททุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	11
ขอบเขตการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	16
2. แนวคิดเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์.....	20
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์.....	28
4. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาล.....	33
5. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรม.....	39
6. กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม.....	48
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	51
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	56
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	56
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	59

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	67
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	85
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	95
สรุปผลการวิจัย .....	102
อภิปรายผลการวิจัย .....	102
ข้อเสนอแนะ .....	109
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป .....	110
รายการอ้างอิง .....	111
ภาคผนวก.....	123
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	124
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา.....	126
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง) .....	128
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบนินยอมของประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	138
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย .....	142
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	144



## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามระยะเวลาการเจ็บป่วย และคะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	58
ตารางที่ 2	กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ .....	70
ตารางที่ 3	คะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม (n=20).....	82
ตารางที่ 4	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา .....	87
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยต่อเดือน จำนวนครั้งการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะเวลาการเจ็บป่วย .....	88
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน สาเหตุการบริโภคแอลกอฮอล์ และประวัติการใช้สารเสพติดอื่น .....	89
ตารางที่ 7	คะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ (AUDIT) และการแปลผล ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง (Pre - test) และ หลังการทดลอง (Post - test) .....	90
ตารางที่ 8	คะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ และการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (Pre - test) และ หลังการทดลอง (Post - test) .....	91
ตารางที่ 9	เปรียบเทียบคะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ (คะแนน AUDIT) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รายบุคคล ก่อนและหลังการทดลอง .....	92
ตารางที่ 10	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม .....	93

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่มีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งด้านกระบวนการความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม (Sadock and Sadock, 2007) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคทางจิตเวชชนิดอื่นๆ คือพบประมาณร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (Bethesda, 1999) และพบได้ทุกเชื้อชาติ ศาสนา ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ในอัตราเท่าๆ กัน แต่เพศชายมักเริ่มป่วยเป็นโรคในช่วงอายุน้อยกว่าเพศหญิง คือพบได้ในช่วงอายุ 15-54 ปี โดยจะปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงระยะวัยรุ่นตอนปลายหรือช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (America Psychiatric Association, 2000) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลทางระบาดวิทยาของประชากรทั่วโลก พบว่าจำนวนผู้ป่วยสะสมหรืออัตราความชุกของโรคจิตเภท มีค่าประมาณร้อยละ 1 (Sadock and Sadock, 2007) สำหรับอุบัติการณ์หรืออัตราการเกิดโรครายใหม่ของโรคจิตเภทนั้นพบได้ประมาณ 0.5-1.5 ต่อประชากร 10,000 ราย หรือโดยเฉลี่ยจะมีผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 2 ล้านคนต่อปี (Sadock and Sadock, 2005) สอดคล้องกับผลการศึกษาคความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วโลก พบว่าประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณ 6 ต่อประชากร 1,000 ราย (Burnam et al. 1987 อ้างใน พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) และในประเทศอังกฤษพบผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงถึง 7.5 ต่อประชากร 1,000 ราย (Bamrah et al., 1991อ้างใน พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) สำหรับประเทศในทวีปเอเชีย เช่น ประเทศศรีลังกา พบผู้ป่วยโรคจิตเภท 5.5 (Wijesinghe et al., 1978 อ้างใน พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) และประเทศอินเดีย พบผู้ป่วยโรคจิตเภท 2.2 ต่อประชากร 1,000 ราย (Nandi et al., 1980 อ้างใน พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) สำหรับการศึกษาทางระบาดวิทยาในประเทศไทยพบว่าอัตราความชุกชั่วชีวิตของการเกิดโรคจิตเภทมีค่าประมาณ 4 ราย ต่อประชากร 1,000 ราย ส่วนอุบัติการณ์ของโรคนี้พบประมาณ 15.2 ต่อประชากร 1,000 ราย ต่อปี ซึ่งพบว่าเพศชายมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.4 เท่า (ศิริจิต สุทธจิตต์ และมานิตย์ ศรีสุรภานนท์, 2005) นอกจากนี้รายงานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในบรรดาผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตซึ่งมารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ปี 2555 จำนวน 1,830,643 คน และ แยกตามรายโรคพบว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทมากถึง 388,779 คน คิดเป็นร้อยละ 21.23 ของผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2555)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคเรื้อรัง โดยจะมีอาการทางจิตกำเริบเป็นระยะๆ และไม่หายขาด และส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชน และรัฐบาลของประเทศ (Ran et al., 2010) เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการหลงผิด ประสาทหลอน การสูญเสียความสามารถ หรือมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง การมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมถึงส่งผลกระทบต่อการศึกษา การทำงาน และการใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคม (Bustillo et al.,

20001) ซึ่งหากเปรียบเทียบความรุนแรงระหว่างโรคจิตเภทกับโรคทางจิตอื่นๆ จะพบว่าโรคจิตเภทมีอัตราการเกิดโรค ระดับความรุนแรง และก่อให้เกิดการไร้สมรรถภาพหรือความพิการทางด้านจิตสังคมมากที่สุด (Lenior et al., 2001) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาระยะยาวพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละรายจะมีภาวะทุพพลภาพ (Disability) ของการทำงานที่ด้านต่างๆ และมักจะมีอาการที่เรื้อรัง ทำให้ต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาการที่เรื้อรังนี้อาจมีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยทุก 1 ใน 10 ราย ยังคงมีอาการโรคจิตอยู่อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการดำเนินโรค (Thara et al., 1994; Wiersma et al., 1998) ดังนั้นการฟื้นตัวกลับมาในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงพบได้น้อยมาก (Perkin et al., 2006) ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเภทกับการเจ็บป่วยทางกายว่าสามารถเทียบเท่ากับผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา (quadriplegia) โดยความสูญเสียมีค่าประมาณ 0.7-1 เท่าของการสูญเสียความสามารถอันมีค่า 1 ปี (Murray and Lopez, 1996) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงกว่าประชากรทั่วไปในวัยเดียวกันถึง 5 เท่าในเพศชายและ 2 เท่าในเพศหญิง (Brown, 1997; Brown, Inskip, and Barraclough, 2000)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญหาสำคัญประการหนึ่งสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการใช้สารเสพติดร่วมสูงถึงร้อยละ 40-60 (Blanchard et al., 2000; Cantor-Graae, Nordstrom, and Mcneil, 2001) ในจำนวนนี้เป็นการใช้แอลกอฮอล์มากที่สุด คือ ร้อยละ 34-35.6 ของการใช้สารเสพติดทุกประเภท (Marolese et al., 2005; Batki et al., 2008) สอดคล้องกับผลการสำรวจทางระบาดวิทยาในประเทศสหรัฐอเมริกาถึงความชุกของการเกิดโรคร่วมระหว่างโรคจิตเภทและโรคติดสารเสพติด พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโรคติดแอลกอฮอล์ร่วมด้วยถึงร้อยละ 37 (Regier et al., 1990) อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jenner et al. (1998) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีการใช้แอลกอฮอล์ ร้อยละ 33.7 ซึ่งการใช้สารเสพติดร่วมนี้เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศไทยเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาความชุกของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช พบว่าอุบัติการณ์การใช้สารเสพติดในประชากรทั่วไป มีประมาณร้อยละ 16 ส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตนั้นจะมีความเสี่ยงในการใช้สารเสพติดสูงกว่าประชากรทั่วไป โดยพบอุบัติการณ์การใช้สารเสพติดสูงถึงร้อยละ 29 (กาญจนา สุทธิเนียม และ คณะ, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหทัยวัน สนั่นเอื้อ (2551) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลจิตเวชมีการใช้สารเสพติดร่วมอย่างน้อย 1 ชนิด ร้อยละ 85.1 และจากการศึกษาพบว่าปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมในผู้ป่วยจิตเวชที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอกมีความชุกถึงร้อยละ 36 (อัญชุลี ธีระวงศ์ไพศาล, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมันทนา กิตติพิรัช (2551) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ และการติดแอลกอฮอล์ร้อยละ 37.7 และ 10.7 ตามลำดับ นอกจากนี้ข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 - 2555 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีการใช้แอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายรวมทั้งการติดแอลกอฮอล์ ร้อยละ 22.53, 28.75 และ 34.75 ตามลำดับ

การบริโภคแอลกอฮอล์อาจส่งผลกระทบต่อผู้บริโภคมากน้อยแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะและรูปแบบของพฤติกรรมการบริโภค ซึ่งจากการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์

ของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยใช้การสัมภาษณ์ด้วย International Diagnostic Interview (IDI; 12-month version) ร่วมกับการใช้เครื่องมือคัดกรอง Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) พบความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ดังนี้ กลุ่มที่มีการใช้แอลกอฮอล์ (alcohol use) ร้อยละ 32.4 กลุ่มที่มีการใช้แอลกอฮอล์แบบเสี่ยง (Harmful use) ร้อยละ 7 กลุ่มที่มีการใช้แอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย (alcohol abuse) ร้อยละ 1.4 และกลุ่มที่มีการติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) ร้อยละ 23.9 (Dawe, Seinen, and Kavanagh, 2000) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ปี 2555 ของโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ โดยใช้เครื่องมือคัดกรอง Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ตามคะแนนของ AUDIT แบ่ง เป็น 4 ระดับ คือ กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ (AUDIT 0-7) ร้อยละ 43.2 กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง (AUDIT 8-15) ร้อยละ 27.5 กลุ่มที่ดื่มแบบอันตราย (AUDIT 16-19) ร้อยละ 16.4 และกลุ่มที่สงสัยว่าจะติดแอลกอฮอล์ (AUDIT > 20) ร้อยละ 12.9 (โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์, 2555)

แม้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก และใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน (Cantor-Graae, Nordstrom, and Mcneil, 2001) แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปัญหาซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไป ทั้งจากลักษณะอาการของโรคจิตเภทเองที่มีการดำเนินโรคเรื้อรัง ไม่หายขาด และอาจมีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงเป็นระยะๆ โดยมีอาการแสดงสำคัญ คือ มีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม นอกจากนี้ยังเกิดผลกระทบจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ในลักษณะต่างๆ เช่น ทำให้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงาน จนเกิดกระบวนการรู้คิดที่มีความบกพร่องมากขึ้น (Faltz and Sellin, 2005; Manning et al., 2007, 2009) และมีการดำเนินของโรคแย่ลง (Swartz, Swanson, and Wagner, 2006) อีกทั้งมีความเสี่ยงต่อการไม่ตอบสนองต่อยารักษาโรคจิตมากขึ้น ทำให้ต้องใช้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์ (มันทนา กิตติพิรชล, 2551; Gerding et al., 1998; Green, 2007) นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Bezchlibnyk-Butler and Jeffries (2006) พบว่าแอลกอฮอล์มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางจึงส่งผลกระทบต่อยารักษาอาการทางจิต เช่นยา phenothiazine และ flupentixol คือ ทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำและกดระบบทางเดินหายใจ ส่งผลให้มีความสนใจสมาธิ และการประสานงานลดลง อีกทั้งมีความง่วงซึมมากขึ้น อีกทั้งยังทำให้ยาที่ใช้ในการรักษาอาการทางจิต เช่นยา chlorpromazine เกิดอาการข้างเคียงคือเป็นพิษต่อดับ แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มียาหลักฐานที่แน่ชัดเกี่ยวกับระดับแอลกอฮอล์ที่ส่งผลกระทบต่อการรักษาด้วยยาทางจิต นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบผลกระทบจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ต่อสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท คือทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามมา (Hawton et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Arsenault-Lapierre, Kim, and Turecki (2004) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 25.7

นอกจากผลกระทบดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีความพร้อมในการทำหน้าที่ทางสังคมมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไป ซึ่งถือเป็นผลกระทบที่มีความสำคัญมากที่สุดต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน (Salyers and Mueser, 2001) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ มีความพร้อมในการทำหน้าที่ทางสังคมด้านต่างๆ ดังนี้ 1) ขาดความสามารถ

ในการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยที่มีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมจะมีอาการทางจิตกำเริบได้ง่าย ส่งผลให้มีความสามารถต่างๆ ลดลง เช่น ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเองด้านต่างๆ รวมทั้งการทำกิจวัตรประจำวัน (Salyers and Mueser, 2001) อีกทั้งมีความบกพร่องในการเผชิญปัญหา และมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดลดลง (Blanchard et al., 2000) 2) ควบคุมอารมณ์ตนเองได้น้อย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วมจะมีปัญหาด้านการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม โดยอาจแสดงความโกรธ ทั้งคำพูด และการกระทำ เกิดมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงตามมา (Walsh, Buchanan, and Fahy, 2002) รวมทั้งส่งผลให้เกิดอาการทางจิตกำเริบ เช่น มีพฤติกรรมรุนแรง หรือ มีอาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้น (กาญจนา สุทธิเนียม และคณะ, 2547) 3) บกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทั้งนี้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งอยู่ในระยะที่มีอาการหลงเหลืออยู่ จะมีความพร่องเกี่ยวกับการรับรู้ในตนเอง โดยส่วนใหญ่มักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยกับผู้อื่น และ หากผู้ป่วยมีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมจะยิ่งส่งผลให้มีอาการของโรคกำเริบได้ง่าย เช่น มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน อาจมีอาการหวาดระแวงและการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง จนทำให้ไม่มีเพื่อนบ้าน หรือแม้แต่สมาชิกในครอบครัว กล้าเข้าไปพูดคุยด้วย ส่งผลให้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้งในครอบครัวและสังคมลดลง (Salyers and Mueser, 2001) 4) ปัญหาการสื่อสาร เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วมนั้น มักจะมีความผิดปกติทางด้านความคิดเด่นชัด พบว่าผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านการอ่านและการเขียน รวมทั้งไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดให้ผู้อื่นเข้าใจได้ โดยแสดงออกด้วยการพูดจาสับสน เรื้อรังไม่ต่อเนื่อง หรือบางครั้งการพูดจาไม่เป็นความจริง (Addington and Addington, 1996; Manning et al., 2009) และ 5) ขาดความรับผิดชอบต่อตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยจะขาดความตระหนักรู้ในตนเอง มีอาการหลงผิด ปฏิเสธการเจ็บป่วยของตนเองและขาดแรงจูงใจในชีวิต จึงมักเกิดความบกพร่องเกี่ยวกับความรับผิดชอบด้านต่างๆ ทั้งความรับผิดชอบต่อตนเอง ครอบครัว และผู้อื่น (Sadock and Sadock, 2002) เช่น ขาดความตระหนักถึงอันตรายจากการใช้สารเสพติด (เพ็ญพุดม คงพานิชย์ตระกูล, 2547) มักปฏิเสธการเจ็บป่วย ขาดแรงจูงใจ และไม่ร่วมมือในการรักษา (หทัยวัน สนั่นเอื้อ, 2551)

จะเห็นได้ว่าปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทหากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการป่วยซ้ำได้ง่าย (Gerding et al., 1998) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพยาธิกรณโรคที่ไม่ดี เพราะฤทธิ์ของแอลกอฮอล์มีผลทำให้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานจนเกิดความบกพร่องในกระบวนการคิดมากขึ้น (หทัยวัน สนั่นเอื้อ, 2551; Green et al., 2007) อีกทั้งมีความเสี่ยงต่อการไม่ตอบสนองต่อยารักษาโรคจิตมากกว่า จึงต้องใช้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์ (มันทนา กิตติพิรชล, 2551; Green et al., 2007; Green, 2007) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามมา (Bennett and Barnett, 2003; Hawton et al., 2005) ดังที่พบว่าการบริโภคแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ตามที่กล่าวข้างต้น (Arsenault-Lapierre, Kim, and Turecki, 2004) ซึ่งความพร่องเหล่านี้นอกจากจะกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเองแล้ว ยังส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียดและท้อแท้ต่อการดูแลผู้ป่วย และทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะในการดูแลมากขึ้น (หทัยวัน สนั่นเอื้อ, 2551; พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) นอกจากนี้ยัง

พบว่าประเทศไทยชาติต้องเสียค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพื่อรักษาด้านอายุรกรรม และจิตเวชแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงมาก (พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนา-นนท์, 2552; Dixon, 1999)

Gregg et al. (2007) พบว่าการเผชิญความเครียด (Coping) คือปัจจัยสำคัญซึ่งส่งผลต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความทนต่อความกดดันทางด้านจิตใจต่ำ เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงเกิดความเครียดจากปัญหาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และการดำเนินชีวิตในชุมชนได้ง่าย อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยมักเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสมเพื่อเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น การหลีกเลี่ยง ปฏิเสธ เก็บกด มีการใช้สารเสพติดรวมทั้งการดื่มแอลกอฮอล์ (พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และคณะ, 2552) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาในต่างประเทศซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนใช้การดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเผชิญความเครียดจากสาเหตุต่างๆ เช่น ช่วยบรรเทาอาการทางลบของโรคจิตเภท ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ (Blanchard et al., 2000; Talamo et al., 2006; Batki et al., 2008) และปัญหาในการเข้าสังคม ลดความรู้สึกละอายต่อสิ่งแวดล้อม เพื่อให้มีความสุขใจและทำให้เกิดความรู้สึกที่กล้ามากขึ้น รวมทั้งเพื่อเป็นแรงบันดาลใจ (Gregg, Haddock, and Barrowclough, 2009) สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยของไพลิน ปรีชญคุปต์ (2545) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยให้ทำงานได้ ร้อยละ 47.8 และใช้เพื่อคลายเครียด ร้อยละ 14.6 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญพุดม คงพาณิชย์ตระกูล (2547) ซึ่งพบว่าเหตุผลในการดื่มแอลกอฮอล์ คือ เพื่อผ่อนคลายความเครียด เพิ่มอารมณ์ด้านบวก และลดอารมณ์ด้านลบ รวมทั้งเพื่อการเข้าสังคม ซึ่งหากผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้แอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่มีอยู่ให้หมดไป และอาจมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น จนเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมตามมา (พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนา-นนท์, 2552; Gregg et al., 2007, 2009) ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (effective coping) จึงเป็นแนวทางการบำบัดที่สำคัญประการหนึ่งซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วมมีการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า ในปัจจุบันการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีรูปแบบการให้บริการตามแนวทางในคู่มือการดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ซึ่งมารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2552) ซึ่งเป็นการให้บริการในลักษณะที่เหมือนกันในผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคทางจิตเวชที่มีปัญหาใช้แอลกอฮอล์ ประกอบด้วยการบำบัดด้วยยาซึ่งเน้นการรักษาทางกายเพื่อลดอาการถอนพิษแอลกอฮอล์และอาการทางจิตตามกลุ่มโรคที่เจ็บป่วย และการบำบัดทางจิตสังคมซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม จนสามารถควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์หรือหยุดการบริโภคแอลกอฮอล์ให้ได้นานที่สุด อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีความพยายามในการนำการบำบัดทางจิตสังคมนี้อื่นๆ มาใช้เพื่อบำบัดร่วมกับการบำบัดด้วยยา เช่น การเสริมสร้างแรงจูงใจ และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม แต่ส่วนใหญ่เป็นเพียงความสนใจซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนา โดยยังไม่มีรายงานผลการศึกษาอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังไม่พบการบำบัดที่มีรูปแบบการบริการที่มีความเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์โดยตรง รวมถึงการบำบัดเพื่อจัดการกับปัญหาการเผชิญความเครียดอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่ง

พบว่าเป็นปัจจัยเหตุสำคัญของการบริโภคแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาใช้แอลกอฮอล์ ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับตติยภูมิ สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จึงสนใจศึกษาเพื่อแก้ไขช่องว่างขององค์ความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในชุมชน ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดทักษะในการเผชิญความเครียดอันเป็นผลสืบเนื่องจากการป่วยด้วยโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลด ละ หรือ เลิก การบริโภคแอลกอฮอล์ได้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในต่างประเทศ พบว่าโปรแกรม Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness (BTSAS) ของ Bellack et al. (2006, 2007) เป็นรูปแบบการบำบัดที่ช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เกิดทักษะในการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง (Bennett, Bellack and Gearon, 2001; Bellack et al., 2006) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมขึ้น โดยการประยุกต์จากโปรแกรม Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness (BTSAS) ดังข้างต้น ซึ่งเป็นกลุ่มบำบัดที่มีโครงสร้างชัดเจนระหว่างการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคมที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการเผชิญกับความเครียดจากการใช้สารเสพติดรวมถึงการบริโภคแอลกอฮอล์ และการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในชุมชน มีพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง ในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ครอบคลุมสาระสำคัญ 6 ประการได้แก่ 1) การสร้างแรงจูงใจเพื่อลดการใช้สารเสพติด 2) การตั้งเป้าหมายในการบำบัด 3) การประเมินและเสริมแรงเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมใช้สารเสพติด 4) การฝึกทักษะทางสังคมเรื่องการ ปฏิเสธ และการสร้างสัมพันธภาพ 5) การให้ความรู้เรื่องโรค สารเสพติด และฝึกทักษะเผชิญความเครียดเนื่องจากการป่วยและใช้สารเสพติด และ 6) การฝึกทักษะแก้ไขปัญหาและการเผชิญความเครียดจากสิ่งเร้าที่นำไปสู่การเสพยา ซึ่งสาระสำคัญเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ มีแนวทางในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และ สังคม และสามารถเผชิญความเครียดอันเกิดจากการเจ็บป่วยและผลกระทบที่ตามมาได้อย่างเหมาะสม อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง นำไปสู่การดำรงชีพได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. ภายหลังจากได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม การบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ จะลดลงหรือไม่ อย่างไร
2. การบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ก่อนและหลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีปัญหาซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วไป (Manning et al., 2007, 2009) โดยนอกจากผู้ป่วยจะมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ และ พฤติกรรมแล้ว ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ยังมีผลทำให้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงาน จนทำให้กระบวนการรู้คิดเกิดความบกพร่องมากขึ้น (Faltz and Sellin, 2005; Manning et al., 2007, 2009) จนส่งผลให้เกิดความพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมมากขึ้นกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วไป ซึ่งถือเป็นผลกระทบที่มีความสำคัญมากที่สุดต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Salyers and Mueser, 2001) อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำเป็นต้องเผชิญกับความเครียดอันเกิดจากพยาธิสภาพของโรคเอง และจากสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Gregg et al., 2007) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี และมีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม เช่น หลีกหนี เก็บกด รวมทั้งมีการใช้สารเสพติดและดื่มแอลกอฮอล์ (พิเชฐ อดมรัตน์ และคณะ, 2552; Blanchard et al., 2000) โดยแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้มากที่สุด และพบในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 34-35.6 (Batki et al., 2008; Marolese et al., 2005) ซึ่งการใช้แอลกอฮอล์นี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมด้านต่างๆ มากขึ้น (Salyers and Mueser, 2001) ได้แก่ ด้านการดูแลตนเอง ด้านการควบคุมอารมณ์ ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านการสื่อสาร และด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง

สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการใช้แอลกอฮอล์ เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับความเครียด (Coping) อันเกี่ยวเนื่องมาจากการเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Gregg et al., 2007; Vrdoljak, Ivezic and Jukic, 2008) ดังนั้นการแก้ไขปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จึงจำเป็นต้องค้นหารูปแบบการให้บริการที่มีความเฉพาะเจาะจงที่จะสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสามารถในการเผชิญกับความเครียดอันเกี่ยวเนื่องกับการใช้แอลกอฮอล์ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยพบว่าโปรแกรม Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness (BTSAS) ของ Bellack et al. (2006, 2007) เป็นกลุ่มบำบัดที่มีโครงสร้างชัดเจนโดยใช้หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และให้ความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องร่วมกับแนวคิดการฝึกทักษะทางสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและสังคมได้อย่างเหมาะสมตามบริบท (Bellack et al., 1997) ทั้งนี้โปรแกรมประกอบด้วยการดำเนินการกลุ่มที่ครอบคลุมสาระสำคัญ 6 ประการได้แก่ 1) การสร้างแรงจูงใจเพื่อลดการใช้สารเสพติด 2) การตั้งเป้าหมายในการบำบัด 3) การประเมินและเสริมแรงเพื่อเปลี่ยน



พฤติกรรมใช้สารเสพติด 4) การฝึกทักษะทางสังคมเรื่องการปฏิเสธ และการสร้างสัมพันธภาพ 5) การให้ความรู้เรื่องโรค สารเสพติด และฝึกทักษะเผชิญความเครียดเนื่องจากการป่วยและใช้สารเสพติด และ 6) การฝึกทักษะแก้ไขปัญหาและการเผชิญความเครียดจากสิ่งเร้าที่นำไปสู่การเสพยา ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาจึงสนใจนำโปรแกรมนี้มาประยุกต์และพัฒนาเป็นโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีการใช้แอลกอฮอล์ในบริบทของประเทศไทย โดยมุ่งให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการเผชิญกับความเครียดจากการใช้สารเสพติดและการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มๆ ละ 10 คน จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกันนาน 8 สัปดาห์ โดยมีสาระสำคัญในการดำเนินการแต่ละครั้งที่คาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง ดังนี้

**ครั้งที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ และเสริมสร้างแรงจูงใจ ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเปิดเผยตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ เข้าใจและยอมรับปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเอง ตระหนักถึงความสำคัญของการบำบัด ลดความรู้สึกลังเลใจ พร้อมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อการบำบัด และเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนการบริโภคแอลกอฮอล์ โดยผู้บำบัดใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความใจตนเอง (SMS) ที่แสดงถึงการตระหนัก และแสดงถึงความกังวลใจกับปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเอง ซึ่งเชื่อว่าการพูดที่ออกมาจากปากผู้รับการบำบัดจะทำให้เกิดแรงจูงใจมากกว่าคำพูดจากบุคคลอื่น (Miller, 1995; พิชัย แสงชาญชัย, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของสุนทร ศรีโกสย (2548) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราซึ่งพบว่าผู้ติดสุราที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยาของตนเองได้ โดยมีจำนวนวันที่ดื่มหนักลดลงและมีจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้น

**ครั้งที่ 2** การให้คำมั่นสัญญาและตั้งเป้าหมายการบำบัด ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ ค้นหาสิ่งที่ลังเลใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนการบริโภคแอลกอฮอล์ ซึ่งกิจกรรมนี้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถบอกถึงปัญหาในการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเอง รวมทั้งสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลและลังเลใจเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเอง ทั้งนี้หากผู้ป่วยคิดว่าเป็นปัญหาให้ผู้ผู้ป่วยประกาศคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง โดยผู้บำบัดให้ข้อมูล เสนอทางเลือก และช่วยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการบำบัดที่ชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงการบริโภคแอลกอฮอล์ ยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนลด/เลิก การบริโภคแอลกอฮอล์ได้ด้วยตนเอง เน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการเลือกแนวทางการเปลี่ยนแปลง ให้กำลังใจ/ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมองเห็นศักยภาพความสามารถที่จะดำเนินการได้ด้วยตนเอง ซึ่งการบำบัดในครั้งนี้จะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจในการค้นหาและแก้ไขความรู้สึกลังเลใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kemp et al. (1996, 1998) เป็นการศึกษาเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วม และพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น

**ครั้งที่ 3** การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แอลกอฮอล์ และผลของแอลกอฮอล์ ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเอง ผลกระทบจาก

แอลกอฮอล์ที่มีต่อสมอง ร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งผลเสียด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการใช้แอลกอฮอล์ เช่น การงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว/ชุมชน วิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และผลกระทบที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์ของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตนและให้ความร่วมมือในการรักษา และช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลใจต่อความเจ็บป่วยและการรักษาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนการบริโภคแอลกอฮอล์ไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Heather, 1989; Hall, Wasserman, and Havassy, 1991)

**ครั้งที่ 4** การฝึกทักษะการจัดการอาการอยากดื่มแอลกอฮอล์ ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองที่เป็นสาเหตุให้คิดถึงแอลกอฮอล์มากที่สุด เนื่องจากภาวะอารมณ์ ความรู้สึกด้านลบบางอย่าง เช่น อารมณ์เหงา โกรธ หรือถูกทอดทิ้ง (Blanchard et al., 2000) อาจมีส่วนกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากแอลกอฮอล์มากขึ้น (Psychological craving) จนเป็นเหตุให้กลับไปดื่มซ้ำ ดังนั้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวงจรการเกิดความรู้สึกอยากดื่มแอลกอฮอล์ และให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้ฝึกสำรวจอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และเข้าใจภาวะอารมณ์ และ ความรู้สึกของตนเองได้ดีขึ้น ช่วยให้สามารถหาแนวทางในการจัดการหรือหาทางออกกับอารมณ์และความรู้สึกด้านลบนั้นได้อย่างเหมาะสม หรือหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่นำไปสู่การเกิดภาวะอารมณ์และความรู้สึกที่กระตุ้นให้เกิดความอยากแอลกอฮอล์ดังกล่าว ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยสามารถรู้เท่าทันอารมณ์และความรู้สึกของตนเองแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกทักษะการจัดการกับความอยากแอลกอฮอล์ด้วยเทคนิคการหยุดความคิดในรูปแบบต่างๆ (Bellack et al, 2007) เช่น เทคนิคการตีตบหนึ่งยาง การผ่อนคลายด้วยการหายใจ และ การผ่อนคลายด้วยจินตภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละรายสามารถเลือกใช้วิธีการที่ได้ผลกับตนเองมากที่สุดในการลดความรู้สึกอยากแอลกอฮอล์ที่อาจเกิดขึ้นซ้ำๆ หากต้องกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมที่บ้านและในชุมชนซึ่งอาจเต็มไปด้วยสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์และความรู้สึกอยากแอลกอฮอล์ นอกจากนี้การฝึกดักจับอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง รวมทั้งการหยุดความคิดอยากแอลกอฮอล์ด้วยวิธีการต่างๆ แล้ว การดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ยังเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยกำหนดแผนในการจัดการกับอาการอยากสุราในอนาคตด้วยตนเองและนำไปฝึกเป็นการบ้านเพื่อให้เกิดทักษะในการจัดการกับความอยากแอลกอฮอล์ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั่นคือช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงศักยภาพในการควบคุมตนเอง สามารถป้องกันมิให้เกิดความอยากดื่มอย่างรุนแรงจนควบคุมตัวเองไม่ได้ และส่งผลต่อการลด และ เลิกพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ได้ในที่สุด (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; ญัฐธิดา นิमितติ, 2550)

**ครั้งที่ 5** การฝึกทักษะการสื่อสาร การปฏิเสธทั่วไป และการสร้างสัมพันธภาพโดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์ ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้เกิดทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม เกิดการสื่อสารที่ดี ขณะอยู่ร่วมกับผู้อื่น เรียนรู้การอยู่ร่วมกันในสังคมโดยไม่ต้องพึ่งแอลกอฮอล์ การช่วยเหลือพึ่งพากันในสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งการขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ชุมชนหรือสังคม ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ให้เกียรติและยอมรับการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกด้านลบ เพิ่มความรู้สึกภาคภูมิใจและมีคุณค่า และนำไปสู่การพัฒนาเครือข่ายใน

การขอความช่วยเหลือและค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Monti et al., 1989; McCrady, 1993; Bellack et al., 2004)

**ครั้งที่ 6** การให้ความรู้เรื่องความเครียด และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการใช้อัลกอฮอล์ (เช่น การเพิกเฉย หลีกเลี่ยง ปฏิเสธการใช้อัลกอฮอล์) ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียดที่มีประสิทธิภาพ โดยการให้ความรู้และทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกาย และความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพร่างกาย และจิตใจ เรียนรู้ทักษะการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง และการฝึกปฏิบัติการคลายเครียดโดยวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการหายใจ ซึ่งการผ่อนคลายความเครียดด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายจนความตึงเครียดที่ประสบอยู่น้อยลง เนื่องจากทำให้ร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในภาวะผ่อนคลาย สงบ และมีสมาธิ ช่วยให้มีความคิดอ่านที่จะดำเนินการสิ่งต่างๆ ได้อย่างแจ่มใสขึ้น ส่งผลให้การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น (Gispens-de Wied, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการใช้สารเสพติดลดลง (Monti et al., 1989; Bellack et al., 2004)

**ครั้งที่ 7** การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาจากการเจ็บป่วย การบริโภคแอลกอฮอล์ และการเผชิญความเครียดจากสิ่งเร้าที่นำไปสู่การใช้อัลกอฮอล์ซ้ำ ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงสาเหตุ และวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม เนื่องจากการที่ผู้ป่วยยึดติดอยู่กับปัญหาโดยไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ เป็นอุปสรรคสำคัญที่นำไปสู่การดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางใหม่ๆ ในการจัดการกับสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อม อารมณ์เชิงลบ ซึ่งเคยนำผู้ป่วยไปสู่การใช้อัลกอฮอล์ โดยการใช้บทบาทสมมติ และการให้สมาชิกในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นที่ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพของตนในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกวิธีโดยไม่ต้องพึ่งพาการใช้อัลกอฮอล์ อีกทั้งยังเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ไขว่คว้าหาสาเหตุของการเกิดปัญหาได้อย่างแท้จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมในการเผชิญปัญหาจากสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม และสามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Bellack, 1997; Bellack et al., 2004)

**ครั้งที่ 8** การฝึกทักษะวางแผนอนาคตเพื่อดูแลตนเอง การดำเนินชีวิต การป้องกันการเสพยาซ้ำ ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองให้เอื้อต่อการลด/เลิกบริโภคแอลกอฮอล์ การป้องกันการกลับไปติดซ้ำแบบองค์รวม และเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมโดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สมดุล เช่น การจัดตารางชีวิต การผ่อนคลายความเครียด สุขอนามัย การนอน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้สามารถสร้างเครือข่ายการดูแลหรือขอความช่วยเหลือ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากสังคมและชุมชนรอบข้างในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ไม่รู้สึกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองจากสังคมหรือชุมชน ถือเป็นเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยตระหนักในความสามารถและศักยภาพของตนเองในการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนหรือสังคมได้อย่างมีความสุข (พีเชษฐ อุดมรัตน์ และคณะ, 2552; Monti et al., 1989; Bellack et al., 2004)

## สมมติฐานการวิจัย

1. การบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรม
2. การบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The pretest-posttest randomized control group design) เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ที่มารับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0 – F20.9) และใช้แอลกอฮอล์ซึ่งรวมถึงการใช้แอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายและการติดแอลกอฮอล์ (F10.1, F 10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชน และมารับบริการในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยเพศชายวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) และใช้แอลกอฮอล์ซึ่งรวมถึงการใช้แอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายและการติดแอลกอฮอล์ (F10.1, F 10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD10) อาศัยอยู่ในชุมชน และมารับบริการในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จำนวน 40 คน

**ตัวแปรต้น** คือ กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม

**ตัวแปรตาม** คือ การบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์** หมายถึง ผู้ป่วยเพศชายวัยผู้ใหญ่ มีอายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคร่วมจิตเภทและมีการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดหรือการติดแอลกอฮอล์ (F 20.0 - F 20.9 with F 10.1- F 10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD10) และเป็นผู้ป่วยซึ่งมีการดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชน ที่มีอาการคงที่ (พิจารณาจากการประเมินด้วย BPRS พบว่ามีคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน) และมารับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

**การบริโภคแอลกอฮอล์** หมายถึง ความมากน้อยของปริมาณแอลกอฮอล์ที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทดื่มในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคิดเป็นหนึ่งดื่มมาตรฐานเท่ากับแอลกอฮอล์ 10 กรัมรวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการบริโภคแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ประเมินโดยแบบประเมิน AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย (2544) ฉบับปรับปรุงปริทรรศน์ ศิลปกิจ และพันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์ (2553) ซึ่งประกอบด้วย

คำถาม 10 ข้อ เกี่ยวกับปริมาณและความถี่ของการดื่ม จำนวนครั้งของการดื่มหนัก การไม่สามารถควบคุมการดื่มได้และต้องเพิ่มปริมาณการดื่ม การเกิดอาการข้างเคียงจากการดื่ม ความรู้สึกเสียใจ ภายหลังจากการดื่ม การจำสิ่งที่เกิดขึ้นขณะดื่มสุราไม่ได้ และ การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มจนกระทั่งบุคคลใกล้ชิดแสดงความห่วงใยเกี่ยวกับการดื่ม

**กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม** หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เป็นรายกลุ่ม โดยใช้โปรแกรมการบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากรูปแบบการบำบัด Behavioral Treatment for Sub - stance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness (BTSAS) ของ Bellack et al. (2006, 2007) ประกอบด้วยการดำเนินการกลุ่มที่ครอบคลุมสาระสำคัญ 6 ประการได้แก่ 1) การสร้างแรงจูงใจเพื่อลดการใช้สารเสพติด 2) การตั้งเป้าหมายในการบำบัด 3) การประเมินและเสริมแรงเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมใช้สารเสพติด 4) การฝึกทักษะทางสังคมเรื่องการปฏิเสธ และการสร้างสัมพันธภาพ 5) การให้ความรู้เรื่องโรค สารเสพติด และฝึกทักษะเผชิญความเครียดเนื่องจากการป่วยและใช้สารเสพติด และ 6) การฝึกทักษะแก้ไขปัญหา และการเผชิญความเครียดจากสิ่งเร้าที่นำไปสู่การเสพยา มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง ประกอบด้วยการดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมให้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เป็นรายกลุ่มๆ ละ 10 คน จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกันนาน 8 สัปดาห์ ณ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการบำบัดในแต่ละครั้ง ดังนี้

**ครั้งที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ และเสริมสร้างแรงจูงใจ หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในการสร้างสัมพันธภาพ กับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่ม โดยใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการพบผู้ป่วยเพื่อให้มีปฏิสัมพันธ์ที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ยอมเปิดเผยข้อมูลที่เป็นปัญหา และการให้ข้อมูลลักษณะการดื่ม และระดับความรุนแรงปัญหา เสริมสร้างแรงจูงใจโดยใช้เทคนิคการบำบัด OARS และกลยุทธ์การตั้งคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยพูดข้อความจริงใจตนเอง (SMS) เทคนิคการบำบัด FRAME

**ครั้งที่ 2** การให้คำมั่นสัญญาและตั้งเป้าหมายการบำบัด หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 โดยใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการทบทวนข้อสรุปจากการบำบัดครั้งที่ 1 เช่น ความรุนแรงของปัญหา ความกังวลใจในปัญหา หรือ SMS ของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามสิ่งที่สงสัย หรือแสดงความคิดเห็น ค้นหาสิ่งที่ลังเลใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนการบริโภคแอลกอฮอล์ ให้ผู้ป่วยบอกปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเอง สิ่งที่ผู้ป่วยกังวล และลังเลใจเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเอง หากผู้ป่วยคิดว่าเป็นปัญหาให้ผู้ป่วยให้คำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง กำหนดเป้าหมาย และวางแผนการปฏิบัติ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเชื่อในความสามารถของตนเอง และเป็นการเสริมแรงทางบวก

**ครั้งที่ 3** ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แอลกอฮอล์ และผลของแอลกอฮอล์ หมายถึง กิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3 โดยใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการดำเนินการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดง วิธีการรักษา ให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์และผลจากการใช้แอลกอฮอล์ที่มีต่อสมอง ร่างกาย และจิตใจ ผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่ออาการของโรคจิตเภทของผู้ป่วย วิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม วิธีการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การสังเกต

อาการกำเริบของโรคและการมาพบแพทย์เพื่อรักษาต่อเนื่อง

**ครั้งที่ 4** ฝึกทักษะการจัดการอาการอยากดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 โดยใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการฝึกผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ของตนเองเมื่อมีอาการอยากสุรา และการจัดการกับอาการอยาก หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับตัวกระตุ้นอาการอยากสุรา แสดงความเชื่อมโยงของอาการอยากสุรากับอารมณ์และความคิด รวมถึงพฤติกรรมกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวงจรการดื่มสุราและวิธีการจัดการ ฝึกทักษะการจัดการกับอาการอยากสุราโดยวิธีการหยุดความคิด เช่น เทคนิคการตีตื้นหนังยาง การผ่อนคลายด้วยการหายใจ และการผ่อนคลายด้วยจินตภาพ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยกำหนดแผนในการจัดการกับอาการอยากสุราด้วยตนเอง

**ครั้งที่ 5** การฝึกทักษะการสื่อสาร การปฏิเสธทั่วไป การสร้างสัมพันธภาพโดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์ หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 5 โดยใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการฝึกผู้ป่วยให้มีความสามารถด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การปฏิเสธในสถานการณ์ทั่วไป เพื่อให้สามารถที่จะปฏิเสธตนเองและผู้อื่นด้วยวิธีการต่างๆ เช่น ปฏิเสธการชักชวนของเพื่อนอย่างจริงจังหรือไม่ไปในสถานที่ที่ง่ายต่อการกลับไปเสพยาสุรา และวิธีปฏิบัติในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมโดยไม่ต้องพึ่งแอลกอฮอล์

**ครั้งที่ 6** การให้ความรู้เรื่องความเครียด และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดเพื่อป้องกันการใช้แอลกอฮอล์ (เช่น การเพิกเฉย หลีกเลียง ปฏิเสธการใช้แอลกอฮอล์) หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 6 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการให้ความรู้โดยทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกาย และความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพร่างกายและจิตใจ การฝึกปฏิบัติฝึกการสังเกตความตึงเครียดด้านร่างกาย ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการคลายเครียดโดยวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการหายใจ เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด

**ครั้งที่ 7** ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาจากการเจ็บป่วย การบริโภคแอลกอฮอล์ และการเผชิญความเครียดจากสิ่งเร้าที่นำไปสู่การบริโภคแอลกอฮอล์ซ้ำ หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 7 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการฝึกผู้ป่วยให้มีความสามารถในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาที่แท้จริง กำหนดเป้าหมาย และร่วมวางแผนการแก้ปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลกับผู้ป่วย รวมทั้งส่งเสริมและสอนให้ผู้ป่วยมีวิธีการปรับตัวเมื่อเกิดปัญหาทางด้านจิตใจหรือความทุกข์ใจ เกิดการสูญเสียซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในการดำรงชีวิตประจำวัน และให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมกับผู้ป่วย

**ครั้งที่ 8** ฝึกทักษะวางแผนอนาคตเพื่อดูแลตนเอง การดำเนินชีวิต และการป้องกันการเสพยา หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 8 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการดำเนินการร่วมกับผู้ป่วยในการวางแผนกิจกรรม เช่น การจัดตารางชีวิต การผ่อนคลายความเครียด สุขอนามัยการนอน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น ทบทวนในสิ่งที่ได้รับจากการทำกลุ่มบำบัด ให้ผู้ป่วยสำรวจปัญหาที่ยังแก้ไขไม่ได้หรือยังไม่ได้รับการแก้ไข ว่าเกิดจากอะไร พร้อมทั้งสำรวจแนวทางในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีการให้กำลังใจและข้อเสนอแนะร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง สม่่าเสมอ เสริมความมั่นใจ และให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหาที่

เกิดขึ้นด้วยตัวเองในการดำรงชีวิตต่อไป

**การดูแลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลรวมถึงการบำบัดทางจิตสังคมที่พยาบาลปฏิบัติเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ขณะที่มารับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ประกอบด้วยกิจกรรมการตรวจวัดสัญญาณชีพ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การให้คำแนะนำตามหลัก D-METHOD การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing and Motivational Enhancement Therapy) การให้คำปรึกษารายบุคคล และการให้คำปรึกษาครอบครัว ตามปัญหาและความต้องการของแต่ละราย

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่มีความเฉพาะเจาะจงและมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์ลด ละ และเลิกการบริโภคแอลกอฮอล์
2. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ทั้งองค์ความรู้และข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Nursing Practice) ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา “ผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์” ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบการวิจัย โดยสรุปสาระสำคัญ เป็นหัวข้อได้ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท
  - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
  - 1.2 สาเหตุ อาการ และ การดำเนินโรคจิตเภท
  - 1.3 การวินิจฉัยของโรคจิตเภท
  - 1.4 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท
  - 1.5 การดำเนินชีวิตและปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. แนวคิดเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์
  - 2.1 ความหมายการบริโภคแอลกอฮอล์
  - 2.2 การวินิจฉัยปัญหาจากการบริโภคแอลกอฮอล์
  - 2.3 ประเภท, ความชุก และนิยามหรือลักษณะของปัญหาที่เกี่ยวกับแอลกอฮอล์
  - 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคแอลกอฮอล์
  - 2.5 ผลกระทบของการบริโภคแอลกอฮอล์
  - 2.6 การประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์
  - 2.7 การบำบัดรักษาผู้ป่วยใช้แอลกอฮอล์
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์
  - 3.1 ทฤษฎีที่ทฤษฎีที่อธิบายการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภท
  - 3.2 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์
  - 3.3 สถานการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์
  - 3.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้แอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภท
  - 3.5 ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์
4. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท
  - 4.1 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท
  - 4.2 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน
  - 4.3 การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์
  - 4.4 การดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์
  - 4.5 การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช
5. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมบำบัด
  - 5.1 ความหมายของพฤติกรรมบำบัด
  - 5.2 หลักการพื้นฐานของพฤติกรรมบำบัด
  - 5.3 ทฤษฎีที่นำมาใช้ในพฤติกรรมบำบัด



- 5.3.1 การฝึกทักษะทางสังคม
- 5.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ
- 5.3.3 ทักษะการจัดการความเครียด
- 5.3.4 การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ
6. กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท

### 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานานนท์ (2552) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม มีระยะเวลาการป่วยนานเกิน 6 เดือน ไม่มีอาการทางด้านอารมณ์เด่นชัด

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าโรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีลักษณะความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่โดยไม่มีพยาธิสภาพทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

### 1.2 สาเหตุ อาการ และการดำเนินโรคจิตเภท

1.2.1 สาเหตุ ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการจากหลายๆ สาเหตุ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.2.1.1 กรรมพันธุ์ ได้มีการศึกษาด้านพันธุกรรมของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทพบว่าการถ่ายทอดทางพันธุกรรมญาติ เช่น ในผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภทมีอัตราการเกิดโรคได้ร้อยละ 10-16 (Wilson and Kneisl, 1996 อ้างในอรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549)

1.2.1.2 ความผิดปกติของชีวเคมีของสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ามี Excessive Transmission ของ Dopaminergic neuronal pathway ยา Antipsychotic ซึ่งใช้ในการรักษาโรคจิตเภทออกฤทธิ์ยับยั้งหรือลด Dopaminergic neurotransmission และยา Amphetamine ซึ่งเป็น Dopamine agonist ทำให้อาการของโรคมามากขึ้น (พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552)

1.2.1.3 ปัจจัยด้านจิตใจ เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และความเครียดด้านจิตสังคม (Taylor, 1994)

1.2.1.4 ความกดดันในชีวิต เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยว่าทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทหรืออาการกำเริบ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2546) รวมทั้งการเลี้ยงดูอาจทำให้เด็กโตขึ้นป่วยเป็นโรคจิตเภท และครอบครัวของผู้ป่วยที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (High expressed emotion; EE) มีผลต่อการกำเริบของโรค (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.2.1.5 มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ พบว่าผู้ที่มีโอกาสจะเป็นโรคจิตเภทอาจมีบุคลิกภาพชนิด Schizoid คือ เป็นคนเก็บตัวไม่ค่อยชอบเข้าสังคม ไม่มีเพื่อน พูดน้อย ไม่ไว้วางใจคน และ ช่างระแวง เป็นต้น (Sadock and Sadock, 2000)

1.2.1.6 สังคมและวัฒนธรรม โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักเป็นผู้มีปัญหาทางจิตใจหลายอย่างที่เห็นได้ชัดเกี่ยวกับสังคมและศีลธรรม เช่นปัญหายาเสพติด ปัญหาการติดสุรา รวมไปถึงศาสนา แบบชนบทรอบเนินมประเพณี และระดับเศรษฐกิจ (Angell and Test, 2002) โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนมากอยู่ในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ หรือสภาพสังคมบีบคั้นทำให้มีโอกาสป่วยเพิ่มมากขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.2.2 อาการที่สำคัญของโรคแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมแพทย์อเมริกัน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) คือ

1.2.2.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) กลุ่มอาการทางบวกส่วนใหญ่แสดงออกมาให้เห็นชัดเจนกว่ากลุ่มอาการทางลบ และสามารถเกิดขึ้นช่วงใดช่วงหนึ่งของโรคก็ได้ (พิเชฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) โดยมีอาการเด่นๆ ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน อาการผิดปกติของคำพูด และ ความผิดปกติด้านพฤติกรรม

1.2.2.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) กลุ่มอาการทางลบมักแสดงออกด้วยการลดการทำหน้าที่ตามปกติ เช่น การลดลงของพลังงานและแรงจูงใจ รวมถึงการลดลงของการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งอาการทางลบจะพบได้บ่อยและคงอยู่นาน (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) มีโดยมีอาการเด่นๆ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูด และขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด

1.2.3 การดำเนินของโรคจิตเภททั่วไป แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (American Psychiatric Association, 1994 อ้างถึงใน มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.2.3.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือสัมพันธภาพ การเรียน การทำงานแย่ง ระยะเวลานี้จะไม่แน่นอน แต่มักแสดงอาการที่ชัดเจน โดยใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 1 ปี นับตั้งแต่เริ่มมีอาการ

1.2.3.2 ระยะแสดงอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต โดยอาการส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก หรือมีอาการแสดงที่เกินปกติ ทั้งทางด้านความคิด การรับรู้ ด้านอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร ด้านพฤติกรรม และการเคลื่อนไหว โดยอาการจะมีความรุนแรงเป็นพักๆ

1.2.3.3.ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ โดยอาจพบการแสดงอารมณ์ในลักษณะ Flat Affect หรือเสื่อมลงมาก อีกทั้งอาจมีอาการโรคจิตบางอย่างหลงเหลืออยู่ เช่น ประสาทหลอน หรือ หวาดระแวง แต่อาการเหล่านี้ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนช่วงแรก ซึ่งในภาวะที่ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี ก็อาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว

### 1.3 การวินิจฉัยของโรคจิตเภท

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD 10) ระบุว่า อาการต่างๆ ของโรคจิตเภทสามารถแบ่งเป็นกลุ่มเพื่อสร้างเป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรค 9 ประเภทดังนี้ (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552)

1. โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia)
2. โรคจิตเภทชนิดเฮบีฟรีนิก (Hebephrenic Schizophrenia)
3. โรคจิตเภทชนิดคาทาโทนิค (Catatonic Schizophrenia)
4. โรคจิตเภทชนิดเรื้อรังที่มีอาการหลงเหลือ (Residual Schizophrenia)
5. โรคจิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (Undifferentiated Schizophrenia)
6. โรคจิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (Post-Schizophrenic Depression)
7. โรคจิตเภทชนิดพฤติกรรมเสื่อมถอย (Simple Schizophrenia)
8. โรคจิตเภทชนิดอื่นๆ (Other Schizophrenia)
9. โรคจิตเภทชนิดที่ไม่สามารถระบุได้ (Unspecified Schizophrenia)

#### 1.4 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทบางรายหายขาดได้ และบางรายที่ไม่หายขาดแต่ก็ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ การบำบัดรักษาผู้ป่วยมีหลากหลายวิธี โดยที่บางวิธีสามารถใช้ร่วมกันได้ เพื่อเสริมประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา (จุมภฏ พรมสีดา, 2547) ทั้งนี้ มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุนิษย์ (2552) ได้จำแนกการบำบัดรักษาผู้ป่วย จิตเภทตามระยะอาการ ออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะอาการกำเริบ ระยะอาการทุเลา และ ระยะอาการคงที่ โดยมีรายละเอียดของการบำบัดรักษาในแต่ละระยะ ดังนี้

1.4.1 การบำบัดรักษาในระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือมีปัญหาที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการที่กำเริบให้เร็วที่สุด ในระยะนี้จะเน้นการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อดูแลใกล้ชิด การรักษาในระยะนี้ได้แก่

1.4.1.1 การรักษาด้วยยา โดยยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ ยาในกลุ่มยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotic drug) ซึ่งจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้

1.4.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นวิธีการรักษาที่นิยมใช้และได้ผลดีในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วมกับอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีอาการพฤติกรรมคงรูปเดิม ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอน หลงผิดที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล และผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

1.4.1.3 การรักษาด้วยสิ่งแวดลอม จะมุ่งเน้นการลดความกดดันของผู้ป่วย โดยจัดสิ่งแวดลอมให้สงบผ่อนคลาย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมเพื่อคงสภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรืออาจใช้การผูกมัดและจำกัดบริเวณ ซึ่งใช้ในกรณีไม่สามารถควบคุมตนเองได้หรือมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น

1.4.2 การบำบัดรักษาในระยะอาการทุเลา ซึ่งผู้ป่วยพอควบคุมตนเองได้บ้าง การรักษาในระยะนี้เพื่อควบคุมอาการทางจิตและเน้นการบำบัดทางจิต ซึ่งการบำบัดทางจิต โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ เน้นการบำบัดทางจิตสังคมในรูปแบบต่างๆ ดังนี้

1.4.2.1 การบำบัดทางจิตมี 2 ลักษณะคือ บำบัดรายบุคคลและบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งทั้งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และใช้ศักยภาพของตนเองที่มีให้ได้มากที่สุด

1.4.2.2 การบำบัดทางพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว แยกตนเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการต่างๆ เช่นการเสริมแรง การฝึกการแสดงออก การจัดความรู้สึกร้อยอย่างเป็นระบบ และการเรียนรู้จากตัวแบบ

1.4.2.3 การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้มีลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น

1.4.3 การบำบัดรักษาในระยะอาการคงที่ หลังอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังต้อง รับประทานยาเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ในระยะนี้จึงเป็นระยะที่ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เมื่อมีอาการคงที่และสามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้น การดูแลในระยะนี้จะมุ่งเน้น ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีจากบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำรวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัวได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเท่านั้น ควรมีการผสมผสานการรักษาด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยคงสภาพในภาวะปกติมากที่สุด

## 1.5 การดำเนินชีวิตและปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยลักษณะเรื้อรัง จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าหลังจากผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนยังมีปัญหาในการทำหน้าที่ทางจิตสังคมอย่างมาก บางรายมีอาการดีขึ้นสามารถประกอบอาชีพได้ ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น และมีโอกาสป่วยซ้ำได้อีก (Alan et al., 2007) ทั้งนี้ ปัญหาที่พบของผู้ป่วยในชุมชนมีดังต่อไปนี้

1.5.1 การกำเริบซ้ำของโรค ซึ่งโรคจิตเภทมีอัตราการกำเริบซ้ำมากที่สุด ถึงร้อยละ 78 (ปาริชาติ สุภาพ, 2547) โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้น และ ส่งผลกระทบให้ศักยภาพการดำเนินชีวิตแทบทุกด้านของผู้ป่วยเสื่อมลงมากตามไปด้วย (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.5.2 การไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ป่วยจิตเภทมักจะปฏิเสธความผิดปกติของตนเอง หรือไม่ทราบว่าตนเองมีความผิดปกติ ส่งผลไปยังจิตใต้สำนึกและแสดงออกถึงการตัดสินใจไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา อีกทั้งพบว่า การไม่สามารถทนฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตได้ อาจทำให้ผู้ป่วยต่อต้าน ไม่ร่วมมือในการรักษา โดยลดขนาดยาหรือหยุดรับประทานยาเอง (ทัศนีย์ ใจตรง และคณะ, 2542) ทำให้การดูแลเกิดปัญหายุ่งยาก ซ้ำซ้อน และสิ้นเปลืองมากขึ้น

1.5.3 การใช้สารเสพติด ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในชุมชน ดังจะเห็นได้จากการที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการใช้สารเสพติดร่วมสูงถึงร้อยละ 40-60 (Blanchard et al., 2000; Cantor-Graae, Nordstrom, and Mcneil, 2001) โดยการใช้สารเสพติดร่วมนี้อาจเกิดจากสาเหตุบางประการ เช่น ผู้ป่วยจิตเภทบางรายใช้สารเสพติด

เพื่อช่วยลดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรค หรือลดอาการซึมเศร้า และแก้อาการด้านลบ เป็นต้น ซึ่งการใช้สารเสพติดมีผลให้ประสิทธิภาพของยารักษาอาการทางจิตลดลง และอาจทำให้อาการทางจิตแย่ลง หรือทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.5.4 การไม่รู้และไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา คือ ความไม่รู้ ไม่เข้าใจ และไม่สามารถเข้าใจตามคำสั่งเมื่อกลับไปรักษาที่บ้าน (พงษ์ศักดิ์ สมใจ และ คณะ, 2539) ไม่ได้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ที่บ้าน หยุดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์และเข้าใจผิดคิดว่ายานั้นไม่ถูกกับโรคตนเองทำให้อาการทางจิตกำเริบได้

ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนจะมีปัญหาต่างๆ ดังกล่าว และปัญหาเหล่านั้นควรได้รับการแก้ไข หากปล่อยไว้จะกลายเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลให้อัตราการป่วยซ้ำสูง

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์

### 2.1 ความหมายการบริโภคแอลกอฮอล์

Sommers et al. (2003) ให้ความหมายของการบริโภคแอลกอฮอล์ (Alcohol consumption) คือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เข้าไปในร่างกายซึ่งเกี่ยวกับลักษณะการดื่มบุคคลที่ร่วมดื่ม ช่วงเวลาที่ร่วมดื่ม สถานที่ดื่ม ปริมาณการดื่ม และความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์

พันธุธรรมา กิตติรัตนไพบูลย์ และ หทัยชนนี บุญเจริญ (2549) ให้ความหมายของ การบริโภคแอลกอฮอล์ (Alcohol consumption) คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ ซึ่งรวมถึงระยะเวลาและสถานที่ในการบริโภคแอลกอฮอล์ ลักษณะของการบริโภคแอลกอฮอล์ บุคคลที่มีส่วนร่วมในการบริโภค ความถี่ของการบริโภคตลอดจนผลเสียที่เกิดขึ้น

โดยสรุป การบริโภคแอลกอฮอล์ หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งประกอบด้วย ปริมาณในการดื่ม และความถี่ในการบริโภคแอลกอฮอล์

### 2.2 การวินิจฉัยปัญหาจากการบริโภคแอลกอฮอล์

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ International Classification of Diseases and Related Health Problem 10<sup>th</sup> Revision ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD 10) ของความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสุรา (F 10.X) (American Psychiatric Association, 2000)

2.2.1 การวินิจฉัยโรค Alcohol abuse/ Harmful use (F 10.1) กลุ่มผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์ เป็นรูปแบบการใช้แอลกอฮอล์ที่ไม่เหมาะสม เป็นเหตุให้เกิดอาการแทรกซ้อนทางด้านการแพทย์หรือทางสังคม มีรูปแบบการดื่มสุราที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน อย่างน้อย 1 เดือน หรือเกิดซ้ำแล้วซ้ำอีกในระยะเวลาที่นานกว่านั้น และนำไปสู่การติดสุรา

2.2.2 การวินิจฉัยโรค Alcohol dependence (F 10.2) กลุ่มอาการติดแอลกอฮอล์ เป็นลักษณะการติดสุราด้านร่างกายที่ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มเพื่อให้ได้ผลจากสุราหรือมีอาการแสดงของการขาดสุราภายใน 6-48 ชั่วโมง หลังจากลดหรือหยุดดื่ม ได้แก่ อาการทนทางต่อฤทธิ์ของสุรา (tolerance) อาการขาดสุรา (signs of withdrawal) การไม่สามารถลดหรือควบคุมการดื่มได้ (diminished control over drinking) และอาการด้านร่างกายที่ทำให้มีการดื่มอย่างต่อเนื่องทั้งที่รู้ว่า มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุราเกิดขึ้นอย่างชัดเจนแล้วก็ตาม

2.3 ประเภท, ความชุก และนิยามหรือลักษณะของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุรา (Saitz et al., 2005) มีดังนี้

2.3.1 ดื่มแบบเสี่ยง (risky use) ความชุกร้อยละ 30 หมายถึง การดื่มที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพแต่ยังไม่เกิดการติดสุรา ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยประเภทนี้เสี่ยงที่จะกลายเป็นผู้ติดสุรา ตัวอย่างเช่น

- หญิงหรือชายที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ซึ่งดื่มมากกว่า 7 แก้วมาตรฐาน/สัปดาห์หรือมากกว่า 3 แก้วต่อครั้ง

- หญิงหรือชายที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีซึ่งดื่มมากกว่า 14 แก้วมาตรฐาน/สัปดาห์หรือมากกว่า 4 แก้วต่อครั้ง

- การดื่มซึ่งไม่ก่อให้เกิดปัญหา แต่หากดื่มเพิ่มขึ้นจะทำให้มีปัญหาในด้านร่างกาย, จิตใจ หรือสังคมในอนาคต

2.3.2 ดื่มแบบมีปัญหา (problem drinking) ความชุกไม่แน่นอน หมายถึง การดื่มที่มีผลเสียจากการดื่มสุราแต่ไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยของการวินิจฉัยโรคของ alcohol abuse, harmful use หรือ alcohol dependence, alcoholism

2.3.3 ดื่มแบบเป็นอันตราย (Alcohol abuse, harmful use) ความชุกร้อยละ 5 หมายถึง การดื่มที่มีปัญหาทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญซ้ำๆ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ของการไม่สามารถทำตามบทบาทหลักที่ถูกกำหนด (major role obligations), ดื่มสุราในสถานการณ์ที่อาจเป็นอันตราย, มีปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุรา, มีปัญหาด้านสังคมหรือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกิดจากหรือรุนแรงขึ้นจากการใช้สุรา

2.3.4 ดื่มแบบติด (Alcohol dependence, alcoholism) ความชุกร้อยละ 4 หมายถึง การดื่มที่มีปัญหาทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญหรือทำให้ทุกข์ใจในขณะที่มีอย่างน้อย 3 ลักษณะดังต่อไปนี้ การทนต่อสุรา (tolerance), การถอนสุรา, ใช้เวลากับเรื่องสุรามาก, ลดหรือเลิกกิจกรรมสำคัญเพราะสุรา, ดื่มมากกว่าที่ตั้งใจ, ต้องการที่จะเลิกหรือลดอยู่ตลอดเวลาแต่ทำไม่สำเร็จ, ยังคงดื่มแม้ว่าจะมีปัญหาด้านร่างกายหรือจิตใจที่เกิดจากหรือทำให้รุนแรงขึ้นจากสุรา

ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุราจำนวนมากไม่มีอาการให้เห็น การคัดกรองปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุรา จึงมีความสำคัญ สำหรับ CAGE questionnaire ซึ่งใช้เวลาไม่นานมากสามารถใช้ค้นหาการติดสุรา ส่วน AUDIT questionnaire ที่ใช้เวลานานกว่าแต่สามารถตรวจหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุราได้อย่างกว้างขวาง สำหรับผู้ป่วยที่ควรได้รับการคัดกรองปัญหาสุรา คือ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง (โดยเฉพาะผู้ที่ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา), อาการซีมเศร้า, นอนไม่หลับ, เอนไซม์ของตับสูงขึ้นผิดปกติ, แสบร้อนที่หน้าอก (heartburn), โลหิตจาง, thrombocytopenia, อุบัติเหตุ หรือมีปัญหาด้านสังคมหรือการทำงาน

## 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคแอลกอฮอล์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ พบว่า การบริโภคแอลกอฮอล์ไม่สามารถอธิบายได้จากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งอย่างสมบูรณ์ แต่อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ สรุปได้ดังนี้

2.4.1 ปัจจัยด้านสังคม ประเพณี และวัฒนธรรม (Social and Cultural Factors) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคแอลกอฮอล์เนื่องจากเป็นโครงสร้างหลักของการกำหนดแบบแผนการดำเนินชีวิต จนถึง การปรับเปลี่ยนค่านิยมในเป้าหมายของชีวิตซึ่งเป็นการส่งเสริมการบริโภคแอลกอฮอล์ (สุตริก พิละกันทา, 2544) ปัจจัยด้านสังคม เช่น เพื่อน ญาติพี่น้อง สภาพแวดล้อมในชุมชน นับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมการบริโภคแอลกอฮอล์ของบุคคล โดยมีการศึกษาพบว่า การขาดการควบคุมจากครอบครัวในวัยเด็ก การมีแบบอย่างบุคคลในครอบครัวบริโภคแอลกอฮอล์ การใช้แอลกอฮอล์ในงานประเพณีต่างๆ และการบริโภคแอลกอฮอล์หลังเลิกงานที่ปฏิบัติกันอยู่โดยทั่วไปในชุมชน ทำให้บุคคลมีการจำกัดอย่างที่มีขีดๆ ส่งผลให้เกิดการบริโภคแอลกอฮอล์ได้ (ภานุพงศ์ จิตะสมบัติ, 2535; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544)

2.4.2 ปัจจัยด้านการเรียนรู้ (Learning Factor) การเรียนรู้ผลของการบริโภคแอลกอฮอล์ในทางบวกจะเป็นแรงเสริมให้การบริโภคแอลกอฮอล์นั้นคงอยู่ เมื่อมีการรับรู้ถึงความสุขสบายหลังการบริโภคแอลกอฮอล์จะส่งผลให้เกิดการบริโภคแอลกอฮอล์ที่มากขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

2.4.3 ปัจจัยด้านขาดทักษะการปฏิเสธ ซึ่งจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2547) พบว่า เยาวชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปมีการบริโภคแอลกอฮอล์จากสาเหตุเพื่อนชวน ร้อยละ 32.8 แสดงให้เห็นว่าการบริโภคแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการขาดทักษะในการปฏิเสธการบริโภคแอลกอฮอล์ และส่งผลให้กลุ่มเยาวชนไทยอายุ 15-19 ปี มีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคแอลกอฮอล์เป็นประจำเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 70 ในระยะเวลา 11 ปี (2539-2550) จากร้อยละ 4.7 เป็นร้อยละ 8.0 (บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ, 2553)

2.4.4 ปัจจัยด้านกฎหมาย ทั้งนี้พบว่าการจัดเก็บภาษีแอลกอฮอล์ การควบคุมอุปทานแอลกอฮอล์ของรัฐบาลยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ เช่น รัฐบาลไม่สามารถควบคุมการโฆษณาแอลกอฮอล์ได้อย่างเต็มที่ การขออนุญาตจำหน่ายแอลกอฮอล์สามารถทำได้ง่าย การกำหนดอัตราภาษีที่เรียกเก็บในแอลกอฮอล์แต่ละประเภท เช่น แอลกอฮอล์ปรุงพิเศษ วิสกี้ (แม็โขง แอลกอฮอล์กลั่นนำเข้า) และบรันดี มีการจัดเก็บเต็มเพดาน แต่แอลกอฮอล์ประเภท สุราขาว สุรากลั่น มีการจัดเก็บภาษีแอลกอฮอล์ไม่เต็มเพดาน ทำให้สุราขาวเป็นแอลกอฮอล์ที่เสียภาษีต่ำ ราคาถูก ส่งผลให้ประชาชนบริโภคแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นและเกิดความนิยมในการบริโภคมากที่สุด (บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ, 2549)

โดยสรุปจะเห็นได้ว่า การบริโภคแอลกอฮอล์มีผลมาจากปัจจัยหลายประการ ซึ่งทั้ง 4 ปัจจัยที่กล่าวมาแล้วนั้นอาจมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน จึงไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยใดมีผลต่อการบริโภคแอลกอฮอล์มากที่สุด

## 2.5 ผลกระทบของการบริโภคแอลกอฮอล์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบริโภคแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ สรุปได้ดังนี้

2.5.1 ผลกระทบด้านร่างกาย โดยแอลกอฮอล์ทำให้ความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหว ความคิด พฤติกรรม การรับรู้ หรืออารมณ์ของบุคคลบกพร่องไป และเป็นอันตรายเกือบทุกระบบและอวัยวะของร่างกาย (พงศธร เนตราคม, 2549) ดังนี้

2.5.1.1 ผลต่อสมอง เนื่องจากแอลกอฮอล์เป็นสารกดประสาท มีผลต่อสมองโดยผ่านทางระบบสารสื่อประสาทหลายประเภท ทำให้การตัดสินใจผิดพลาด การทำงานของกล้ามเนื้อไม่สัมพันธ์กัน ทำให้การควบคุมตนเองลดลง มีภาวะสับสนและซึม ถ้ามีการบริโภคแอลกอฮอล์มากจะทำให้ระบบประสาทถูกทำลาย โครงสร้างสมองเปลี่ยนแปลง ทำให้ช่องน้ำในสมองโตขึ้น ส่งผลให้เซลล์ประสาทของสมองโดยเฉพาะสมองส่วนหน้ามีการสูญเสีย

2.5.1.2 ผลต่อการนอน โดยการบริโภคแอลกอฮอล์จะทำให้หลับง่าย เนื่องจากมีผลในการลด Sleep Latency แต่ผลเสียคือไปเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอนคือ ลดวงจรการนอนระยะแรกที่มีการกลอกลูกตา (REM) และระยะหลับลึก (NREM) ทำให้วงจรการนอนหลับขาดเป็นช่วงๆ เป็นผลให้หลับไม่สนิท หลับๆตื่นๆ หรือไม่หลับทั้งคืน

2.5.1.3 ผลต่อดับ การบริโภคแอลกอฮอล์เป็นเวลานานๆ ทำให้เกิดการสะสมของไขมันและโปรตีนในตับ กลายเป็น Fatty Liver เวลาตรวจร่างกายจะพบว่าตับมีขนาดใหญ่ขึ้นกว่าปกติ นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังมีผลทำให้เกิดตับอักเสบ มะเร็งที่ตับ และตับแข็ง ซึ่งพบว่าตับแข็งมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นแบบเส้นโค้ง (Curvilinear) กล่าวคืออัตราการความเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้นกว่าอัตราการบริโภคที่เพิ่มขึ้น (ปริทรรศ ศิลปกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2553)

2.5.1.4 ผลต่อระบบทางเดินอาหาร แอลกอฮอล์ในความเข้มข้นต่ำมีผลทำให้สารคัดหลั่งจากกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น แต่เมื่อความเข้มข้นสูงขึ้นมากกว่าร้อยละ 20 จะมีผลเป็นการยับยั้งแทน และการบริโภคแอลกอฮอล์เป็นเวลานานๆ จะมีความสัมพันธ์ในการเกิดหลอดอาหารอักเสบ กระเพาะอาหารอักเสบ รวมถึงแผลในกระเพาะอาหาร และยังมีผลต่อการดูดซึมสารอาหาร โดยเฉพาะวิตามินและกรดโปรตีน ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ และขาดวิตามินบีได้

2.5.1.5 ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด แอลกอฮอล์มีผลทำให้การไหลเวียนโลหิตบริเวณผิวหนังเพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายรู้สึกอุ่นขึ้น และฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะกดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (ทวีพร วิสุทธิธรรม, 2548) ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมลง เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การบริโภคแอลกอฮอล์สัมพันธ์กับการเพิ่มของความดันโลหิต และโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งมีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มส่งผลให้มีความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้นด้วย

2.5.1.6 ผลต่อระบบสืบพันธุ์ แอลกอฮอล์ทำให้ความรู้สึกทางเพศตื่นตัวและถูกกระตุ้นได้ง่าย เพราะเมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงขึ้น จะทำให้ความยับยั้งชั่งใจลดลง และการรับรู้การถูกกระตุ้นทางเพศได้ง่ายขึ้น แต่ระยะเวลาที่อวัยวะเพศชายแข็งตัว และเพศหญิงถึงจุดสุดยอดจะช้าลง (จิรวรรณ พรหมชาติ, 2552) และการบริโภคแอลกอฮอล์ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นที่เป็นคนแปลกหน้า (Kalichman et al., 2007)

2.5.1.7 ผลต่อระบบอื่นๆในร่างกาย โดยพบว่าแอลกอฮอล์มีผลต่อการควบคุมการทำลายของไขมัน ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง การบริโภคแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดมะเร็งชนิดต่างๆ เช่น ตับ กล้องเสียง คอหอย หลอดอาหาร และเต้านม (American Cancer



Society, 2007) ซึ่งมะเร็งเต้านมมีโอกาสเป็นมากขึ้นตามปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ และถ้ามีการบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณมากขณะตั้งครรภ์จะก่อให้เกิดความผิดปกติต่อทารกในครรภ์คือ ภาวะ Fetal Alcohol Syndrome ซึ่งมีความผิดปกติของศีรษะและใบหน้า การเจริญเติบโตช้าและความบกพร่องของระบบประสาทที่อาจรวมถึงความผิดปกติทางจิตด้วย (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553)

2.5.2 ผลกระทบด้านจิตใจ เนื่องจากแอลกอฮอล์เป็นสารที่ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมองจึงส่งผลกระทบต่อจิตใจ และการเกิดอารมณ์เปลี่ยนแปลง (พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล, 2549) โดยพบว่า ผู้เสพติดแอลกอฮอล์จะมีการตัดสินใจบกพร่อง สมาธิในการทำงานลดลง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด วิตกกังวล มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และเกิดภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 70 (Grater et al., 2002 อ้างใน พัชชราวลัย กนกจรรยา, 2554) และจากสถิติของ WHO (2005b) พบว่า ประชากร 58.3 ล้านคน เป็นผู้ที่ไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข และในจำนวนนี้ร้อยละ 40 มีอาการทางจิตจากการบริโภคแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ (2547) ซึ่งพบว่า การบริโภคแอลกอฮอล์ทำให้เกิดปัญหาทางจิตเวชเพิ่มขึ้น เช่น มีอาการประสาทหลอนทางหู หลงผิด หวาดระแวง และกลัวคนปองร้าย

2.5.3 ผลกระทบด้านครอบครัว โดยมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น พบว่าสมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด เกิดความรุนแรงในครอบครัว ทะเลาะวิวาท ถูกทำร้ายร่างกาย เงินทองไม่พอใช้ เป็นหนี้ ทำลายความสัมพันธ์กับคู่สมรส เกิดการแยกกันอยู่หรือหย่าร้างขึ้นในครอบครัว (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553) และจากการศึกษาของ สุกมา แสงเดือนฉาย (2547) พบว่า ผู้ติดสุรามีการทะเลาะเบาะแว้งกับคนในครอบครัวร้อยละ 48.8 มีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานร้อยละ 48.3 มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกับเพื่อนร้อยละ 23.2

2.5.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า ผู้ที่บริโภคแอลกอฮอล์ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการหาซื้อแอลกอฮอล์มาบริโภค ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น แต่ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง บางครั้งต้องออกจากงาน ขาดรายได้ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว รวมทั้งเป็นภาระในการดูแล (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และ พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553) ผู้เสพติดแอลกอฮอล์มักจะเกิดปัญหาโรคแทรกซ้อนทางกาย และมีอาการทางจิตร่วมด้วย จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษา และเมื่อกลับไปบริโภคซ้ำก็จะมีแนวโน้มให้เกิดการเสพติดและเจ็บป่วยซ้ำอีก ส่งผลให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น (นิชนันท์ คำล้าน, 2547) ผลกระทบด้านสังคม พบว่า การบริโภคแอลกอฮอล์ทำให้เกิดขาดความร่วมมือในการพัฒนาชุมชน เกิดการทะเลาะวิวาท เป็นตัวอย่างที่ไม่เหมาะสมกับเยาวชน และส่งผลให้สังคมเกิดการดูแลบุคคลเหล่านี้อีกด้วย (บัณฑิต ศรีไพศาล และ คณะ, 2553)

โดยสรุป การบริโภคแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ของผู้บริโภคแอลกอฮอล์ทุกราย ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นที่จะต้องให้การบำบัดรักษาและส่งเสริมให้

ผู้บริโภคนแอลกอฮอล์เกิดความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเองเพื่อลดหรือหยุดการบริโภคแอลกอฮอล์

## 2.6 ระดับแอลกอฮอล์ส่งผลต่อระบบประสาท

แอลกอฮอล์ หรือ สุรา มีผลโดยตรงต่อระบบประสาท โดยการทำงานของระบบประสาท การได้รับแอลกอฮอล์ขนาดสูงจะมีฤทธิ์คล้ายกับยาสลบ ได้แก่ ไม่รู้สึกตัว และกตการหายใจ แต่อาการในช่วงแรกๆของการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ดื่มอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว เคลื่อนไหวมาก กว่าปกติ ตื่นตัว พุดมากขึ้น เนื่องจากช่วงแรกจะมีการเพิ่มขึ้นของสารสื่อประสาทที่ออกฤทธิ์กระตุ้นสมอง แต่เมื่อได้รับแอลกอฮอล์ปริมาณมากขึ้น พิษของแอลกอฮอล์ก็จะกตการทำงานของสมอง โดยเฉพาะก้านสมอง (Brain stem) และศูนย์ควบคุมการเต้นของหัวใจ (Reticular formation) ในก้านสมอง พิษของแอลกอฮอล์ มีทั้งแบบเฉียบพลัน และแบบเรื้อรัง

2.6.1 แบบเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ดื่มได้รับแอลกอฮอล์/สุราเข้าไปเป็นปริมาณมาก ส่งผลให้มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงขึ้นทันที แอลกอฮอล์ในเลือดระดับต่างๆส่งผลต่อระบบประสาทดังนี้

- ก. ถ้าระดับแอลกอฮอล์ในเลือด 30 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หรือดื่มสุรา 4 แก้วๆละ 1 ฝาขวดแม่โขง ผู้ดื่มจะมีอาการครึกครื้น สนุกสนานร่าเริง
- ข. ถ้าระดับแอลกอฮอล์ในเลือด 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หรือดื่มสุรา 6 แก้วๆละ 1 ฝาขวดแม่โขง ผู้ดื่มจะมีอาการของการควบคุมการเคลื่อนไหวเสียไป ไม่สามารถควบคุมได้ดีเท่าภาวะปกติ
- ค. ถ้าระดับแอลกอฮอล์ในเลือด 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หรือดื่มสุรา 12 แก้วๆละ 2 ฝาขวดแม่โขง ผู้ดื่มจะมีอาการเดินไม่ตรงทาง
- ง. ถ้าระดับแอลกอฮอล์ในเลือดมากกว่า 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หรือดื่มสุรา 24 แก้วๆ ละ 2 ฝาขวดแม่โขง ผู้ดื่มจะเกิดอาการสับสน
- จ. ถ้าระดับแอลกอฮอล์ในเลือดมากกว่า 300 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ผู้ดื่มจะมีอาการ ง่วง สับสน/งงววย และซึม
- ฉ. ถ้าระดับแอลกอฮอล์ในเลือดมากกว่า 400 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป ผู้ดื่มจะเกิดอาการสลบ และอาจถึงตายได้

2.6.2 แบบเรื้อรัง หรือ โรคพิษสุราเรื้อรัง หมายถึงผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์/สุราอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ เป็นระยะเวลาานาน ส่วนใหญ่นานมากกว่า 10 ปี จนเกิดภาวะติดสุรา และมีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ ต้องดื่มสุราตลอดเวลา ไม่สามารถควบคุมหรือหยุดหลังจากดื่มสุรา เมื่อหยุดสุราจะมีอาการลงแดง เช่น คลื่นไส้ เหงื่อออก ส้น ต้องเพิ่มปริมาณดื่มสุราขึ้นไปอีก และเพื่อให้มีความสุข ซึ่งเมื่อเกิดภาวะพิษสุราเรื้อรังนี้ ก็จะส่งผลให้ร่างกายส่วนต่างๆได้รับผล กระทบ เช่น ตับ (โรคตับแข็ง) ตับอ่อน (โรคตับอ่อนอักเสบ) และระบบประสาท

## 2.7 การประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์

การประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเนื่องจากการค้นหาและคัดกรองผู้ที่มีปัญหาในการบริโภคแอลกอฮอล์เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที โดยเครื่องมือที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์มีดังต่อไปนี้

2.7.1 Quantity-Frequency Questionnaire QF เป็นเครื่องมือประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ที่พัฒนาโดย NIAAA (2004) ซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับปริมาณและความถี่ในการบริโภคแอลกอฮอล์โดยเฉลี่ยหรือลักษณะที่บริโภคเป็นประจำ และปริมาณมากที่สุดในการบริโภคแอลกอฮอล์ ในเดือนที่ผ่านมา แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย การแปลผล แบ่งเป็น 2 แบบ ดังนี้

หากคำตอบ ความถี่ X ปริมาณ แล้ว

ในผู้ชาย  $\geq 14$  ต้มมาตรฐาน ต่อสัปดาห์

ในผู้หญิง  $> 7$  ต้มมาตรฐาน ต่อสัปดาห์

ถือว่าเป็น Positive แสดงว่าเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการบริโภคแอลกอฮอล์

หากคำตอบ ปริมาณมากที่สุด

ในผู้ชาย  $> 4$  ต้มมาตรฐาน ต่อวัน

ในผู้หญิง  $> 3$  ต้มมาตรฐาน ต่อวัน

ถือว่าเป็น Positive แสดงว่าเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการบริโภคแอลกอฮอล์

เครื่องมือประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ (QF) เป็นการคัดกรองผู้ที่มีแนวโน้มมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการบริโภคแอลกอฮอล์ ซึ่งประเมินได้รวดเร็ว และมีเวลาจำกัด

2.7.2 แบบประเมิน CAGE เป็นเครื่องมือที่ประเมินผู้บริโภคแอลกอฮอล์ว่ามีแนวโน้มเป็นผู้เสพติดแอลกอฮอล์หรือไม่ ซึ่งพัฒนาโดย Ewing (1984) และได้มีการนำไปประยุกต์ใช้ในหลายๆ สถานการณ์ รวมทั้งปรับปรุงข้อความเพื่อใช้ในการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายเฉพาะอีกหลายกลุ่ม แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถามเพียง 4 ข้อ ซึ่งตัวย่อของคำถามแต่ละข้อจะประกอบกันเป็นชื่อแบบสอบถาม ได้แก่

CUT DOWN                      คุณเคยรู้สึกว่าคุณควรลดปริมาณการบริโภคของคุณลงหรือไม่

ANNOYED                      เคยมีคนสร้างความรำคาญให้กับคุณโดยการกล่าวเตือนหรือตำหนิคุณเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ของคุณหรือไม่

GUILTY                         คุณเคยรู้สึกไม่ดีหรือรู้สึกผิดเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ของคุณหรือไม่

EYE-OPENER                 คุณเคยต้องบริโภคแอลกอฮอล์เป็นครั้งแรกในตอนเช้าเลยหรือไม่เพื่อที่จะได้กำจัดอาการเมาค้างของคุณ

สำหรับผู้ที่ตอบ “ใช่” ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไปอาจเกิดภาวะการติดแอลกอฮอล์ได้ ซึ่งแบบประเมิน CAGE มีข้อจำกัดคือ ไม่ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณ ความถี่และรูปแบบการบริโภคแอลกอฮอล์ ไม่สามารถแยกระหว่างปัญหาการบริโภคในอดีตและปัจจุบันได้ และแบบประเมิน CAGE มีความจำเพาะค่อนข้างสูงในผู้ที่ติดแอลกอฮอล์รุนแรงที่มีความเสี่ยงในการเกิดอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ จึงมีการนำไปใช้คัดกรองผู้ป่วยในเพื่อเฝ้าระวังอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล

2.7.3 Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) เป็นแบบประเมินที่ต้องการจำแนกกลุ่มผู้บริโภครที่มีความเสี่ยง ผู้บริโภคแบบอันตราย และผู้บริโภคจนติดแอลกอฮอล์ออกจากกัน แพลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย ในปี พ.ศ. 2544 ฉบับปรับปรุงโดย ปรีทรรศ ศิลปกิจ และ พันธุ์ธนา กิตติรัตนไพบูลย์ (2553) สามารถพิจารณาแบ่งประเภทผู้บริโภคได้ดังนี้

2.7.3.1. การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low-Risk Drinking) มีคะแนนประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หรือ AUDIT อยู่ระหว่าง 0-7 คะแนน โดยการบริโภคลักษณะนี้อาจเรียกว่าดื่มแบบปลอดภัยได้ ยกเว้นผู้สูงอายุ สตรีมีครรภ์หรือให้นมบุตร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รุนแรง ผู้ป่วยเบาหวาน ควรบริโภคในปริมาณที่ต่ำกว่าหรือไม่ควรมีการบริโภคแอลกอฮอล์เลย

2.7.3.2. การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinking หรือ Risky Drinking) มีคะแนนประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หรือ AUDIT อยู่ระหว่าง 8-15 คะแนน เป็นการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณหรือลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มมีความเสี่ยงในการเกิดผลเสียต่อสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งการดื่มแบบ “Binge Drinking” คือ การดื่มหนักมากติดต่อกัน ซึ่งการดื่มหนักเป็นสาเหตุทำให้เกิดพิษของแอลกอฮอล์เฉียบพลันได้

2.7.3.3. การดื่มแบบมีปัญหา (Harmful Drinking) มีคะแนนประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หรือ AUDIT อยู่ในระหว่าง 16-19 คะแนน หมายถึง การดื่มแอลกอฮอล์มากจนได้รับผลเสียอาจเป็นผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต หน้าที่การงาน หรือสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น

2.7.3.4. การดื่มแบบติด (Alcohol Dependence) มีคะแนนประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หรือ AUDIT มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน ซึ่งมีรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่เหมาะสม (Alcohol Used Disorders) จนกระทั่งเกิดความผิดปกติทางร่างกาย พฤติกรรมและความคิดทำให้ความรับผิดชอบในหน้าที่ต่างๆ บกพร่อง เช่น การงานหรือ ครอบครัว และไม่สามารถควบคุมการดื่ม หรือไม่สามารถหยุดดื่มได้ บางคนดื่มเป็นประจำ จนกระทั่งไม่ทราบว่าตนเองติดแอลกอฮอล์ จะรับรู้ได้ต่อเมื่อเกิดอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ (Alcohol Withdrawal) ขึ้น หากต้องหยุดบริโภคแอลกอฮอล์ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดก็ตาม

2.7.4 The Alcohol Consumption Assessment ACA เป็นเครื่องมือประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ ซึ่งพัฒนาโดย Suktrakul (2011) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม ปริมาณแอลกอฮอล์ที่คุณดื่มโดยเฉลี่ย มีหน่วยเป็นดื่มมาตรฐาน และจำนวนวันที่คุณดื่มใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำนวณได้จากการนำปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มโดยเฉลี่ย มีหน่วยเป็นดื่มมาตรฐาน คูณกับจำนวนวันที่ดื่มใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผลลัพธ์ที่ออกมาเป็นปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้เสพติดแอลกอฮอล์

โดยสรุป ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) ในการประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ เนื่องจากประเมินได้อย่างรวดเร็วและใช้เปรียบเทียบปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ก่อนการบำบัด และหลังการบำบัด 1 สัปดาห์

## 2.8 การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์

2.8.1 การรักษาด้วยยา จากแนวคิดทฤษฎีทางชีวภาพ เชื่อว่าสุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ Neurotransmitter ในสมอง จะกระตุ้นให้สารสื่อประสาทหลั่งออกมามากกว่าปกติ โดยเฉพาะ Dopamine และมีการยับยั้งการนำสารกลับสู่ที่เก็บสารสื่อประสาทซ้ำลง ทำให้สารสื่อประสาทคั่งมากขึ้น มีผลทำให้เกิดความร่าเริงมากกว่าปกติ การใช้ยาขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการรักษา เช่น เพื่อลดอาการขาดสุรา รักษาโรคจิตเวช ลดการดื่มสุรา เป็นต้น

#### 2.8.2 การบำบัดทางจิต เช่น

2.8.2.1 การให้คำแนะนำแบบสั้น (BA) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลเสียของการดื่มเพื่อสร้างความตระหนักถึงปัญหา และเกิดแรงจูงใจที่จะหยุดหรือลดการดื่มลง

2.8.2.2 การบำบัดระยะสั้น (BI) เป็นการบำบัดที่เน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

2.8.2.3 ครอบครัวยุติบำบัด เป็นการบำบัดเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไข โดยมีผู้บำบัดเป็นผู้ช่วยให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

2.8.2.4 กลุ่มบำบัด คือการบำบัดด้วยกลุ่ม ที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกันในการดำเนินกลุ่มแต่ละครั้ง ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้ประสานงานที่เอื้อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ระหว่างสมาชิก ทำให้เกิดปัจจัยในการบำบัด

2.8.2.5 พฤติกรรมบำบัด แบบรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยให้หลักพฤติกรรมบำบัด ประกอบด้วยครอบครัวยุติบำบัด การฝึกทักษะ การให้คำปรึกษากิจกรรมทางสังคม

2.8.2.6 การสร้างแรงจูงใจ อาศัยหลักการให้ผู้ป่วยยอมรับตนเองว่าไม่สามารถควบคุมการดื่มสุราได้ต้องการความช่วยเหลือ และยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้บำบัดต้องเข้าใจและเห็นใจ พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในตนเอง ในการควบคุมไม่ให้ดื่มสุรา

2.8.2.7 ให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของการใช้สุรากับผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบครัวสนับสนุนและเป็นกำลังใจผลักดันให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราได้นานที่สุด

2.8.2.8 การใช้จิตบำบัดแบบประคับประคองทั้งรายกลุ่ม รายบุคคล เน้นทักษะการแก้ปัญหาตามสถานการณ์ ให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และทราบถึงผลกระทบของสุรา

2.8.2.9 การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นการเปลี่ยนความคิดที่ฝังลึกให้ถูกต้อง คิดแบบมีเหตุผล ตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม เพิ่มทักษะการเข้าสังคม และสามารถควบคุมตนเองโดยใช้กลไกการเผชิญปัญหาและความเครียดอย่างเหมาะสม

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

#### 3.1 ทฤษฎีที่อธิบายการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภท

การเกิดโรคจิตเภทร่วมกับโรคติดสารเสพติดมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะทั้งสองโรคมีผลกระทบซึ่งกันและกันในทางลบของด้านการดำเนินโรค ผลลัพธ์ของการบำบัดรักษา และการพยากรณ์โรค สิ่งที่น่าสนใจในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกิดร่วมกับโรคติดสารเสพติด คือ การพิจารณาถึงความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของโรคทั้งสองที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยคนเดียวกัน มีทฤษฎีที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ของทั้งสองโรคอยู่หลายทฤษฎี ทฤษฎีซึ่งเป็นที่ยอมรับ ได้แก่

3.1.1 Neural diathesis-stress models (Foeles, 1992) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความเปราะบางทางด้านชีวภาพ (Neurobiological vulnerability) ของผู้ป่วยในการเกิดโรคจิตเภท โดยกล่าวว่าสารเสพติดเป็นความกดดันจากสิ่งแวดล้อม (Environmental stressors) ที่มากระตุ้นเร้าให้บุคคลป่วยด้วยโรคจิตเภท และยังเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบ การศึกษาที่สนับสนุนทฤษฎีนี้ คือ หลักฐานที่แสดงว่าโรคจิตเภทมักเริ่มเกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

3.1.2 Accumulative risk factor hypothesis (Mueser, Drake, and Wallach, 1998) เป็นทฤษฎีที่อธิบายว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีปัจจัยเสี่ยงของโรคจิตเภทมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป ได้แก่ ความบกพร่องของสมอง ความสามารถทางสังคมที่ต่ำ การศึกษาต่ำ ความสามารถในงานที่ต่ำ การเผชิญกับครอบครัวที่ใช้สารเสพติด และสิ่งแวดล้อมที่มีสารเสพติดมาก

3.1.3 Self-medication hypothesis (Khantzian, 1997; Potvin, Stip, and Roy, 2003) เป็นทฤษฎีที่ได้รับการเชื่อถือดั้งเดิม อธิบายว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการใช้สารเสพติดเพื่อบรรเทาอาการของโรค โดยสารเสพติดอาจมีส่วนช่วยบรรเทาอาการทางลบ (negative symptoms) ของโรคจิตเภทลง แต่ขณะเดียวกันสารเสพติดก็มักทำให้กลุ่มอาการทางบวก (positive symptoms) แย่ลง จากการศึกษายังไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างการใช้สารเสพติดกับกลุ่มอาการบวกหรือลบของโรคจิตเภท และผลข้างเคียงของระบบ Extrapyrmidal ที่เกิดจากยาที่รักษาโรคจิต การศึกษาที่โต้แย้งแนวทฤษฎีนี้ได้แก่ การศึกษาที่แสดงถึงอัตราของโรคจิตเภทที่เพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับยารักษาโรคจิต

3.1.4 Reward circuitry dysfunction (Chambers, Krystal, and Self., 2001; Roth, Brunette, and Green, 2005) จากการศึกษาในมนุษย์และสัตว์ทดลอง พบว่า ส่วนของสมองที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเกี่ยวข้องกับวงจรสมองส่วนอยาก (brain reward pathway) หรือสมองส่วน mesocorticolimbic dopaminergic pathway ซึ่งมี dopamine เป็นสารสื่อประสาทหลัก โดยเชื่อว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติในวงจรสมองดังกล่าว ซึ่งอาจเป็นตัวอธิบายกลุ่มอาการทั้งบวกและลบ และความรู้สึกเฉยชาต่อสิ่งเร้าที่ทำให้มีความสุขตามธรรมชาติในผู้ป่วยโรคจิตเภท สารเสพติดอาจมีส่วนช่วยบรรเทาอาการดังกล่าวที่เกิดจากความผิดปกติของ brain reward pathway โดยไปเพิ่มการทำงานของ dopamine อย่างไรก็ตามสารเสพติดก็จะทำให้กลุ่มอาการทางบวกแย่ลง เกิดความอยากยา และติดการเสพสารอย่างรุนแรงตามมาในที่สุด

### 3.2 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วม หรือผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและแอลกอฮอล์ หมายถึงผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดร่วมด้วย หรือมีปัญหาการติดแอลกอฮอล์ ซึ่งการวินิจฉัยตามแนวทางของวินิจฉัยจากบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD 10) หรือระบบการจำแนกโรคสมาคมนิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) นั้น ผู้ป่วยต้องมีโรคหลักมากกว่า 1 โรค

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทร่วมกับการใช้แอลกอฮอล์ วินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ของ (ICD 10) คือ (F20.0 - F 20.9 with F 10.1, F 10.2) โดยการใช้แอลกอฮอล์ร่วมดังกล่าว จำแนกได้ ดังนี้

3.2.1 Alcohol abuse/ Alcohol harmful use (F10.1) คือ บุคคลที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จนเกิดโทษต่อสุขภาพ หมายถึง มีรูปแบบการดื่มสุราที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลา นานอย่างน้อย 1 เดือน หรือเกิดซ้ำแล้วซ้ำอีกในระยะเวลาที่นานกว่านั้น และนำไปสู่การติดสุรา

3.2.2 Alcohol dependence (F10.2) คือ บุคคลที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จนติด หรือต้องพึ่งพิงแอลกอฮอล์ หมายถึง มีรูปแบบการดื่มสุราอย่างเรื้อรัง อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่าง ใน 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) ดื่มสุราเป็นจำนวนมากเป็นประจำทุกวัน 2) ดื่มสุราอย่างหนักเป็นประจำในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ และ 3) ดื่มแต่ไม่ถึงกับมึนเมาเป็นเวลานาน และดื่มอย่างหนักเป็นครั้งคราวนานเป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือน

### 3.3 สถานการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับสถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีการใช้สารเสพติดร่วมสูงถึงร้อยละ 40-60 (Blanchard et al., 2000; Cantor-Graae, Nordstrom, and Mcneil, 2001) ในจำนวนนี้เป็น การใช้แอลกอฮอล์ ถึงร้อยละ 34-35.6 (Marolese et al., 2005; Batki et al., 2008) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจทางระบาดวิทยาของประเทศสหรัฐอเมริกาที่สำคัญ 2 ครั้ง ได้แสดงถึงความชุกของการเกิดโรคร่วมระหว่างโรคจิตเภทและโรคติดยาเสพติด ได้แก่ the National Institute of mental Health Epidemiologic Catchment Area (ECA) study (Regier et al., 1990) พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทแอลกอฮอล์ จำนวนร้อยละ 37 และผู้ป่วยโรคติดยาเสพติด จำนวนร้อยละ 53 มีโรคจิตเวชที่เกิดร่วมอย่างน้อย 1 โรค และ the National Comorbidity Survey (NCS) (Kessler et al., 1994) พบว่าผู้ป่วยโรคแอลกอฮอล์ มีความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเวชเท่ากับร้อยละ 78 สอดคล้องกับการศึกษาของ Jenner et al. (1998) ที่พบว่า ความชุกของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตมีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 17-51 และจากการสำรวจใน ECA พบว่าความชุกของความผิดปกติของสารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภทเท่ากับร้อยละ 47 โดยมีความชุกชั่วชีวิตของความผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์เท่ากับร้อยละ 33.7 และมีความชุกชั่วชีวิตของความผิดปกติในการใช้สารเสพติดอื่นๆ นอกเหนือจากแอลกอฮอล์เท่ากับร้อยละ 27.5 และจากผลการศึกษาของ Jablensky et al. (1999) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตมีความชุกของความผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์เท่ากับร้อยละ 30 และจากการศึกษาวงจรการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดรวมทั้งการใช้แอลกอฮอล์ พบว่าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาจากอาการทางจิตเพิ่มขึ้น เช่น อาการประสาทหลอน อาการซีมเศร้า ภาวะเครียด รวมทั้งมีการใช้ทักษะและวิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้สารเสพติดรวมทั้งการดื่มแอลกอฮอล์ (Faltz and Sellin, 2005)

จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ปัญหาการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิต และอุบัติการณ์การใช้สารเสพติดในประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 16 นั้น ในส่วนของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตนั้นจะมีความเสี่ยงในการใช้สารเสพติดสูงกว่าประชากรทั่วไป โดยพบได้ถึงร้อยละ 29 (กาญจนา สุทธิเนียมและคณะ, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการมีการใช้สารเสพติดร่วมอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 85.1(หทัยวัน สนั่นเอื้อ, 2551) และจากการศึกษาพบว่าปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมในผู้ป่วยจิตเวช ที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอกมีความชุกถึงร้อยละ 36 (อัญชุลี ธีระวงศ์ไพศาล, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมันทนา กิตติพิรชล (2551)

ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความชุกการดื่มแอลกอฮอล์ และการติดแอลกอฮอล์ร้อยละ 37.7 และ 10.7 ตามลำดับ และจากการศึกษาที่พบว่าปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเวช ที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอกมีความชุกถึงร้อยละ 36 (อัญชูลี ธีระวงศ์ไพศาล, 2547)

### 3.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้แอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้แอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า การใช้แอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถอธิบายได้จากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งอย่างสมบูรณ์ แต่อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ สรุปได้ดังนี้

3.4.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านชีวภาพ มี 3 สมมุติฐานที่มีความเป็นไปได้ โดยประการแรก พบว่า การศึกษาในช่วงแรก แพทย์ และนักวิจัย มีข้อมูลที่สนับสนุนว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการใช้แอลกอฮอล์ หรือสารเสพติดอื่น ในการบรรเทาอาการของโรคจิตเภท และอาการข้างเคียงจากรักษาโรคจิต (Chambers et al., 2001) แต่หลังจากนั้นไม่มีหลักฐานที่ยืนยันอย่างชัดเจน ต่อมาพบว่าฤทธิ์ของแอลกอฮอล์นั้น ส่งผลให้อาการทางจิตของโรครุนแรงมากขึ้น รวมทั้งการพยากรณ์ของโรคไม่ดีขึ้นตามมาด้วย (Chambers et al., 2001) ประการที่ 2 พบว่าเกิดจากความผิดปกติของสมอง neuropathological ของโรคจิตเภทเอง โดยส่งผลให้เกิดการเสริมแรงทางบวกเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการใช้สารเสพติด ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง เช่น สารโดปามีน และจากความผิดปกติของโรคจิตเภทนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความต้องการในการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นด้วย แต่หลักฐานที่สนับสนุนในส่วนนี้ยังไม่มีที่ชัดเจน (Kooob and Robert., 1999) และประการที่ 3 แสดงให้เห็นว่าคนที่มีการใช้สารเสพติดจะมีความเสี่ยงสูงที่จะมีผลกระทบทางจิตสังคมเนื่องจากการใช้สารเสพติดต่างๆ เกิดจากอาการทางจิตของโรค ส่งผลให้กระบวนการคิด การตัดสินใจบกพร่อง รวมทั้งการควบคุมอารมณ์ต่างๆ ไม่ดี เวลาเจอเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มีกระตุ้น

3.4.2 ปัจจัยด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อมทางสังคม ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการใช้แอลกอฮอล์ หรือสารเสพติดอื่น ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความทนต่อความกดดันทางด้านจิตใจต่ำ เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงเกิดความเครียดจากปัญหาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และการดำเนินชีวิตในชุมชนได้ง่าย (Dixon et al., 1990; Lamb and Bachrach., 2001) และพบว่าผู้ป่วยมักเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสมเพื่อเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น รวมทั้งปัญหาในการเข้าสังคม ลดความรู้สึกเฉยชาต่อสิ่งแวดล้อม เพื่อให้มีความสุขใจและให้เกิดความรู้สึกที่กล้ามากขึ้น (Khantzian, 1997; Blanchard et al., 2000; Potvin, Stip, and Roy, 2003)

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ Gregg et al. (2007) พบว่าการเผชิญความเครียด (Coping) คือปัจจัยสำคัญซึ่งส่งผลต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความทนต่อความกดดันทางด้านจิตใจต่ำด้วยจากด้วยพยาธิสภาพที่เกิดจากตัวโรคจิตเภท ประกอบกับบุคลิกภาพของตัวผู้ป่วยจิตเภทเอง และเมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาไม่ว่าจะเป็นในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียดจากปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่เป็นอยู่ไม่ว่าจะเป็นทางด้านอาการ รวมทั้งอาการข้างเคียงจากยาในการรักษา และการ



ดำเนินชีวิตในชุมชนที่ต้องอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ง่าย อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านทักษะทางสังคมด้านต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมักเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสมเพื่อเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น การหลีกเลี่ยงปัญหา การปฏิเสธ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติดรวมทั้งการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยให้ผ่อนคลายความเครียดที่เกิดขึ้น

### 3.5 ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ มีปัญหาซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วไป เนื่องจากการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วยจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมด้านต่างๆมากขึ้น ดังนี้ (Salyers and Mueser, 2001)

3.5.1 ด้านการดูแลตนเอง (Self-care) พบว่าผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตกำเริบได้ง่าย ส่งผลให้มีความสามารถต่างๆ ลดลง เช่น ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเองด้านต่างๆ รวมทั้งการทำกิจวัตรประจำวัน (Salyers and Mueser, 2001) และความบกพร่องในการเผชิญปัญหาและการจัดการกับความเครียดที่ลดลง (Blanchard et al., 2000)

3.5.2 ด้านการควบคุมอารมณ์ (Nonturbulence) พบว่าผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ตนเองได้น้อย มีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม โดยอาจแสดงความโกรธ ทั้งคำพูด และการกระทำ จนมีพฤติกรรมที่รุนแรงตามมา (Walsh, Buchanan, and Fahy, 2002) รวมทั้งส่งผลให้เกิดอาการทางจิตกำเริบ เช่น พฤติกรรมรุนแรง ซึมเศร้ารุนแรงขึ้น (กาญจนา สุทธิเนียมและคณะ, 2547)

3.5.3 ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social contact) พบว่าผู้ป่วยบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในระยะอาการคงเหลือผู้ป่วยจะมีความพร่องเกี่ยวกับการรับรู้ในตนเอง มักแยกตัว ไม่เชื่อมั่นในตนเอง และไม่กล้าพูดคุยกับผู้อื่น ซึ่งการใช้แอลกอฮอล์ ยิ่งส่งผลให้อาการของโรคกำเริบได้ง่ายทำให้มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน อาจมีอาการหวาดระแวงและการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง จนทำให้ไม่มีเพื่อนบ้าน หรือแม้แต่สมาชิกในครอบครัว กล้าเข้าไปพูดคุยด้วย ส่งผลให้การมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นลดลง (Salyers and Mueser, 2001)

3.5.4 ด้านการสื่อสาร (Communication) พบว่าผู้ป่วยมักจะมีคามผิดปกติทางด้านความคิดเด่นชัด ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านการอ่าน และการเขียน รวมทั้งไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดให้ผู้อื่นเข้าใจได้ โดยแสดงออกด้วยการพูดจาสับสน เรื่องราวไม่ต่อเนื่อง หรือบางครั้งการพูดจาไม่เป็นความจริง (Addington and Addington, 1996; Manning et al., 2009)

3.5.5 ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง (Responsibility) เนื่องจากผู้ป่วยจะขาดความตระหนักรู้ในตนเอง มีอาการหลงผิด ปฏิเสธการเจ็บป่วยของตนเองและขาดแรงจูงใจในชีวิต จึงมักเกิดความบกพร่องด้านความรับผิดชอบด้านต่างๆ ทั้งความรับผิดชอบต่อตนเอง ครอบครัว และผู้อื่น (Sadock and Sadock, 2002) เช่น ขาดความตระหนักถึงอันตรายจากการใช้สารเสพติด (เพ็ญพุด คงพาณิชย์ตระกูล, 2547) มักปฏิเสธการเจ็บป่วย ขาดแรงจูงใจ และไม่ร่วมมือในการรักษา (หทัยวัน สนั่นเอื้อ, 2551)

## 4. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาล

### 4.1 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

#### 4.1.1 หลักการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไป

การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม และเนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2547) โดยมีหลักการดังต่อไปนี้

4.1.1.1 การพยาบาลด้านร่างกาย เริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดของร่างกายและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเองสุขอนามัยไม่ดี เช่น ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำ ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า

4.1.1.2 การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่พยาบาลควรกระทำคือ การหาความหมายของความคิดของผู้ป่วย ซึ่งการสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วย นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมจะช่วยให้เข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมา เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย

ก. การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด ผู้ป่วยจะถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมที่คนอื่นไม่เข้าใจ พยาบาลจึงควรหาความหมายของคำพูดหรือพฤติกรรมนั้นๆ

ข. การให้ความจริงกับผู้ป่วยและส่งเสริมผู้ป่วยให้อยู่กับความเป็นจริงโดยไม่ขัดแย้งกับความรู้สึก ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนผู้ป่วยอาจจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ พยาบาลควรให้ความจริงกับผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย

4.1.1.3 การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ โดยอาการผิดปกติด้านอารมณ์ที่ชัดเจน คือ อารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่นิ่งเฉย พยาบาลต้องมีความเข้าใจ อดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติของผู้ป่วย เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสม และถ้าผู้ป่วยมีอาการทางบวก เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย เสียงดัง แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว พยาบาลต้องมีความเข้าใจ ยอมรับในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก รวมทั้งให้การพยาบาลที่เหมาะสม

4.1.1.4 การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วย การไม่สนใจกิจกรรมสังคมและการไม่สนใจบุคคลอื่น นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ป่วยและเนื้อหาการพูดอาจมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจพฤติกรรมแปลกๆ

4.1.2 การใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545; อรพรรณ ลือบุญ-ธวัชชัย, 2549)

4.1.2.1 การประเมินสภาพ โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านการคิด การรับรู้ พฤติกรรม และ ด้านสัมพันธภาพ ทั้งนี้เพื่อวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม และนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

4.1.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรค เนื่องจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และมีปัญหาการใช้สารเสพติด

4.1.2.3 การวางแผนการพยาบาล ได้แก่ การวางแผนระยะสั้นเน้นการช่วยระยะแรก โดยเฉพาะระยะที่มีอาการ การวางแผนระยะยาวเน้นการดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง และการวางแผนการพยาบาลควรระบุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ในการดูแลไว้ในลักษณะพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นและสามารถเป็นไปได้

4.1.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล และปรับตามความเหมาะสมและใช้เทคนิคการพยาบาลต่างๆ

4.1.2.5 การประเมินผล ในการประเมินผลผู้ป่วยจิตเภทนั้นพยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล เพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงมีอยู่

โดยสรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีปัญหาความบกพร่องทั้งด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ผู้ให้การพยาบาลต้องให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้กระบวนการพยาบาล

## 4.2 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

### 4.2.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

จินตนา ยูนิพันธ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพ ตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัว ในลักษณะที่คำนึงถึงคนทั้งคนเป็นหน่วยเดียว นั่นคือการยึดหลักปัจเจกบุคคลหรือที่เรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลเฉพาะทางสาขาซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตบุคคล ครอบครัว ชุมชนให้มีสุขภาพจิตที่ดีมีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย รวมทั้งการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตนเอง ปรับปรุงตนเองและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษารวมทั้งมีสัมพันธภาพกับคนอื่นและพึ่งพาตนเองได้

รังสิมันต์ สุนทรไชยยา (2552) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนเป็นการนำองค์ความรู้ในทฤษฎีพัฒนาการ ทฤษฎีชีววิทยา ทฤษฎีสังคมวิทยา และทฤษฎีทางจิตวิทยา เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเพื่อการดูแลและบำบัดผู้ป่วย และครอบครัวให้ลดภาวะทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทางจิต บทบาทที่สำคัญของพยาบาลและจิตเวชสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างอิสระในชุมชนจึงจำเป็นต้องใช้ความรู้ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลรวมทั้งแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลเพื่อการตัดสินใจในการบำบัดผู้ป่วยและครอบครัวให้ถูกต้องตามหลักการและสอดคล้องตามสถานการณ์ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพที่สุด

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน หมายถึง การพยาบาลที่ใช้องค์ความรู้แนวคิดทฤษฎีทั้งในศาสตร์และศิลป์มาใช้ในการดูแลช่วยเหลือ บำบัด สนับสนุน ส่งเสริมด้านสุขภาพ ป้องกันหรือดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยทางจิตรวมทั้งครอบครัว

#### 4.2.2 หลักการ และแนวคิดการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ(อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) พยาบาลต้องมีความผูกพัน (Commitment) ยึดมั่นประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการเป็นสำคัญ (Compassion) ดูแลช่วยเหลือจนสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (Conscience) พัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือ (Competence) พัฒนาการรู้จักตนเอง สามารถใช้ความรู้และประสบการณ์ ในการมีปฏิสัมพันธ์เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ปัญหาสุขภาพ (Therapeutic Relationship) มีสติไตร่ตรอง ผสมผสานความรู้ ความรู้สึกตนเอง (Empathy) พัฒนาและดำเนินการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ

#### 4.2.3 วิธีปฏิบัติการพยาบาล มีดังนี้

ก. การวินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิดไตร่ตรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และองค์ความรู้อย่างรอบคอบ

ข. กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์

ค. กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการและครอบครัว การบริหารจัดการระบบบริการ

ง. ปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งผลลัพธ์โดยตรงและผลลัพธ์อื่นๆที่ตามมา

จ. ประเมินผลสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาล จากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคุณค่าที่เกิดขึ้นต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยร่วมด้วย

ฉ. จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งผลลัพธ์ระยะยาว คือการมีสุขภาพที่ดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข

สิ่งสำคัญของการพยาบาลคือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ที่มีองค์ประกอบทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณอยู่ร่วมกัน

#### 4.2.4 บทบาทของพยาบาลจิตเวช 6 บทบาท คือ

ก. บทบาทผู้เลี้ยงดู โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในผู้ป่วยเองและปัจจัยภายนอก ต้องยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข พร้อมมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

ข. บทบาทผู้ประสานงาน ต้องวางแผน ดำเนินการ และประสานการจัดกิจกรรมต่างๆ ทั้งกิจกรรมทางการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม และกิจกรรมอื่นๆที่มุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ค. บทบาทผู้แทนสังคม ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยจัดโอกาสให้ทดลองฝึกพฤติกรรมทางสังคมใหม่ที่เหมาะสม เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวได้เหมาะสมกับทุกสถานการณ์

ง. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือผู้ป่วยให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิม และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเอง

เพื่อลดความทุกข์ทรมาน และแสวงหาความช่วยเหลือ ช่วยให้มีความมั่นใจ ต่อสู้ ปรับตัวดีขึ้น

จ. บทบาทผู้ให้ความรู้/ สอน จะทำหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอนให้ความรู้ สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจ เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเองทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างถาวร

ฉ. บทบาทผู้ชำนาญการทางคลินิก จะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยกระทำกิจกรรม แทนผู้ป่วยในส่วนผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลด้านเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือ ผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ โดยใช้ความรู้ ความสามารถทางเทคนิคการ พยาบาล การสนับสนุน ปรึกษาประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง

#### 4.2.5 การปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน

สามารถจำแนกออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ การป้องกัน การบำบัดรักษา และ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งสามารถเทียบเคียงได้กับการป้องกัน 3 ระดับ คือการป้องกันระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ดังนี้ (Leavell and Clark, 1965)

ก. การป้องกัน (Prevention) ซึ่งเทียบเคียงกับการป้องกันระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วยมาตรการซึ่งเหมาะสมที่มีความเฉพาะกับเชื้อโรคหรือกลุ่มของเชื้อโรค (สาเหตุของความ ผิดปกติทางจิต) เพื่อที่จะสกัดกั้นเชื้อโรคหรือสาเหตุที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วย ก่อนที่จะไปรุกราน บุคคล หรือเป็นการหลีกเลี่ยงการเกิดปัญหาสุขภาพ

ข. การบำบัดรักษา (Treatment) หรือการป้องกันระดับทุติยภูมิ หมายถึง มาตรการที่จะจัดการกับเชื้อโรคหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และภาวะผิดปกติที่อาจเกิดหลังจากการเป็นโรค รวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดความพิการ และการเสียชีวิต

ค. การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) หรือการดูแลในระดับตติยภูมิ จะ เกี่ยวข้องกับมาตรการที่ให้แกผู้ป่วยซึ่งมีความพิการทางด้านจิตใจหรือผู้ที่ไร้ความสามารถ เพื่อการฟื้นฟูให้ มีสภาพที่ใกล้เคียงกับก่อนการเจ็บป่วย หรือเพื่อให้สามารถใช้ศักยภาพที่ยังเหลืออยู่ได้มากที่สุด จึง ต้องเป็นการจัดการกระทำกับทั้งสองระดับ คือระดับบุคคลและเพื่อปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

### 4.3 การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์

4.3.1 การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ (กรมสุขภาพจิต, 2553)

#### 4.3.1.1 การประเมินภาวะสุขภาพและสภาพปัญหา

ก. การซักประวัติ: จากผู้ป่วยและญาติ โดยซักประวัติการดื่มสุรา เช่น ชนิดของสุรา ระยะเวลา ปริมาณ และลักษณะการดื่ม เวลาและปริมาณที่ดื่มครั้งสุดท้าย อาการ ขาดสุรา การชัก ประวัติโรคร่วมทางกาย และโรคทางจิต เป็นต้น

ข. การตรวจร่างกาย: เพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกายหรือ โรคแทรกซ้อนทางกาย โดยการตรวจสภาพร่างกายทั่วไป เช่น ฟัง คลำ เคาะ สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ค. การประเมินสภาพจิต: อาการทางจิตอาจเป็นอาการหนึ่งของ ภาวะเมาสุรา ภาวะถอนพิษสุรา หรืออาจเป็นอาการที่เกิดจากภาวะโรคจิตเวชร่วม

ง. การประเมินทางด้านจิตสังคม: 1) ประเมินตัวผู้ป่วย เช่น

บุคลิกภาพและความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหา ภัยผู้ป่วย ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น 2) ประเมินครอบครัว ชุมชน เช่น ในครอบครัว บุคคลในครอบครัวดื่มสุรา และมีความเชื่อว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องธรรมดา ครอบครัว เป็นต้น

4.3.1.2 การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติทางการพยาบาล มี 4 ระยะ

ก. การพยาบาลระยะแรก มีเป้าหมายเพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การดูแลเบื้องต้น 1) การคัดกรองผู้ป่วย เพื่อจำแนกว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในระดับใด ค้นหาปัญหาให้ได้ตั้งแต่ระยะแรก 2) การดูแลรักษาเบื้องต้น ตามระดับความเสี่ยงของปัญหาของผู้ป่วย จำแนกโดยการคัดกรอง คือ 1) ผู้ป่วยที่ไม่ดื่มเลยหรือดื่มในระดับที่ความเสี่ยงต่ำ ควรให้ความรู้เรื่องความเสี่ยงจากการดื่มสุราร่วมไปกับการดูแลรักษาโรคหลักของผู้ป่วย 2) ผู้ป่วยที่ดื่มแบบเสี่ยงหรือแบบอันตราย ควรให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาแบบสั้น เพื่อให้ผู้ป่วยลด ละ เลิกดื่มสุรา และติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่ม และ 3) ผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดสุราหรือผู้ป่วยดื่มสุราแล้วมีโรคร่วม ควรให้การพยาบาลตามข้อบ่งชี้และควรให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาแบบสั้นเพื่อจูงใจให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาการดื่มของตนและเข้ารับบริการที่เหมาะสมต่อไป

ข. การพยาบาลระยะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกาย/ทางจิต เป้าหมายเพื่อป้องกันและรักษาภาวะขาดสุรา โรคทางกายและทางจิต ถือเป็น การป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล การพยาบาลในระยะนี้มีความสำคัญมากเพราะเป็นระยะที่มีความเสี่ยงต่างๆ ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ถ้าให้การพยาบาลล่าช้าและไม่ถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ร้อยละ 15-30 เพราะผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายต่างๆ เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจรุนแรง การเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ หรือจากอุบัติเหตุรุนแรงได้ การพยาบาลในระยะนี้ได้แบ่งการประเมินออกเป็น 3 ด้าน คือ ประเมินอาการทางกาย ประเมินอาการด้านจิตใจ และประเมินอาการด้านจิตสังคม

ค. การพยาบาลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อลด ละ เลิก ดื่ม และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูทางจิตใจ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งกระบวนการฟื้นฟูมีหลากหลายรูปแบบขึ้นกับความเชี่ยวชาญของสถานที่บำบัด โดยต้องประเมินเพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ง. การพยาบาลระยะหลังรับการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงอยู่ในสังคมได้โดยไม่ดื่มสุราหรือมีการดื่มสุราลดลงอยู่ในระดับที่ปลอดภัย ในการวางแผนการบำบัดดูแลในชุมชน มีอาการฉุกเฉิน การบำบัดทางจิตสังคมรายบุคคลหรือรายกลุ่ม 2) การฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ ฟื้นฟูทักษะทางสังคม การจ้างงาน อาชีพ และ 3) การสนับสนุนระดับครอบครัว เช่น การฝึกทักษะ และให้ความรู้ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉิน การประสานครอบครัว และการหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในชุมชนลักษณะงานที่จำเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) การบำบัดดูแล ได้แก่ การรักษาด้วยยา การจัดการเมื่อมี

#### 4.4 การดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์

การดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ซึ่งมารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวช จะมีทั้งผู้ป่วยมารับบริการเอง และรับส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น จำแนกผู้ป่วยโดยแบ่งเป็นกลุ่มที่มาด้วยปัญหาการดื่มสุรา และมาด้วยปัญหาโรคทางจิตเวช และให้การพยาบาลในแต่ละกลุ่ม ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2552)

4.4.1 การคัดกรอง / ประเมินผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวช โดยจำแนกเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มาด้วยปัญหาการดื่มสุรา ได้รับการวินิจฉัย Alcohol use Disorder ตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD 10 โดยคัดกรองระดับการดื่มสุรา ด้วยเครื่องมือ AUDIT ได้แก่ กลุ่มดื่มแบบเสี่ยงต่ำ กลุ่มดื่มแบบเสี่ยงปานกลาง กลุ่มดื่มเสี่ยงสูง/อันตราย และดื่มแบบติด

4.4.2 กลุ่มที่มาด้วยปัญหาโรคทางจิตเวช มีการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราร่วมด้วย และจำแนกระดับเป็น 4 กลุ่มตามระดับคะแนน AUDIT ได้แก่ กลุ่มดื่มแบบเสี่ยงต่ำ กลุ่มดื่มแบบเสี่ยงปานกลาง กลุ่มดื่มเสี่ยงสูง/อันตราย และดื่มแบบติด และให้การบำบัดตามระดับความรุนแรงของปัญหา

4.4.3 กลุ่มที่มาด้วยปัญหาการดื่มสุราโดยตรง และกลุ่มที่มาด้วยปัญหาโรคทางจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราแบบติด ดำเนินการโดย ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ Lab อื่น กรณีมีข้อบ่งชี้

4.4.4 ประเมินว่าผู้ป่วยมีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนทางกายหรือไม่ กรณีมีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนทางกาย ประเมินว่าสามารถรักษาได้หรือไม่ หากรักษาไม่ได้ให้ส่งต่อแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลทางกาย หากสามารถรักษาได้ประเมินภาวะถอนพิษสุรา

4.4.5 ประเมินว่า มีภาวะถอนพิษสุราหรือไม่โดยใช้เครื่องมือ CIWA-Ar

4.4.6 กรณีผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุรา แพทย์พิจารณาว่าจำเป็นต้องได้รับการถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยนอก หรือแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน รับการถอนพิษสุราแบบ OPD และผู้ป่วยที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน รับการถอนพิษสุราแบบ IPD

4.4.8 หลังการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ จูงใจ และแนะนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดด้านจิตสังคม รวมทั้งให้ข้อมูลและความรู้แก่ญาติในการดูแลช่วยเหลือต่อไป

4.4.9 ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดด้านจิตสังคมตามโปรแกรมโรงพยาบาลและแผนพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.)

4.4.10 นัดติดตามประเมินผลต่อเนื่อง 12 เดือน และส่งเสริมให้ดำเนินชีวิตในชุมชน โดยกระบวนการดูแลของชุมชน

#### 4.5 การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช

โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ มีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โดยมีกิจกรรมการพยาบาลเช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเวชที่มาด้วยปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ที่มารับบริการทั่วไป ยังไม่มีรูปแบบการให้บริการที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มโรคจิตเภท ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลรวมถึงการบำบัดทางจิตสังคม ประกอบด้วย

4.5.1 กิจกรรมการตรวจวัดสัญญาณชีพ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย และด้านจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การประเมิน AUDIT และจำแนกระดับเป็น 4 กลุ่มตามระดับคะแนน AUDIT ได้แก่ กลุ่มดื่มแบบเสี่ยงต่ำ กลุ่มดื่มแบบเสี่ยงปานกลาง กลุ่มดื่มเสี่ยงสูง/อันตราย และดื่มแบบติด และให้การบำบัดตามระดับความรุนแรงของปัญหา

4.5.2 ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดด้านจิตสังคมตามโปรแกรมโรงพยาบาล ประกอบด้วย การให้คำแนะนำตามหลัก D-METHOD การให้คำปรึกษา และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing and Motivational Enhancement Therapy) การให้คำปรึกษา รายบุคคล และการให้คำปรึกษาครอบครัว ตามปัญหาและความต้องการของแต่ละราย

4.5.3 นัดติดตามประเมินผลต่อเนื่อง 12 เดือน และส่งเสริมให้ดำเนินชีวิตในชุมชน โดยกระบวนการดูแลของชุมชน

สรุปกิจกรรมการพยาบาลปกติประกอบด้วยกิจกรรมการตรวจวัดสัญญาณชีพ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การให้คำแนะนำตามหลัก D-METHOD การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing and Motivational Enhancement Therapy) การให้คำปรึกษา รายบุคคล และการให้คำปรึกษาครอบครัว ตามปัญหาและความต้องการของแต่ละราย

## 5. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรม

พฤติกรรมทุกพฤติกรรมมีความหมาย มีสาเหตุและความเป็นมาที่น่าสนใจสามารถพิสูจน์ได้ ซึ่งเป็นแนวความคิดของนักทฤษฎีกลุ่มพฤติกรรมนิยม โดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมทั้งหลายเกิดจากการเรียนรู้ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกิดจากการเรียนรู้มาผิดๆ เราสามารถลบพฤติกรรมที่เรียนรู้มาผิดๆ ได้ด้วยการทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ถูกต้อง วิธีการนี้เรียกว่าพฤติกรรมบำบัด ถือเป็นวิธีการรักษาทางจิตเวชอย่างหนึ่ง มุ่งที่การควบคุมพฤติกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยพยายามขจัดหรือลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาศัยหลักการทางจิตเวชศาสตร์ จิตวิทยาการเรียนรู้ จิตวิทยาสังคม และผลการทดลองเรื่องการเรียนรู้ในสัตว์และมนุษย์

5.1 ความหมายของพฤติกรรมบำบัด (steffle., 1965 อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2553)

พฤติกรรมบำบัด หรือที่เรียกว่า Behavior Therapy คือการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่งที่มีมุ่งเน้นการควบคุมพฤติกรรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สังเกตได้ โดยใช้หลักการเรียนรู้ และผลการทดลองทางจิตวิทยา มาใช้กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การแก้ไขพฤติกรรมเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สังเกตได้ โดยไม่คำนึงถึงสาเหตุของพฤติกรรมในอดีต

### 5.2 หลักการพื้นฐานของพฤติกรรมบำบัด (Basic Principle)

หลักการของพฤติกรรมบำบัด อาศัยพื้นฐานทางทฤษฎีการเรียนรู้ ของนักจิตวิทยา กลุ่มพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) ได้มีการศึกษาทดลองเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์มากมายโดยอาศัยวิธีทางวิทยาศาสตร์ ผู้ริเริ่มคือ วัตสัน (John B. Watson) เชื่อว่า "พฤติกรรมที่เป็นปัญหาทั้งหลายเกิดจากการเรียนรู้ ถ้าเราใช้วิธีการเรียนรู้เข้าไปก็จะสามารถลบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้" (Deviant



behavior is learned so it can be unlearned) ทฤษฎีการเรียนรู้ที่นำมาใช้ คือ ทฤษฎีการเรียนรู้ในกลุ่ม Associationist เชื่อว่าการเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนอง

5.2.1 Classical Conditioning เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการที่มีสิ่งเร้าภายนอกมากระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม มักจะเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ซึ่งอาศัยความใกล้ชิดและการฝึกหัด โดยการนำเอาสิ่งเร้าที่เป็นกลางมาควบคู่กับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการตอบสนอง ทำในเวลาใกล้เคียงกันและทำบ่อยๆ จนสิ่งเร้าที่เป็นกลางสามารถทำให้เกิดการตอบสนองได้ ดังเช่น การทดลองของ พาฟลอฟ (Pavlov) โดยใช้เสียงกระดิ่งมาควบคู่กับอาหาร ทุกครั้งที่สั่นกระดิ่งจะให้อาหารสุนัข ทำหลายๆ ครั้ง จนกระทั่งต่อมาสั่นกระดิ่งเพียงอย่างเดียวสามารถทำให้สุนัขน้ำลายไหลได้ แสดงว่าสุนัขเกิดการเรียนรู้จากการเชื่อมโยงระหว่างเสียงกระดิ่งและอาหารต่อมา วัตสัน นำความคิดของ พาฟลอฟ มาทดลองกับคนเพื่อศึกษาการเรียนรู้ของคน โดยทดลองกับเด็กชายอัลเบิร์ต (Albert) ซึ่งอายุ 2 ปี ในขณะที่เด็กชายอัลเบิร์ตเล่นกับหนูเขากำลังจะเอื้อมมือไปจับหนู วัตสัน จะใช้ฆ้อนตีแผ่นเหล็กให้เกิดเสียงดัง จนเด็กชายอัลเบิร์ต ตกใจทำเช่นนี้ทุกครั้ง ต่อมาเด็กชายอัลเบิร์ต เกิดอาการกลัวหนู เพราะเกิดการเรียนรู้ชนิดเชื่อมโยงระหว่างเสียงดังกับการจับหนู ต่อมาวัตสันได้ทดลองใหม่โดยทุกครั้งที่เด็กจับหนู ให้มารดาอยู่ด้วย โดยมารดาคอยโอบกอดให้ความอบอุ่น และให้รางวัลเข้ามาแทนที่เสียงฆ้อนตีแผ่นเหล็ก ทำเช่นนี้บ่อยครั้งจนกระทั่งเด็กชายอัลเบิร์ตไม่กลัวหนูและสามารถเล่นกับหนูได้เช่นเดิม

สรุปได้ว่า พฤติกรรมทั้งหลายเกิดจากการเรียนรู้ตั้งนั้น เราสามารถใช้การเรียนรู้ใหม่เข้าไปลบพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้ นอกจากนี้การเรียนรู้แบบ Classical Conditioning จะเน้นทางด้านอารมณ์ และความรู้สึก ดังการทดลองของ มาควิส (Marquis, 1931) ทดลองกับเด็กอายุ 2-9 วัน โดยปกติเด็กเล็กๆ เมื่อนำหัวนมมาถูกบริเวณปาก เด็กจะอ้าปากและดูดหัวนมซึ่งเป็นพฤติกรรมรีเฟล็กซ์ (Reflex) แต่มาควิสทำเสียงหึ่งๆ ก่อนให้นมเด็กด้วยทุกครั้ง ต่อมาเมื่อทำเสียงหึ่งๆ เพียงอย่างเดียวเด็กก็จะอ้าปากและทำอาการเหมือนดูดนม หรือจากการทดลองให้คนใช้ปัสสาวะเมื่อได้ยินเสียงกริ่ง โดยครั้งแรกๆ ใช้การสอดท่อเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ แล้วเป่าลมเข้าท่อปัสสาวะก่อนเป่าลมให้กอดกริ่ง 2-3 นาที ทำเช่นนี้หลายๆ ครั้ง จนในที่สุดคนไข้จะถ่ายปัสสาวะได้เมื่อได้ยินเสียงกริ่ง

5.2.2 Operant Conditioning เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากผู้เรียนเป็นผู้ทำพฤติกรรมเองโดยมิต้องรอให้มีสิ่งเร้าจากภายนอกมากระตุ้น เช่น การเดิน การพูด การรับประทานอาหาร เมื่อผู้เรียนกระทำพฤติกรรมแล้วจะได้รับรางวัล ซึ่งรางวัลจะเป็นผลให้ผู้เรียนกระทำพฤติกรรมนั้นๆ อีก สกินเนอร์ เห็นว่าพฤติกรรมของคนส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้แบบ Operant conditioning และสิ่งสำคัญ ที่ทำให้คนแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ อีกก็คือ การได้รับแรงเสริม

ขั้นตอนในการทำพฤติกรรมบำบัด

ในขั้นแรกจะต้องเริ่มโดยการทำวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา (Functional analysis) ก่อน เพื่อศึกษาข้อมูล โดยดำเนินการดังนี้

ก. วัดความถี่ของพฤติกรรมที่ต้องการจะเปลี่ยน (frequency) ตรวจสอบที่เป็นปัญหา

ข. ศึกษาสถานการณ์ที่เกิดพฤติกรรมนั้น (situation)

ค. ศึกษาถึงผลที่ตามมาของพฤติกรรมนั้น (consequence)

เมื่อแน่ใจและทราบถึงพฤติกรรมที่ต้องการจะปรับแก้ เราจะเลือกวิธีการที่จะใช้ในการปรับแก้เทคนิคและวิธีการของพฤติกรรมบำบัด

ก. การควบคุมและรายงานผลตนเอง (Self Monitoring) เป็นการประเมินตนเอง ตรวจสอบพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

ข. การเสริมแรง (Reinforcement) เป็นการเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมโดยการให้แรงเสริมบวกหรือลดแรงเสริมลบทันทีที่เกิดพฤติกรรมที่พึงพอใจ (แรงเสริมบวกเป็นสิ่งที่ผู้รับพึงพอใจ ส่วนแรงเสริมลบเป็นสิ่งที่ผู้รับไม่พึงพอใจ)

ค. การลงโทษ (Punishment) เป็นการลดความถี่ของพฤติกรรมโดยการให้สิ่งที่ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ หรือการลดสิ่งเร้าที่พึงพอใจ เช่น เด็กเกอร์ แม่ดู หรือบางครั้งแม่อาจใช้วิธีการเมินเฉยแทน

ง. เทคนิคการปรับแต่ง (Shaping Technique) คือการปรับแต่งพฤติกรรมจากพฤติกรรมง่าย ๆ ไปสู่พฤติกรรมที่ซับซ้อน อาจาอาศัยกระบวนการ 2 กระบวนการคือ

1. Successive approximation เป็นการใช้เทคนิคการเสริมแรง (Reinforcement) กับพฤติกรรมที่เหมือนหรือใกล้เคียงกับพฤติกรรมที่เราต้องการโดยดำเนินการเป็นขั้นตอน เริ่มต้นด้วยพฤติกรรมแรกๆ ไปจนถึงพฤติกรรมที่เราต้องการโดยดำเนินการเป็นขั้นตอน เริ่มต้นด้วยพฤติกรรมแรกๆ ไปจนถึงพฤติกรรมขั้นสุดท้าย

2. Chaining เป็นการนำพฤติกรรมย่อยๆ ต่างๆ มาเรียงลำดับจากพฤติกรรมแรก (initial) จนถึงพฤติกรรมขั้นสุดท้าย (terminal) แล้วเริ่มฝึกจากพฤติกรรมขั้นสุดท้ายขึ้นมา

จ. การวางเงื่อนไขแบบเคาเตอร์ (Counter Conditioning) เป็นการนำหลักการเรียนรู้ด้วยการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical Conditioning) มาใช้ในการปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยการจับคู่ระหว่างสิ่งเร้าที่เป็นกลาง กับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดพฤติกรรมด้วยตัวของมันเอง โดยการซ้ำๆ กัน จนกระทั่งสิ่งเร้าที่เป็นกลางกลายเป็นเงื่อนไขของพฤติกรรม การใช้เทคนิคนี้เป็นการเปลี่ยนคุณค่าของสิ่งเร้า Joseph Wolpe ได้นำวิธีการ Counter Conditioning มาใช้เพื่อลดความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความกังวลใจกับปฏิกิริยาตอบสนองดังเช่น วิธี Systemic Desensitization คือการลดความรู้สึกวิตกกังวลอย่างมีระบบประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

1. Hierarchy construction การจัดลำดับความกังวลจาก มากที่สุดไป น้อยที่สุด

2. Relaxation training การฝึกการผ่อนคลายความเครียด

3. Pairing of relaxation and anxiety scence การจับคู่กันระหว่างการผ่อนคลายกับความวิตกกังวล

ฉ. เทคนิคการใช้ตัวแบบ (Modeling technique) คือ เทคนิคการลดความกลัว หรือความวิตกกังวลโดยการให้ดูตัวแบบ หรือตัวอย่างที่อยู่ใกล้เคียงกับคนไข้แล้วให้เลียนแบบ อาจใช้หลักของ relaxation เข้าช่วย โดยมีความเชื่อว่า "มนุษย์เรียนรู้สิ่งต่างๆ จากการสังเกตและปฏิบัติ ตามปกติพฤติกรรมของมนุษย์มักเกิดจากการได้สังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น" วิธีนี้อาจใช้คู่กับ Systematic Desensitization เช่น การทดลองของ Bandura ในเด็กกลัวสุนัข ผู้บำบัดสร้าง Model

ที่ดี ให้เด็กดูภาพที่เด็กเล่นกับสุนัขอย่างสนุกสนาน จัดลำดับความกลัวของเด็กจากน้อยไปมาก จากนั้นเอา Model ให้เด็กดู ค่อยๆ ให้เด็กปฏิบัติทีละขั้นตอนจากน้อยไปมาก ถ้าเด็กรู้สึกเครียด เมื่อเด็กเครียดมากให้เด็กทำ relaxation โดยผู้บำบัดสอนหรือให้ บิดา มารดา อยู่ใกล้ซิด

ข. การฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertive training) เป็นการฝึกให้ผู้รับการบำบัดกล้าแสดงออกถึงความรู้สึกที่ควรแสดงออกในสังคมโดยไม่วิตกกังวล เพื่อขจัดปฏิกิริยาตอบสนองที่มีความรู้สึกกังวล (เป็นการขจัด Unadaptive anxiety response) Wolp ได้ใช้วิธีการ Assertive training โดยให้ผู้รับการบำบัดกับผู้บำบัดผลัดกันเล่นบทบาท ให้ผู้รับการบำบัดช่วยดูจุดบกพร่องจากการแสดงบทบาทนั้น จนผู้รับการบำบัดจะเห็นว่าควรแก้ไขพฤติกรรมของตนเองตรงไหน และนำไปฝึกหัดในทางจิตเวช

พฤติกรรมบำบัด มักนิยมใช้ในลักษณะต่างๆ ดังนี้

ก. เด็กที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Conduct behaviors in children) เด็กที่มีปัญหาการฝึกการขับถ่าย การควบคุมกล้ามเนื้อขับถ่าย เด็กดูดี เด็กกลัวโรงเรียนเป็นต้น ใช้วิธีการเสริมแรงจะได้ผลดี

ข. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพึ่งพา (Dependent patient) ในพวก alcoholism, drug Abuse ใช้ Classical conditioning technique ใช้พวก Antabuse (disulfiram) ทำให้ผู้ป่วยคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง ผู้ป่วยจะเกิดความกลัว

ค. ผู้ที่มีความพิการทางปัญญา (Mental retardation) ถือเป็นบทบาทที่พยาบาลทำได้ พยาบาลยอมรับและสนับสนุนให้ผู้ป่วยกระทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง

ง. โรคอ้วน (Obesity) พวกที่รับประทานมากเกินไป ทำพฤติกรรมบำบัด โดยการประเมินและกำกับตนเอง (Self monitoring) จดเวลารับประทานอาหารไว้ทุกครั้งแยกแยะสิ่งเร้าที่ทำให้หอยากอาหาร จำกัดเวลา สถานที่ผลัดผ่อนเวลารับประทานให้เลื่อนไปเรื่อยๆ การใช้แบบอย่าง (Modeling)

จ. โรคกลัวผิดปกติ (Phobia) ในผู้ป่วยที่กลัวผิดปกติ

ฉ. โรคที่เจ็บปวดจากสภาวะทางจิตใจ (Psychogenic pain)

ช. ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยหวาดระแวง (Schizophrenia & Paranoid)

โดยสรุปพฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) เป็นวิธีการรักษาทางจิตเวชอย่างหนึ่ง ที่มุ่งแก้ปัญหาผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมาและเป็นไปได้ มากกว่าการมุ่งแก้ข้อขัดแย้ง โดยพยายามขจัดหรือลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ด้วยการใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ กลุ่มพฤติกรรมนิยม ทฤษฎีที่นำมาใช้คือ ทฤษฎี Classical conditioning เน้นที่สิ่งเร้าและการตอบสนอง โดยอาศัยการฝึกหัด และทฤษฎี Operant conditioning เน้นที่ผู้เรียนเป็นผู้กระทำพฤติกรรมก่อนแล้วจึงได้รับรางวัล เมื่อผู้กระทำทำแล้วได้รับรางวัลจึงเกิดการกระทำอีก เน้นที่การเสริมแรง (Reinforcement) ซึ่งมีเทคนิคและวิธีการในการปรุงแต่งพฤติกรรม คือ การประเมินและรายงานตนเอง (Self Monitoring) การเสริมแรง (Reinforcement) การลงโทษ (Punishment) เทคนิคการตกแต่งพฤติกรรม (Shaping Technique) การวางเงื่อนไขโดย Counter Conditioning การใช้เทคนิค Modeling การใช้การฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออก

### 5.3 ทฤษฎีที่นำมาใช้ในพฤติกรรมบำบัด

Bellack et al. (2006, 2007) ได้เป็นผู้เริ่มต้นในการนำการบำบัดทางพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับอาการจิตเภทเรื้อรัง เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพพัฒนาหน้าที่ความสามารถโดยใช้หลักทฤษฎีการเรียนรู้ในการฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งมีหลักแนวคิดเกี่ยวกับทักษะทางสังคมและการเสริมสร้างแรงจูงใจดังนี้

5.3.1 การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skill Training; SST) (Bellack and Mueser, 1993)

จุดมุ่งหมายคือ การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อพัฒนาหน้าที่ความสามารถ โดยใช้หลักทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) ในการฝึกผู้ป่วยเรื่องกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การพักผ่อน และสันตนาการ การสร้างสัมพันธภาพ เช่นการทักทาย การสนทนา แบ่งเป็น 3 รูปแบบ คือ

5.3.1.1 แบบจำลองทักษะพื้นฐาน (Basic model) ได้แก่ การสบตา การพูด การทักทาย การตั้งคำถาม การขอโทษ การตอบสนองปฏิสัมพันธ์ โดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ปฏิริยาทางสังคม ผ่านการกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติซ้ำๆ โดยกิจกรรมกลุ่มใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นสิ่งกระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม ประสิทธิภาพของแบบจำลองทักษะพื้นฐานพบว่าถ้ามีการกระตุ้นและฝึกปฏิบัติซ้ำๆ จะมีผลต่อการเพิ่มความสามารถทักษะทางสังคมและคงอยู่ได้นาน 12 เดือน (Penn and Mueser, 1996)

5.3.2.2 แบบจำลองการแก้ไขปัญหาทางสังคม (Social problem-solving model) เป็นการจัดกระบวนการเรียนรู้ข้อมูลไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่พัฒนาความสามารถทางสังคมที่บกพร่องไป ได้แก่ การรับประทานยา การดูแลตนเอง การจัดการอาการที่เกิดขึ้น การนัดหมายการเป็นต้น ประสิทธิภาพของแบบจำลองการแก้ไขปัญหาทางสังคม พบว่าทำให้พฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มีทักษะทางสังคมเพิ่มมากขึ้น (สุรพิน และคณะ, 2548) การรู้สิทธิและความเป็นส่วนบุคคล การจัดการเรื่องเงินดีขึ้น (Lieberman et al., 1998) ลดอาการของโรคจิต หรือป้องกันอาการกำเริบได้ดี (Marder et al., 1996)

5.3.3.3 Cognitive remediation model เป็นการฝึกและจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างถูกต้องในเรื่อง Attention, การวางแผน และการตัดสินใจ ซึ่งสาเหตุที่ให้ความสำคัญเพราะพบว่าการดำเนินของโรคจิตเภทและผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต จะทำให้เกิด Cognitive impairment จึงต้องมีการฝึกฝนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทาง Cognition และช่วยให้การฝึกฝนทางจิตสังคมอื่นๆพัฒนาได้เร็วขึ้นด้วย

5.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing \_MI)

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นการให้การปรึกษาแบบมีทิศทาง เน้นให้ผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง โดยมีเป้าหมายที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถค้นหาและแก้ไขความรู้สึกลังเลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งได้รับการคิดค้นโดย Miller and Rollnick (1991) โดยอ้างอิงมาจากทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory) ของ Prochaska and Diclemente (1984)

5.3.2.1 หลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

หลักการของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีหลักการที่สำคัญอยู่ 5 ประการ (DARES) ดังนี้ (Miller and Rollnick, 1991)

ก. ช่วยให้เห็นความขัดแย้ง (Develop Discrepancy) คือการช่วยให้ผู้รับการปรึกษา เข้าใจถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมของเขา โดยทำให้ผู้รับการปรึกษาเห็นความขัดแย้งระหว่างพฤติกรรมปัจจุบันของเขากับเป้าหมายชีวิตที่ต้องการบรรลุ

ข. หลีกเลี่ยงการถกเถียงเอาชนะ (Avoid Argumentation) การถกเถียงเพื่อจะเอาชนะผู้รับการปรึกษา เป็นสิ่งที่ไร้ประโยชน์ ยิ่งผู้ให้การปรึกษายืนยันความคิดของตนเองเท่าไร ผู้รับการปรึกษา ก็จะต้องพยายามยืนยันความคิดของเขามากขึ้นเท่านั้น

ค. โอนอ่อนตามแรงต้านทาน (Roll with Resistance) ใช้การเคลื่อนไหวของผู้รับการปรึกษาเอง (เช่น ทิศทางการถกเถียง) เพื่อเปลี่ยนการรับรู้หรือมุมมองของผู้รับการปรึกษาเพียงเล็กน้อย เพื่อว่าในที่สุดเขาจะไปจบลงตรงที่ซึ่งต่างจากที่คิดไว้แต่ต้น

ง. แสดงความเข้าใจผู้รับการปรึกษา (Express Empathy) โดยการฟังอย่างตั้งใจที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา และยอมรับผู้รับการปรึกษา ไม่ตัดสิน ไม่วิจารณ์ หรือไม่ตำหนิ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงความกังวลของผู้รับการปรึกษาได้ และเพิ่มแรงจูงใจ

จ. สนับสนุนความเชื่อในความสามารถของตนเองของผู้รับการปรึกษา (Support Self-Efficacy) สื่อให้ผู้รับการปรึกษารู้ว่า “คุณสามารถทำได้ คุณสามารถประสบความสำเร็จได้” เพราะความเชื่อว่าตนเองจะทำได้เป็นแรงจูงใจที่สำคัญยิ่ง

#### 5.3.2.2 เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

เทคนิคที่สำคัญ ของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนตามคำย่อที่เรียกว่า “FRAMES” ดังนี้ (Miller, 1995) 1) ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feed back) เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เสี่ยงหรือปัญหาที่เกิดขึ้นจากการบริโภคแอลกอฮอล์ 2) เน้นให้มีความรับผิดชอบ (responsibility) ต่อตนเองในการเปลี่ยนแปลงและมีอิสระในการเลือกและการตัดสินใจ 3) ให้คำแนะนำ (advice) และให้ข้อเท็จจริงเพื่อให้หยุดบริโภคแอลกอฮอล์ 4) เสนอทางเลือกในการปฏิบัติ (menu) เพื่อเปลี่ยนแปลงการบริโภคแอลกอฮอล์โดยช่วยผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะกลางในการลดการบริโภค 5) แสดงความเข้าใจเห็นใจ (empathy) โดยการรับฟัง สะท้อนความรู้สึกที่สื่อถึงการเข้าใจผู้ป่วย ช่วยค้นหาเหตุผลว่าทำไมต้องมีการเปลี่ยนแปลงการบริโภคของตนเอง และ 6) ให้ความหวังและกำลังใจ (self-efficacy) เพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง

### 5.3.3 การจัดการกับความเครียด (กรมสุขภาพจิต, 2541)

#### 5.3.3.1 ความหมายของความเครียด

ความเครียด หรือ Stress ที่มีรากศัพท์มาจากภาษาลาตินว่า “Stringers” ความเครียด คือ สภาวะจิตใจที่ขาดความอดทน อุดกั้น และเต็มไปด้วยความคิดที่ไร้ประโยชน์ อันเนื่องมาจากความกดดันจากภาระหน้าที่การทำงาน การเงิน ความสัมพันธ์ที่ขัดแย้ง รวมทั้งความไม่ถูกต้อง ความก้าวร้าวรุนแรง และสภาพแวดล้อมที่เป็นพิษ เป็นต้น สรุปได้ว่า “ความเครียด” เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่คุกคามหรือกดดัน ซึ่งแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ คือ

ก. องค์ประกอบด้านร่างกาย (Physiological Stress) เช่น เหงื่อแตก หายใจถี่ขึ้น กล้ามเนื้อเกร็ง ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปากแห้ง อึดอัดในท้อง ภาวะอาหารปั่นป่วน เป็นต้น

ข. องค์ประกอบด้านจิตใจ (Psychological Stress) แบ่งออกเป็น

- ด้านพฤติกรรม เช่น ปากสั่น มือสั่น เสียงสั่น พุดเร็ว เดินตัวเกร็ง นอนไม่หลับ ฯลฯ
- ด้านความคิด เช่น คิดอะไรไม่ออก ไม่มีสมาธิ จำอะไรไม่ค่อยได้
- ด้านอารมณ์ เช่น อารมณ์กลัว วิดกกังวล เศร้า โกรธ คับข้องใจ เป็นต้น

ความเครียดคือ : กระบวนการในการปรับตัวสู่สภาวะสมดุลเมื่อสภาพแวดล้อมรอบตัวถูกรบกวนหรือคุกคาม

### 5.3.3.2 สาเหตุของความเครียด

ความเครียดเกิดจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์ใดๆ ก็ตามที่ผลักดันให้ร่างกายและจิตใจผิดไปจากเดิม ทำให้ไม่สบายใจวิตกกังวล ผุดลุกผุดนั่ง อารมณ์เสีย ไม่มีสมาธิ ไม่พอใจ บางคนเมื่อเกิดอารมณ์เครียด จะแสดงอาการออกมาทางกายด้วย เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ กินไม่ได้ อ่อนเพลีย เป็นต้น

### 5.3.3.3 ผลกระทบของความเครียด

เมื่อบุคคลเกิดความเครียดจะมีผลกระทบต่อสภาวะทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนี้

- ก. ความเครียดของกล้ามเนื้อ ได้แก่ พฤติกรรมสีหน้าเครียด ปวดกล้ามเนื้อ หนักตากระตุก กระวนกระวาย ใจสั่น สะดุ้งและตกใจได้ง่าย
- ข. ระบบประสาท ได้แก่ พฤติกรรมเหงื่อออกมากผิดปกติ หัวใจเต้นแรงและเร็ว มือเย็นและชื้น วิงเวียนศีรษะ ท้องปั่นป่วน รู้สึกหนาวๆ ร้อนๆ ปัสสาวะบ่อย ชีพจรเต้นเร็วผิดปกติ
- ค. เกิดความคิดคาดหวังผิดปกติ ได้แก่ พฤติกรรมวิตกกังวลเกิดความกลัวต่างๆ กระวนกระวาย และคิดคาดหวังว่าจะเกิดเหตุเคราะห์ร้ายกับตนเองและหรือบุคคลใกล้เคียง
- ง. เกิดความไม่สบายใจ ได้แก่ ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ กระวนกระวายใจ

### 5.3.3.4 การวางแผนเพื่อเผชิญกับความเครียด (A Plan for Coping)

การประเมินปัญหาอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 1. ลักษณะความเครียด (ความขัดแย้ง การเปลี่ยนแปลง ความคับข้องใจ ความกดดัน เป็นต้น) 2. สังเกตผลของความเครียด และเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุดในการที่จะบรรลุปเป้าหมาย

ขั้นตอนการวางแผนในการเผชิญกับความเครียด 6 ขั้นตอน :

- ก. ประเมินความเครียด (Assessment)
- ข. กำหนดเป้าหมาย (Goal Setting)
- ค. วางแผน (Planning)
- ง. ดำเนินการ (Action)
- จ. ประเมินผล (Evaluation)
- ฉ. ปรับปรุงแก้ไข (Adjustment)

### วิธีการเผชิญกับความเครียด (Method of Coping)

ก. การใช้กลยุทธ์วิธีการทางการรู้คิดในการเผชิญกับความเครียด (Cognitive coping strategies) วิธีการที่คนส่วนใหญ่ใช้ในการเผชิญความเครียด :

Distraction: หันเหความสนใจ

Situation redefinition: พยายามมองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องเล็กน้อย

Direct action: คิดเกี่ยวกับวิธีแก้ปัญหา

Catharsis: แสดงอารมณ์ตอบสนองต่อปัญหา

Acceptance: ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นแต่ไม่สามารถแก้ปัญหาคือ

Seeking social support: แสวงหาหรือค้นพบการสนับสนุนทางอารมณ์

Relaxation: ทำบางสิ่งบางอย่างที่ถือได้ว่าจะทำให้ผ่อนคลาย

Religion: แสวงหาหรือค้นหาความสุขหรือการสนับสนุนทางจิตวิญญาณ

ข. กลยุทธ์ทางพฤติกรรมในการเผชิญกับความเครียด

(Behavioral coping strategies)

- ใช้หลักการจัดการกับสิ่งต่างๆที่จะทำให้กิจกรรมต่างๆที่เราทำ

กลายเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เราเกิดความเครียดน้อยที่สุด

- การบริหารเวลา (Time management) เป็นรูปแบบหนึ่งของการใช้กลยุทธ์ทางพฤติกรรมในการเผชิญกับความเครียด

การบริการเวลา ทักษะทางพฤติกรรม และทางการรู้คิดมีปฏิสัมพันธ์ กัน

- การบริการเวลา ทักษะทางพฤติกรรม และทางการรู้คิดมีปฏิสัมพันธ์ กัน

อย่างใกล้ชิด คือความสุขุมเยือกเย็นช่วยให้การใช้ทักษะทางพฤติกรรมง่ายขึ้น

ค. กลยุทธ์ทางกายในการเผชิญกับความเครียด (Psychological coping strategies)

(Psychological coping strategies)

- กลยุทธ์นี้ใช้ได้ทั้งก่อนและหลังจากความเครียดที่เกิดขึ้นแล้ว

- การออกกำลังกายเป็นวิธีสำคัญที่สุดวิธีหนึ่งช่วยลดอาการเกิดโรคหัวใจตีบ

ลดภาวะรู้สึกรวดกั้วลมซึ่มเศร้าเมื่อออกกำลังกายภายใน 30 นาที

- Biofeedback Training (การย้อนกลับทางชีวภาพ) เป็นการฝึกทางจิตให้

สามารถย้อนกลับไปควบคุมกระบวนการทางกายได้ ผู้ที่ฝึกเป็นประจำสามารถใช้ในเหตุการณ์ประจำวันได้

- Progressive relaxation training เป็นกลยุทธ์ทางกายภาพในการเผชิญกับความเครียด ค้นพบเทคนิคนี้ในปี ค.ศ. 1930 เป็นเทคนิคในการลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อภายใต้การควบคุมของจิตใจ ผู้ฝึกสามารถผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ลดอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต สร้างอารมณ์และจิตใจที่สุขุมเยือกเย็น

#### 5.3.4 การป้องกันการกลับไปเสพยา (ปิยวรรณ ทศนาญชลี., 2554)

สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการไม่เสพยา แบ่งออกเป็น 2 สาเหตุหลัก ดังนี้

5.3.4.1 สาเหตุภายในจากตัวบุคคล สภาพจิตใจที่เข้มแข็งมุ่งมั่นและพร้อมที่จะเลิก มีการยับยั้งชั่งใจและควบคุมพฤติกรรมของตนเองเนื่องจากผู้ติดสารเสยพติดนั้น แม้เพียงนึกถึงหรือสัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับสารเสยพติด ก็อาจนำไปสู่การหวนกลับไปเสพยาได้ทุกเมื่อ ดังนั้นผู้ที่ไม่

หวนกลับไปเสพยาบ้าจำเป็นต้องมีการยับยั้งชั่งใจและควบคุมตนเองที่ดี สามารถวิเคราะห์ที่ไตร่ตรองถึงสาเหตุอันนำไปสู่อาการอยากเสพติด เพื่อหลีกเลี่ยงหรือเบี่ยงเบนความสนใจจากสาเหตุเหล่านั้น หากบุคคลสามารถปฏิเสธการเสพยาบ้าได้จะมีความรู้สึภาคภูมิใจที่สามารถเอาชนะใจตนเองได้ และเกิดความรับรู้ในความสามารถของตนเองทำให้เกิดกำลังใจในการปฏิเสธการเสพติดในครั้งต่อ ๆ ไปได้ง่ายมากขึ้น

ก. บุคลิกภาพ พบว่าผู้ที่มีบุคลิกไม่พึงพาผู้อื่นตลอดเวลา คือ สามารถช่วยเหลือ ให้กำลังใจและควบคุมตนเองได้แม้อยู่ในสภาวะขาดแคลนกำลังใจ จะสามารถประคับประคองพฤติกรรมของตนเองให้ผ่านพ้นได้ ซึ่งแตกต่างจากผู้ที่มีพฤติกรรมหวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ดังที่ได้ศึกษาจาก กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์ (2524, หน้า 146) ได้กล่าวว่า สาเหตุของการติดยาเสพติดมักมีพื้นฐานเดิมของบุคลิกภาพที่อ่อนแอและต้องการพึ่งพาผู้อื่น หรือหาที่ยึดเหนี่ยวไม่ได้ก็พึ่งยาเสพติดแทน นอกจากนี้เป็นผู้ไม่พึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลาแล้วนั้น บุคลิกที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือการปล่อยวางต่อสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะเมื่อผู้ผ่านการบำบัดเหล่านี้ถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นผู้เบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานของสังคม ทำให้บุคคลเหล่านี้มักได้รับการดูถูก รังเกียจจากสังคม ซึ่งพบว่าผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้สามารถปล่อยวางต่อสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การดูถูก สापแข่ง กล่าวหาว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดและผู้ลักขโมยของ เป็นต้น โดยบุคคลเหล่านี้สามารถทนต่อแรงกดดันได้ไม่เครียด ยอมรับในความคิดเห็นของผู้อื่น ยอมรับในความพลาดพลั้งของตนเอง แต่ไม่ยอมรับว่าตนเป็นบุคคลไร้ความสามารถ และพบว่าบุคคลที่เลิกเสพยาบ้าแล้วจะมีบุคลิกที่จริง มองโลกในแง่ดีมากกว่าบุคคลที่ยังเสพยาบ้าอยู่ มีความคิดในด้านบวกมากกว่าด้านลบ มีความรู้สึกนึกคิดต่อตนเองในทางบวกตรงตามสภาพความเป็นจริง เข้าใจตนเอง และเข้าใจผู้อื่น (สุนีรัตน์ บริพันธ์ และศรีพรรณ สว่างวงศ์, 2544)

ข. การรับรู้ว่าเป็นความคาดหวังของบุคคลในครอบครัว พบว่าในช่วงชีวิตที่ได้ก้าวเข้าสู่ความพลาดพลั้งโดยเฉพาะในช่วงของการบำบัดที่มีความยากลำบาก แต่กลับได้เห็นถึงความห่วงใยจากคนในครอบครัวที่คอยให้กำลังใจและความช่วยเหลือ จึงสามารถผ่านพ้นไปได้ ทำให้เกิดการรับรู้ถึงหน้าที่ของตนเอง ในขณะที่เข้ารับการบำบัดจึงได้หวนกลับมาคิดและรับรู้ถึงการเป็นความคาดหวังของบุคคลในครอบครัวจึงต้องการแก้ไขและกอบกู้ชื่อเสียงให้กับครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุนีรัตน์ บริพันธ์ และศรีพรรณ สว่างวงศ์ (2544, หน้า 46-47) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกเสพยาเสพติดของผู้ที่เคยผ่านการบำบัดรักษา ซึ่งพบว่าปัจจัยเบื้องต้นที่นำไปสู่การเลิกเสพยาเสพติด คือความรับผิดชอบและภาระหน้าที่ที่ต้องเลี้ยงดูครอบครัว เพราะตระหนักในความรัก และความห่วงใยของพ่อแม่ ไม่อยากให้พ่อแม่เสียใจและเป็นทุกข์ ต้องการเอาชนะคำสบประมาท และการดูถูกดูแคลนจากคนอื่น จึงเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการไม่เสพซ้ำ

ค. การตีตัวออกห่างจากเพื่อนกลุ่มเสพ พบว่ามี 2 ลักษณะคือ การเลิกคบ คือการตัดขาดจากกลุ่มเพื่อนเดิมที่เคยเสพติดร่วมกัน และการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ คือยังคงคบหาเพื่อนกลุ่มเสพเช่นเดิม เพียงแต่แยกตัวออกในขณะที่มีการเสพติดเท่านั้น ซึ่งพบว่าทั้ง 2 ลักษณะนี้มีความเหมาะสมแตกต่างกันไปตามแต่ละคน เนื่องจากบางคนมีบุคลิกที่ไม่พึ่งพาผู้อื่น มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่เข้มแข็ง จะสามารถตัดความสัมพันธ์กับเพื่อนกลุ่มเดิมและมีเจตคติด้านลบต่อเพื่อนกลุ่มเสพด้วย แต่ในบางรายที่ต้องการเพื่อนเนื่องจากมีปัญหาในครอบครัว ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวของจิตใจ



ขาดความมั่นใจ ต้องการการยอมรับ หากขาดเพื่อนจะรู้สึกเหงาจนทำให้เห็นถึงผลดีของการเสพมากกว่าผลเสีย จึงไม่ต้องการตัดความสัมพันธ์กับเพื่อน แต่สามารถปฏิเสธเมื่อเพื่อนชักชวนเสพได้

ง. การเห็นถึงผลดีที่เกิดขึ้น พบว่าเมื่อบุคคลเหล่านี้เลิกเสพติดแล้ว จึงได้เห็นถึงผลดี เช่น มีเงินเหลือเก็บมากขึ้นจึงเป็นการลดความเครียดภายในครอบครัว ได้รับการบำบัดฟื้นฟูทำให้ร่างกายแข็งแรงมากขึ้นจนสามารถต้านทานอาการอยากเสพได้ เกิดความผ่อนคลาย การได้เห็นถึงสภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับโอกาสจากสังคม เกิดความภาคภูมิใจ เห็นคุณค่าในตนเอง เกิดความมุ่งหวังต่อผลสำเร็จได้ ซึ่งแตกต่างจากผู้ที่หวนกลับไปเสพยาซ้ำที่มักไม่มีการวางแผนและคาดการณ์ในอนาคต

จ. การใช้สัญลักษณ์เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ พบว่าผู้ให้ข้อมูลมักใช้สัญลักษณ์ทางศาสนา เช่น พระเครื่อง คำสั่งสอนของหลวงพ่ เป็นต้น มาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวเมื่อพบเจอกับปัจจัยกระตุ้นหรือสถานการณ์เสี่ยงต่อการหวนกลับไปเสพยาซ้ำ

#### 5.3.4.2 สาเหตุจากสภาพแวดล้อม

ก. การแสดงออกของครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดของผู้ให้ข้อมูล พบว่าหากครอบครัวและผู้ใกล้ชิดของผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติและแสดงความรู้สึกในการสนับสนุนให้หยุดเสพยาจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถคงสภาพการเป็นผู้ไม่เสพยาซ้ำไว้ได้อย่างมั่นคงและต่อเนื่อง ซึ่งการแสดงออกเหล่านี้แตกต่างกันไปตามแต่ละครอบครัว แต่มักเป็นการแสดงออกที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม และสามารถรับรู้ได้ เช่น การกอด การสัมผัส การร่วมทำกิจกรรมในเชิงสร้างสรรค์ การให้รางวัล การพูดชมเชย เป็นต้น แม้การแสดงออกจะเป็นเพียงสิ่งเล็กน้อย แต่ครอบครัวได้แสดงออกในช่วงที่ผู้เสพยาเปิดใจรับรู้ถึงความหวังใยของคนในครอบครัว โดยเฉพาะช่วงการบำบัดและช่วงแรกภายหลังจากการบำบัดเสร็จสิ้น ซึ่งเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการหวนกลับไปเสพยาซ้ำ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้รู้สึกได้ถึงการยอมรับ การให้อภัย และความไว้วางใจ จนทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีมากขึ้น

ข. การช่วยเหลือขัดขวางการหวนกลับไปเสพซ้ำจากบุคคลใกล้ชิด พบว่าบุคคลใกล้ชิดของผู้ให้ข้อมูลหลายรายได้มีการควบคุมรายรับรายจ่ายของผู้ให้ข้อมูล ทำให้ไม่มีเงินเพียงพอต่อการเติมน้ำมันเพื่อขับรถไปหาผู้ค้าหรือเพื่อซื้อสารเสพติด รวมถึงพ่อและแม่ของผู้ให้ข้อมูลจะติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดมากขึ้น ซึ่งการที่ครอบครัวได้ให้ความช่วยเหลือ ไม่ซ้ำเติมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก รวมถึงเป็นการผ่อนคลายความกังวลใจ

ค. การเปลี่ยนแปลงสภาพความเป็นอยู่และชีวิตประจำวัน เช่น การให้โอกาสได้เข้าทำงาน และเปิดโอกาสทางสังคมเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลเหล่านี้ไม่หวนกลับไปเสพติดซ้ำ

## 6. กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีการบริโภคแอลกอฮอล์ เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับความเครียด (Coping) อันเกี่ยวเนื่องมาจากการเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Gregg et al., 2007; Vrdoljak, Ivezic and Jukic, 2008) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะมีความทนต่อความกดดันทางด้านจิตใจต่ำ เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่มี

การเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงเกิดความเครียดจากปัญหาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และการดำเนินชีวิตในชุมชนได้ง่าย อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยมักเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสมเพื่อเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น การหลีกเลี่ยง ปฏิเสธ เก็บกด มีการใช้สารเสพติด รวมทั้งการดื่มแอลกอฮอล์ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และคณะ, 2552) ซึ่งหากผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้แอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่มีอยู่ให้หมดไป และอาจมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น จนเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมตามมา (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานนท์, 2552; Gregg et al., 2007, 2009)

ดังนั้น การแก้ไขปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จึงจำเป็นต้องค้นหาแนวทางการบำบัดที่จะสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสามารถในการเผชิญกับความเครียดอันเนื่องมาจากการใช้แอลกอฮอล์ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยพบว่าโปรแกรม Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness (BTSAS) ของ Bellack et al. (2006, 2007) เป็นกลุ่มบำบัดที่มีโครงสร้างชัดเจนโดยใช้หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องร่วมกับแนวคิดการฝึกทักษะทางสังคมที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะทางสังคมด้านต่างๆ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสมตามบริบท (Bellack et al, 1997) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการเผชิญกับความเครียดจากการใช้สารเสพติดและการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ในโปรแกรมประกอบด้วยการดำเนินการกลุ่มที่ครอบคลุมสาระสำคัญ 6 ประการได้แก่ 1) การสร้างแรงจูงใจเพื่อลดการใช้สารเสพติด 2) การตั้งเป้าหมายในการบำบัด 3) การประเมินและเสริมแรงเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมใช้สารเสพติด 4) การฝึกทักษะทางสังคมเรื่องการปฏิเสธ และการสร้างสัมพันธภาพ 5) การให้ความรู้เรื่องโรค สารเสพติด และฝึกทักษะเผชิญความเครียดเนื่องจากการป่วยและใช้สารเสพติด และ 6) การฝึกทักษะแก้ไขปัญหาและการเผชิญความเครียดจากสิ่งเร้าที่นำไปสู่การเสพซ้ำ ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาจึงสนใจนำโปรแกรมนี้มาประยุกต์และพัฒนาเป็นรูปแบบการให้บริการที่มีความเฉพาะเจาะจงเป็นกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีการใช้แอลกอฮอล์ในบริบทของประเทศไทย โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วม กลุ่มๆ ละ 10 คน จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกันนาน 8 สัปดาห์ ซึ่งสาระสำคัญในการดำเนินการแต่ละครั้งคาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และเสริมสร้างแรงจูงใจ ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเปิดเผยตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ เข้าใจและยอมรับปัญหาของตนเอง ตระหนักถึงความสำคัญของการบำบัด ลดความลังเลใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการบำบัด และเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อเปลี่ยนแปลงตนเองเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์หรือแก้ปัญหามารยาทการบริโภคแอลกอฮอล์ที่มีอยู่ให้ดีขึ้น โดยใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความจูงใจตนเอง (SMS) (Miller, 1995; พิชัย แสงชาญชัย, 2553)

ครั้งที่ 2 การให้คำมั่นสัญญา และตั้งเป้าหมายการบำบัด ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความคิดเห็น ค้นหาสิ่งที่ลังเลใจเกี่ยวกับปรับเปลี่ยนการบริโภคแอลกอฮอล์ กิจกรรมนี้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถบอกถึงปัญหาในการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเองได้ สิ่ง que ผู้ป่วยกังวลและลังเลใจ

เกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเอง หากผู้ป่วยคิดว่าเป็นปัญหาให้ผู้ป่วยประกาศคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ให้ข้อมูล เสนอทางเลือก และช่วยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการบำบัดที่ชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงการบริโภคแอลกอฮอล์ โดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนลด/เลิก การบริโภคแอลกอฮอล์ได้ด้วยตนเอง เน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเอง ให้กำลังใจ/ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองเห็นศักยภาพที่จะดำเนินการได้ด้วยตนเอง

ครั้งที่ 3 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แอลกอฮอล์ และผลของแอลกอฮอล์ ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเอง ผลกระทบจากแอลกอฮอล์ที่มีต่อสมอง ร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งผลเสียด้านต่างๆที่เกิดขึ้นจากการใช้แอลกอฮอล์ เช่น การงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว/ชุมชน วิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม การให้ความรู้ในกิจกรรมนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์ของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตนและให้ความร่วมมือในการรักษา พร้อมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลใจต่อความเจ็บป่วยและการรักษา

ครั้งที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการอาการอยากดื่มแอลกอฮอล์ ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอารมณ์ ความรู้สึกตนเองที่เป็นสาเหตุให้คิดถึงแอลกอฮอล์มากที่สุด ให้ผู้ป่วยสามารถสำรวจอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง ผู้ป่วยสามารถหาแนวทางในการจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสม และหลีกเลี่ยงภาวะอารมณ์ ความรู้สึกที่กระตุ้นให้กลับไปดื่มซ้ำ และเพื่อให้ผู้ป่วยหาวิธีการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกอย่างเหมาะสม เช่นการฝึกการหยุดความคิด เช่น เทคนิคการตีตหนังยาง การผ่อนคลายด้วยการหายใจ และ การผ่อนคลายด้วยจินตภาพ เพื่อจะป้องกันความคิดถึงสุรา ป้องกันมิให้เกิดความอยากดื่มอย่างรุนแรงจนควบคุมตัวเองไม่ได้

ครั้งที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสาร การปฏิเสธทั่วไป และการสร้างสัมพันธภาพโดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์ ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้เกิดทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม เกิดการสื่อสารที่ดี ขณะอยู่ร่วมกับผู้อื่น เรียนรู้การอยู่ร่วมกันในสังคมโดยไม่ต้องพึ่งแอลกอฮอล์ การช่วยเหลือพึ่งพากันในสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งการขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ชุมชนหรือสังคม ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ให้เกียรติและยอมรับการเปลี่ยนแปลง

ครั้งที่ 6 การให้ความรู้เรื่องความเครียด และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการใช้แอลกอฮอล์ (เช่น การเพิกเฉย หลีกเลี่ยง ปฏิเสธการใช้ยา) ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียดที่มีประสิทธิภาพ โดยการให้ความรู้และทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกาย และความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพร่างกาย และจิตใจ เรียนรู้ทักษะการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง และการฝึกปฏิบัติการคลายเครียดโดยวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการหายใจ ซึ่งการผ่อนคลายความเครียดด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายจนความตึงเครียดที่ประสพอยู่ลดน้อยลง เนื่องจากทำให้ร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในภาวะผ่อนคลาย สงบ และมีสมาธิ

ครั้งที่ 7 ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาจากการเจ็บป่วย การบริโภคแอลกอฮอล์ และการเผชิญความเครียดจากสิ่งเร้าที่นำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์ซ้ำ ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงสาเหตุ และวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม เนื่องจากการที่ผู้ป่วยยึดติดอยู่กับปัญหาโดยไม่

สามารถแก้ไขปัญหาก็ได้ เป็นอุปสรรคสำคัญที่นำไปสู่การดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางใหม่ๆ ในการจัดการกับสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อม อารมณ์เชิงลบ ซึ่งเคยนำผู้ป่วยไปสู่การใช้แอลกอฮอล์ โดยการใช้บทบาทสมมติ การให้สมาชิกในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็น ให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพของตนในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาย่างถูกวิธี โดยไม่ต้องพึ่งพาการใช้แอลกอฮอล์ ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้แก้ปัญหาที่สาเหตุแห่งปัญหาได้อย่างแท้จริง และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมในการเผชิญปัญหาจากสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ครั้งที่ 8 ฝึกทักษะวางแผนอนาคตเพื่อดูแลตนเอง การดำเนินชีวิต การป้องกันการเสพติด ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองให้เอื้อต่อการลด/เลิกบริโภคแอลกอฮอล์ การป้องกันการกลับไปติดซ้ำแบบองค์รวม โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สมดุล เช่น การจัดตารางชีวิต การผ่อนคลายความเครียด สุขอนามัยการนอน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้สามารถสร้างเครือข่ายการดูแลหรือขอความช่วยเหลือ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากสังคมและชุมชนในการแก้ปัญหาต่างๆที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ไม่รู้สึกแยกจากสังคมหรือชุมชน

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในประเทศไทย

นิชนันท์ คำล้าน (2547) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา โดยพัฒนาเป็นการบำบัดแบบกลุ่มจำนวน 5 ครั้งครั้งละ 2 ชั่วโมง ประเด็นของเนื้อหาเกี่ยวกับการอภิปรายถึงผลกระทบของการดื่มสุรา การเปิดเผยเรื่องราวของตนเองเกี่ยวกับการดื่มสุรา การวิเคราะห์องค์ประกอบในการดื่มสุรา (Functional Analysis) การเพิ่มขีดความสามารถ (Enhance Efficacy) การสำรวจความมั่นใจ การปรับพฤติกรรม การปรับโครงสร้างของความคิด (Cognitive Restructuring) และการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้เข้าร่วมโครงการเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราไปในทางที่ดีขึ้นทุกคน

สุนทรี ศรีโกไสย (2548) ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุรา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดสุราที่มารับบริการ ณ คลินิกบำบัดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ลดผลลัพธ์ที่ตามมาจากการดื่มสุรา เพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่ม และเพิ่มความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา

ดอกรัก พิทาคำ (2549) ศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดสุราที่มารับบริการในคลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Ronick (1995) ผลการศึกษาพบว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราโดยการหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มสุราเป็นระยะเวลา

อย่างน้อย 1 เดือน

ทวิ วิสาระพันธ์ (2551) ศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีอาการถอนพิษสุรา ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราไปในทางที่ดีขึ้น ผู้ป่วยตระหนักถึงผลเสียของการดื่มสุรามากขึ้น หลังการบำบัดผู้ป่วยมีกำลังใจมากขึ้น มีความรู้สึกมั่นใจในตนเอง เชื่อมั่นว่าตนเองจะทำได้สำเร็จ จึงทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตน เลิกดื่มสุราหรือลดการดื่มลง

ไพรวลัย ร่มซ้าย (2553) ศึกษาผลการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีอายุระหว่าง 20 – 60 ปี จำนวน 13 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 13 คนมีแรงจูงใจเพิ่มขึ้นเฉลี่ยในระดับที่ 7.62 คือ มีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งการลดปริมาณและจำนวนวันที่ดื่ม มีผู้ป่วย 7 คนที่หยุดดื่มสุราได้ตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษาในระยะติดตามผลทั้ง 4 ระยะ มีผู้ป่วย 5 คนกลับไปดื่มสุราเป็นบางโอกาส และอีก 1 คนมีการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องแต่ลดปริมาณการดื่มลง

การศึกษาในต่างประเทศ

Barrowclough et al. (2001) ศึกษาผลการบำบัดเพื่อเปรียบเทียบการบำบัดแบบผสมผสานกับการดูแลทั่วไป ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยทำการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวช 3 แห่งในประเทศอังกฤษ เห็นโปรแกรมการบำบัด แบบผสมผสานทั้ง Motivational Interviewing, Cognitive Behavior Therapy และ Family Intervention งานวิจัยเป็น Randomized Controlled Trial มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน และมีญาติ / ผู้ดูแลอีกจำนวน 36 คน จากการติดตามผลการวิจัยในเดือนที่ 3 , 6 และ 12 พบว่า การบำบัดแบบผสมผสานในผู้ป่วยจิตเภทจะมีผลในการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ ช่วยลดอาการทางจิตทั้งอาการทางลบและอาการทางบวก หลังจากบำบัดสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำแต่ไม่ได้ช่วยเพิ่มจำนวนวันของการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ / การเสพยาเสพติด

Baker et al. ( 2002 ) ทำการศึกษาเพื่อรวบรวมรูปแบบการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดร่วมด้วย หากความสัมพันธ์ในการโน้มน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และประเมินประสิทธิผลการบำบัด โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการบำบัด โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 160 คน ถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 79 คน ได้รับการบำบัดด้วย Motivational interview รายบุคคล และเป็นกลุ่มควบคุม 81 คน ได้รับชุดความรู้ไปศึกษาด้วยตนเองเป็นจำนวน 78 คน จากการติดตามประเมินผลหลังการบำบัดในเดือนที่ 3 , 6 และ 12 ผลของการศึกษาพบว่า การบำบัดด้วย Motivational interview สามารถสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นโดยมาตามนัดมากกว่ากลุ่มควบคุมตลอดระยะเวลาการติดตามผล

Baker et al. (2002) ทำการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของ Motivational Interview ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชในการลด / หยุดดื่มแอลกอฮอล์ / ใช้ยาเสพติด ทำการศึกษาที่ Psychiatric hospital in the Hunt region of New South Wales ประเทศ Australia กลุ่มตัวอย่าง

เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา มีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยในหน่วยงาน งานวิจัยเป็น Randomized Controlled Trial กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในทั้งหมด 160 คน จะถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 79 คน ได้รับการบำบัดด้วย Motivational Interviewing รายบุคคล และเป็นกลุ่มควบคุม 81 คน ได้รับชุดความรู้ไปศึกษาด้วยตนเอง จำนวน 78 คน มีการติดตามประเมินผลหลังให้การบำบัดในเดือนที่ 3, 6 และ 12 กลุ่มตัวอย่างเสียชีวิต 4 ราย โดยเสียชีวิตก่อนรับการบำบัด 1 ราย ตอนติดตามผล 3 เดือน แรก 1 ราย และระหว่างติดตามผลเดือนที่ 3 – 6 อีก 2 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังให้การบำบัดด้วย Motivational Interview (MI) แบบรายบุคคล สามารถช่วยให้การทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น และช่วยให้อาการทางจิตดีขึ้น ช่วยเพิ่มความต้านทานในผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์และร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยมา Follow up มากกว่ากลุ่มควบคุมตลอดระยะเวลาการติดตามผล ส่วนการเพิ่มจำนวนวันของการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ / การเสพสารเสพติดไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Graeber et al. (2003) ทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบำบัดด้วย Motivational Interview (MI) กับ Educational Treatment (ET) ในการช่วยให้เลิกและ / หรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ มีกลุ่มตัวอย่างที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ งานวิจัยเป็น Randomized Controlled Trial กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 30 คน จะถูกสุ่มแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 15 คน กลุ่มทดลองจะได้รับ Motivational Interview (MI) และกลุ่มควบคุมจะได้รับ Educational Treatment (ET) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่จบระดับ High school ยังโสด มีเพียง 1 คน ที่แต่งงาน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดว่างงาน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทเมื่ออายุ 20 กว่าปี ได้รับการรักษาด้วยยา และเคย Admit ในโรงพยาบาล มีการติดตามประเมินผลก่อนและประเมินซ้ำหลังให้การบำบัดครบในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 24 โดยใช้ The Brief Drinker Profile (Miller & Marlatt, 1987) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้ Motivational Interview (MI) และกลุ่ม Educational Treatment (ET) ตลอดการติดตามผลในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 24 หลังการบำบัด

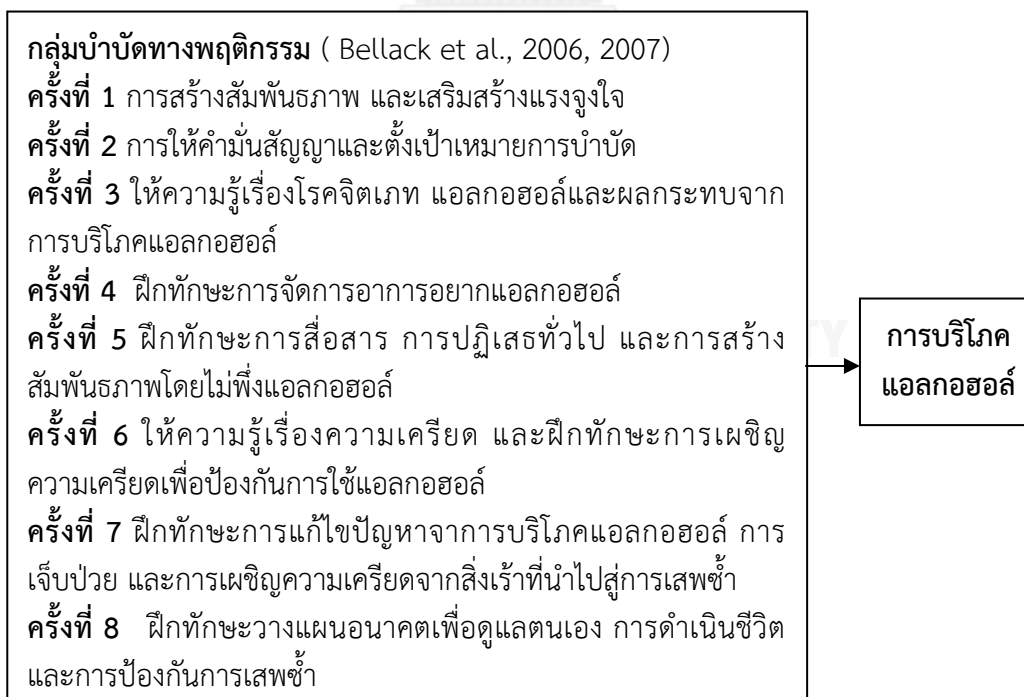
Haddock et al. (2003) เป็นการศึกษาติดตามผลโปรแกรมต่อเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเรื่องที่ 1 เป็นระยะเวลา 18 เดือน หลังจากได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบประสมประสานทั้ง Motivational Interviewing, Cognitive Behavior Therapy, และ Family Intervention พบว่ายังคงมีผลในการเพิ่มความสามารถในหน้าที่ ช่วยลดอาการทางจิตทั้งอาการทางลบและอาการทางบวก ช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ แต่ไม่ได้ช่วยเพิ่มจำนวนวันหยุดดื่ม / การเสพสารเสพติด

Bellack et al. (2006) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมแบบผสมผสานรูปแบบใหม่ในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชร่วมกับการใช้สารเสพติดร่วมโดยศึกษาในช่วง 6 เดือน ซึ่งกลุ่มทดลองให้การบำบัดโดยโปรแกรม BTSAS และกลุ่มควบคุมให้การบำบัดโดยโปรแกรม STAR ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรม BTSAS มีประสิทธิผลในการบำบัดมากกว่าโปรแกรม STAR ซึ่งโปรแกรม BTSAS ส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น การกลับมารักษาซ้ำลดลง รวมทั้งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

Julia et al. (2008) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการผสมผสานแนวความคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะวิตกกังวลและพฤติกรรมการเสพติดโดยศึกษากับผู้ป่วยโรคร่วมวิตกกังวลกับการติดสุราในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 19 ครั้ง 3 กิจกรรมแรกเป็นการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อแก้ไขความลังเลใจในการเลิกดื่มสุรา และเพิ่มความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาการเสพติด กิจกรรมที่เหลือเป็นการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่ยึดหลัก การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การปรับความคิดที่บิดเบือนและปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสม และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า การประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะเพิ่มประสิทธิภาพความสามารถในการรักษา

Mc Carthy (2008) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้น (Brief CBT) ลดพฤติกรรมเสพติดสุราของกลุ่มพนักงานในโรงงานจำนวน 26 คน ซึ่งในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง คือ กิจกรรมที่ 1 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา กิจกรรมที่ 2 เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจความเชื่อมโยงของความคิดที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม กิจกรรมที่ 3 เป็นการคาดหมายการดื่มสุราในอนาคตและกิจกรรมที่ 4 เป็นการฝึกทักษะการปฏิเสธ ซึ่งในการทดลองครั้งนี้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมเสพติดสุรา (AUDIT) มาใช้ในการวิจัย ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับการบำบัดกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมเสพติดสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากการบำบัดและการติดตามผล 2 เดือน

จากผลการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ จะช่วยลดการบริโภคแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ได้ ดังแสดงในกรอบแนวคิดในการวิจัยต่อไปนี้



ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วกัดก่อนและหลังการทดลองโดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The pretest - posttest Randomized Control group design) (Polit and Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ที่มารับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ตัวแปรต้นคือ การใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม ตัวแปรตามคือ การบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>	กลุ่มทดลอง
O <sub>3</sub>		O <sub>4</sub>	กลุ่มควบคุม

- X หมายถึง การใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม
- O<sub>1</sub> หมายถึง การประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลองก่อนได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม
- O<sub>2</sub> หมายถึง การประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลองหลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม
- O<sub>3</sub> หมายถึง การประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการดูแลตามปกติ
- O<sub>4</sub> หมายถึง การประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการดูแลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรวิจัย** คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0 – F20.9) และใช้แอลกอฮอล์ซึ่งรวมถึงการใช้แอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายและการติดแอลกอฮอล์ (F10.1, F 10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชน และมารับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยเพศชายวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) และใช้แอลกอฮอล์ซึ่งรวมถึงการใช้แอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายและการติดแอลกอฮอล์ (F10.1, F 10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD10) อาศัยอยู่ในชุมชน และมารับบริการในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จำนวน 40 คน

โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้าและคัดออกดังนี้

#### เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา (Inclusion Criteria) มีดังนี้

1. เพศชาย มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและใช้แอลกอฮอล์ ซึ่งรวมถึงการใช้แอลกอฮอล์ที่เป็น



อันตรายและการติดแอลกอฮอล์ (F 20.0 - F20.9 with F 10.1, F10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10)

3. เป็นผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ โดยพิจารณาจาก

3.1 ไม่ได้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาล หรือไม่ต้องเพิ่มยาภายในระยะเวลา 3 เดือน

3.2 มีคะแนน BPRS น้อยกว่า 30 คะแนน

4. มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้

5. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ

**เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) มีดังนี้**

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยขอถอนตัวออกจากการวิจัย
2. ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ หรือมีปัญหาสุขภาพทางกาย จนเป็นอุปสรรค ขณะเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Cochran and Cox, 1992 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) ด้วยโปรแกรม Power analysis for sample size (PASS) แบบ Two-Sample t-Tests power analysis โดยได้นำผลการศึกษาของ Bellack et al. (2006) มาร่วมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในการกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 11 คน อย่างไรก็ตาม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดพอเหมาะกับการวิจัยแบบทดลองซึ่งต้องมีกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน (Polit and Beck, 2004) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เพื่อให้มีการกระจายของข้อมูลเข้าสู่โค้งปกติ (Normality) มากที่สุด และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด

#### ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท (F20.0- F20.9) และใช้แอลกอฮอล์รวมถึงการใช้แอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายและการติดแอลกอฮอล์ (F 10.1, F 10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD-10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชน และมารับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ที่มารับบริการภายในช่วงระยะเวลา 3 เดือน มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทและมีการใช้แอลกอฮอล์ทั้งที่เป็นอันตรายและการติดแอลกอฮอล์ จำนวน 482 คน หลังจากนั้นได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยระบบข้อมูลในโปรแกรม Hos XP โดยคัดตามคุณสมบัติเบื้องต้นตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง มาได้จำนวน 58 คน แล้วให้ผู้ป่วยทุกคนทำแบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ (AUDIT)

2. จากนั้นผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และคะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ (Bellack et al., 2006) โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้การจับคู่ผู้ป่วยที่มีจำนวนปีการเจ็บป่วยเท่ากัน และ ผู้ป่วยที่มีคะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับเดียวกันตามคะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ (AUDIT) ที่ประเมินมีคะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ (AUDIT) อยู่ในระดับเท่ากัน คือ ระดับการดื่มแบบเสี่ยง (8 - 15 คะแนน) จำนวน 11 คู่ และระดับการดื่มแบบอันตราย (16 - 19 คะแนน) จำนวน 9 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถจับคู่ได้ 20 คู่ รวมจำนวน 40 คน และไม่สามารถจับคู่ได้ จำนวน 18 คน โดยจับคู่ จนครบ 20 คู่

3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน เกี่ยวกับการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4. จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทีละคู่โดยใช้วิธีการจับฉลากจนครบ 20 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามที่ได้กำหนดไว้ ดังรายละเอียดลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามระยะเวลาการเจ็บป่วย และคะแนนการบริโภคนแอลกอฮอล์ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)	คะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์	ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)	คะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์
1	2	15	2	14
2	2	13	2	13
3	3	14	3	15
4	3	16	3	16
5	4	17	4	18
6	4	15	4	15
7	4	18	4	18
8	3	17	3	16
9	4	16	4	16
10	4	13	4	13
11	5	15	5	15
12	2	12	2	11
13	5	16	5	16
14	5	17	5	17
15	4	14	4	13
16	3	12	3	12
17	2	17	2	16
18	2	15	2	15
19	2	14	2	14
20	3	13	3	12

จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้รับการจับคู่ให้มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันในเรื่องจำนวนปีที่เจ็บป่วย และ คะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ โดยพบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเท่ากัน คือ 2, 3, 4 และ 5 ปี จำนวน 6, 5, 6 และ 3 คู่ ตามลำดับ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวน 5 คู่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย 4 ปี จำนวน 6 คู่ และระยะเวลาการเจ็บป่วย 5 ปี จำนวน สำหรับการจับคู่ด้วยคะแนน การบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับเดียวกันโดยใช้คะแนนจากแบบประเมิน AUDIT นั้นพบว่า มีคะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ (AUDIT) อยู่ในระดับเท่ากัน คือ ระดับการดื่มแบบเสี่ยง (8 - 15 คะแนน) จำนวน 11 คู่ และระดับการดื่มแบบอันตราย (16 - 19 คะแนน) จำนวน 9 คู่

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงการดำเนินการอย่างรอบคอบเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยคัดเลือกลุ่มตัวอย่างที่มาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทั้งนี้ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม พร้อมทั้งเครื่องมือที่สร้างขึ้น นำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ เพื่อพิจารณาผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ และได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2556 (ตั้งเอกสารผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภาคผนวก ฉ)

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม
2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ (AUDIT)
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความสามารถในการเผชิญความเครียด โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

**ชุดที่ 1 เครื่องมือดำเนินการทดลอง** คือ กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากโปรแกรม Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent mental Illness (BTSAS) ของ Bellack et al. (2006, 2007) มีขั้นตอนการพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการลดการบริโภคแอลกอฮอล์ และการบำบัดทางพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์
2. พัฒนากลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม ประกอบด้วย แผนการทำกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม และคู่มือการทำกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม โดยกำหนดโครงสร้างของกิจกรรมในการทำกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมด้วยการประยุกต์จากโปรแกรม Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent mental Illness ของ Bellack et al. (2006, 2007) เป็นกลุ่มบำบัดที่ใช้

หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและให้ความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องร่วมกับแนวคิดการฝึกทักษะทางสังคมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทักษะทางสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและสังคมได้อย่างเหมาะสมตามบริบท (Bellack et al, 1997) โดยในการพัฒนารูปแบบการให้บริการที่มีความเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในงานวิจัยครั้งนี้เพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการเผชิญกับความเครียดจากการใช้สารเสพติดและการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การบริโภคแอลกอฮอล์ที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ในโปรแกรมประกอบด้วยการดำเนินการกลุ่มที่ครอบคลุมสาระสำคัญ 6 ประการได้แก่ 1) การสร้างแรงจูงใจเพื่อลดการใช้สารเสพติด 2) การตั้งเป้าหมายในการบำบัด 3) การประเมินและเสริมแรงเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมใช้สารเสพติด 4) การฝึกทักษะทางสังคมเรื่องการปฏิเสธ และการสร้างสัมพันธภาพ 5) การให้ความรู้เรื่องโรค สารเสพติด และฝึกทักษะเผชิญความเครียดเนื่องจากการป่วยและใช้สารเสพติด และ 6) การฝึกทักษะแก้ไขปัญหา และการเผชิญความเครียดจากสิ่งเร้าที่นำไปสู่การเสพยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ประกอบด้วยดำเนินการเป็นรายกลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง ใช้เวลาดำเนินการครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาดำเนินการติดต่อกันนาน 8 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและเสริมสร้างแรงจูงใจ

ครั้งที่ 2) การให้คำมั่นสัญญาและตั้งเป้าหมายการบำบัด

ครั้งที่ 3) ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แอลกอฮอล์และผลของแอลกอฮอล์

ครั้งที่ 4) ฝึกทักษะการจัดการอาการอยากแอลกอฮอล์

ครั้งที่ 5) ฝึกทักษะการสื่อสาร การปฏิเสธทั่วไป และการสร้างสัมพันธภาพโดยไม่พึ่ง

แอลกอฮอล์

ครั้งที่ 6) การให้ความรู้เรื่องความเครียด และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดจากใช้

แอลกอฮอล์

ครั้งที่ 7) ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาจากการบริโภคแอลกอฮอล์ การเจ็บป่วย และการเผชิญความเครียดจากสิ่งเร้าที่นำไปสู่การเสพยา

ครั้งที่ 8) ฝึกทักษะวางแผนอนาคตเพื่อดูแลตนเอง การดำเนินชีวิต และการป้องกันเสพยา

3. เขียนรายละเอียดและจัดทำคู่มือการบำบัดทางพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ซึ่งสาระสำคัญในการดำเนินการแต่ละครั้งคาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง ดังนี้

**ครั้งที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ และเสริมสร้างแรงจูงใจ

ระยะเวลา 90 นาที

**สาระสำคัญ**

การสร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในระยะแรกให้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วยคำแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ พูดคุยเรื่องทั่วไป บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับหลังสิ้นสุดกิจกรรม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการเข้ากลุ่ม เกิด

ความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาอันจะส่งผลต่อการเกิดภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป (Freemantle, 1993)

การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อลดความลังเลใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการบำบัด และเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ หรือแก้ปัญหามารยาทบริโภคแอลกอฮอล์ที่มีอยู่ให้ดีขึ้น

### **ครั้งที่ 2** การให้คำมั่นสัญญาและตั้งเป้าหมายการบำบัด

ระยะเวลา 90 นาที

#### **สาระสำคัญ**

เพื่อตรวจสอบความคิดเห็น ค้นหาสิ่งที่ลังเลใจเกี่ยวกับปรับเปลี่ยนการบริโภคแอลกอฮอล์ กิจกรรมนี้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถบอกถึงปัญหาในการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเองได้ สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกังวลและลังเลใจเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเอง หากผู้ป่วยคิดว่าเป็นปัญหาให้ผู้ป่วยประกาศคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงให้ข้อมูล เสนอทางเลือก และช่วยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการบำบัดที่ชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารยาทบริโภคแอลกอฮอล์ โดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนลด/เลิก การบริโภคแอลกอฮอล์ได้ด้วยตนเอง เน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการเลือกแนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ให้กำลังใจ/ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองเห็นศักยภาพความสามารถที่จะดำเนินการได้ด้วยตนเอง และตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงการบริโภคแอลกอฮอล์ และสนับสนุนให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลง

### **ครั้งที่ 3** ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แอลกอฮอล์ และผลของแอลกอฮอล์

ระยะเวลา 90 นาที

#### **สาระสำคัญ**

การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท จะเป็นการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในเรื่องความหมายของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรค การใช้ยาต้านโรคจิต และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และยอมรับกับปัญหาของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตระหนักถึงบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับอาการของโรค ทราบว่าจะจัดการกับอาการกำเริบของโรคจิตเภทนั้นอย่างไร และส่งผลให้มีอาการอยู่ในระยะคงที่ขณะใช้ชีวิตในชุมชน

การให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ จะเป็นการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ และผลกระทบจากการใช้แอลกอฮอล์ที่มีต่อสมอง ร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งผลเสียด้านต่างๆที่เกิดขึ้นจากการใช้แอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการใช้แอลกอฮอล์ต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภท เช่น อาการกำเริบ ความบกพร่องในด้านหน้าที่การงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว/ชุมชน วิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม การเผชิญความเครียดจากการเจ็บป่วยของตนเองด้วยวิธีการที่เหมาะสมโดยไม่ใช้แอลกอฮอล์

### **ครั้งที่ 4** ฝึกทักษะการจัดการอาการอยากดื่มแอลกอฮอล์

ระยะเวลา 90 นาที

### สาระสำคัญ

ฝึกทักษะการจัดการความอยากดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนวิธีการคิด การควบคุมอารมณ์ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รับรู้ถึงศักยภาพในการควบคุมตนเอง เกิดทักษะ และมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการกับอาการอยากแอลกอฮอล์ของตนเองได้ เป็นการฝึกผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ของตนเองเมื่อมีอาการอยากแอลกอฮอล์ และการจัดการกับอาการอยากแอลกอฮอล์ การให้ความรู้เกี่ยวกับตัวกระตุ้น อาการอยากแอลกอฮอล์ แสดงความเชื่อมโยงอาการอยากแอลกอฮอล์กับพฤติกรรม อารมณ์และความคิด ฝึกทักษะการจัดการกับอาการอยากแอลกอฮอล์ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์กำหนดแผนในการจัดการกับอาการอยากแอลกอฮอล์ด้วยตนเอง

**ครั้งที่ 5** การฝึกทักษะการสื่อสาร การปฏิเสธทั่วไป และการสร้างสัมพันธภาพโดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์

ระยะเวลา 90 นาที

### สาระสำคัญ

ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว และคนรอบข้างอาจนำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์ ดังนั้นการประเมินปัญหาสัมพันธภาพที่เกี่ยวข้องหรือนำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์จึงเป็นสิ่งจำเป็น และเมื่อพบปัญหาสัมพันธภาพดังกล่าวก็ควรจะช่วยเหลือให้ผู้อื่นได้วางแผนแก้ไขปัญหาของตนเองได้ โดยการฝึกทักษะการสื่อสาร การปฏิเสธทั่วไป การสร้างสัมพันธภาพโดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้เกิดทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม เกิดการสื่อสารที่ดี ขณะอยู่ร่วมกับผู้อื่น เรียนรู้การอยู่ร่วมกันในสังคมโดยไม่ต้องพึ่งแอลกอฮอล์ การช่วยเหลือพึ่งพากันในสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งการขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ชุมชนหรือสังคม ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ให้เกียรติและยอมรับการเปลี่ยนแปลง

**ครั้งที่ 6** การให้ความรู้เรื่องความเครียด และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการใช้อัลกอฮอล์ (เช่น การเพิกเฉย หลีกเลียง ปฏิเสธการใช้แอลกอฮอล์)

ระยะเวลา 90 นาที

### สาระสำคัญ

การให้ความรู้เรื่องความเครียด และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการใช้อัลกอฮอล์ (เช่น การเพิกเฉย หลีกเลียง ปฏิเสธการใช้ยา) ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียดที่มีประสิทธิภาพ โดยการให้ความรู้และทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกาย และความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพร่างกาย และจิตใจ เรียนรู้ทักษะการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง

การฝึกปฏิบัติการคลายเครียดโดยวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการหายใจ ซึ่งการผ่อนคลายความเครียดด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายจนความตึงเครียดที่ประสออยู่ลดน้อยลง เนื่องจากทำให้ร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในภาวะผ่อนคลายสงบ และมีสมาธิ ช่วยให้มีสมาธิอ่านที่จะดำเนินการสิ่งต่างๆ ได้อย่างแจ่มใสขึ้น ส่งผลให้การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น

**ครั้งที่ 7** ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาจากการเจ็บป่วย การบริโภคแอลกอฮอล์ และการเผชิญความเครียดจากสิ่งเร้าที่นำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์ซ้ำ

ระยะเวลา 90 นาที

### สาระสำคัญ

เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงสาเหตุ และวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม เนื่องจากการที่ผู้ป่วยยึดติดอยู่กับปัญหาโดยไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ เป็นอุปสรรคสำคัญที่นำไปสู่การดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางใหม่ๆ ในการจัดการกับสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อม อารมณ์เชิงลบ ซึ่งเคยนำผู้ป่วยไปสู่การใช้แอลกอฮอล์ โดยการใช้บทบาทสมมติ การให้สมาชิกในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพของตนในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหอย่างถูกวิธี โดยไม่ต้องพึ่งพาการใช้แอลกอฮอล์ ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้แก้ปัญหที่สาเหตุแห่งปัญหาได้อย่างแท้จริง และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมในการเผชิญปัญหาจากสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**ครั้งที่ 8** ฝึกทักษะวางแผนอนาคตเพื่อดูแลตนเอง การดำเนินชีวิต การป้องกันการเสพยา

ระยะเวลา 90 นาที

### สาระสำคัญ

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองให้เอื้อต่อการลด/เลิกบริโภคแอลกอฮอล์ การป้องกันการกลับไปติดซ้ำแบบองค์รวม โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สมดุล เช่น การจัดการตารางชีวิต การผ่อนคลายความเครียด สุขอนามัย การนอน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น รวมทั้งการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้อาจสร้างเครือข่ายการดูแลหรือขอความช่วยเหลือ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากสังคมและชุมชนรอบข้างในการแก้ปัญหาต่างๆที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ไม่รู้สึกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อยู่

### การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย

1. แผนกิจกรรมในกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

2. คู่มือกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ โดยนำเครื่องมือทั้ง 2 ชุด ดังข้างต้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม มีความสอดคล้องกับการศึกษา และนำไปตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมด้วยการหาความตรงของเนื้อหา โดยนำฉบับที่แก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วจึงนำไปขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน พบว่ามีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.90 ซึ่งถือเป็นค่าที่ยอมรับได้ เนื่องจากมีค่าเท่ากับ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยรรกูร, 2550)



เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหากิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 8 เพิ่มเนื้อหาเรื่องการใช้เวลาให้เกิดประโยชน์ และการบริหารเงินเพื่อให้เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะนำไปใช้ในการบริโภคแอลกอฮอล์

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 20 คน ที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ โดยทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม จนครบทั้ง 8 ครั้ง โดยดำเนินการจำแนกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน ดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของภาษาและกิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์สามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดี และสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามที่วางแผนไว้ แต่บางครั้งต้องมีการยกตัวอย่างมากขึ้น และผู้วิจัยต้องมีส่วนร่วมในการแสดงบทบาทสมมติ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น จากนั้นผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้โปรแกรมมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งเพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

**ชุดที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ** แบบวัดความสามารถในการเผชิญความเครียด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดความสามารถในการเผชิญความเครียดของ Jalowiec Coping scale (1987, อ้างถึงใน Guo Guifang, 1996) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย จารุวรรณ จินตามงคล (2541) เพื่อใช้วัดการเผชิญความเครียดจากการใช้แอลกอฮอล์และการเจ็บป่วยโรคจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับเนื้อหาที่ใช้ในการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่ใช้วัดความสามารถในการเผชิญความเครียด 6 ด้าน คือ 1) ด้านการแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการใช้การประคับประคอง จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านการพึ่งพาตนเอง จำนวน 7 ข้อ 5) ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา จำนวน 10 ข้อ และ 6) ด้านการมองเหตุการณ์ ในแง่ดี จำนวน 8 ข้อ รวม 40 ข้อ จากการศึกษาพบว่าแบบวัดมีค่าความเชื่อมั่น .80 (จารุวรรณ จินตามงคล, 2541)

ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติบ่อยครั้ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	ให้	0	คะแนน
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ให้	1	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้	2	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้	3	คะแนน

การแปลผลคะแนน

โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ค่าเฉลี่ยของคะแนน จะแสดงถึงความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย โดยกำหนดเกณฑ์การแบ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Jalowiec (1987) ดังนี้

ระดับคะแนน 0.00 – 0.99	หมายถึง ความสามารถในการเผชิญความเครียดไม่ดี
ระดับคะแนน 1.00 – 1.99	หมายถึง ความสามารถในการเผชิญความเครียดพอใช้
ระดับคะแนน 2.00 – 3.00	หมายถึง ความสามารถในการเผชิญความเครียดดี

โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการกำกับการทดลองว่า ภายหลังจากได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองทำการประเมินแบบวัดความสามารถในการเผชิญความเครียด กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดในระดับพอใช้ขึ้นไป (ระดับคะแนน 1.00 – 3.00) จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หากพบว่า มีระดับคะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น ผู้วิจัยจะค้นหาปัญหาร่วมกับผู้ป่วย และให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะเสริมในส่วนที่ขาด จากนั้นจึงประเมินซ้ำจนกว่าจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความสามารถในการเผชิญความเครียด ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบวัดความสามารถในการเผชิญความเครียดไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงให้มีเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วม แล้วจึงนำไปขอความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นได้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2550) และใช้สูตรในการคำนวณ ดังนี้

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

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า แบบวัดความสามารถในการเผชิญความเครียด มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.95 จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาแก้ไขตามที่คุณผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนนำไปใช้จริง ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของคุณผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับแก้ภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อที่ 3 ปรับข้อความจาก “ระบายความรู้สึกกดดันผู้อื่น” เป็น “ระบายความรู้สึกของตนเอง โดยการกดดันผู้อื่น”

ข้อที่ 34 ปรับข้อความจาก “บอกตนเองว่าสิ่งต่างๆ ในโลกนี้อาจเปลี่ยนแปลงไปในทางเลวร้ายได้” เป็น “บอกตนเองว่าสิ่งต่างๆ ในโลกนี้มีการเปลี่ยนแปลงเสมออาจจะเป็นไปในทางที่ไม่ดีได้”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.86 ซึ่งถือเป็นค่าที่ยอมรับได้ เนื่องจากมีค่า .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550)

### ชุดที่ 3 เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาและสาเหตุการบริโภคแอลกอฮอล์ ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ และประวัติการรักษา ประกอบด้วยระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2. แบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลกที่พัฒนาขึ้นเพื่อคัดกรองและจำแนกความผิดปกติจากการดื่มสุรา แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย (2544) และปรับปรุงโดย ปรีทรรศ ศิลปกิจและพันธุธนา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2553) มีการทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมิน AUDIT จากผลการศึกษาพบว่าแบบประเมิน AUDIT มีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับสูง ( $r=.86$ ) (Sinclair et al., 1992) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ครอบคลุม 3 องค์ประกอบหลักในเรื่อง การใช้สุราแบบอันตราย อาการติดสุรา และการเกิดพิษจากสุราโดยประเมินจากพฤติกรรมการดื่มอันได้แก่ เกี่ยวกับปริมาณและความถี่ของการดื่ม จำนวนครั้งของการดื่มหนัก การไม่สามารถควบคุมการดื่มได้และต้องเพิ่มปริมาณการดื่ม การเกิดอาการข้างเคียงจากการดื่ม ความรู้สึกเสียใจภายหลังการดื่ม จำสิ่งที่เกิดขึ้นขณะดื่มสุราไม่ได้ การได้รับบาดเจ็บจากการดื่ม จนกระทั่งบุคคลใกล้ชิดแสดงความห่วงใยเกี่ยวกับการดื่ม มีระดับการประมาณค่า 4 ระดับ ในแต่ละคำถามจะมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0 - 40 คะแนน การแปลความหมายพิจารณาตามเกณฑ์โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

0 - 7 คะแนน คือ การดื่มที่มีความเสี่ยงต่ำ

8 - 15 คะแนน คือ การดื่มแบบเสี่ยง

16 - 19 คะแนน คือ การดื่มแบบอันตราย

20 - 40 คะแนน คือ การดื่มแบบติด

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้เปรียบเทียบคะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ก่อนการบำบัดและหลังการบำบัด

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ AUDIT ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ AUDIT ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจทานแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปขอความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นได้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ถู้อิงเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2550) จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าแบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ AUDIT มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.82 ซึ่งถือเป็นค่าที่ยอมรับได้ เนื่องจากมีค่า .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2550)

## ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลองแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนการทดลอง และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การบำบัดทางพฤติกรรม การเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผู้วิจัยได้เข้ารับการอบรมภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ดังนี้

1.1.1 อบรมหลักสูตรระยะสั้น “การปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับการดูแลผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต” ระยะเวลา 4 วัน จัดโดยโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ในระหว่างวันที่ 13-16 มิถุนายน 2554 ณ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

1.1.2 อบรมหลักสูตร “วิทยาการในการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ” ระยะเวลา 3 วัน จัดโดยแผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) ในระหว่างวันที่ 14-16 กันยายน 2554 ณ จังหวัดเชียงใหม่

1.1.3 อบรมหลักสูตรระยะสั้น “การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา” ระยะเวลา 3 วัน จัดโดยแผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) ในระหว่างวันที่ 15 -17 กุมภาพันธ์ 2555 ณ จังหวัดเชียงใหม่

1.1.4 เป็นผู้สังเกตการณ์และฝึกประสบการณ์การให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม ตามแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ภายใต้การนิเทศของพยาบาล (APN) ณ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

1.2 ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมและเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง จากการค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร แก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ เพื่อขอเก็บข้อมูล และทำการทดลอง

1.4 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับ วิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล วิธีการดำเนินการ และประสานงานเกี่ยวกับการเข้าไปดำเนินการทดลองในงานผู้ป่วยนอก / ฝ่ายสุขภาพจิตสารเสพติด โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

1.6 เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม โดยผู้วิจัยพิจารณาเลือกผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลจิตเวช ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติด ซึ่งปฏิบัติงานที่ฝ่ายสุขภาพจิตสารเสพติด โดยผู้วิจัยชี้แจงการศึกษากิจกรรมต่างๆ เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน

1.7 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการงานผู้ป่วยนอก/ ฝ่ายสุขภาพจิตสารเสพติด จากโปรแกรมงานเวรระเบียบโดยแนะนำตัวเอง แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้างานเวรระเบียบ หัวหน้างานผู้ป่วยนอก และหัวหน้าฝ่ายสุขภาพจิตสารเสพติด เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยได้กลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น จำนวน 58 คน เพื่อพิจารณาคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.8 จากนั้นผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched Paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบท่อการทำวิจัยครั้งนี้ โดยใช้ระยะเวลาการเจ็บป่วย และคะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ (AUDIT) (Bellack et al., 2006) ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 40 คน

1.9 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย แล้วลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20

คน จากนั้นดำเนินการในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

### 1.9.1 กลุ่มทดลอง

1.9.1.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการดื่มแอลกอฮอล์ ติดต่อกันจนถึงปัจจุบัน สาเหตุการใช้แอลกอฮอล์ ประวัติการใช้สารเสพติดอื่น จำนวนครั้งของการเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน ระยะเวลาการเจ็บป่วย และทำการประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์โดยใช้แบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ AUDIT (Pre-Test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

1.9.1.2 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มละ 10 คน พร้อมกับให้ข้อมูลการดำเนินโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม โดยดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 90 นาที จำนวน 8 ครั้ง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ และภายหลังจากเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมครั้งที่ 8 แล้ว 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ AUDIT (Post-Test)

1.9.1.3 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างถึงการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์คนอื่นๆ โดยจะได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมเพิ่มเติมจากการพยาบาลปกติ

1.9.1.4 ผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ ในการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางพฤติกรรม พร้อมทั้งมอบตารางการทำกิจกรรมในแต่ละครั้ง

### 1.9.2 กลุ่มควบคุม

1.9.2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการดื่มแอลกอฮอล์ ติดต่อกันจนถึงปัจจุบัน สาเหตุการใช้แอลกอฮอล์ ประวัติการใช้สารเสพติดอื่น จำนวนครั้งของการเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน ระยะเวลาการเจ็บป่วย และทำการประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์โดยใช้แบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ AUDIT (Pre-Test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

1.9.2.2 ให้ข้อมูลการดูแลตามปกติที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่อมารับบริการงานผู้ป่วยนอก/ ฝ่ายสุขภาพจิตสารเสพติด ประกอบด้วยกิจกรรมการตรวจวัดสัญญาณชีพ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การให้คำแนะนำตามหลัก D-METHOD การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing and Motivational Enhancement Therapy) การให้คำปรึกษารายบุคคล และการให้คำปรึกษาครอบครัว ตามปัญหาและความต้องการของแต่ละราย

1.9.2.3 ผู้วิจัยนัดกลุ่มควบคุม พบครั้งต่อไปอีกครั้งหลังจาก 8 สัปดาห์ เพื่อตอบแบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ AUDIT (Post-Test) โดยดำเนินการตั้งแต่วันที่ 31 ก.ค. 57 โดยแยกกลุ่มทดลอง ออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน กลุ่มที่ 1 ดำเนินการช่วงเช้า เวลา 10.00 – 11.30 น. และกลุ่มที่ 2 ดำเนินการช่วงบ่าย เวลา 14.00 – 15.30 น. ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง คือทุกวันพุธ

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

ในขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม ดังนี้

**2.1 กลุ่มควบคุม** สัปดาห์ที่ 1-8 ได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่การตรวจวัดสัญญาณชีพ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การให้คำแนะนำตามหลัก D-METHOD การให้คำปรึกษา และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing and Motivational Enhancement Therapy) ร่วมกับการให้คำปรึกษารายบุคคล และการให้คำปรึกษาครอบครัว ตามปัญหาและความต้องการของแต่ละราย

**2.2 กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยดำเนินตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม ตามวัน เวลา สถานที่ที่กำหนด ซึ่งประกอบไปด้วย 8 กิจกรรม ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

กิจกรรม	วันที่	เวลา	สถานที่
<b>ครั้งที่ 1</b> การสร้างสัมพันธภาพ และเสริมสร้างแรงจูงใจ	31 ก.ค. 56	กลุ่มที่ 1 10.00-11.30	ห้องกิจกรรมกลุ่ม
		กลุ่มที่ 2 14.00-15.30	
<b>ครั้งที่ 2</b> การให้คำมั่นสัญญาและตั้งเป้าหมายการบำบัด	7 ส.ค. 56	กลุ่มที่ 1 10.00-11.30	ห้องกิจกรรมกลุ่ม
		กลุ่มที่ 2 14.00-15.30	
<b>ครั้งที่ 3</b> ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แอลกอฮอล์ และผลของแอลกอฮอล์	14 ส.ค. 56	กลุ่มที่ 1 10.00-11.30	ห้องกิจกรรมกลุ่ม
		กลุ่มที่ 2 14.00-15.30	
<b>ครั้งที่ 4</b> ฝึกทักษะการจัดการอาการอยากดื่มแอลกอฮอล์	21 ส.ค. 56	กลุ่มที่ 1 10.00-11.30	ห้องกิจกรรมกลุ่ม
		กลุ่มที่ 2 14.00-15.30	
<b>ครั้งที่ 5</b> การฝึกทักษะการสื่อสาร การปฏิเสธทั่วไป และการสร้างสัมพันธภาพโดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์	28 ส.ค. 56	กลุ่มที่ 1 10.00-11.30	ห้องกิจกรรมกลุ่ม
		กลุ่มที่ 2 14.00-15.30	
<b>ครั้งที่ 6</b> การให้ความรู้เรื่อง ความเครียด และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการใช้แอลกอฮอล์ (เช่น การเพิกเฉย หลีกเลียง ปฏิเสธการใช้แอลกอฮอล์)	4 ก.ย. 56	กลุ่มที่ 1 10.00-11.30	ห้องกิจกรรมกลุ่ม
		กลุ่มที่ 2 14.00-15.30	
<b>ครั้งที่ 7</b> ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาจากการเจ็บป่วย การบริโภคแอลกอฮอล์ และการเผชิญความเครียดจากสิ่งเร้าที่นำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์ซ้ำ	11 ก.ย. 56	กลุ่มที่ 1 10.00-11.30	ห้องกิจกรรมกลุ่ม
		กลุ่มที่ 2 14.00-15.30	
<b>ครั้งที่ 8</b> ฝึกทักษะวางแผนอนาคตเพื่อดูแลตนเอง การดำเนินชีวิต การป้องกันการเสพยาใน	18 ก.ย. 56	กลุ่มที่ 1 10.00-11.30	ห้องกิจกรรมกลุ่ม
		กลุ่มที่ 2 14.00-15.30	

การดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้งมีการประเมินผลของแต่ละกิจกรรม มีรายละเอียดโดยสรุปดังต่อไปนี้

### ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และเสริมสร้างแรงจูงใจ

ระยะเวลา 90 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกด้วยกันนำไปสู่การเกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ ระเบียบการเข้ากลุ่ม การปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับการเข้ากลุ่ม
3. เพื่อให้สมาชิกมีทัศนคติที่ดีต่อการบำบัด มีความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพตนเอง และเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงการบริโภคแอลกอฮอล์

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกถึงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับหลังสิ้นสุดกิจกรรมได้
2. บอกถึงผลกระทบที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์ของตนเองได้
3. มีความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพ และสามารถบอกข้อความจูงใจตนเองในการเปลี่ยนแปลงการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเองได้

#### เนื้อหาสาระ

การสร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในระยะแรกให้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วย การแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ พูดคุยเรื่องทั่วไป บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับหลังสิ้นสุดกิจกรรม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการเข้ากลุ่ม เกิดความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเองที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาอันจะส่งผลต่อการเกิดภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป (Freemantle, 1993)

การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อลดความลังเลใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการบำบัด และเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ หรือแก้ปัญหามารับบริโภคแอลกอฮอล์ที่มีอยู่ให้ดีขึ้น

#### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 1/1 จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของเราดีหรือไม่
2. ใบความรู้ที่ 1/1 การประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
3. ใบความรู้ที่ 1/2 การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
4. ใบความรู้ที่ 1/3 แนวปฏิบัติสำหรับผู้บำบัดในการเสริมสร้างแรงจูงใจ
5. ภาพพลิก ลด-ละ-เลิกแอลกอฮอล์
6. ตารางนัดหมายในการทำกิจกรรม
7. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย
8. Flip Chart หรือ White Board
9. ผลการประเมิน AUDIT (Pre-test)



### การประเมินผล

ผู้ช่วยให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างพร้อมเพรียง ตามที่ผู้วิจัยได้นัดหมายไว้ โดยในช่วงแรกๆ ผู้วิจัยสังเกตเห็นได้ว่า ผู้ป่วยบางคนไม่กล้าพูดหรือแสดงความคิดเห็นมากนัก ผู้วิจัยต้องคอยกระตุ้นให้มีส่วนร่วม หลังจากนั้นผู้ป่วยมีความไว้วางใจมากขึ้น โดยประเมินจากสีหน้า ท่าทางการสนทนา และความร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลของตนต่อกลุ่ม โดยบอกว่าเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม และกล้าที่จะเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตน

จากการที่ให้สมาชิกร่วมกันทำกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยมีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอน สามารถสร้างความคุ้นเคยภายในกลุ่มได้มากขึ้น โดยประเมินจากการสนทนา ท่าทาง และความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยผู้ป่วยเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมว่า กิจกรรมนี้ช่วยในการมีทักษะการจัดการความเครียด และมีแนวทางในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมโดยไม่ใช้แอลกอฮอล์ รวมทั้งการลดพฤติกรรมบริโภคแอลกอฮอล์ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น ผู้ป่วยจึงให้ความร่วมมือกับผู้วิจัยและเพื่อนผู้ป่วยในการทำกิจกรรมสามารถพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้อย่างเหมาะสม

จากการที่ให้ผู้ป่วยประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยดูจากคะแนน AUDIT ที่สมาชิกได้ทำแบบประเมินไว้ก่อนเริ่มทำกลุ่ม และผลกระทบที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์ของตนเอง ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคแอลกอฮอล์ รวมถึงปัญหาที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ของแต่ละคน และผู้ป่วยในกลุ่มได้รู้จักกันในแง่มุมต่างๆมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถบอกผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ และบอกข้อความจริงใจของตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ต่อไปนี้

“ ผมเคยเห็นโฆษณา จน เครียด กินเหล้า ถ้าเป็นเมื่อก่อนนี้ผมว่ามันใช้สำหรับชีวิตผมเลย ”

“ ผมเคยเป็นโรคกระเพาะอาหาร เพราะเอาเงินไปกินเหล้า จนไม่มีตั้งซื้อข้าว ”

“ มันถึงเวลาแล้วที่ต้องหยุด ”

“ ผมมั่นใจว่าผมทำได้ ”

หลังจากดำเนินการตามกิจกรรมต่างๆ จนสิ้นสุดการทำกลุ่ม ได้เปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดระบายความรู้สึก ความประทับใจที่มีต่อกลุ่ม สิ่งที่ได้จากการทำกลุ่ม และสรุปกลุ่มพร้อมทั้งนัดหมายเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

### ครั้งที่ 2 การให้คำมั่นสัญญาและตั้งเป้าหมายการบำบัด

ระยะเวลา 90 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงปัญหา และผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดี และเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 ผู้ป่วยสามารถ

1. วิเคราะห์หาปัจจัย และสาเหตุ จุดอ่อนหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ดื่มแอลกอฮอล์ และหาจุดแข็งของตนเองได้
2. ให้คำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงการบริโภคแอลกอฮอล์

### 3. บอกถึงการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงการบริโภคแอลกอฮอล์

#### เนื้อหาสาระ

เพื่อตรวจสอบความคิดเห็น ค้นหาสิ่งที่ลังเลใจเกี่ยวกับปรับเปลี่ยนการบริโภคแอลกอฮอล์ กิจกรรมนี้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถบอกถึงปัญหาในการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเองได้ สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกังวลและลังเลใจเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเอง หากผู้ป่วยคิดว่าเป็นปัญหาให้ผู้ป่วยประกาศคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงให้ข้อมูล เสนอทางเลือก และช่วยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการบำบัดที่ชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ โดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนลด/เลิก การบริโภคแอลกอฮอล์ได้ด้วยตนเอง เน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการเลือกแนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ให้กำลังใจ/ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองเห็นศักยภาพความสามารถที่จะดำเนินการได้ด้วยตนเอง และตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงการบริโภคแอลกอฮอล์ และสนับสนุนให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลง

#### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 2/1 คำมั่นสัญญา
2. ใบกิจกรรมที่ 2/2 การวางแผนลด /เลิกบริโภคแอลกอฮอล์
3. ใบกิจกรรมที่ 2/3 ความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์
4. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย
5. Flip Chart หรือ White Board

#### การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็น การตอบข้อซักถาม แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น และเปิดเผยตนเองโดยการเล่าถึงประสบการณ์ ในการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การลดปริมาณการดื่ม หรือการเลิกของแต่ละคนในช่วงเวลาที่ผ่านมา ซึ่งเป็นปัจจัยการรับรู้ความสามารถ มีการวางแผนและปฏิบัติอย่างไรบ้าง ผู้ป่วยได้ทบทวนตนเองและสำรวจจุดแข็ง และหลักการ ลด ละ เลิก ที่เคยใช้ เพื่อเพิ่มความมั่นใจ รวมทั้งผู้ป่วยบอกเป้าหมายของตนเองในการเปลี่ยนแปลงการบริโภคแอลกอฮอล์ได้ โดยผู้วิจัยได้เชื่อมโยงเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับผู้ป่วย และผู้ป่วยค้นหาจุดอ่อนของตนเอง เพื่อนำมาแก้ไข ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ต่อไปนี้

“ ผมสัญญาว่าผมจะต้องลด หรือเลิกเหล้าให้ได้ ”

“ ผมมั่นใจเต็ม 100 เพื่อตัวผมเอง และแม่ ”

“ ถ้าผมไม่กินเหล้า อาการผมก็ดีขึ้น ผมเคยเลิกได้เป็นเดือนนะ ต่อไปผมจะเริ่มใหม่ ”

หลังจากดำเนินการตามกิจกรรมต่างๆ จนสิ้นสุดการทำกลุ่ม ได้เปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดระบายความรู้สึก ความประทับใจที่มีต่อกลุ่ม สิ่งที่ได้จากการทำกลุ่ม และสรุปกลุ่มพร้อมทั้งนัดหมายเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

#### ครั้งที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แอลกอฮอล์ และผลของแอลกอฮอล์

ระยะเวลา 90 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงปัญหา และผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อการเจ็บป่วยของตนได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนจัดการเกี่ยวกับอาการของโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกเกี่ยวกับโรคจิตเภท เช่น สาเหตุ อาการและอาการแสดง การปฏิบัติตน การใช้ยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้
2. บอกผลกระทบจากการใช้แอลกอฮอล์ และความรุนแรงของโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นกับตนเอง และบอกวิธีการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์ที่เกิดขึ้น

### เนื้อหาสาระ

การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท จะเป็นการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในเรื่องความหมายของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรค การใช้ยาด้านโรคจิต และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และยอมรับกับปัญหาของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตระหนักถึงบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับอาการของโรค ทราบว่าจะจัดการกับอาการกำเริบของโรคจิตเภทนั้นอย่างไร และส่งผลให้มีอาการอยู่ในระยะคงที่ขณะใช้ชีวิตในชุมชน

การให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ จะเป็นการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ และผลกระทบจากการใช้แอลกอฮอล์ที่มีต่อสมอง ร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งผลเสียด้านต่างๆที่เกิดขึ้นจากการใช้แอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการใช้แอลกอฮอล์ต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภท เช่น อาการกำเริบ ความบกพร่องในด้านหน้าที่การงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว/ชุมชน วิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม การเผชิญความเครียดจากการเจ็บป่วยของตนเองด้วยวิธีการที่เหมาะสมโดยไม่ใช้แอลกอฮอล์

### สื่อการสอน/ อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 3/1 “โรคจิตเภท”
2. ใบความรู้ที่ 3/2 “สุราและผลกระทบต่อสมอง ร่างกายและจิตใจ”

### การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็น การตอบข้อซักถาม แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและอาการแสดง การปฏิบัติตนขณะที่อยู่ในชุมชน การใช้ยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาเบื้องต้น รวมทั้งผู้ป่วยบอกถึงผลกระทบจากการใช้แอลกอฮอล์ และความรุนแรงของโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นกับตนเอง และบอกวิธีการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์ที่เกิดขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ต่อไปนี้

“ โรคจิตเภท มีทางรักษาให้หายหรือเปล่าครับ ”

“ อาการข้างเคียงจากยาที่ผมเคยเกิด มีปากแห้ง คอแห้ง ลื่นแข็งครับ ”

“ ตอนนางบุญแถวบ้าน ผมกินเหล้าติดต่อกัน ตอนนั้นแม่ต้องพามาฉีดยาที่โรงพยาบาล ”

หลังจากดำเนินการตามกิจกรรมต่างๆ จนสิ้นสุดการทำกลุ่ม ได้เปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดระบายความรู้สึก ความประทับใจที่มีต่อกลุ่ม สิ่งที่ได้จากการทำกลุ่ม และสรุปกลุ่มพร้อมทั้งนัดหมายเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

#### ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการจัดการความอยากดื่มแอลกอฮอล์

ระยะเวลา 90 นาที

##### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยและสาเหตุ จุดอ่อนหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ใช้แอลกอฮอล์
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนจัดการเกี่ยวกับอาการอยากแอลกอฮอล์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายและความเป็นไปได้ในการจัดการกับอาการอยากแอลกอฮอล์ด้วยตนเอง

##### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกเกี่ยวกับตัวกระตุ้น อาการอยากแอลกอฮอล์ และมีแนวทางในการจัดการอาการอยากแอลกอฮอล์ของตนเองได้
2. มีทักษะในการฝึกการจัดการกับอาการอยากแอลกอฮอล์ของตนเองได้

##### เนื้อหาสาระ

ฝึกทักษะการจัดการความอยากดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนวิธีการคิด การควบคุมอารมณ์ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รับรู้ถึงศักยภาพในการควบคุมตนเอง เกิดทักษะ และมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการกับอาการอยากแอลกอฮอล์ของตนเองได้ เป็นการฝึกผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ของตนเองเมื่อมีอาการอยากแอลกอฮอล์ และการจัดการกับอาการอยากแอลกอฮอล์ การให้ความรู้เกี่ยวกับตัวกระตุ้น อาการอยากแอลกอฮอล์ แสดงความเชื่อมโยงอาการอยากแอลกอฮอล์กับพฤติกรรม อารมณ์และความคิด ฝึกทักษะการจัดการกับอาการอยากแอลกอฮอล์ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์กำหนดแผนในการจัดการกับอาการอยากแอลกอฮอล์ด้วยตนเอง

##### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 4/1 “ ตัวกระตุ้น ”
2. ใบความรู้ที่ 4/2 “ วิธีการหยุดความคิด ”
3. ใบกิจกรรมที่ 4/1 “ การสำรวจตัวกระตุ้น ”
4. ใบกิจกรรมที่ 4/2 “ การแยแยะตัวกระตุ้น ”
5. ใบกิจกรรมที่ 4/3 “ การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น ”

## การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็น การตอบข้อซักถาม แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับอาการของตนเองเกี่ยวกับอาการอยาก แอลกอฮอล์ ตัวกระตุ้นที่ทำให้ตนเองมีอาการอยากแอลกอฮอล์ และการจัดการอาการอยาก แอลกอฮอล์ โดยผู้ป่วยได้มีการเปิดเผยตนเองกับเพื่อนผู้ป่วยในกลุ่ม ซึ่งแต่ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงประสบการณ์ของตนเองเมื่อมีอาการอยากแอลกอฮอล์ และการจัดการกับอาการอยากของตนเอง ที่ใช้ ได้ผลมาก่อน และจากการปฏิบัติฝึกทักษะในการฝึกการจัดการกับอาการอยากแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย แต่ละคน ได้เลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองไปปฏิบัติ เช่นวิธีการหยุดความคิดเกี่ยวกับความอยาก การจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสม รวมทั้งผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นกันอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับ วิธีการจัดการความอยากแอลกอฮอล์ที่ตนเองเลือก และผู้ป่วยได้ทบทวนตนเองเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการบำบัดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ที่เป็นผลทำให้มีพฤติกรรมไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้งผู้วิจัยให้การเสริมแรงทางบวกกับผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยการชมเชย ให้กำลังใจ หรือเป็นต้นแบบกับผู้ป่วยอื่น ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ต่อไปนี้

“ อาทิตย์ที่ผ่านมา เพื่อนมาชวนผม ผมตอบว่าผมเลิกแล้ว ”

“ ผมทำได้นะจากเมื่อก่อนเบียร์ 1 กระป๋องตอนเย็นทุกวัน ตอนนี้น้ำลดลงอาทิตย์ละ ครั้ง ”

“ ผมชอบวิธีดีดีหนึ่งยาง ถ้าเวลาผมอยากดื่ม ผมจะติดพันที่ ”

หลังจากดำเนินการตามกิจกรรมต่างๆ จนสิ้นสุดการทำกลุ่ม ได้เปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูด ระบายความรู้สึก ความประทับใจที่มีต่อกลุ่ม สิ่งที่ได้จากการทำกลุ่ม และสรุปกลุ่มพร้อมทั้งนัดหมาย เข้ากลุ่มครั้งต่อไป

### ครั้งที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสาร การปฏิเสธทั่วไป การสร้างสัมพันธภาพโดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์

ระยะเวลา 90 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อประเมินปัญหาด้านสัมพันธภาพของผู้ป่วย ที่นำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการสื่อสารทั้งการใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูดที่ชัดเจนและแม่นยำ ลดความขัดแย้งภายในการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่น อันเกิดจากการขาดการสื่อสารที่ดี
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และเป็นที่ยอมรับของสังคมโดยไม่ใช้แอลกอฮอล์

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 ผู้ป่วยสามารถ

1. มีทักษะทางสังคมอันได้แก่ ทักษะการสื่อสาร การปฏิเสธ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์ และมีแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่นโดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์ได้

#### เนื้อหาสาระ

ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว และคนรอบข้างอาจนำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์ ดังนั้นการประเมินปัญหาสัมพันธภาพที่เกี่ยวข้องหรือนำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์จึงเป็นสิ่งจำเป็น และเมื่อพบ

ปัญหาสัมพันธภาพดังกล่าวก็ควรจะช่วยเหลือให้ผู้อื่นได้วางแผนแก้ไขปัญหาของตนเองได้ โดยการฝึกทักษะการสื่อสาร การปฏิเสธทั่วไป การสร้างสัมพันธภาพโดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้เกิดทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม เกิดการสื่อสารที่ดี ขณะอยู่ร่วมกับผู้อื่น เรียนรู้การอยู่ร่วมกันในสังคมโดยไม่ต้องพึ่งแอลกอฮอล์ การช่วยเหลือพึ่งพากันในสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งการขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ชุมชนหรือสังคม ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ให้เกียรติและยอมรับการเปลี่ยนแปลง

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 5/1 “การสื่อสาร”
2. ใบความรู้ที่ 5/2 “หลักการปฏิเสธ”
1. ใบความรู้ที่ 5/3 “สัมพันธภาพและการแก้ไข”
2. ใบกิจกรรมที่ 5/1 “การฝึกทักษะปฏิเสธในสถานการณ์ต่างๆ”

### การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการตอบข้อซักถามต่างๆ ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรู้จักการสื่อสาร การปฏิเสธ และยอมรับกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตัวเอง พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในการจัดการแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น รวมทั้ง ผู้ป่วยแต่ละคนบอกแนวทางการแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้

“ บางทีเรื่องเล็กๆน้อยๆ ถ้าเราพูดกันไม่ดีก็กลายเป็นเรื่องใหญ่”

“ คนในบ้านควรคุยกันดีๆเป็นกำลังใจให้กัน”

“ บางวันที่ผมไม่ได้ยินแม่บ่น ผมแปลกใจเลยนะเพราะผมชอบให้แม่บ่นแสดงว่าแม่รักผม”

นอกจากนี้ผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ให้ตามใบงานที่ฝึกปฏิบัติโดยผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองที่ผู้ป่วยคิดขึ้นเอง และจากการสรุปสิ่งที่ได้จากใบงาน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้ และความสามารถในการสื่อสารทั้งใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด ซึ่งจะช่วยลดความขัดแย้งอันเกิดจากการขาดการสื่อสารที่บกพร่อง ยกตัวอย่างเช่น รู้จักกล่าวคำขอบคุณหรือขอโทษ รวมทั้งมีความสามารถในการพูดเพื่อขอความช่วยเหลือ หรือความร่วมมือกับบุคคลอื่นตามสถานการณ์สมมติที่ช่วยก้ำคิดขึ้นมา

หลังจากดำเนินการตามกิจกรรมต่างๆ จนสิ้นสุดการทำกลุ่ม เสริมสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้เปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดระบายความรู้สึก ความประทับใจที่มีต่อกลุ่ม สิ่งที่ได้จากการทำกลุ่ม และสรุปกลุ่มพร้อมทั้งนัดหมายเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

**ครั้งที่ 6 การให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดเพื่อป้องกันการใช้แอลกอฮอล์ (เช่น การเพิกเฉย หลีกเลี้ยง ปฏิเสธการใช้ยา)**

ระยะเวลา 90 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการและผลของความเครียดที่

เกิดขึ้นต่อร่างกายและจิตใจ

2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงแนวทางในการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การจัดการกับภาวะอารมณ์ความเครียด ที่เพิ่มความเสี่ยงหรือ

กระตุ้นการใช้แอลกอฮอล์

4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความเครียด และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกถึงสาเหตุ อาการและผลของความเครียดที่เกิดขึ้นต่อร่างกาย และจิตใจได้
2. บอกแนวทางในการจัดการกับความเครียดได้
3. เลือกใช้วิธีการคลายเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้
4. มีทักษะในการฝึกการผ่อนคลายความเครียดอย่างง่ายได้อย่างถูกต้อง ได้แก่การนวด

คลายเครียด การฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการใช้จินตนาการ

### เนื้อหาสาระ

การให้ความรู้เรื่องความเครียด และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการใช้อัลกอฮอล์ (เช่น การเพิกเฉย หลีกเลียง ปฏิเสธการใช้ยา) ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียดที่มีประสิทธิภาพ โดยการให้ความรู้และทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกาย และความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพร่างกาย และจิตใจ เรียนรู้ทักษะการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง

การฝึกปฏิบัติการคลายเครียดโดยวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการหายใจ ซึ่งการผ่อนคลายความเครียดด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายจนความตึงเครียดที่ประสออยู่ลดน้อยลง เนื่องจากทำให้ร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในภาวะผ่อนคลาย สงบ และมีสมาธิ ช่วยให้มีความคิดอ่านที่จะดำเนินการสิ่งต่างๆ ได้อย่างแจ่มใสขึ้น ส่งผลให้การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 6/1 “มารู้จักความเครียดกันเถอะ”
2. ใบความรู้ที่ 6/2 “วิธีการจัดการความเครียด”
3. ใบกิจกรรมที่ 6/1 “สำรวจความเครียด”

### การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการตอบข้อซักถามต่างๆ ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับความเครียด โดยมีการสำรวจปัญหาที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดนั้น สนใจใหญ่เกิดจากปัญหาเรื่องอาการทางจิตที่คอปรบกววน เช่น อาการหูแว่ว ภาพหลอน ปัญหาการเงิน เช่น เงินไม่พอใช้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกร ประกอบกับอาการข้างเคียงจากยา ทำให้ร่างกายไม่แข็งแรง หรือทำงานหนักได้อย่างเต็มที่ ปัญหาการสื่อสาร เช่น ไม่กล้าพูดคุย หรือบอกในสิ่งที่ตนเองต้องการ รวมทั้งการทะเลาะกับคนในครอบครัว เป็นต้น ส่วนใหญ่ที่ผ่านมาสมาชิกเวลาเครียดจะดื่มแอลกอฮอล์ โดยดื่มกับเพื่อน

ทั้งนี้ผลลัพธ์จากการฝึกปฏิบัติตามใบงานและการนำเสนอเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเรื่อง ความเครียด ได้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดได้อย่างถูกต้องในหัวข้อ ต่างๆ เช่น สาเหตุ อาการ ผลกระทบของความเครียด ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

“ ความเครียดเกิดจากปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น ป่วย เงินไม่พอใช้”

“ ความเครียดทำให้สมองมึนๆครับ นอนไม่หลับ”

“ เวลาผมเครียดมากจะปวดหัว เหมือนมันจะระเบิด”

จากการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียด ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม และยินดีปฏิบัติตามที่ผู้วิจัยให้คำแนะนำไปใช้ โดยผู้ป่วยบอกว่ากิจกรรมนี้มีประโยชน์ สามารถนำ กลับไปใช้ในชีวิตประจำวัน และผู้ป่วยสามารถอธิบายถึงแนวทางการผ่อนคลายความเครียดที่ เหมาะสมกับตนเองได้ และผู้ป่วยสามารถบอกถึงประโยชน์ที่ตนเองได้รับจากการฝึกการผ่อนคลาย ความเครียดได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ ผมชอบวิธีเกร็งและคลายกล้ามเนื้อครับ”

“ ถ้าผมเครียดจะกำมือแน่นๆแล้วปล่อยครับ”

หลังจากดำเนินการตามกิจกรรมต่างๆ จนสิ้นสุดการทำกลุ่ม ได้เปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูด ระบายความรู้สึก ความประทับใจที่มีต่อกลุ่ม สิ่งที่ได้จากการทำกลุ่ม และสรุปกลุ่มพร้อมทั้งนัดหมาย เข้ากลุ่มครั้งต่อไป

## ครั้งที่ 7 ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์ การเจ็บป่วย และการเผชิญ ความเครียดจากสิ่งเร้าที่นำไปสู่การบริโภคแอลกอฮอล์ซ้ำ

ระยะเวลา 90 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาปัญหาที่นำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง และ ระบุความสำคัญของปัญหานั้นมากำหนดเป้าหมาย และวางแผนการแก้ปัญหาไปสู่อุปสรรคและการปรับตัวให้สามารถดำเนินชีวิตที่มั่นคงและมีชีวิตที่ปกติสุข

2. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาและใช้ศักยภาพของตนเองในการตัดสินใจในการดูแลและ จัดการกับปัญหา ตอบสนองความต้องการของตนเองได้

3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสมโดยไม่ กลับไปใช้แอลกอฮอล์

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกปัญหาที่แท้จริงของตนเองและเกี่ยวกับขั้นตอนในการเผชิญปัญหาอย่างถูกวิธีและ สามารถนำไปฝึกปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

2. มีทักษะในการเผชิญปัญหาจากสถานการณ์ต่างๆได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

### เนื้อหาสาระ

เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงสาเหตุ และวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม เนื่องจากการที่ผู้ป่วยยึดติด อยู่กับปัญหาโดยไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ เป็นอุปสรรคสำคัญที่นำไปสู่การดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ เพื่อให้



ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางใหม่ๆ ในการจัดการกับสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อม อารมณ์เชิงลบ ซึ่งเคยนำผู้ป่วยไปสู่การใช้แอลกอฮอล์ โดยการใช้บทบาทสมมติ การให้สมาชิกในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพของตนในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างถูกวิธี โดยไม่ต้องพึ่งพาการใช้แอลกอฮอล์ ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้แก้ปัญหาที่สาเหตุแห่งปัญหาได้อย่างแท้จริง และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมในการเผชิญปัญหาจากสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 7/1 “ฉัน...เป็นอย่างไรเมื่อเจอปัญหา”
2. ใบความรู้ที่ 7/1 “ขั้นตอนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ”

### การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็น การตอบข้อซักถาม แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรับรู้ปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง และสามารถนำความรู้ในการพัฒนาทักษะที่ได้ไปใช้ในการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง และระบุความสำคัญของปัญหาโดยมีเป้าหมายและแนวทางการแก้ไขปัญหาจนคลี่คลายลงได้ ดังตัวอย่างคำพูดผู้ป่วยต่อไปนี้

“ต่อไปผมต้องคิดหาทางออกให้เยอะๆ เวลาเจอปัญหาจะไม่ใช้อารมณ์”

“ผมว่าปัญหาทุกอย่างต้องมีทางออก แต่ต้องให้เวลามันหน่อย”

จากการประเมินจากการฝึกปฏิบัติตามใบงานและสรุปสิ่งที่ได้ตามใบงานผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยสามารถเข้าใจวิธีการเผชิญปัญหาโดยไม่ใช้แอลกอฮอล์ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีกระบวนการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับตนเอง และจากกิจกรรมที่ให้ตามใบงานที่ฝึกปฏิบัติโดยผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองที่ผู้ป่วยคิดขึ้นเอง และจากการสรุปสิ่งที่ได้จากใบงานแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการเผชิญสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม

หลังจากดำเนินการตามกิจกรรมต่างๆ จนสิ้นสุดการทำกลุ่ม ได้เปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดระบายความรู้สึก ความประทับใจที่มีต่อกลุ่ม สิ่งที่ได้จากการทำกลุ่ม และสรุปกลุ่มพร้อมทั้งนัดหมายเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

**ครั้งที่ 8** ฝึกทักษะวางแผนอนาคตเพื่อดูแลตนเองและเผชิญความเครียดจากอาการป่วย การดำเนินชีวิต การป้องกันการเสพติด

ระยะเวลา 90 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต และหลีกเลี่ยงการกลับไปเสพติดซ้ำได้อย่างเหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของสังคม

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 8 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกถึงวิธีการหลีกเลี่ยงการกลับไปเสพติดซ้ำ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2. บอกถึงแนวทางหรือแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองได้
3. บอกถึงแนวทางในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและมีทักษะในการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

#### เนื้อหาสาระ

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองให้เอื้อต่อการลด/เลิกบริโภคแอลกอฮอล์ การป้องกันการกลับไปติดซ้ำแบบองค์รวม โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สมดุล เช่น การจัดการตารางชีวิต การผ่อนคลายความเครียด สุขอนามัยการนอน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น

การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้สามารถสร้างเครือข่ายการดูแลหรือขอความช่วยเหลือ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากสังคมและชุมชนรอบข้างในการแก้ปัญหาต่างๆที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ไม่รู้สึกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อยู่

#### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 8/1 “บทหน้าหน้าที่”
2. ใบงานที่ 8/2 “การปฏิบัติตนเมื่ออยู่บ้าน”
3. ใบความรู้ที่ 8/1 “การหลีกเลี่ยงการหวนกลับไปเสพติดซ้ำ”
4. ใบความรู้ที่ 8/2 “สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ”
5. ใบความรู้ที่ 8/3 “การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม”

#### การประเมินผล

จากความสนใจในการร่วมอภิปราย ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและการตอบข้อซักถาม แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความตระหนัก และรับรู้ปัญหาและสาเหตุที่เกิดขึ้นจากความเครียด ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ รวมทั้งมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต และผู้ป่วยสามารถบอกถึงบุคคลหรือแหล่งขอความช่วยเหลือให้คำปรึกษาได้ในขณะที่มีปัญหา ดังตัวอย่างคำพูดผู้ป่วยต่อไปนี้

“ต่อไปพวกเราเวลามีเรื่องเครียด จะไม่ดื่มเหล้าครับ”

“เราต้องเชื่อฟังคนในครอบครัวเรา เพราะที่เค้าห้ามไม่ให้เราดื่มเหล้า เพราะเค้ารักเรา”

“ต่อไปต้องหาอะไรทำเวลาว่างครับ ผมชอบปลูกต้นไม้ เตะฟุตบอล”

จากผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามใบงานที่ได้รับมอบหมาย ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถวางแผนชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองได้ทั้งในด้านครอบครัว หน้าที่การงาน การดูแลสุขภาพกายใจ และด้านการเข้าร่วมชุมชน อย่างถูกต้องเหมาะสม และจากการฝึกปฏิบัติตามเห็นว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรม ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและสรุปความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับเพิ่มเติมในสิ่งที่ยังไม่สมบูรณ์ ส่งเสริม ให้กำลังใจ และเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นที่จะเอาชนะอุปสรรคต่างๆ เกิดความตั้งใจแน่วแน่ที่จะดำเนินตามแผนชีวิตที่เหมาะสม รวมทั้งนัดหมายผู้ป่วยหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมกลุ่มบำบัด 1 สัปดาห์ เพื่อติดตามประเมินผลโดยให้ผู้ผู้ป่วยทำแบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ (Post-test) เพื่อประเมินผลหลังการใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม

### 2.3 การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองด้วยแบบวัดความสามารถในการเผชิญความเครียดในกลุ่มทดลองทันที ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมครั้งที่ 8 ทั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการกำกับการทดลองไว้ว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนต้อง มีคะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีคะแนน ในระดับพอใช้ขึ้นไป (1.00 – 3.00) ซึ่งผลการประเมินการกำกับการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทุกราย แสดงดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม (n=20)

คนที่	คะแนนแบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา	แปลผล
1	1.73	ผ่านเกณฑ์
2	1.73	ผ่านเกณฑ์
3	1.68	ผ่านเกณฑ์
4	1.75	ผ่านเกณฑ์
5	1.73	ผ่านเกณฑ์
6	1.75	ผ่านเกณฑ์
7	1.90	ผ่านเกณฑ์
8	1.90	ผ่านเกณฑ์
9	1.90	ผ่านเกณฑ์
10	1.68	ผ่านเกณฑ์
11	1.70	ผ่านเกณฑ์
12	1.83	ผ่านเกณฑ์
13	1.83	ผ่านเกณฑ์
14	2.28	ผ่านเกณฑ์
15	1.85	ผ่านเกณฑ์
16	1.73	ผ่านเกณฑ์
17	1.78	ผ่านเกณฑ์
18	1.83	ผ่านเกณฑ์
19	1.88	ผ่านเกณฑ์
20	1.85	ผ่านเกณฑ์

จากตารางที่ 3 พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีระดับคะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทั้ง 20 คน คือ มีความสามารถในการเผชิญความเครียดพอใช้ (คะแนน 1.00 – 1.99) จำนวน 19 คน และความสามารถในการเผชิญความเครียดดี (คะแนน 2.00 – 3.00) จำนวน 1 คน

### 3. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ก่อนการดำเนินโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการแบบประเมินก่อนการทำการทดลอง (Pre-Test) โดยใช้เครื่องมือประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ AUDIT

3.2 หลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินโปรแกรม 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินผลการวิจัยภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง (Post-Test) โดยผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ AUDIT โดยใช้เครื่องมือชุดเดิม

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แผนภูมิแสดงขั้นตอนการทดลองเพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ที่มารับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต



ภาพที่ 2 แผนภูมิสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบระดับการบริโภคแอลกอฮอล์ในแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติ Paired t-test
3. เปรียบเทียบระดับการบริโภคแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independence t-test
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ โดยเปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายวัยผู้ใหญ่ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0- F20.9) และใช้แอลกอฮอล์ซึ่งรวมถึงการใช้แอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายและการติดแอลกอฮอล์ (F 10.1, F 10.2) ที่อาศัยอยู่ในชุมชน และมารับบริการงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จำนวน 40 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched paired) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่อง ระยะเวลาการเจ็บป่วย และคะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ แล้วถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest – Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ก่อนและหลังได้รับการบำบัดโดยใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดโดยใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	20	100	20	100	40	100
อายุ						
20 – 25 ปี	4	10	5	25	9	22.5
26 – 30 ปี	5	12.5	6	30	11	27.5
31 – 35 ปี	6	15	5	25	11	27.5
36 – 40 ปี	5	12.5	4	20	9	22.5
	$\bar{x} = 30.55$ (SD = 4.65)		$\bar{x} = 29.70$ (SD = 5.01)		$\bar{x} = 30.13$ (SD = 4.79)	
สถานภาพสมรส						
โสด	12	60	12	60	24	60
คู่	7	35	7	35	14	35
หย่าร้าง	1	5	1	5	2	5
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	3	15	3	15	6	15
มัธยมศึกษา	14	70	14	70	28	70
อาชีวศึกษา	3	15	3	15	6	15

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 – 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 15 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26 -30 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส โสด คิดเป็นร้อยละ 60 เท่ากัน รองลงมาสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 35 นอกจากนี้ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70 เท่ากัน และ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาเท่ากับระดับอาชีวศึกษา คิดเป็นร้อยละ 15



ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยต่อเดือน จำนวนครั้งการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
เกษตรกร	14	70	14	70	28	70
รับจ้าง	6	30	6	30	12	30
รายได้เฉลี่ย/เดือน						
น้อยกว่า 1,000	0	0	0	0	0	0
1,001 – 1,500	2	5	3	15	5	12.5
1,501 – 2,000	3	7.5	4	20	7	17.5
2,001 – 2,500	7	17.5	6	30	13	32.5
2,501 – 3,000	4	10	5	25	9	22.5
3,001 – 3,500	4	10	2	10	6	15
	$\bar{x} = 3.25$		$\bar{x} = 2.95$		$\bar{x} = 3.10$	
	(SD = 1.25)		(SD = .1.23)		(SD = 1.23)	
การนอนรักษาตัวในรพ.						
ไม่เคย	15	75	15	75	30	75
1 ครั้ง	5	25	5	25	10	25
ระยะเวลาการเจ็บป่วย						
2 ปี	6	30	6	30	12	30
3 ปี	5	25	5	25	10	25
4 ปี	6	30	6	30	12	30
5 ปีขึ้นไป	3	15	3	15	6	15
	$\bar{x} = 3.25$		$\bar{x} = 3.35$		$\bar{x} = 3.30$	
	(SD=1.02)		(SD=1.13)		(SD =.1.067)	

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 70 เท่ากัน ที่เหลือมีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 30 เท่ากัน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ที่ 2,001 – 2,500 บาท คิดเป็นร้อยละ 17.5 และ 30 ตามลำดับ สำหรับประวัติการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่ม ไม่เคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 75 เท่ากัน นอกจากนี้ ทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 4 ปี และ 2 ปีคิดเป็นร้อยละ 30 เท่ากัน รองลงมา มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 5 ปีขึ้นไปเท่ากัน คือร้อยละ 15

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาการบริโภคแอลกอฮอล์ ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน สาเหตุการบริโภคแอลกอฮอล์ และประวัติการใช้สารเสพติดอื่น

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน						
1 – 2 เดือน	7	35	6	30	13	32.5
2 – 3 เดือน	6	30	7	35	13	32.5
3 – 4 เดือน	3	15	3	15	6	15
4 – 5 เดือน	2	10	2	10	4	10
5 เดือน - 1 ปี	2	10	2	10	4	10
	$\bar{x} = 3.30$		$\bar{x} = 3.35$		$\bar{x} = 3.32$	
	(SD =1.342)		(SD =1.309)		(SD =.1.309)	
สาเหตุการบริโภคแอลกอฮอล์						
เข้าสังคม	4	30	1	5	5	12.5
เทศกาล	6	20	7	35	13	32.5
เวลาว่าง	0	0	1	5	1	2.5
หลายสาเหตุ	10	50	11	55	21	52.5
การใช้สารเสพติดอื่น						
ไม่มี	9	45	11	55	20	50
บุหรี่ยี่	11	55	9	45	20	50

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันในช่วงระยะเวลา 1 – 2 เดือน คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมา ช่วงระยะเวลา 2- 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 30 สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการบริโภคแอลกอฮอล์ ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันในช่วงระยะเวลา 2 – 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมา ช่วงระยะเวลา 1- 2 เดือน คิดเป็นร้อยละ 30 สำหรับสาเหตุการบริโภคแอลกอฮอล์นั้น พบว่าส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มาจากหลายสาเหตุรวมกัน คิดเป็นร้อยละ 50 และ 55 ตามลำดับ รองลงมา เป็นการบริโภคในช่วงเทศกาล คิดเป็นร้อยละ 20 และ 35 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ และเมื่อพิจารณาประวัติการใช้สารเสพติดอื่น พบว่าในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จะมีการใช้บุหรี่ยี่ร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 55 ในขณะที่ในกลุ่มควบคุมนั้น ส่วนใหญ่จะไม่มีการใช้สารเสพติดอื่นร่วม คิดเป็นร้อยละ 55

ตอนที่ 2 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 7 คะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ (AUDIT) และการแปลผล ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง (Pre - test) และ หลังการทดลอง (Post - test)

คนที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	15	การดื่มแบบเสี่ยง	8	การดื่มแบบเสี่ยง
2	13	การดื่มแบบเสี่ยง	6	การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ
3	14	การดื่มแบบเสี่ยง	5	การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ
4	16	การดื่มแบบอันตราย	9	การดื่มแบบเสี่ยง
5	17	การดื่มแบบอันตราย	8	การดื่มแบบเสี่ยง
6	15	การดื่มแบบเสี่ยง	7	การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ
7	18	การดื่มแบบอันตราย	10	การดื่มแบบเสี่ยง
8	17	การดื่มแบบอันตราย	9	การดื่มแบบเสี่ยง
9	16	การดื่มแบบอันตราย	7	การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ
10	13	การดื่มแบบเสี่ยง	6	การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ
11	15	การดื่มแบบเสี่ยง	6	การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ
12	12	การดื่มแบบเสี่ยง	5	การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ
13	16	การดื่มแบบอันตราย	5	การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ
14	17	การดื่มแบบอันตราย	9	การดื่มแบบเสี่ยง
15	14	การดื่มแบบเสี่ยง	6	การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ
16	12	การดื่มแบบเสี่ยง	6	การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ
17	17	การดื่มแบบอันตราย	8	การดื่มแบบเสี่ยง
18	15	การดื่มแบบเสี่ยง	7	การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ
19	14	การดื่มแบบเสี่ยง	6	การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ
20	13	การดื่มแบบเสี่ยง	5	การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ

จากตารางที่ 7 พบว่าก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ คือ จำนวน 12 คน มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ (AUDIT) อยู่ในระดับการดื่มแบบเสี่ยง ที่เหลือ คือ จำนวน 8 คน เป็นการดื่มแบบอันตราย แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลองทุกรายมีระดับการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง โดยส่วนใหญ่ คือ จำนวน 13 คน มีระดับการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงต่ำ และ ที่เหลืออีกจำนวน 7 คน มีระดับการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง

ตารางที่ 8 คะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ และการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (Pre - test) และ หลังการทดลอง (Post - test)

คนที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	14	การดื่มแบบเสี่ยง	10	การดื่มแบบเสี่ยง
2	13	การดื่มแบบเสี่ยง	9	การดื่มแบบเสี่ยง
3	15	การดื่มแบบเสี่ยง	9	การดื่มแบบเสี่ยง
4	16	การดื่มแบบอันตราย	12	การดื่มแบบเสี่ยง
5	18	การดื่มแบบอันตราย	14	การดื่มแบบเสี่ยง
6	15	การดื่มแบบเสี่ยง	11	การดื่มแบบเสี่ยง
7	18	การดื่มแบบอันตราย	15	การดื่มแบบเสี่ยง
8	16	การดื่มแบบอันตราย	14	การดื่มแบบเสี่ยง
9	16	การดื่มแบบอันตราย	12	การดื่มแบบเสี่ยง
10	13	การดื่มแบบเสี่ยง	10	การดื่มแบบเสี่ยง
11	15	การดื่มแบบเสี่ยง	11	การดื่มแบบเสี่ยง
12	11	การดื่มแบบเสี่ยง	9	การดื่มแบบเสี่ยง
13	16	การดื่มแบบอันตราย	12	การดื่มแบบเสี่ยง
14	17	การดื่มแบบอันตราย	12	การดื่มแบบเสี่ยง
15	13	การดื่มแบบเสี่ยง	10	การดื่มแบบเสี่ยง
16	12	การดื่มแบบเสี่ยง	9	การดื่มแบบเสี่ยง
17	16	การดื่มแบบอันตราย	13	การดื่มแบบเสี่ยง
18	15	การดื่มแบบเสี่ยง	10	การดื่มแบบเสี่ยง
19	14	การดื่มแบบเสี่ยง	9	การดื่มแบบเสี่ยง
20	12	การดื่มแบบเสี่ยง	8	การดื่มแบบเสี่ยง

จากตารางที่ 8 พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ คือ จำนวน 12 คน มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ (AUDIT) อยู่ในระดับการดื่มแบบเสี่ยง ส่วนที่เหลือ จำนวน 8 คน มีระดับการดื่มแบบอันตราย แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในกลุ่มควบคุมทุกรายมีระดับการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ (คะแนน AUDIT) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รายบุคคล ก่อนและหลังการทดลอง

คนที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
1	15	8	14	10
2	13	6	13	9
3	14	5	15	9
4	16	9	16	12
5	17	8	18	14
6	15	7	15	11
7	18	10	18	15
8	17	9	16	14
9	16	7	16	12
10	13	6	13	10
11	15	6	15	11
12	12	5	11	9
13	16	5	16	12
14	17	9	17	12
15	14	6	13	10
16	12	6	12	9
17	17	8	16	13
18	15	7	15	10
19	14	6	14	9
20	13	5	12	8
$\bar{x}$	15	6.9	14.75	10.95
(SD)	1.806	1.553	1.970	1.986

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 15 คะแนน (SD = 1.806) และ 14.75 คะแนน (SD = 1.970) ตามลำดับ ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองลดลงเหลือ 6.9 คะแนน (S.D. = 1.553) และ 10.95 คะแนน (S.D. = 1.986) ตามลำดับ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ก่อนและหลังได้รับการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม

การบริโภคแอลกอฮอล์	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n =20)					
ก่อนการทดลอง	15	1.806	19	33.818	.000
หลังการทดลอง	6.90	1.553			
กลุ่มควบคุม (n =20)					
ก่อนการทดลอง	14.75	1.970	19	16.905	.000
หลังการทดลอง	10.95	1.986			

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 33.818$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์หลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง สำหรับคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t=16.905$ ) เช่นกัน

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n= 40)

การบริโภคแอลกอฮอล์	$\bar{x}$	S.D.	df	t	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	14.95	1.791	38	.336	.739
กลุ่มควบคุม	14.75	1.970			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	6.90	1.553	38	-7.185	.000
กลุ่มควบคุม	10.95	1.986			

จากตารางที่ 11 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม และ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่ต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม มีค่าน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\bar{x} = 6.90$  และ  $10.95$  ตามลำดับ,  $t = -7.185$ ,  $p < .05$ )

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วก่อนและหลังการทดลองโดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The pretest - posttest Randomized Control group design) (Polit and Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ที่มารับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ตัวแปรต้นคือ การใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม ตัวแปรตามคือ การบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ก่อนและหลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. การบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมลดลงกว่าก่อนได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม
2. การบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรวิจัย** คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0 – F20.9) และใช้แอลกอฮอล์ซึ่งรวมถึงการใช้แอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายและการติดแอลกอฮอล์ (F10.1, F 10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชน และมารับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยเพศชายวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) และใช้แอลกอฮอล์ซึ่งรวมถึงการใช้แอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายและการติดแอลกอฮอล์ (F10.1, F 10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD10) อาศัยอยู่ในชุมชน และมารับบริการในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกและคัดออกจำนวน 40 คน



### การกำหนดขนาดและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Cochran and Cox, 1992 อ่างไนรัตน์ศิริ ทาโต, 2552) ด้วยโปรแกรม Power analysis for sample size (PASS) แบบ Two-Sample t-tests power analysis โดยนำผลการศึกษาของ Bellack et al. (2006) มาร่วมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 11 คน แต่เพื่อให้มีขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะกับการวิจัยแบบทดลองซึ่งต้องมีกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน (Polit and Beck, 2004) เพื่อให้มีการกระจายของข้อมูลเข้าสู่โค้งปกติ (Normality) มากที่สุด และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยผู้วิจัยได้จับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และคะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ (Bellack et al., 2006) แล้วใช้การจับฉลากเพื่อสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม จนครบ 20 คู่

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. **เครื่องมือการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากโปรแกรม Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent mental Illness (BTSAS) ของ Bellack et al. (2006, 2007) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ประกอบด้วย การดำเนินการเป็นรายกลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง ใช้เวลาดำเนินการครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกันนาน 8 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและเสริมสร้างแรงจูงใจ

ครั้งที่ 2 การให้คำมั่นสัญญาและตั้งเป้าหมายการบำบัด

ครั้งที่ 3 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แอลกอฮอล์และผลของแอลกอฮอล์

ครั้งที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการอาการอยากแอลกอฮอล์

ครั้งที่ 5 ฝึกทักษะการสื่อสาร การปฏิเสธทั่วไป และการสร้างสัมพันธภาพโดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์

ครั้งที่ 6 การให้ความรู้เรื่องความเครียด และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดจากใช้แอลกอฮอล์

ครั้งที่ 7 ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาจากการบริโภคแอลกอฮอล์ การเจ็บป่วย และการเผชิญความเครียดจากสิ่งเร้าที่นำไปสู่การเสพยา

ครั้งที่ 8 ฝึกทักษะวางแผนอนาคตเพื่อดูแลตนเอง การดำเนินชีวิต และการป้องกันเสพยา

จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้น ทั้ง 2 ชุด ซึ่งประกอบด้วย 1) แผนการดำเนินการกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ และ 2) คู่มือการบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม มีความ

สอดคล้องกับการศึกษา และนำไปตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม โดยนำเอกสารฉบับที่แก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหากิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษา และภายหลังการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 20 คน ที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ โดยทดลองใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม จนครบทั้ง 8 ครั้ง ดำเนินการกลุ่มละ 10 คน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

**2. เครื่องมือกำกับการทดลอง** คือ แบบวัดความสามารถในการเผชิญความเครียด ของ Jalowiec Coping scale (1987, อ้างถึงใน Guo Guifang, 1996) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย จารุวรรณ จินตามงคล (2541) และผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงให้มีเนื้อหาเหมาะสมกับการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ประกอบด้วยข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติบ่อยครั้ง ที่ใช้วัดความสามารถในการเผชิญความเครียด 6 ด้าน คือ 1) ด้านการแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการใช้การประคับประคอง จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านการพึ่งพาตนเอง จำนวน 7 ข้อ 5) ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา จำนวน 10 ข้อ และ 6) ด้านการมองเหตุการณ์ ในแง่ดี จำนวน 8 ข้อ รวม 40 ข้อ จากการศึกษาพบว่าแบบวัดมีค่าความเชื่อมั่น .80 (จารุวรรณ จินตามงคล, 2541) แปลผลความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย โดยใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Jalowiec (1987) โดยในการศึกษานี้ตั้งเกณฑ์กำกับการทดลองไว้คือ ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดในระดับพอใช้ขึ้นไป (ระดับคะแนน 1.00 – 3.00)

ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความสามารถในการเผชิญความเครียดที่ปรับปรุงแล้วไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจทานแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index\_CVI) เท่ากับ .95 จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.86

### 3. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาและสาเหตุการบริโภคแอลกอฮอล์ ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ และประวัติการรักษา ประกอบด้วยระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2. แบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) เป็นแบบประเมินที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้คัดกรองและจำแนกความผิดปกติจากการดื่มสุรา แพลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย (2544) ฉบับปรับปรุงโดย ปรีทรศ ศิลปกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2553) ผลการทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมิน AUDIT พบว่า มีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับสูง ( $r = .86$ ) (Sinclair et al., 1992) เครื่องมือนี้ครอบคลุม 3 องค์ประกอบหลักในเรื่อง การใช้สุราแบบอันตราย อาการติดสุรา และการเกิดพิษจากสุรา จำแนกเป็นข้อคำถามซึ่งประเมินพฤติกรรมและผลกระทบจากการดื่มจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ปริมาณและความถี่ของการดื่ม จำนวนครั้งของการดื่มหนัก การไม่สามารถควบคุมการดื่มได้และต้องเพิ่มปริมาณการดื่ม การเกิดอาการข้างเคียงจากการดื่ม ความรู้สึกเสียใจภายหลังการดื่ม การจำสิ่งที่เกิดขึ้นขณะดื่มสุราไม่ได้ และการได้รับบาดเจ็บจากการดื่มจนกระทั่งบุคคลใกล้ชิดแสดงความห่วงใยเกี่ยวกับการดื่ม โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นการประมาณค่า 4 ระดับ ซึ่งในแต่ละคำถามจะมีคะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน โดยมีค่าคะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 0 – 40 คะแนน

ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ AUDIT ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจทานแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.0 จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช เลยราชนครินทร์ ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.82

### ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนการทดลอง และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการทดลองที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการทดลอง โดยมีการเตรียมการดังนี้

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การบำบัดทางพฤติกรรม การเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผู้วิจัยได้เข้ารับการอบรมภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และเป็นผู้สังเกตการณ์และฝึกประสบการณ์การให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม ตามแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ภายใต้การนิเทศของพยาบาล (APN) ณ โรงพยาบาลจิตเวช เลยราชนครินทร์

1.2 ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมและเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

จากการค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร แก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ เพื่อขอเก็บข้อมูล และทำการทดลอง

1.4 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับ วิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล วิธีการดำเนินการ และประสานงานเกี่ยวกับการเข้าไปดำเนินการทดลองในงานผู้ป่วยนอก / ฝ่ายสุขภาพจิตสารเสพติด โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

1.6 เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม โดยผู้วิจัยพิจารณาเลือกผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลจิตเวช ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติด ซึ่งปฏิบัติงานที่ฝ่ายสุขภาพจิตสารเสพติด โดยผู้วิจัยชี้แจงการศึกษากิจกรรมต่างๆ เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน

1.7 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการงานผู้ป่วยนอก/ ฝ่ายสุขภาพจิตสารเสพติด จากโปรแกรมงานเวชระเบียนโดยแนะนำตัวเอง แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้างานเวชระเบียน หัวหน้างานผู้ป่วยนอก และหัวหน้าฝ่ายสุขภาพจิตสารเสพติด เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่มารับบริการภายในช่วงระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 482 คน หลังจากนั้นได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยระบบข้อมูลในโปรแกรม Hos XP โดยคัดตามคุณสมบัติเบื้องต้นมาได้ 58 คน แล้วขออนุญาตดูเพิ่มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 58 คน เพื่อพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 40 คน

1.8 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย แล้วลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1.9 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched Paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบท่อการทำวิจัยครั้งนี้ โดยใช้ระยะเวลาการเจ็บป่วย และคะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ (AUDIT) (Bellack et al., 2006) แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน จากนั้นดำเนินการในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

### 1.9.1 กลุ่มทดลอง

1.9.1.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการดื่มแอลกอฮอล์ ติดต่อกันจนถึงปัจจุบัน สาเหตุการใช้แอลกอฮอล์ ประวัติการใช้สารเสพติดอื่น จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะเวลาการเจ็บป่วย และทำการประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์โดยใช้แบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ AUDIT (Pre-Test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

1.9.1.2 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มละ 10 คน พร้อมกับให้ข้อมูลการดำเนินกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 90 นาที จำนวน 8 ครั้ง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ และภายหลังจากเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมครั้งที่ 8 แล้ว 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ AUDIT (Post-Test)

1.9.1.3 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างถึงการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์คนอื่นๆ โดยจะได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมเพิ่มเติมจากการพยาบาลปกติ

1.9.1.4 ผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ ในการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดทางพฤติกรรม พร้อมทั้งมอบตารางการทำกิจกรรมในแต่ละครั้ง

### 1.9.2 กลุ่มควบคุม

1.9.2.1 ผู้วิจัยได้ให้โดยกลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการดื่มแอลกอฮอล์ ติดต่อกันจนถึงปัจจุบัน สาเหตุการใช้แอลกอฮอล์ ประวัติการใช้สารเสพติดอื่น จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะเวลาการเจ็บป่วย และทำการประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์โดยใช้แบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ AUDIT (Pre-Test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

1.9.2.2 ให้ข้อมูลการดูแลตามปกติที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่อมารับบริการงานผู้ป่วยนอก/ ฝ่ายสุขภาพจิตสารเสพติด ประกอบด้วยกิจกรรมการตรวจวัดสัญญาณชีพ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การให้คำแนะนำตามหลัก D-METHOD การให้คำปรึกษา และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing and Motivational Enhancement Therapy) ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น จิตบำบัดแนว Satir

1.9.2.3 ผู้วิจัยนัดกลุ่มควบคุม พบครั้งต่อไปอีกหลังจาก 8 สัปดาห์ เพื่อตอบแบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ AUDIT (Post-Test)

## 2. ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

ในขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม

**2.1 กลุ่มควบคุม** สัปดาห์ที่ 1-8 ได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่การตรวจวัดสัญญาณชีพ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การให้คำแนะนำตามหลัก D-METHOD การให้คำปรึกษา และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing and Motivational Enhancement Therapy) การให้คำปรึกษารายบุคคล และการให้คำปรึกษาครอบครัว ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

**2.2 กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม ตามวัน เวลา สถานที่ที่กำหนด ซึ่งประกอบไปด้วยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินการครั้งละ 90 นาที โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 1 กิจกรรมต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องกัน 8 สัปดาห์

**2.3 การกำกับทดลอง** ผู้วิจัยทำการประเมินด้วยแบบวัดความสามารถในการเผชิญความเครียดในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมครั้งที่ 8 และพบว่ากลุ่มทดลองทุกคนมีคะแนนอยู่ในระดับที่ผ่านเกณฑ์ คือ มีคะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดในระดับพอใช้ขึ้นไป (1.00 – 3.00)

## 3. ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 หลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินโปรแกรม 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินผลการวิจัย ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง (Post-Test) โดยใช้แบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ (AUDIT)

3.2 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบระดับการบริโภคแอลกอฮอล์ในแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติ Paired t-test

3. เปรียบเทียบระดับการบริโภคแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independence t-test

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

## สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 33.818$ ) โดยคะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์หลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ การบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมลดลงกว่าก่อนได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม

2. คะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม และ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $\bar{x} = 6.90$  และ  $10.95$  ตามลำดับ  $t = -7.185$ ,  $p < 0.05$ )

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ การบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่ากลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม มีผลทำให้การบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ หลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัด และลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา ผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ ที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

1. ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 33.818$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์หลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ การบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมลดลงกว่าก่อนได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาดังต่อไปนี้

จากการที่พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ซึ่งได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองนั้น เนื่องจากกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม เป็นกลุ่มบำบัดที่ใช้แนวคิดหลักคือการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในตนเอง แก้ไขความลังเลใจ และเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทวี วิสาระพันธ์ (2551)

ที่ศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากแอลกอฮอล์ พบว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราไปในทางที่ดีขึ้น ผู้ป่วยตระหนักถึงผลเสียของการดื่มสุรามากขึ้น หลังการบำบัดผู้ป่วยมีกำลังใจมากขึ้น มีความรู้สึกรับผิดชอบในตนเอง เชื่อมั่นว่าตนเองจะทำได้สำเร็จจึงทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตน เช่น เลิกดื่มสุราหรือลดการดื่มลง

นอกจากนี้ในโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ยังมีการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการใช้แอลกอฮอล์ ร่วมกับการฝึกทักษะพื้นฐานต่างๆ ทางสังคม และ ทักษะแก้ไขปัญหาและการเผชิญความเครียดอันเนื่องมาจากการป่วยและการใช้แอลกอฮอล์ ได้แก่ การสบตา การพูด การทักทาย การตั้งคำถาม การตอบสนองปฏิสัมพันธ์ การใส่ใจ (Attention) การวางแผน การดูแลตนเอง และการจัดการอาการที่เกิดขึ้น เป็นต้น โดยใช้วิธีการฝึกทักษะที่มีประสิทธิภาพในลักษณะต่างๆ เช่น การฝึกโดยใช้แบบจำลองการแก้ไขปัญหาทางสังคม และ การให้ผู้ป่วยเรียนรู้ปฏิริยาทางสังคมผ่านการกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติซ้ำๆ และสามารถนำไปใช้ในสภาพแวดล้อมจริง ซึ่งทักษะที่ได้รับการพัฒนาเหล่านี้ส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วมสามารถเผชิญกับความเครียดจากสิ่งเร้าที่นำไปสู่การเสพแอลกอฮอล์ซ้ำได้

และจากการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาทักษะทางสังคมและการจัดการความเครียด อันมีลักษณะใกล้เคียงกับการดำเนินการในการวิจัยครั้งนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลองได้เรียนรู้ถึงวิธีการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เช่น การจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยาโรคจิต อาการทางจิต การสื่อสาร การรับรู้ตราบาป และ ยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองมีการดูแลตนเองเพื่อเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง เพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับความเครียดที่เกิดขึ้นโดยไม่ต้องพึ่งแอลกอฮอล์ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวรับมือกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ดีมากขึ้น และส่งผลให้มีการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง นอกจากนี้ยังการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยมีแรงจูงใจเพิ่มขึ้น คือมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งการลดปริมาณและจำนวนวันที่ดื่ม

นอกจากนี้ กระบวนการกลุ่มบำบัด ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มได้ฝึกกลวิธีในการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการให้ข้อมูลย้อนกลับและสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะทางสังคม ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตได้ (Norman et al., 2002) อีกทั้งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ มีการรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองมากขึ้น อีกทั้งการเข้ากลุ่มบำบัดทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจจากการเรียนรู้ และฝึกทักษะต่างๆ ในการทำกลุ่ม รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ สถานการณ์จริง เมื่อผู้ป่วยอยู่กับครอบครัวในชุมชน ซึ่งพัฒนาทักษะต่างๆเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาตนเองให้เกิดทักษะการเข้าสังคมและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีการเผชิญปัญหาต่างๆในวิธีที่เหมาะสม ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง (Baker et al., 2002)



สำหรับการที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 16.905$ ) เช่นกันนั้น เนื่องจากการพยาบาลปกติที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่มารับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จะมีกิจกรรมการพยาบาลร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม เช่น การให้คำแนะนำตามหลัก D-METHOD การให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคล ครอบครัวยุติ ตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งการได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing and Motivational Enhancement Therapy) ในการลดการบริโภคแอลกอฮอล์ ตามวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง

2. ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรม และ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $\bar{x} = 6.90$  และ  $10.95$  ตามลำดับ,  $t = -7.185$ ,  $p < 0.05$ ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษานี้ ดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาระดับต้นสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม เป็นโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ มีการบริโภคแอลกอฮอล์ที่ลดลง โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมโดยจับคู่ (Matched - pair) ให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด แล้วจับสลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทั้งนี้เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการใช้แอลกอฮอล์ซึ่งเป็นตัวแปรตามในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และคะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ (Bellack et al., 2006) ดังนั้น ผลการวิจัยที่พบ จึงสามารถสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการทั้ง 8 ครั้ง ของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้อย่างแท้จริง ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อพิจารณารายละเอียดของการดำเนินการทั้ง 8 ครั้งในโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้น จะพบว่าแต่ละครั้งมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัด มีพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ที่ลดลง ดังนี้

### ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และเสริมสร้างแรงจูงใจ

ในกิจกรรมนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่ม ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการทำกิจกรรม เกิดความเชื่อถือไว้วางใจกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย และผู้ป่วยกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม การสร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในระยะแรกให้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ พูดคุยเรื่องทั่วไป บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับหลังสิ้นสุดกิจกรรม โดยมีเป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการเข้ากลุ่ม เกิดความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาอันจะส่งผลต่อการเกิดภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป (Freemantle, 1993)

รวมทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยเปิดเผยตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ เข้าใจและยอมรับปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเอง ตระหนักถึงความสำคัญของการบำบัด ลดความรู้สึกกังวลใจ พร้อมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อการบำบัด และเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนการบริโภคแอลกอฮอล์ โดยผู้บำบัดใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความจูงใจตนเอง (SMS) ที่แสดงถึงการตระหนัก และแสดงถึงความกังวลใจกับปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเอง ซึ่งเชื่อว่าคำพูดที่ออกมาจากปากผู้รับการบำบัดจะทำให้เกิดแรงจูงใจมากกว่าคำพูดจากบุคคลอื่น (Miller, 1995; พิชัย แสงชาญชัย, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของสุนทร ศรีโกสย (2548) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดยาซึ่งพบว่าผู้ติดยาที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยาของตนเองได้ โดยมีจำนวนวันที่ดื่มหนักลดลงและมีจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้น

### **ครั้งที่ 2** การให้คำมั่นสัญญาและตั้งเป้าหมายการบำบัด

เป็นกิจกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อตรวจสอบความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ ค้นหาสิ่งที่ลี้ใจเกี่ยวกับปรับเปลี่ยนการบริโภคแอลกอฮอล์ ซึ่งกิจกรรมนี้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถบอกถึงปัญหาในการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเองได้ รวมทั้งสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลและลี้ใจเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเอง หากผู้ป่วยคิดว่าเป็นปัญหาให้ผู้ป่วยประกาศคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงโดยผู้บำบัดให้ข้อมูล เสนอทางเลือก และช่วยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการบำบัดที่ชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงการบริโภคแอลกอฮอล์ ยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนลด/เลิกการบริโภคแอลกอฮอล์ได้ด้วยตนเอง เน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการเลือกแนวทางการเปลี่ยนแปลง ให้กำลังใจ/ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองเห็นศักยภาพความสามารถที่จะดำเนินการได้ด้วยตนเอง ซึ่งการบำบัดในครั้งนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจในการค้นหาและแก้ไขความรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kemp et al. (1996, 1998) เป็นการศึกษาเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วม ในช่วง 6-18 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น

ในกิจกรรมนี้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนลด/เลิก การบริโภคแอลกอฮอล์ได้ด้วยตนเอง เน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการเลือกแนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ให้กำลังใจ/ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองเห็นศักยภาพความสามารถที่จะดำเนินการได้ด้วยตนเอง และตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงการบริโภคแอลกอฮอล์ และสนับสนุนให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลง

### **ครั้งที่ 3** ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แอลกอฮอล์ และผลของแอลกอฮอล์

ซึ่งเป็นกิจกรรมการโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเอง ผลกระทบจากแอลกอฮอล์ที่มีต่อสมอง ร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งผลเสียด้านต่างๆที่เกิดขึ้นจากการใช้แอลกอฮอล์ เช่น การงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว/ชุมชน วิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และผลกระทบที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์ของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตนและให้ความ

ร่วมมือในการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลใจต่อความเจ็บป่วยและการรักษาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนการบริโภคแอลกอฮอล์ไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Heather, 1989; Hall, Wasserman, and Havassy, 1991)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท และปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ความหมายของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรค การใช้ยาต้านโรคจิต และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และยอมรับกับปัญหาของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตระหนักถึงบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับอาการของโรค ทราบว่าจะจัดการกับอาการกำเริบของโรคจิตเภทนั้นอย่างไร และส่งผลให้มีอาการอยู่ในระยะคงที่ขณะใช้ชีวิตในชุมชน

รวมทั้งในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยจะมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ และผลกระทบจากการใช้แอลกอฮอล์ที่มีต่อสมอง ร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งผลเสียด้านต่างๆที่เกิดขึ้นจากการใช้แอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการใช้แอลกอฮอล์ต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภท เช่น อาการกำเริบ ความบกพร่องในด้านหน้าที่การงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว/ชุมชน วิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม การเผชิญความเครียดจากการเจ็บป่วยของตนเองด้วยวิธีการที่เหมาะสมโดยไม่ใช้แอลกอฮอล์

#### ครั้งที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการอาการอยากดื่มแอลกอฮอล์

ในกิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงอารมณ์ ความรู้สึกตนเองที่เป็นสาเหตุที่คิดถึงแอลกอฮอล์มากที่สุด เนื่องจากภาวะอารมณ์ ความรู้สึกด้านลบบางอย่าง เช่น อารมณ์เหงา โกรธ หรือถูกทอดทิ้ง (Blanchard et al., 2000) อาจมีส่วนกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากแอลกอฮอล์มากขึ้น (Psychological craving) จนเป็นเหตุให้กลับไปดื่มซ้ำ

ซึ่งกิจกรรมนี้ได้ให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้ฝึกสำรวจอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และเข้าใจภาวะอารมณ์ และ ความรู้สึกของตนเองได้ดีขึ้น ช่วยให้สามารถหาแนวทางในการจัดการหรือหาทางออกกับอารมณ์และความรู้สึกด้านลบนั้นได้อย่างเหมาะสม หรือ หลีกเลียงเหตุการณ์ที่นำไปสู่การเกิดภาวะอารมณ์และความรู้สึกที่กระตุ้นให้เกิดความอยากแอลกอฮอล์ดังกล่าว ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยสามารถรู้เท่าทันอารมณ์และความรู้สึกของตนเองแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกทักษะการจัดการกับความอยากแอลกอฮอล์ด้วยเทคนิคการหยุดความคิดในรูปแบบต่างๆ (Bellack et al, 2007) เช่น เทคนิคการคิดหนึ่งยาง การผ่อนคลายด้วยการหายใจ และ การผ่อนคลายด้วยจินตภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละรายสามารถเลือกใช้วิธีการที่ได้ผลกับตนเองมากที่สุดในการลดความอยากแอลกอฮอล์ที่อาจเกิดขึ้นซ้ำๆ หากต้องกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมที่บ้านและในชุมชนซึ่งอาจเต็มไปด้วยสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์และความรู้สึกอยากแอลกอฮอล์ นอกจากการฝึกดักจับอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง รวมทั้งการหยุดความคิดอยากแอลกอฮอล์ด้วยวิธีการต่างๆ แล้ว การดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ยังเป็นการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยกำหนดแผนในการจัดการกับอาการอยากสุราในอนาคตด้วยตนเอง และนำไปฝึกเป็นการบ้านเพื่อให้เกิดทักษะในการจัดการกับความอยากแอลกอฮอล์ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั่นคือช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงศักยภาพในการควบคุมตนเอง สามารถป้องกันมิให้เกิดความอยากดื่มอย่างรุนแรงจนควบคุมตัวเองไม่ได้ และส่งผลต่อการลด และ เลิกพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ได้ในที่สุด (นิชนันท์ คำลำน, 2547; ญัฐธิดา นิมิตต์, 2550)

**ครั้งที่ 5** การฝึกทักษะการสื่อสาร การปฏิเสธทั่วไป และการสร้างสัมพันธภาพโดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์

ในกิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้เกิดทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม เกิดการสื่อสารที่ดี ขณะอยู่ร่วมกับผู้อื่น เรียนรู้การอยู่ร่วมกันในสังคมโดยไม่ต้องพึ่งแอลกอฮอล์ การช่วยเหลือพึ่งพากันในสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งการขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ชุมชนหรือสังคม ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ให้เกียรติและยอมรับการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกลดลง เพิ่มความรู้สึกภาคภูมิใจและมีคุณค่า และนำไปสู่การพัฒนาเครือข่ายในการขอความช่วยเหลือและค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Monti et al., 1989; McCrady, 1993; Bellack et al., 2004)

รวมทั้งในกิจกรรมนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม เกิดการสื่อสารที่ดี ขณะอยู่ร่วมกับผู้อื่น เรียนรู้การอยู่ร่วมกันในสังคมโดยไม่ต้องพึ่งแอลกอฮอล์ การช่วยเหลือพึ่งพากันในสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งการขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ชุมชนหรือสังคม ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ให้เกียรติและยอมรับการเปลี่ยนแปลง

**ครั้งที่ 6** การให้ความรู้เรื่องความเครียด และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการใช้แอลกอฮอล์ (เช่น การเพิกเฉย หลีกเลียง ปฏิเสธการใช้แอลกอฮอล์)

ในกิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียดที่มีประสิทธิภาพ โดยการให้ความรู้และทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกาย และความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพร่างกาย และจิตใจ เรียนรู้ทักษะการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง และการฝึกปฏิบัติการคลายเครียดโดยวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการหายใจ ซึ่งการผ่อนคลายความเครียดด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายจนความตึงเครียดที่ประสบอยู่ลดน้อยลง เนื่องจากทำให้ร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในภาวะผ่อนคลาย สงบ และมีสมาธิ ช่วยให้มีความคิดอ่านที่จะดำเนินการสิ่งต่างๆ ได้อย่างแจ่มใสขึ้น ส่งผลให้การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น (Gispens-de Wied, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยการผ่อนคลายความเครียดด้วยการใช้สารเสพติดลดลง (Monti et al., 1989; Bellack et al., 2004)

รวมทั้งเป็นกิจกรรมฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการใช้แอลกอฮอล์ (เช่น การเพิกเฉย หลีกเลียง ปฏิเสธการใช้ยา) และการฝึกปฏิบัติการคลายเครียดโดยวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการหายใจ ซึ่งการผ่อนคลายความเครียดด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายจนความตึงเครียดที่ประสบอยู่ลดน้อยลง เนื่องจากทำให้ร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในภาวะผ่อนคลาย สงบ และมีสมาธิ ช่วยให้มีความคิดอ่านที่จะดำเนินการสิ่งต่างๆ ได้อย่างแจ่มใสขึ้น ส่งผลให้การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น

**ครั้งที่ 7** ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาจากการเจ็บป่วย การบริโภคแอลกอฮอล์ และการเผชิญความเครียดจากสิ่งเร้าที่นำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์ซ้ำ

เป็นกิจกรรมที่เน้นให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงสาเหตุ และวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม เนื่องจาก

การที่ผู้ป่วยยึดติดอยู่กับปัญหาโดยไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ เป็นอุปสรรคสำคัญที่นำไปสู่การดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางใหม่ๆ ในการจัดการกับสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อม อารมณ์เชิงลบ ซึ่งเคยนำผู้ป่วยไปสู่การใช้แอลกอฮอล์ โดยการใช้บทบาทสมมติ การให้สมาชิกในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็น มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพของตนในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างถูกวิธี โดยไม่ต้องพึ่งพาการใช้แอลกอฮอล์ ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้แก้ปัญหาที่สาเหตุแห่งปัญหาได้อย่างแท้จริง และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมในการเผชิญปัญหาจากสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Bellack, 1997; Bellack et al., 2004)

ซึ่งในกิจกรรมนี้ให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมในการเผชิญปัญหาจากสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### **ครั้งที่ 8** ฝึกทักษะวางแผนอนาคตเพื่อดูแลตนเอง การดำเนินชีวิต การป้องกันการเสพยา

ในกิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองให้เอื้อต่อการลด/เลิกบริโภคแอลกอฮอล์ การป้องกันการกลับไปติดซ้ำแบบองค์รวม และเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมโดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สมดุล เช่น การจัดตารางชีวิต การผ่อนคลายความเครียด สุขอนามัยการนอน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้สามารถสร้างเครือข่ายการดูแลหรือขอความช่วยเหลือส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากสังคมและชุมชนรอบข้างในการแก้ปัญหาต่างๆที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ไม่รู้สึกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองจากสังคมหรือชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยตระหนักในความสามารถและศักยภาพของตนเองในการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนหรือสังคมได้อย่างมีความสุข (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และคณะ, 2552; Monti et al., 1989; Bellack et al., 2004)

จากโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นที่มีกระบวนการทำกลุ่ม และเป็นกลุ่มบำบัดที่มีโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งการใช้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) ซึ่งเป็นวิธีการรักษาทางจิตเวชอย่างหนึ่ง ที่มุ่งแก้ปัญหาผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมาและเป็นไปได้ มากกว่าการมุ่งแก้ไขข้อขัดแย้ง โดยพยายามขจัดหรือลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ด้วยการให้ทฤษฎีการเรียนรู้ กลุ่มพฤติกรรมนิยม ทฤษฎีที่นำมาใช้คือ ทฤษฎี Classical conditioning เน้นที่สิ่งเร้าและการตอบสนอง โดยอาศัยการฝึกหัด และทฤษฎี Operant conditioning เน้นที่ผู้เรียนเป็นผู้กระทำพฤติกรรมก่อนแล้วจึงได้รับรางวัล เมื่อผู้กระทำทำแล้วได้รับรางวัลจึงเกิดการกระทำอีก เน้นที่การเสริมแรง (Reinforcement) ซึ่งมีเทคนิคและวิธีการในการปรุงแต่งพฤติกรรม คือ การประเมินและรายงานตนเอง (Self Monitoring) การเสริมแรง (Reinforcement) การลงโทษ (Punishment) เทคนิคการตกแต่งพฤติกรรม (Shaping Technique) การวางเงื่อนไขโดย Counter Conditioning การใช้เทคนิค Modeling การใช้การฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออก ร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคมการ (Social Skill Training; SST) (Bellack and Mueser, 1993) โดยมีจุดมุ่งหมายคือ การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อพัฒนาหน้าที่ความสามารถ โดยใช้หลักทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) ในการฝึกผู้ป่วยเรื่องกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การพักผ่อน และ

สันทนากการ การสร้างสัมพันธ์ภาพ เช่นการทักทาย การสนทนา แบ่งเป็น 3 รูปแบบ คือ แบบจำลองทักษะพื้นฐาน (Basic model) โดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ปฏิบัติการทางสังคม ผ่านการกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติซ้ำๆ โดยกิจกรรมกลุ่มใช้ทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นสิ่งกระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม แบบจำลองการแก้ไขปัญหาทางสังคม (Social problem-solving model) เป็นการจัดกระบวนการเรียนรู้ข้อมูลไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่พัฒนาความสามารถทางสังคมที่บกพร่องไป พบว่าทำให้พฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มีทักษะทางสังคมเพิ่มมากขึ้น และแบบจำลอง Cognitive remediation model เป็นการฝึกและจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างถูกต้องในเรื่อง Attention, การวางแผน และการตัดสินใจ ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ความสำคัญเพราะพบว่า การดำเนินของโรคจิตเภทและผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต จะทำให้เกิด Cognitive impairment จึงต้องมีการฝึกฝนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทาง Cognition และช่วยให้การฝึกฝนทางจิตสังคมอื่นๆพัฒนาได้เร็วขึ้นด้วย รวมทั้งได้นำหลักการเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม จะมีความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองด้านกาย จิต และสังคมได้อย่างเป็นองค์รวม ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาที่กำลังเผชิญ และมีวิธีการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยไม่ต้องพึ่งแอลกอฮอล์ รวมทั้งมีรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ อันจะช่วยส่งผลต่อการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ดีขึ้น มีวิธีการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ที่ลดลง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคม ได้อย่างมีความสุข ช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัว รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำ และต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงด้วย

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

#### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่อยู่ในชุมชน พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลยาเสพติด ความรู้ ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีทักษะในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมบำบัดที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การนำกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ ผู้บำบัดสามารถปรับเปลี่ยนระยะเวลาได้ตามความเหมาะสมในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอน เช่น กิจกรรมการฝึกทักษะทางสังคมด้านต่างๆ ต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ รวมทั้งการแสดงบทบาทสมมุติของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกสามารถนำทักษะที่ได้รับ ไปปรับใช้ในการใช้ชีวิตในชุมชน ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง

1.3 กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม ซึ่งใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกระบวนการที่เน้นพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เกิดทักษะในการจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดการบริโภคแอลกอฮอล์ ดังนั้น จึงควรมีการติดตามระยะยาว เพื่อกระตุ้น และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้นำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จนเกิดเป็นทักษะที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เองอัตโนมัติในระหว่างการดำเนินชีวิตจริงในชุมชน

## 2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการจัดให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการประเมินความรู้สึกลอยากแอลกอฮอล์ เทคนิคและวิธีการจัดการกับความรูสึกลอยากแอลกอฮอล์ เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลและผู้บำบัดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในระหว่างการบำบัดยังมีความรูสึกลอยากแอลกอฮอล์

2.2 ควรมีการจัดหลักสูตรเนื้อหาที่เน้นถึงความสำคัญเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ที่มีการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดร่วม เน้นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางในการให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้าน กาย จิต และสังคม

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ทำให้เกิดการคงอยู่ขององค์ความรู้ ทักษะ และความสามารถในการบำบัดทางพฤติกรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในชุมชน โดยติดตามไปประเมินผลที่บ้านในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังการทดลอง หรือตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

2. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ ที่มีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมในชุมชน เช่นเดียวกัน เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่น ว่ามีการบริโภคแอลกอฮอล์แตกต่างกันหรือไม่ และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตเวชในแต่ละโรค

3. ควรมีการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ให้แก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน เป็นรายครอบครัว โดยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งนี้เพื่อให้ครอบครัวตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ และเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ถือเป็น การดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดพฤติกรรมบริโภคแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดอื่น

## รายการอ้างอิง

- 2กนกวรรณ กิตติวัฒนกุล. (2546). โรคจิตเวชเนื่องจากสารเสพติด.วารสารจิตเวชขอนแก่นราช-  
นครินทร์. 5: 33-39.
- กาญจนา สุทธิเนียมและคณะ. (2547). การศึกษาความชุกของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตที่  
เข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ  
ครั้งที่ 13 (สิงหาคม 2547): หน้า 161.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2544). ตำราการพยาบาลยาเสพติด.ปทุมธานี:  
สหมิตรพรินต์ติ้ง.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด แบบผู้ป่วยนอก.  
ขอนแก่น: ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ติดสุรา. ศูนย์บำบัดรักษายา  
เสพติดขอนแก่น. พิมพ์ครั้งที่ 2.ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). คู่มือจิต สังคมบำบัด สำหรับผู้บำบัด.ขอนแก่น:  
ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). คู่มือครอบครัวศึกษาแนวทางสำหรับผู้บำบัดในการ  
ดูแลผู้ป่วยสุรา.ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). เอกสารประกอบการเรียนการสอนหลักสูตรการ  
พยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ชื้อยาและสารเสพติด. สถาบันธัญญารักษ์ร่วมกับ  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.ปทุมธานี. (อัดสำเนา).
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2545). คู่มือกลุ่มทักษะการป้องกันการกลับไปติดยาซ้ำฉบับ  
โปรแกรม 3 เดือน. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546). คู่มือการพัฒนามาตรฐานการดูแลทางสังคมจิตใจ  
ในระบบสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). คู่มือการให้การปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหา  
แอลกอฮอล์. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2549). เทคโนโลยีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชใน  
โรงพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1.นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่ง  
ประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติ เรื่องการวางแผน  
จำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทย  
ปีงบประมาณ 2550.นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). คู่มือการให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราใน  
โรงพยาบาลจิตเวช.ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1.นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). คู่มือการให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราใน



โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). สถิติประจำปีโรงพยาบาลจิตเวชกรมสุขภาพจิต.

นนทบุรี: กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.

คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์การวิชาการสาธารณสุข. (2550). สถานภาพการบริโภค

แอลกอฮอล์ พ.ศ. 2550 จากการสำรวจครัวเรือนตัวแทนทั่วประเทศ. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา:

กรุงเทพมหานคร.

จารุวรรณ จินตามงคล. (2541). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท. ปรินญาหมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินตนา ยูนิพันธุ์. (2529). ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินตนา ยูนิพันธุ์. (2534ก). การนำมโนคติการดูแลตนเองไปใช้ในการเสริมสร้างสุขภาพจิต.

วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิรวัดน์ มูลศาสตร์. (2547). แนวทางการดูแลผู้ติดสุรา: ประสบการณ์ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุราครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร.

จุมภฏ พรหมเสิดา. (2547). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1.ขอนแก่น: ศูนย์สุขภาพจิต ที่ 6 ขอนแก่น.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: ศูนย์การพิมพ์พลชัย.

ณัฐธิดา นิมิตรดี. (2550). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกอดสุรา โรงพยาบาลพะเยา. ปรินญาหมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดอกกรัก พิทาคำ. (2549). ผลของการสร้างเสริมแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในคลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. ปรินญาหมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทรงเกียรติ ปิยะกะ และเวทิน ศันสนีย์เวช. (2542). ยืมสู้เรียนรู้อาเสพติด. กรุงเทพฯ: พิมพ์เศศพรินท์ติ้ง เซ็นเตอร์ จำกัด.

ทวี วิสาระพันธ์. (2551). การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากแอลกอฮอล์. ปรินญาหมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ทัศนีย์ ใจตรง และคณะ. (2542). ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ณ ห้องปรึกษาปัญหาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารสุขภาพจิตและจิตเวช 1: 49-57.

เทอดศักดิ์ เดชคง, บรรณาธิการ. (2546). คู่มือการปรึกษาในสถานการณ์ยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัททวงศ์กมล โปรดักชั่น จำกัด.

ธวัชชัย ฤกษ์ประกรกิจและพันธ์ศักดิ์ วราอัศวปิติ. (2536). ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการติดสุรา. คู่มือจิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป.ขอนแก่น: ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.

ธวัชชัย ลีพหนาจ. (2549). โรคจิตเวชที่เกิดร่วมกับการติดสารเสพติด ในพิชัย แสงชาญชัย พงศธร

- นฤมล อารยะพิพัฒน์. (2544). **คู่มือการจัดทำค่ายปรับพฤติกรรมผู้ติดยาเสพติดแนวใหม่**. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- นิชนันท์ คำล้าน. (2547). **การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยา**. ปรินญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิตยา สุริยะพันธ์ และอรุณี ไสตถวินิชย์วงศ์. (2551). **การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท**. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2550). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์ทางวิทยาศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตเดีย.
- บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์, บรรณาธิการ. (2546). **คู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่. (FAST Model)**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์.
- บุญเลิศ จุลเกียรติและคณะ. (2534). **สุรากับสุขภาพ. คู่มือรณรงค์ป้องกันปัญหาจากสุรา**. สมาคมป้องกันปัญหาจากสุรา.
- ปรีทรรศ ศิลปกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552). **แบบประเมินปัญหาการติดยา AUDIT: แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 2**. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนา ระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ.
- ปาริชาติ สุภาพ. (2547). **การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. ปรินญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พงษ์ศักดิ์ สมใจ และคณะ. (2539). **รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และทัศนคติของผู้รับบริการต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น**. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
- พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, บรรณาธิการ. (2549). **แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: หจก.ไอแอมออกเอนไซม์แอนด์แอ็ดเวอร์ไทซิง.
- พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณาธิการ. (2554). **คู่มือสำหรับผู้อบรม: การดูแลผู้มีปัญหาการติดยาเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ ฉบับปรับปรุง 2554. มาตรการที่ 1: มาตรการการคัดกรองปัญหาการติดยาและบำบัดแบบสั้น**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณาธิการ. (2554). **คู่มือสำหรับผู้อบรม: การดูแลผู้มีปัญหาการติดยาเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ ฉบับปรับปรุง 2554. มาตรการที่ 3: มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณาธิการ. (2554). **คู่มือสำหรับผู้อบรม: การดูแลผู้มีปัญหาการติดยาเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ ฉบับปรับปรุง 2554. มาตรการที่ 4: มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ. (2547). **การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Alcohol Service System.การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ. ครั้งที่ 3 วันที่ 25-27 สิงหาคม 2547**

ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์กรุงเทพฯ.

พันธ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์,หทัยชนนี บุญเจริญ และสุนทรี ศรีโกไสย (บรรณาธิการ). (2549). **แนว  
เวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและในโรงพยาบาล  
ชุมชน**. เชียงใหม่ : พลอยการพิมพ์.

พิชัย แสงชาญชัย. (2552). **การทบทวนองค์ความรู้ เรื่องจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา.**

พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

พิชัย แสงชาญชัยและคณะ. ( 2553). **คู่มือสำหรับผู้อบรม: การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อ  
เสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

พิเชฐ อุดมรัตน์และคณะ. (2552). **ตำราโรคจิตเภท**. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ชายเมืองการพิมพ์.

พิมพ์ใจ บุญยัง. (2540). **ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพ  
สารระเหยของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดนราธิวาส**. ปรินญามหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์  
เอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิมพ์ทอง แจ็กจันทิกและคณะ. (2546). **คู่มือวิทยากรการจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพจิตใจสมาชิก  
ค่ายยาเสพติด**. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

เพ็ญพุดม คงพาณิชย์ตระกูล. (2547). **เหตุผลของการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ  
ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์**. ปรินญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาล  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ไพรวลัย ร่มซ้าย. (2553). **การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจในการลดการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภท  
ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์**. **วารสารจิตเวชขอนแก่นราช  
นครินทร์**. ปีที่ 8 ฉบับที่ 12 ประจำเดือนธันวาคม 2552 - พฤษภาคม 2553 หน้า11.

ไพลิน ปรัชญคุปต์. (2545). **การสำรวจรูปแบบการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช  
ขอนแก่นราชนครินทร์**. **การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 7 ปี 2544 "ความสุขที่ พอเพียง"**.  
วันที่ 5-7 กันยายน 2544: หน้า 84.

มันทนา กิตติพิรัชล. (2551). **การศึกษาความสัมพันธ์ของการดื่มสุรา การติดสุรา ต่ออาการทาง  
คลินิกและขนาดยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มิ.ย. 2548  
- ม.ค. 2551**. **วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา**. ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 ปี 2551.

มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวาณิช. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. เชียงใหม่:  
โรงพิมพ์แสงศิลป์.

มานิต ศรีสุรภานนท์. (2549). **การให้คำปรึกษาโดยการสร้างแรงจูงใจในการรักษาผู้ติดสุรา**.  
เชียงใหม่: ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติด เชียงใหม่.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชัย. (2548). **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชัย. (2552). **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 3.  
กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด.

ยุทธนา งามอาจสกุลม่น. (2548). **การทำจิตบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy ในผู้ป่วยโรค**

จิตเภท: รายงานผู้ป่วย 4 ราย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2548. หน้า 114.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์. (2553). สถิติผู้มารับบริการประจำปีงบประมาณ 2553. เลย.

โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์. (2554). สถิติผู้มารับบริการประจำปีงบประมาณ 2554. เลย.

โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์. (2555). สถิติผู้มารับบริการประจำปีงบประมาณ 2555. เลย.

วิโรจน์ วีรชัย, บรรณาธิการ. (2548). ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์. ปทุมธานี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์.

ศิริจิต สุทธิจิตต์ และมานิต ศรีสุรภานนท์. (2552). โรคจิตเภท: ระบาดวิทยาและการรักษา.

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ปีที่ 54 (ฉบับภาคผนวก1): หน้า 21-37.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). พยาบาลกับการดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). การทำกลุ่มบำบัดสำหรับพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนา.

สมภพ เรืองตระกูล. (2553). ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3.

กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาสิต. (2543). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย และ สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2543). รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่องมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากแอลกอฮอล์. มปท.

สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย. (2552). การทบทวนองค์ความรู้ เรื่องการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

สายรัตน์ นกน้อย, พิชัย แสงชาญชัย, อุษา ตันติแพทยางกูร และราม รั้งสินธุ์. (2547). ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษากับผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ. รายงานการวิจัย

สายรัตน์ นกน้อย. (2553). การทบทวนองค์ความรู้ เรื่องการบำบัดแบบสั้นในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

สุนทร ศรีโกสย. (2548). ประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง. ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุรพิน แทนรัตนกุล, สุนีย์ เอกวัฒน์พันธ์ และณัฐวดี รัตนานิคม. (2548). การฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 13: 59-69.

สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2544). แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

หทัยวัน สนั่นเอื้อ. (2551). การใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ปีที่16 ฉบับที่1 กันยายน 2552.

- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อวิศา จันท์แสนต่อ. (2541). ปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการเสพติดสุราของสตรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตแนวปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพฯ: วี.จี.พรีนติ้ง.
- Addington, J., and Addington, D. (1997). Substance abuse and cognitive functioning in schizophrenia. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 22:99–104.
- Alan, S. et al. (2007). Assessment of Community Functioning in People with Schizophrenia and other Severe Mental Illnesses: A White Paper Based on an NIMH-Sponsored Workshop. *Schizophrenia Bulletin*, 33(3): 805-822.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> ed. Text Revision*. Washington DC: American Psychiatric Association: 297-344.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. and Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 Suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4:37.
- Babor, TF., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., and Monteiro, M.G. (2001). **The alcohol use Disorders identification test: guideline for use in primary care**. 2nd ed. World Health Organization; Geneva.
- Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., et al. (2002). Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in - patient services. *Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs*, 97, 1329-1337.
- Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., et al. (2002). Motivational Interview among psychiatric in – patient with substance use disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106,233-240.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S. W., Moring, J., O’Brien, R., et al. (2001). Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing, Cognitive Behavior Therapy, and Family Intervention for patients With Comorbid Schizophrenia and substance Use Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158,1706-1713.
- Batki, S.L., Leontieva, L., Dmmock, J.A., and Ploutz-Synder, R. (2008). Negative symptoms are Associated with less alcohol use, craving, and “high” in alcohol dependent patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 105: 201–207.

- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S. and Agresta, J. (1997). (Eds.). **Social skill training for Schizophrenia. A step-by-step guide**. New York: Guilford.
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S. and Agresta, J. (2004). **Social skill training for Schizophrenia. A step-by-step guide** (2<sup>nd</sup> ed.) New York: Guilford.
- Bellack, A.S., Bennett, M.E., & Gearon, J.S. (2007). **Behavioral treatment for substance abuse in people with serious and persistent mental illness: A handbook for mental health professionals**. New York: Routledge.
- Bellack, A.S., Bennett, M.E., Gearon, J.S., Brown, C.H., and Yang, Y. (2006). A randomized clinical trial of behavioral treatment for drug abuse in People with severe and persistent mental illness. **Archives of General Psychiatry**, 63 (4): 426-432.
- Bennett, M.E., Bellack, A.S., and Gearon, J.S. (2001). Treating substance abuse in Schizophrenia: An initial report. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 20:163± 175.
- Bennett, M.E., and Barnett, B. (2003). Adult psychopathology and diagnosis: dual-diagnosis. In: Hersen, M., Turner, S.M. eds. **Adult Psychopathology and Diagnosis**. 4<sup>th</sup> ed. New York, NY: John Wiley and Son.
- Blanchard, J.J., Brown, S.A., Horan, W.P., and Sherwood, A.R. (2000). Substance use Disorders in schizophrenia: Review, Integration, and A Proposed model. **Clinical Psychology Review**, Vol. 20, No. 2, pp. 207–234.
- Bottlender, R., Sato, T., Jager, M., Groll, C., Strauss, A., Moller, H.J. (2002). The impact of duration of untreated psychosis and premorbid functioning on outcome of first inpatient treatment in schizophrenic and schizoaffective patients. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**; 252:226-31.
- Bowie, C. R., Serper, M. R., Riggio, S., and Harvey, P.D. (2005). Neurocognition, Symptomatology, and Functional Skills in Older Alcohol-Abusing Schizophrenia Patients. **Schizophrenia Bulletin**, Vol. 31 No. 1, pp. 175–182.
- Brunette, M.F. et al. (1997). Relationships between symptoms of schizophrenia and substance abuse. **Journal Nervous Mental Disorder**. 185: 13-20.
- Bryant, K.J., Rounsaville, B., Spitzer, R.L., and Williams, J.B.W. (1992). Reliability of dual diagnosis substance dependence and psychiatric disorders. **Journal of Nervous and Mental Disease**, 180:251–257.
- Cantor, G.E., Nordstro, L.G., and McNeil, T.F. (2001). Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. **Schizophrenia Research**, 48 :69±82.
- Chambers, A.R., Krystal, J.H., and Self, A.I. (2001). A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. **Biol Psychiatry**. 50: 71-83.
- Dixon, L., Haas, G., Weiden, P.J., Sweeney, J., and Frances, A.J. (1991). Drug abuse in

- schizophrenic patients: Clinical correlates and reasons for use. **American Journal of Psychiatry**, 148: 224–230.
- Dixon, L. (1999). Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: Prevalence and impact on outcomes. **Schizophrenia Research**. 35: S93–S100.
- Eaton, W.W., and Chen, C.Y. (2006). **Epidemiology**. In: **Lieberman J.A., Stroup, T.S., Perkins, D.O., eds. Textbook of Schizophrenia**. Washington, DC: American psychiatric publishing: 17-37.
- Faltz, B.G. and Sellin, S.C. (2005). In Mary Ann Boyd. Editor. Issue in Dual Disorders. **Psychiatric Nursing Contemporary Practice**. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Fowles, D.C. (1992). Schizophrenia: diathesis-stress revisited. **Annu Rev Psychol**. 43:303-306.
- Gerding, L.B., Labbate, L.A., Measom, M.O., Santos, A.B., and Arana, G.W. (1998). Alcohol dependence and hospitalization in schizophrenia. **Schizophrenia Research**. 38:71–75.
- Gispén-de Wied, C.C. (2000). Stress in schizophrenia: an integrative view. [doi:DOI: 10.1016/S0014-2999 (00) 00567-7]. **European Journal of Pharmacology**. 405(1-3), 375-384.
- Graeber, A., Moyeers, B., Griffith, G., Guajardo, E., and Tonigan, S. (2003). A Pilot Study Comparing Motivational interviewing and Educational Intervention in – Patient with Schizophrenia and Alcohol Use Disorders. **Community Mental health Journal**, 39,189-202.
- Gregg, L., Barrowclough, C., and Haddock, G. (2007). Reasons for increased substance use in psychosis. **Clinical Psychology Review**, 27: 494–510.
- Gregg, L., Haddock, G., and Barrowclough, C. (2009). **Self-reported reasons for substance use In schizophrenia: a Q methodological investigation**. *Mental Health and Substance Use: dual diagnosis*, Vol. 2 No.1, February : 24-39.
- 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.
- Green, A.I. (2007). **Pharmacotherapy for schizophrenia and co-occurring substance use disorders**. *Neurotox Res*, 11: 33-40.
- Haddock, G., Barrowclough, C., Tarrier, N., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., et al., (2003). Cognitive - Behavior Therapy, and motivational intervention for Schizophrenia and substance misuse 18 – month outcomes of a randomized controlled trial. **Journal of Studies on Alcohol**, 49, 219-224.

- Hausmann, A., and Fleschhacker, W.W. (2002). Review article Differential diagnosis of depressed mood in patient with schizophrenia: a diagnosis algorithm base on a review. **Acta Psychiatra Scand.** 106: 83-96.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., and Deeks, J.J.( 2005). Schizophrenia and Suicide: Systematic review of risk factors. **The British Journal of Psychiatry**,187:9-20.
- Heather, N. (1989). **Brief intervention strategies.**In R. K. Hester and Miller (Eds.) **Handbook of Alcoholism treatment approaches** (pp.93-116). New York: Pergamon.
- Helzer, L. E., and Pryzbeck, T. R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other Psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. **Journal of Studies on Alcohol**, 49, 219-224.
- Jalowiec, A., Murphy, P. S. and Power, L. M. (1987). Psychometric Assessment of Jalowiec Coping Scale. **Nursing Research.** 33 (3).
- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec Coping Scale. In Waltz, C. F., and Strickland, O. L. (Eds.), **Measurement of nursing outcome**, Vol.1 Measuring client outcome, (pp. 278-305). New York: Springer Publishing.
- Jenner, L., Kanavanagh, D.J., Greenway, L. and Saunders, J.B. (1998). Dual Diangnosis Consortium 1998, Report. Brisbane: **Dual Diagnosis Consortium.**
- Julia, D.B., Deborah, R.L., Richard, G.H. and Norman, B.S.(2008). Treating Comorbid Social Anxiety and Alcohol Use Disorders: Combining Motivation Enhancement Therapy with Cognitive-Behavioral Therapy.**Clinical case studies.**7; 2011. [online] Available <http://ccs.sagepub.com/cgi/content/abstract/7/3/2011>
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., et al. (1996). Compliance therapy in psychotic patient: Randomised control tril. **British Medical Journal**, 312:345-349.
- Kemp, R., Kirov, G., Everitt, B., Hayward, P., and David, A. (1998). Randomised controlled trial of compliance therapy:18-month follow-up. **British Journal of Psychiatry**, 172:413-419.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshelman, S., et al. (1994).Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorder in United States. Result from the National Comorbidity Survey. **Arch Gen Psychiatry**, 51, 8-19.
- Khantizian, E.J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorder: a reconsideration and recent applications. **Harv Rev Psychiatry.**4: 231-244.
- Lenior, M.E., Dingemans, P.M.A.J., Linszen, D.H., Haan, L.D., and Schene, A.H. (2001). Social functioning and the course of early - onset schizophrenia. **The British Journal of Psychiatry**, 57:104-114.
- Lieberman, R.P., Wallace, C.J., Blackwell, G., Kopelowicz, A., Vaccaro, J.V. and Mintz, J.



- (1998). Skill training versus psychosocial occupational therapy persons with persistent schizophrenia. **Am J Psychiatry**; 155: 1087-1091.
- Lindenmayer, J.P., and Khan, A.(2006). **Psychopathology**. In: **Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO, eds. Textbook of Schizophrenia**. Washington DC: American Psychiatric Publishing: 187-211.
- Manning, V., Wanigaratne, S., Best, D., Strathdee, G., Schrover, I., and Gossop, M. (2007). Screening for cognitive functioning in psychiatric outpatient with schizophrenia, alcohol dependence, and dual diagnosis. **Schizophrenia Research**. 91: 151–158.
- Manning, V., Wanigaratne, S., Best, D., Strathdee, G., Schrover, I., and Gossop, M., (2009). Cognitive impairment in dual diagnosis in patients with schizophrenia and alcohol use disorder. **Schizophrenia Research**. 114 : 98–104.
- Marder, S.R., Wirshing, W.C., Makenzie, J., Johnston, K., Eckman, T.A. et al. (1996). Two-year outcome of social skill training and group psychotherapy for out-patients with schizophrenia. **Am J Psychiatry**; 153: 1585-1592.
- Margolese, C.M., Negrete, J.C., Tempier, R., and Gill, K. (2005). A 12-month prospective follow-up study of patients with schizophrenia-spectrum disorders and substance abuse:Changes in psychiatric symptoms and substance use. **Schizophrenia Research**, 83 : 65– 75.
- McCarthy, P.M. (2008). A Brief Cognitive Behavioural Therapy Alcohol Intervention Programme is an Effective Secondary Prevention Approach for New Employees Entering an Irish Workforce: A Pilot Evaluation. University College Cork. MA, **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**.
- McCrary, B. S. (1993). Alcoholism.In D. H. Barlow (Ed.), **Clinical handbook of psychological Disorder**. (2<sup>nd</sup> ed., pp.362-395). New York: Guilford.
- Monti, P. M., Abrams, D. B., Kadden, R. M., and Cooney, N. L. (1989). **Treating alcohol Dependence: A coping skill training guide**. New York: Guilford.
- Mueser, K., Drake, R., and Wallach. (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. **Addict Behav**. 23: 717-734.
- Murray, C. J. L., and Lopez, A. D. (1996). **The Global Burden of Disease**. Boston: Harvard University Press.
- Penn, D.L., and Mueser, K.T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. **Am J Psychiatry**; 153: 607-617.
- Perkins, D.O., Miller-Anderson, L., Lieberman, J. A.(2006). Natural history and predictors of clinical course. In: Lieberman, J. A., **Textbook of Schizophrenia**. Arlington, American Psychiatric Publishing, 289-301.

- Polit, D.F., Beck, T.B. (2004). **Nursing research: Principles and methods** (7 th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins.
- Potvin, S., Stip, E., and Roy, J.Y. (2003). Schizophrenia and addiction: an evaluation of the self-medication hypothesis. **Encephale**, 29: 193-203.
- Ran, M.S., et al. (2010). Risk factors for poor work functioning of persons with schizophrenia in rural China. **Soc Psychiaatric Epidemiol.**
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., et al. (1990). Comorbidity of mental disorder with alcohol and other drug abuse. **Journal of the American Medical Association**, 264, 2511-2518.
- Rosenberg, H. (1993). Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. **Psychological Bulletin**, 113: 129–139.
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D., and Parker, G. (1989). The Life Skills Profile: A Measure Assessing Function and Disability in Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, Vol.15. No 2.
- Roth, R.M., Brunette, M.F., and Green, A.I. (2005). Treatment of substance use disorder in schizophrenia: a unifying neurological mechanism?. **Curr Psychiatry Rep.**7:238-291.
- Sadock, B.J., and Sadock, V.A. (2007). **Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences and clinical psychiatry (10<sup>th</sup>.ed.)**.Phiadelphia: Williams & Willkins. New York.
- Salyers, M.P., and Mueser, K.T. (2001). Social functioning, psychopathology, and medication side effects in relation to substance use and abuse in schizophrenia. **Schizophrenia Research**. 48 :109±123.
- Sinclair, M., McRee, B. and Babor, T.F. (1992). Evaluatoin of the Reliability of AUDIT. University of Connecticut School of Medicine, **Alcohol Research Center**, (unpublished report).
- Skinner, B.F. (1953). **Science and human behavior**.New York. The Free Press
- Sommers, M. S., Wray, J., Savage, C., and Dyehouse, J. M. (2003). Assessing acute and critically patients for problem drinking. **Dimensions of Critical Care Nursing** 22: 77-88.
- Stevens, H.H. and Craske, M. G. (2002). **Hand Book of Brief Cognitive Behavior Therapy**. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Swartz, M.S., Swanson, J.W., and Wangner, H.R. (2006). Violence and Severe Mentall Illness: The Effect of Substance Abuse and Nonadherence to Medication. **The British Journal of Psychiatry**: 189(4): 354-360.
- Talamo, A., Centorrino, F., Tondo, L., Dimitri, A., Hennen, J., and Baldessarini, R.J. (2006). Comorbid substance-use in schizophrenia: Relation to positive and negative symptoms. **Schizophrenia Research**. 86:251-255.

Thara, R., Henrietta, M., Joseph, A., Rajkumar, S., and Eaton, W.W. (1994). Ten-Year course of schizophrenia- the Madras longitudinal study. **Aca Psychiatr Scand**, 90: 329-36.

Vrdoljak, M., Ivezic, S., and Jukic, M. (2008). Social functioning and stress coping in schizophrenic patients. **European Psychiatry**. 23 (Supplement 2), S90-S91.

Walsh, E., Buchanan, A., and Fahy. ( 2002).Violence and schizophrenia: examining the evidence. **The British Journal of Psychiatry**, 180: 490-495.

World Health Organization. (1992). **International Classification of Diseases and Related Health Problems. 10<sup>th</sup> revision**. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2001). **AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care**. [online] Available

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6a.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf)

Wiersma, D., Nienhuis, F.J., Slooff, C.J., Giel, R. (1998). Natural course of schizophrenia disorder: a 15- year followup of a Dutch incidence cohort. **Schizophr Bull**, 24: 75-85.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลย ราชนครินทร์
2. นายแพทย์วรพงษ์ ศรีสีทิพจน์	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
3. อ.ดร. สุนิศา สุขตระกูล	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. นางวิมล ลักษณะณิกชนชัย	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยา เสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
5. นางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



ภาคผนวก ข  
การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## การคำนวณดัชนีความเชิงตามเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตรดังนี้  
(บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2544)

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


1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของประเมินการบริโภคนอกจอ AUDIT

$$CVI = \frac{10}{10} = 1$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความสามารถในการเผชิญความเครียด

$$CVI = \frac{40}{42} = 0.95$$





ภาคผนวก ค  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เลขที่แบบสอบถาม.....

## แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความ และเติมข้อความลงในช่องว่าง (....) ที่เว้นไว้ให้ตรงกับความจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. อายุ..... ปี (เกิน 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)
2. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
3. สถานภาพสมรส
  - ( ) 1. โสด
  - ( ) 2. คู่
  - ( ) 3. หม้าย
  - ( ) 4. หย่าร้าง
  - ( ) 5. อุดมศึกษา
  - ( ) 6. อื่นๆ (ระบุ).....
4. ระดับการศึกษา
  - ( ) 1. ไม่ได้เรียน
  - ( ) 2. ประถมศึกษา
  - ( ) 3. มัธยมศึกษา
  - ( ) 4. อาชีวศึกษา
  - ( ) 5. อุดมศึกษา
  - ( ) 6. อื่นๆ (ระบุ).....
5. อาชีพ
  - ( ) 1. เกษตรกรรม
  - ( ) 2. รับจ้าง
  - ( ) 3. ค้าขาย
  - ( ) 4. รับราชการ
  - ( ) 5. อื่นๆ (ระบุ).....
6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน..... บาท
  - ( ) เพียงพอ
  - ( ) ไม่เพียงพอ
7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี.....เดือน
8. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวช.....ครั้ง
9. ระยะเวลาในการบริโภคแอลกอฮอล์ .....
10. สาเหตุการบริโภคแอลกอฮอล์.....
11. ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ (ปริมาณ, ความถี่).....
12. ผู้ดูแลหลักชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น.....

## เลขที่แบบสอบถาม.....

## แบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ (AUDIT)

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อถามถึงประสบการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ของท่านในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยแอลกอฮอล์ หมายถึงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ สเปย์ไวน์ เป็นต้น ขอให้ท่านโปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างเพียงคำตอบเดียว ซึ่งเป็นข้อมูลที่ตรงกับประสบการณ์ของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	0	1	2	3	4	คะแนน
1. คุณดื่มแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร	ไม่เคยเลย	เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า	2-4 ครั้งต่อเดือน	2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์	
2. เลือกคำตอบเพียงข้อเดียว เวลาที่คุณดื่มแอลกอฮอล์ โดยทั่วไปแล้ว คุณดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน หรือ	1-2 ดั้มมาตรฐาน	3-4 ดั้มมาตรฐาน	5-6 ดั้มมาตรฐาน	7-9 ดั้มมาตรฐาน	ตั้งแต่ 10 ดั้มมาตรฐานขึ้นไป	
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์ เช่น สิงห์ ไฮเนเก้น ลีโอ เซียร์ ไทเกอร์ ช้าง ดั้มประมาณเท่าไรต่อวัน หรือ	1-1.5 กระจบอง / 1/2-3/4 ขวด	2-3 กระจบอง / 1-1.5 ขวด	3.5-4 กระจบอง / 2 ขวด	4, 6-7 กระจบอง / 3-4 ขวด	7 กระจบอง / 4 ขวดขึ้นไป	
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้า เช่น แม่โขง หงษ์ทอง หงษ์ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี ดั้มประมาณเท่าไรต่อวัน	2-3 ฝา	¼ แบน	½ แบน	¾ แบน	1 แบนขึ้นไป	
3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มตั้งแต่ 6 มาตรฐานขึ้นไป หรือเบียร์ 4 กระจบอง หรือ 2 ขวดใหญ่ หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน	
4. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณพบว่าไม่สามารถหยุดดื่มได้หากคุณได้เริ่มดื่มไปแล้ว	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน	
5. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณควรจะทำตามปกติ เพราะมัวแต่ไปดื่มเหล้าเสีย	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน	
6. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณต้องรีบดื่มเหล้าทันทีในตอนเช้า เพื่อที่คุณจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติได้ หรือถอนอาการเมาค้างหรือมือสั่นจากการที่คุณได้ดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน	

7.ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบอยเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ดี, โกรธหรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไป ในขณะที่คุณดื่มแอลกอฮอล์เข้าไป	ไม่ เคย เลย	น้อยกว่า เดือนละ ครั้ง	เดือนละ ครั้ง	สัปดาห์ละ ครั้ง	ทุกวันหรือ เกือบทุก วัน	
8.ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบอยครั้งเพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา เพราะคุณได้ดื่มแอลกอฮอล์เข้าไป	ไม่ เคย เลย	น้อยกว่า เดือนละ ครั้ง	เดือนละ ครั้ง	สัปดาห์ละ ครั้ง	ทุกวันหรือ เกือบทุก วัน	
9. ตัวคุณเอง หรือคนอื่นเคยได้รับบาดเจ็บ ซึ่งเป็นผลจากการดื่มแอลกอฮอล์ของคุณหรือไม่	ไม่ เคย เลย		เคย แต่ ไม่ได้ เกิดขึ้น ในปีที่ แล้ว		เคยเกิดขึ้น ใน ช่วงหนึ่งปี ที่แล้ว	
10. เคยมีแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้อง แสดงความเป็นห่วงเป็นใยต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของคุณหรือไม่	ไม่ เคย เลย		เคย แต่ ไม่ได้ เกิดขึ้น ในปีที่ แล้ว		เคยเกิดขึ้น ใน ช่วงหนึ่งปี ที่แล้ว	
คะแนนรวม						

เลขที่แบบสอบถาม.....

### แบบวัดความสามารถในการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมของท่านที่ใช้ในการจัดการกับความเครียด หรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ขอให้ท่านโปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างเพียงคำตอบเดียว ซึ่งเป็นข้อมูลที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เคย	หมายถึง	โดยทั่วไปจะไม่ทำอย่างนั้นเลย
นานๆครั้ง	หมายถึง	โดยทั่วไปจะทำอย่างนั้นบ้างเล็กน้อย
บางครั้ง	หมายถึง	โดยทั่วไปจะทำอย่างนั้นในระดับปานกลาง
บ่อยครั้ง	หมายถึง	โดยทั่วไปจะทำอย่างนั้นเป็นส่วนมาก

ข้อที่	พฤติกรรมการเผชิญความเครียด	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1	กังวลถึงปัญหานั้นๆ				
2	โกรธและแสดงอารมณ์โกรธนั้นออกมา				
3	ระบายความรู้สึกของตนเองโดยการกดดันผู้อื่น				
4	ระบายอารมณ์เครียดด้วยการกระทำบางสิ่งในลักษณะรุนแรงหรือเสียง				
5	.....				
6	.....				
	.....				
	.....				
	.....				
	.....				
	.....				
	.....				
39	เปรียบเทียบตัวเองกับผู้อื่นที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน				
40	พยายามใช้อารมณ์ขัน				

ตารางการทำกิจกรรมในโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์  
ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

กิจกรรม	วันที่	เวลา	สถานที่
ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และเสริมสร้าง แรงจูงใจ			
ครั้งที่ 2 การให้คำมั่นสัญญาและตั้งเป้าหมายการ บำบัด			
ครั้งที่ 3 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แอลกอฮอล์ และผลของแอลกอฮอล์			
ครั้งที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการอาการอยากดื่ม แอลกอฮอล์			
ครั้งที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสาร การปฏิเสธทั่วไป และการสร้างสัมพันธภาพโดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์			
ครั้งที่ 6 ให้ความรู้เรื่องความเครียด และฝึก ทักษะการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมเพื่อป้องกัน การใช้แอลกอฮอล์ (เช่น การเพิกเฉย หลีกเลียง ปฏิเสธการใช้แอลกอฮอล์)			
ครั้งที่ 7 ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาจากการเจ็บป่วย การบริโภคแอลกอฮอล์ และการเผชิญความเครียด จากสิ่งเร้าที่นำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์ซ้ำ			
ครั้งที่ 8 ฝึกทักษะวางแผนอนาคตเพื่อดูแลตนเอง การดำเนินชีวิต การป้องกันการเสพยา ใน			

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตัวอย่าง แผนการดำเนินโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย  
จิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

THE EFFECT OF BEHAVIORAL INTERVENTION ON ALCOHOL CONSUMPTION  
OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH ALCOHOL ABUSE

**ครั้งที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ และเสริมสร้างแรงจูงใจ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

4. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกด้วยกันนำไปสู่การเกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม
5. เพื่อให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ ระเบียบการเข้ากลุ่ม การปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับการเข้ากลุ่ม
6. เพื่อให้สมาชิกมีทัศนคติที่ดีต่อการบำบัด มีความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพตนเอง และเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงการบริโภคแอลกอฮอล์

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยสามารถ

4. บอกถึงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับหลังสิ้นสุดกิจกรรมได้
5. บอกถึงผลกระทบที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์ของตนเองได้
6. มีความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพและสามารถบอกข้อความจูงใจตนเองในการเปลี่ยนแปลงการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเองได้

เนื้อหาสาระ

การสร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในระยะแรกให้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ พูดคุยเรื่องทั่วไป บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับหลังสิ้นสุดกิจกรรม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการเข้ากลุ่ม เกิดความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเองที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาอันจะส่งผลต่อการเกิดภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป (Freemantle, 1993)

การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อลดความลังเลใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการบำบัด และเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ หรือแก้ปัญหการบริโภคแอลกอฮอล์ที่มีอยู่ให้ดีขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 1/1 จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของเราดีหรือไม่
2. ใบความรู้ที่ 1/1 การประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
3. ใบความรู้ที่ 1/2 การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
4. ใบความรู้ที่ 1/3 แนวปฏิบัติสำหรับผู้บำบัดในการเสริมสร้างแรงจูงใจ
5. ภาพพลิก ลด-ละ-เลิกแอลกอฮอล์
6. ตารางนัดหมายในการทำกิจกรรม
7. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

8. Flip Chart หรือ White Board
9. ผลการประเมิน AUDIT (Pre-test)

การประเมินผล

ประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การสนทนา และความร่วมมือการเปิดเผยข้อมูลของตนต่อกลุ่ม และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

**ครั้งที่ 2** การให้คำมั่นสัญญาและตั้งเป้าหมายการบำบัด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงปัญหา และผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดี และเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 ผู้ป่วยสามารถ

4. วิเคราะห์หาปัจจัย และสาเหตุ จุดอ่อนหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ดื่มแอลกอฮอล์ และหาจุดแข็งของตนเองได้
5. ให้คำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงการบริโภคแอลกอฮอล์
6. บอกถึงการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงการบริโภคแอลกอฮอล์

เนื้อหาสาระ

เพื่อตรวจสอบความคิดเห็น ค้นหาสิ่งที่ลังเลใจเกี่ยวกับปรับเปลี่ยนการบริโภคแอลกอฮอล์ กิจกรรมนี้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถบอกถึงปัญหาในการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเองได้ สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกังวลและลังเลใจเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ของตนเอง หากผู้ป่วยคิดว่าเป็นปัญหาให้ผู้ป่วยประกาศคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงให้ข้อมูล เสนอทางเลือก และช่วยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการบำบัดที่ชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ โดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนลด/เลิก การบริโภคแอลกอฮอล์ได้ด้วยตนเอง เน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการเลือกแนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ให้กำลังใจ/ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองเห็นศักยภาพความสามารถที่จะดำเนินการได้ด้วยตนเอง และตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงการบริโภคแอลกอฮอล์ และสนับสนุนให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

6. ใบกิจกรรมที่ 2/1 คำมั่นสัญญา
7. ใบกิจกรรมที่ 2/2 การวางเป้าหมายลด /เลิกบริโภคแอลกอฮอล์
8. ใบกิจกรรมที่ 2/3 ความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์
9. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย
10. Flip Chart หรือ White Board

**ครั้งที่ 3** ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แอลกอฮอล์ และผลของแอลกอฮอล์



กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

4. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงปัญหา และผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อการเจ็บป่วยของตนได้
5. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์
6. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนจัดการเกี่ยวกับอาการของโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 ผู้ป่วยสามารถ

3. บอกเกี่ยวกับโรคจิตเภท เช่น สาเหตุ อาการและอาการแสดง การปฏิบัติตน การใช้ยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้
4. บอกผลกระทบจากการใช้แอลกอฮอล์ และความรุนแรงของโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นกับตนเอง และบอกวิธีการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์ที่เกิดขึ้น

เนื้อหาสาระ

การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท จะเป็นการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในเรื่องความหมายของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรค การใช้ยาด้านโรคจิต และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และยอมรับกับปัญหาของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตระหนักถึงบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับอาการของโรค ทราบดีว่าจะจัดการกับอาการกำเริบของโรคจิตเภทนั้นอย่างไร และส่งผลให้มีอาการอยู่ในระยะคงที่ขณะใช้ชีวิตในชุมชน


การให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ จะเป็นการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ และผลกระทบจากการใช้แอลกอฮอล์ที่มีต่อสมอง ร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งผลเสียด้านต่างๆที่เกิดขึ้นจากการใช้แอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการใช้แอลกอฮอล์ต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภท เช่น อาการกำเริบ ความบกพร่องในด้านหน้าที่การงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว/ชุมชน วิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม การเผชิญความเครียดจากการเจ็บป่วยของตนเองด้วยวิธีการที่เหมาะสมโดยไม่ใช้แอลกอฮอล์

ใบความรู้ที่ 1/3

แนวปฏิบัติสำหรับผู้บำบัดในการเสริมสร้างแรงจูงใจ

ผู้รับบริการที่แสดงความลังเลใจในการหยุดดื่ม

1. เข้าใจที่ผู้รับบริการมีความลังเลใจ ไม่โกรธ ไม่โต้เถียงกับผู้รับบริการ อาจใช้เทคนิคสะท้อนความรู้สึก ให้ทราบว่า เขามีความลังเลใจในการหยุดดื่มแอลกอฮอล์
  2. ให้ความรู้เพิ่มเติม หากยังขาดข้อมูลที่สำคัญบางอย่าง อาจทำให้ตัดสินใจได้ไม่เหมาะสม
  3. ค่อยถึงข้อดี ข้อเสีย ของการดื่มแอลกอฮอล์ และการหยุดดื่ม ท่าทีของผู้บำบัดควรเป็นกลาง ควรเปิดโอกาสให้พูดคุยทั้ง 4 ประเด็น เพราะการค่อยถึงข้อดีของการดื่มแอลกอฮอล์ และข้อเสียของการหยุดดื่มอาจทำให้ผู้บำบัดมีโอกาสให้ข้อมูลเพิ่มเติม หรือแก้ความเข้าใจผิด ๆ เช่น เลิกดื่มแล้วเสียชีวิต เป็นต้น
  4. เสนอว่าหากลังเลไม่แน่ใจ การลองหยุดดื่มก็อาจเป็นการทดลองที่ดี อาจทำให้ผู้รับบริการเห็นความแตกต่างกันได้ชัดเจนของสภาพที่ดื่มแอลกอฮอล์กับที่หยุดดื่มแอลกอฮอล์
- ผู้รับบริการที่ตัดสินใจหยุดดื่ม
1. ผู้บำบัดควรชื่นชมในการตัดสินใจว่าผู้รับบริการได้เลือกสิ่งที่ดีที่สุดแล้วสำหรับตนเองและครอบครัวสังคม ให้กำลังใจและเชื่อมั่นว่าผู้รับบริการสามารถทำได้สำเร็จ
  2. พูดคุยถึงทางเลือกในการหยุด เช่น การเลิกด้วยวิธีการหักดิบ การมีกิจกรรมทดแทนต่างๆ การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง การปฏิบัติธรรม การเข้ารับการรักษาด้วยวิธีบำบัดต่างๆ ในกรณีอยู่ในขั้นติดแล้ว หรือเลิกเองแล้วไม่สำเร็จ เป็นต้น ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการเลือกเองโดยอิสระ
- ผู้บริการที่ตัดสินใจลดการดื่มลง
1. ให้ข้อมูลว่าการหยุดโดยเด็ดขาด มีโอกาสประสบความสำเร็จมากกว่าการค่อยๆลดปริมาณลง
  2. เคารพในการตัดสินใจของผู้รับบริการ โดยเน้นความรับผิดชอบการตัดสินใจของผู้ป่วยเอง
  3. แนะนำผู้รับบริการว่าควรมีวิธีการติดตามปริมาณการดื่ม (Monitoring) เช่น บันทึกปริมาณการดื่มหรือเสฟในแต่ละวัน กำหนดขอบเขตของการใช้ต่อวันให้ญาติเฝ้าสังเกตร่วมด้วย กำหนดระยะเวลาในการประเมินว่าได้ผลหรือไม่ได้ผล



ภาคผนวก ง  
ข้อมูลสำหรับประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพุดิชาดา จันทะคุณ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ 440 หมู่ 4 ต.นาอาน อ.เมือง จ.เลย 42000  
โทรศัพท์ที่ทำงาน 042-808114 โทรศัพท์มือถือ 084-4127421

E-mail: [saviotar\\_happyday@hotmail.com](mailto:saviotar_happyday@hotmail.com), [saviotrhappyday01@gmail.com](mailto:saviotrhappyday01@gmail.com)

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ท่านได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม

3.2 เพื่อเปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้คือเป็น

ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ มีอายุระหว่าง 20-59 ปี เพศชาย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและใช้แอลกอฮอล์ (F 20.0-F20.9 with F 10.1, F 10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) เป็นผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ต้องเพิ่มยาภายในระยะเวลา 3 เดือน) และมีคะแนน BPRS น้อยกว่า 30 คะแนน มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ อาศัยอยู่ในชุมชน และมารับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จำนวน 40 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

กลุ่มที่ 1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ขณะที่มารับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ประกอบด้วยกิจกรรมการตรวจวัดสัญญาณชีพ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การบำบัดตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น จิตบำบัดแนว Satir และการให้คำแนะนำตามรูปแบบ D-METHOD

กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลอง จะได้รับการดูแลตามโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม โดยใช้โปรแกรมการบำบัดที่พัฒนามาจากโปรแกรม Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness (BTSAS) ของ Bellack et al. (2006, 2007) ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆ ละ 10 คน จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกันนาน 8 สัปดาห์ ณ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย ได้แก่ ครั้งที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ และเสริมสร้างแรงจูงใจ ครั้งที่ 2) การให้คำมั่นสัญญาและตั้งเป้าหมายการบำบัด ครั้งที่ 3) ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แอลกอฮอล์ และผลของแอลกอฮอล์ ครั้งที่ 4) ฝึกทักษะการจัดการความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ครั้งที่ 5) การฝึกทักษะการสื่อสาร การปฏิเสธทั่วไป และการสร้างสัมพันธภาพโดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์ ครั้งที่ 6) การให้ความรู้เรื่องความเครียด และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการใช้อัลกอฮอล์ ครั้งที่ 7) ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาจากการเจ็บป่วย การบริโภคแอลกอฮอล์ และการเผชิญความเครียดจากสิ่งเร้าที่นำไปสู่การใช้อัลกอฮอล์ซ้ำ และครั้งที่ 8) ฝึกทักษะวางแผนอนาคตเพื่อดูแลตนเอง การดำเนินชีวิต การป้องกันการเสพยา และยุติการทำกลุ่ม

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากโปรแกรม Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness (BTSAS) ของ Bellack et al. (2006, 2007) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์เกิดทักษะในการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ และไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

10. มีการจ่ายค่าพาหนะสำหรับผู้ที่มาเข้าร่วมทำกิจกรรม ครั้งละ 100 บาท / คน

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218 - 8147 E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)

**ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
(Informed Consent Form)**

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย  
จิตเภทในชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์

เลขที่ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจ  
จากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวพุดชาดา จันทะคุณ ที่อยู่ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ เลขที่ 440 หมู่  
ที่ 4 ตำบลนาอาน อำเภอเมือง จังหวัดเลย 42000 หมายเลขโทรศัพท์สำหรับติดต่อ 084-4127421  
ข้าพเจ้าได้ทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจาก  
การวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ จะถอนตัวออกจากการ  
วิจัยเมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มี  
ผลกระทบในทางใดๆ แก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ และข้อมูลใดๆ ที่  
เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะเก็บรักษาเป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่ม  
ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบ  
ยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....  
สถานที่ / วันที่

.....  
ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....  
สถานที่ / วันที่

.....  
( นางสาวพุดชาดา จันทะคุณ )  
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....  
สถานที่ / วันที่

.....  
( ..... )

พยาน



ภาคผนวก จ  
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ที่ สธ ๐๘๑๘ / ๖๖๗๙

โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์  
๔๔๐ หมู่ ๔ ตำบลนาอาน  
อำเภอเมือง จังหวัดเลย ๔๒๐๐๐

๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุญาตการดำเนินงานวิจัยในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

เรียน คุณพุดิชาดา จันทร์คุณ

ตามที่คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้พิจารณางานวิจัย “ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์” ผู้วิจัยหลัก นางสาวพุดิชาดา จันทร์คุณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการฯ มีมติ อนุมัติ ให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ตามโครงร่างงานวิจัยที่เสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายณัฐกร จำปาทอง)

ประธานคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์



### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพุดิชาดา จันทะคุณ เกิดวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2524 ที่จังหวัดเลย สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ระดับต้น จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนนทบุรี เมื่อปีการศึกษา 2544 จากนั้นเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน ในปีการศึกษา 2548 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553

ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราช นครินทร์ จังหวัดเลย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY