

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย  
จิตเภทที่ใช้สุรา



นางสาวนิภาพร รัฐม่น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF EMPOWERMENT WITH FAMILY PARTICIPATION PROGRAM ON  
ALCOHOL DRINKING BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC  
PATIENTS USING ALCOHOL

Miss Nipaporn Ratthaman



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2015  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

โดย นางสาวนิภาพร รัฐมั่ง

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)

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

นิภาพร รัฐมั้น : ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา (THE EFFECT OF EMPOWERMENT WITH FAMILY PARTICIPATION PROGRAM ONALCOHOL DRINKING BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENICPATIENTS USING ALCOHOL) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ.ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์, 150 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ว่าเป็นโรคจิตเภท และใช้สุราซึ่งรวมถึงการ ใช้สุราที่เป็นอันตรายและการติดสุรา ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและผู้ดูแลหลักจำนวน 40 ครอบครัว ได้รับการจับคู่ด้วยระดับคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม 2) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรารายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5677186836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: EMPOWERMENT WITH FAMILY PARTICIPATION PROGRAM / ALCOHOL DRINKING BEHAVIOR / SCHIZOPHRENIC PATIENTS USING ALCOHOL

NIPAPORN RATTHAMAN: THE EFFECT OF EMPOWERMENT WITH FAMILY PARTICIPATION PROGRAM ONALCOHOL DRINKING BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENICPATIENTS USING ALCOHOL. ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 150 pp.

The purposes of this study were to compare alcohol drinking behavior of schizophrenic patients using alcohol before and after received empowerment with family participation program, and to compare alcohol drinking behavior among schizophrenic patients using alcohol who received empowerment with family participation program and those who received regular caring activities. The subjects were forty male patients who received diagnose schizophrenia and using alcohol with addiction receiving services in inpatient of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry and their families, who met the inclusion criteria by alcohol drinking behavior of schizophrenic patients. were matched pair and then randomly assigned to experimental group and control group, 20 families in each group. The Research instruments consisted of: 1) The empowerment with family participation program developed by the researcher, 2) Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. Data were analyzed using descriptive statistics and t - test.

1. Alcohol drinking behavior of schizophrenic patients using alcohol who received empowerment with family participation program were significantly lower than that before, at p.05 level.

2. Alcohol drinking behavior of schizophrenic patients using alcohol who received empowerment with family participation program were significantly lower than those who received regular caring activities, at p.05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2015

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่า ชี้แนะ แนวทาง ให้คำปรึกษาส่งเสริม และให้กำลังใจ เป็นการสร้างพลังให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นอุตสาหะ พยายามทำการศึกษาอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ และผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ศึกษามีความประทับใจ และซาบซึ้งในความเมตตา กรุณา และเสียสละของอาจารย์ในการ ประสิทธิ์ประสาทวิชาของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อูทิศประธานสอบ วิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้กำลังใจ ให้ข้อคิด คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และมีคุณค่ายิ่ง รวมทั้งคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ ให้คำสอน ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัยจนได้เครื่องมือการวิจัยที่สมบูรณ์ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทุก ท่านที่ได้ให้ข้อมูล และได้มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ประสบผลสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณอธิบดีกรมสุขภาพจิตที่ได้อนุมัติทุนสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่ให้โอกาสศึกษาเรียนรู้ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พี่ๆน้องๆพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ รวมทั้งบุคลากรทีม สุขภาพทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในเรื่องการศึกษาเล่า เรียน ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และศึกษาการใช้เครื่องมือ บุคลากร ทุกท่านที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดามารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ ห่วงใย ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจอันสำคัญ ให้ความช่วยเหลือมอบความรัก ความเข้าใจและความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ เกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน ปรคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และผู้ป่วยโรคจิตเภททุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มี สุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	7
คำถามการวิจัย .....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานของการวิจัย.....	12
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	16
1. แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	17
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุรา.....	23
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา .....	30
4. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ .....	35
5. แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดผู้ติดสุรา.....	41
6. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา.....	43
7. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
8. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	53

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	54
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	55
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	68
ขั้นตอนดำเนินการทดลอง.....	69
การกำกับกับการทดลอง.....	89
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	92
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	94
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	102
สรุปผลการวิจัย.....	108
อภิปรายผลการวิจัย.....	108
ข้อเสนอแนะ.....	114
รายการอ้างอิง.....	115
ภาคผนวก.....	126
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	127
ภาคผนวก ข แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์.....	129
ภาคผนวก ค ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	134
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง) และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ.....	136
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	150



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ตารางบูรณาการ การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภท.....	45
ตารางที่ 2 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามคะแนนประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	57
ตารางที่ 3 กำหนดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม แบบรายกลุ่มครอบครัว แบ่งเป็น 2 กลุ่ม.....	71
ตารางที่ 4 คะแนนแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรากลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม .....	89
ตารางที่ 5 คะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วย ก่อนและ หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม .....	90
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง อำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล .....	95
ตารางที่ 7 คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา และการแปลผลของกลุ่ม ควบคุมก่อน (Pre-test ) และหลัง (Post-test) .....	97
ตารางที่ 8 คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา และการแปลผลของกลุ่ม ทดลองก่อน (Pre-test ) และหลังการทดลอง (Post-test).....	99
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ก่อนและหลังการ ทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40).....	100
ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ก่อนและหลัง การทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40) .....	101

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้ ร้อยละ 0.5-1 ของประชากรทั่วไป พบมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช โดยพบร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) ซึ่งจากสถิติของผู้รับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ผ่านมา พบว่าโรคทางจิตเวชมีจำนวนสูงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยพบว่าโรคจิตเภท พบมากเป็นอันดับ 1 ในทุกปีงบประมาณ คิดเป็นร้อยละ 52.67-58.96 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (เกียรติภูมิ วงศ์รจิต และคณะ, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับทะเบียนสถิติผู้ป่วยโรคจิตเภทสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจะเป็นผู้ป่วยจิตเภทสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 67.70 โรคจิตเภทนอกจากพบได้บ่อยแล้ว ยังเป็นโรคที่ติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรคที่ก่อให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง (กรมสุขภาพจิต, 2556) โรคจิตเภทส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบเป็นระยะๆ ไม่หายขาด ซึ่งอาการทางจิตที่กำเริบบ่อยครั้งนั้นเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะทุพพลภาพได้ในอัตราสูง และปัญหาทุพพลภาพจะมีความรุนแรงมากขึ้นหากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมการใช้สารเสพติดร่วม นับว่าเป็นหนึ่งในปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาต่างๆ และมีความรุนแรงมากขึ้นตามมาส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชนและรัฐบาลของทุกประเทศ (Rane et al., 2010)

จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดร่วมถึงร้อยละ 27-58.9 (Addy et al., 2012) และเมื่อจำแนกตามชนิดของสารเสพติดที่ใช้ พบว่ามีพฤติกรรมการดื่มสุร่าเป็นอันดับหนึ่งในบรรดาสารเสพติดที่ใช้ร่วมทั้งหมด ซึ่งพบได้ในอัตราสูงถึงร้อยละ 53.1 (Latt et al., 2011) และการสำรวจระดับชาติวิทยาความชุกของปัญหาการดื่มสุร่าของผู้ป่วยจิตเภท พบผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสดื่มสุร่าแบบผิดปกติ ร้อยละ 3.8 และมีโอกาสพบปัญหาการดื่มสุร่าเป็น 3.3 เท่าของคนที่ไม่ป่วย (Regier et al., 1990) การศึกษาของ Noeline et al. (2011) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุร่าร่วมสูงถึงร้อยละ 53.1 ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการอภิมาณกว่า 60 เรื่องย้อนหลังตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996-2008 พบความชุกของปัญหาการดื่มสุร่าในปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 9.4 ความชุกชั่วชีวิตร้อยละ 20.6 ซึ่งข้อสรุปจากการศึกษาอธิบายว่าผู้ป่วยจิตเภททุกๆ 5 คน จะเคยได้รับการวินิจฉัยปัญหาการดื่มสุร่าในชีวิต (Green et al, 2007) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดร่วมสูงถึงร้อยละ 92.5 สารเสพติดที่ใช้ร่วมมาก 3 อันดับแรกในผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ สุร่า ยาบ้า กาว (กาญจนา

สุทธิเนียม และคณะ, 2547) ซึ่งสุร่ายังคงเป็นสารเสพติดที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้ร่วมมากที่สุด (หทัยวัน สนั่นเอื้อ, 2551) และการศึกษาความชุกของปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทพบว่ามีปัญหาการดื่มสุรา ร้อยละ 37.7 ส่วนความชุกของการติดสุรา ร้อยละ 10.7 ผู้ป่วยที่ดื่มสุราพบเพศชาย : เพศหญิง ประมาณ 5.6 : 1 อายุเฉลี่ย 33.4 ปี สถานภาพส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ต้องพึ่งตนเอง ได้แก่ โสด แยกทาง และหย่าร้าง ร้อยละ 39.1 (มันทนา กิตติพิรัชล, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ จีระพรรณ สุริยงค์ และคณะ (2557) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 18.5 พบในผู้ป่วยจิตเภทชายสูงกว่าจิตเภทหญิง และต้องเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในมากกว่า การรักษารูปแบบผู้ป่วยนอก ร้อยละ 72.9 และผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สุราที่เข้ารับการรักษารักษาใน โรงพยาบาลจิตเวช (Laursen et al, 2007) จากสถิติสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทชายที่ใช้สุราเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในในปี พ.ศ. 2554-2556 คิดเป็นร้อยละ 31.05 , 36.46 และ 43.89 ตามลำดับ (เวชระเบียน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2556)

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวช ร่วมจากการดื่มสุรา จำแนกตามปริมาณที่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น โดยแบ่ง ออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มดื่มแบบเสี่ยงต่ำ กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง กลุ่มดื่มแบบอันตราย และกลุ่มดื่มแบบ ติด ประเมินโดยแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) ของ WHO (2001) แปลโดยปริทรรศ ศิลปะกิจและพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2552) พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปัญหา ซ้ำซ้อนมากกว่ามากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไป (กรมสุขภาพจิต, 2557 ; Manning et al., 2009) และมีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงเป็นระยะๆ โดยมีอาการแสดงสำคัญ คือ มีความผิดปกติทั้งด้าน ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม และยังเกิดผลกระทบจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ในลักษณะต่างๆ เช่น ทำให้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงาน จนเกิดกระบวนการรู้คิดที่มีความบกพร่องมากขึ้น (Manning et al., 2009) การดำเนินของโรคแย่ลงเนื่องจากทั้ง 2 โรคมีผลกระทบซึ่งกันและกันในทาง ลบ (Laursen et al, 2007) มีโรคประจำตัวทางกายที่รุนแรงและเรื้อรังมากกว่า (Batki et al., 2010)

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทมีผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง กล่าวคือ ส่งผลกระทบต่อ การทำงานของระบบประสาทและสมอง โดยก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบสารสื่อประสาทในสมอง เช่น การมีระดับของสารซีโรโทนินในสมองลดลง ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและมีความ รุนแรงมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีปัญหาการดื่มสุรา (Hartwell, Tolliver, and Brady, 2009; Povin, Sepehry and Stip, 2007) ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตามมาได้ (McLean et al., 2012) นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรามีความ บกพร่องด้านการรับรู้ที่มีความรุนแรงมากขึ้น จะส่งผลรวมถึงความสามารถในกระบวนการคิด สติปัญญา การตัดสินใจ การวางแผน ตลอดจนการยับยั้งชั่งใจที่ลดน้อยลง ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิด

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามมา (จีรพรรณ สุริยงค์ และคณะ, 2557; Bellack and DiClemente, 1999; Green et al., 2007) และยังส่งผลต่อด้านสุขภาพด้านอื่นๆ ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตถ้าตี้ม ในปริมาณมาก จะมีผลต่อหัวใจ และการไหลเวียนของเลือด ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจ การเต้นของหัวใจผิดปกติ ใจสั่น ผลต่อระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดการอักเสบ และมีผลทำให้ตับอักเสบหรือเป็นโรคตับแข็ง ส่วนด้านจิตสังคม การตี้มสุราทำให้ผู้ป่วยมีการสูญเสียการทำหน้าที่สำคัญต่างๆ มากขึ้น ความสัมพันธ์กับผู้อื่นแย่งลง มีผลกระทบต่อด้านอาการทางจิต เช่น จะไปเพิ่มการทำงานของโดปามีน ทำให้ร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา อีกทั้งมีความเสี่ยงต่อการไม่ตอบสนองต่อยา รักษาโรคจิตมากขึ้น ทำให้ต้องใช้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้สุรา ( มันทนา กิตติพิรัชล, 2551) และมีอาการทางจิตที่แย่งลง (Bellack and DiClemente, 1999) และส่งผลต่อการทำหน้าที่ความสามารถโดยรวมต่ำร้อยละ 64.8 (Gregg et al, 2007) รวมทั้งเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาอาชญากรรม (Hartwell, Tolliver, and Brady, 2009) มีความร่วมมือในการรับประทานยาลดลง มีอาการกลับเป็นซ้ำ ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่า และมีผลต่อระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพื่อการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทโรคเดียว (ฐานันตร์ ปิยศิริศิลป์, 2557; มันทนา กิตติพิรัชล, 2551; Green et al, 2007; Swartz, Swanson and Wagner, 2006) อีกทั้งยังส่งผลให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องรับผิดชอบในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น (Drake and Mueser, 2002)

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราจะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมมากกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วไป โดยในระยะยาวมีผลทำให้การเจ็บป่วยเป็นเรื้อรัง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการช่วยเหลือดูแลและทำกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนานและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยน้อยจะเกิดความเครียด ความกดดันและรับรู้ถึงความรู้สึกเบื่อหน่ายเป็นภาระของครอบครัว (จลี เจริญสรรพ และ เสาวลักษณ์ ยิ้มเย็น, 2556) ทำให้เกิดความขัดแย้ง ขาดความอบอุ่นและเกิดความรุนแรงในครอบครัว ทะเลาะวิวาท ถูกทำร้ายร่างกาย หย่าร้าง (มันทนา กิตติพิรัชล, 2551; Barrowclough et al., 2001) กังวลเกี่ยวกับอาการที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วย ได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ผลกระทบทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดปัญหาต่างๆ เพิ่มขึ้น เช่น ปัญหาด้านกฎหมาย ปัญหาด้านเศรษฐกิจและการไร้ที่อยู่อาศัย ( Menezes et al., 1996) ด้านการบำบัดรักษาทำให้เกิดความยากลำบากในการให้การวินิจฉัย การบำบัดรักษาด้วยยาและเป็นปัญหาอย่างมากในการบริหารจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผลการรักษาและการพยากรณ์โรคโดยรวมไม่ดี นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเดิมเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อเอช ไอ วี (HIV) และเมื่อมีการตี้มสุราด้วย ทำให้มีความเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยเพิ่มขึ้น (Bellack and DiClemente, 1999)

ซึ่งข้อมูลทั้งหมดนี้สะท้อนให้เห็นว่าหากผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีพฤติกรรมการใช้สารอย่างต่อเนืองสามารถส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและระบบการบริการด้านสุขภาพได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา พบว่าเกิดจากความผิดปกติของสมอง (neuropathological) ของโรคจิตเภท มีความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง คือ โดปามีน และจากความผิดปกติของโรคจิตเภทส่งผลให้มีความต้องการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้กระบวนการคิด การตัดสินใจบกพร่องและการควบคุมอารมณ์ต่างๆไม่ดี มีการใช้สารเพื่อบรรเทาอาการของโรคจิตเภทและอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต (Chambers et al., 2001) ปัจจัยด้านจิตวิทยา พบว่า การได้รับความกดดันด้านอารมณ์จากบุคคลอื่นหรือคนในครอบครัว จึงเกิดความเครียดและจากปัญหาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ใช้วิธีการจัดการกับปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุราเพื่อคลายความเครียด การดื่มสุราเพื่อส่งผลให้กล้าแสดงออก และมีความรู้สึกเข้มแข็งขึ้น (Drake and Mueser, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ribbe et al. (2011) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมักมีความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลง เมื่อเกิดความเครียดหรือความกดดัน จะทำให้ผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาด้วยการมีพฤติกรรมการใช้สาร และปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น เพื่อนทำหายขวนตี๋ม (มันทนา กิตติพิรชล, 2551) จะมีพฤติกรรมการใช้สารได้ง่ายเนื่องจากไม่กล้าปฏิเสธ กลัวการไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม (วิชชุดา ยะสินธ์ และคณะ, 2554) สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงมีการใช้สารอย่างต่อเนื่อง คือ การไม่มีแหล่งสนับสนุนจากครอบครัว จึงเกิดความรู้สึกลบเหงา โกรธ ถูกทอดทิ้ง (Blanchard et al., 2000) เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญในการดูแลช่วยเหลือและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย แต่หากสมาชิกในครอบครัวมีความขัดแย้ง หรือมีการจัดการกับปัญหาและการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความเครียดที่กระทบกับสัมพันธภาพภายในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดรวมถึงสุราซ้ำ (Mueser, 2002)

ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ที่ขาดพลังอำนาจในด้านต่างๆ จนส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้สารส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งหากวิเคราะห์ตามแนวคิดของ Miller (2000) ว่าถูกรบกวนและทำให้แหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งลดลง ได้แก่ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ เกิดการเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพ พบว่าเกิดจากความผิดปกติของสมอง (neuropathological) มีความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง คือ โดปามีน ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของโรคจิตเภท (Chambers et al., 2001) และยิ่งส่งผลก่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลงของการมีระดับของสารซีโรโทนินลดลง ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Hartwell, Tolliver, and Brady, 2009; Povin, Sepehry and Stip, 2007) นอกจากนี้ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ในลักษณะต่างๆ จะทำให้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงาน จนเกิดกระบวนการรู้คิดที่มีความบกพร่องมากขึ้น (Manning et al., 2009) ทำให้ไม่สามารถดำรงไว้ซึ่งความสมดุลย์ 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม การควบคุม

อารมณ์ตนเองได้น้อย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราจะมีปัญหาด้านการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ทำให้แสดงออกที่ไม่เหมาะสม โดยอาจแสดงอาการโกรธ ทั้งคำพูดและการกระทำ เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามมา (กาญจนา สุทธิเนียม และคณะ, 2547) และการเจ็บป่วยเรื้อรังก็เป็นสาเหตุของความไม่สมดุลทางจิต ความเครียด ความวิตกกังวลและซึมเศร้าต่อการเจ็บป่วย มีความรู้สึกหมดพลัง ทำให้รู้สึกอึดอัดคับข้องใจ อายและโกรธสังคมและการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมทำให้บางครั้งขาดแหล่งสนับสนุน ส่งผลให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นลดลง (Salyers and Mueser, 2001) 3) อึดอัดกับคนเชิงบวก จะมีความบกพร่องในการรับรู้ในตนเอง ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเองทำให้มี ไม่สามารถทำหน้าที่ ไม่เป็นตัวของตัวเอง ความคิด ความหวังและการนับถือตนเองลดลง (Salyers and Mueser, 2001) 4) พลังงาน ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราจะมีอาการทางจิตกำเริบได้ง่าย เช่น มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง ทำให้ศักยภาพของพลังงานของผู้ป่วยจะลดลง ส่งผลให้มีความสนใจกับตัวเองลดลง รวมทั้งการทากิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารได้น้อยลง มีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ ร่างกายทรุดโทรมอ่อนเพลีย ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Salyers and Mueser, 2001; พิชัย แสงชาญชัย, 2552) 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญาลดลง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรามักขาดข้อมูลความรู้เรื่องโรค การขาดความรู้นำไปสู่ความท้อแท้ ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล เกิดความกลัว ทำให้เกิดการสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ขาดความตระหนักถึงอันตรายจากการใช้สุรา (หทัยวัน สนั่นเอื้อ, 2551) 6) แรงจูงใจ ผู้ป่วยมักปฏิเสธการเจ็บป่วยของตนเอง ขาดแรงจูงใจที่ต่อสู้กับปัญหา ขาดแรงจูงใจในชีวิต และไม่ร่วมมือในการรักษา (มันทนา กิติพิรชล, 2551) และ 7) ความเชื่อ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื่มสุรา เช่น เชื่อว่าการดื่มสุราจะทำให้รู้สึกหายเหนื่อยจากการทำงาน หายปวดเมื่อยและคลายความเครียด (สาวิตรี สุริยะฉาย, 2556) ซึ่งความพร่องเหล่านี้ เกิดจากปัจจัยทั้ง 7 แหล่งถูกรบกวนในขณะที่เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและมีพฤติกรรมการดื่มสุรา จึงจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้แหล่งพลังอำนาจด้านต่างๆเข้มแข็ง

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน (มันทนา กิติพิรชล, 2551) จำเป็นต้องได้รับการบำบัดให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม รวมถึงการบำบัดอาการทางจิตควบคู่กันไป (Moore, 2005) จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การศึกษาของ Zareal et al. (2014) ที่พบว่าเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องมากขึ้น การศึกษาของ Kuei-Ru Chon et al. (2012) พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวจะทำให้สามารถจัดการกับความเจ็บป่วย การควบคุมตนเองให้เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาของ Yeh et al. (2008) พบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ติดสุราที่ประสบความสำเร็จในการลดการดื่มสุรา ทำให้บุคคลรับรู้อารมณ์ ความรู้สึกการสูญเสียการควบคุม ส่งผลต่อการควบคุมการดื่มสุราใน

ระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในประเทศไทย ของพรทิพย์ คงสัดย ศิริพร ชัยศรี และสวัสดิ์ เทียงธรรม (2556) ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุรา พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุราสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสำคัญต่อกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงได้ โดยในปัจจุบันพบว่า การไม่มีแหล่งสนับสนุนจากครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้อีกด้านลบ เหนงา โกรธ ถูกทอดทิ้ง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดื่มสุรามากขึ้น (Blanchard et al., 2000) จึงจำเป็นต้องปรับแหล่งพลังอำนาจเพื่อให้แหล่งพลังอำนาจด้านต่างๆ ให้เข้มแข็งขึ้น โดยรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ซึ่งพบว่า ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและใกล้ชิดกับผู้ดื่มสุรามากที่สุด ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดจะทำให้ลดการดื่มสุราลดลงอยู่ในระดับเสี่ยงน้อยได้ (เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ, 2555) โดยการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของ Clark (2001) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยลดการใช้สารเสพติดลงได้ และพิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ (2550) พบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ การได้รับกำลังใจและการตักเตือนจากสมาชิกในครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยลดการดื่มสุราซ้ำได้ ถึงแม้ในประเทศไทยจะมีการศึกษาประสิทธิภาพของการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม แต่ก็พบว่ายังไม่มีหรือนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสนใจพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมแบบรายกลุ่มครอบครัว โดยประยุกต์การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมมาใช้บำบัดเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) ร่วมกับการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Friedman (2003) อาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลซึ่งเกิดอย่างต่อเนื่องร่วมกับการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ให้ความสำคัญกับการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราตระหนักในพลังอำนาจในตนเอง เกิดความมั่นใจในพลังความสามารถของตนเองในการลดพฤติกรรม การดื่มสุรา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง (Mueser, 2002) และช่วยให้ครอบครัวเกิดความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการช่วยลดพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทได้

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน (มันทนา กิตติพิรชล, 2551) ส่งผลกระทบได้ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และระบบการบริการด้านสุขภาพ อีกทั้งยังส่งผลให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องรับผิดชอบในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น (Drake and Mueser, 2002) ทั้งนี้หากผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องด้านการรับรู้ที่มีความรุนแรงมากขึ้น จะส่งผลรวมถึงความสามารถในกระบวนการคิด การตัดสินใจ การวางแผน ตลอดจนการยับยั้งชั่งใจที่ลดน้อยลง ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามมาได้ (จิรพรรณ สุริยงค์ และคณะ, 2557; Bellack and Diclemente, 1999; Green et al., 2007) อีกทั้งส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ลดลง ซึ่งนำไปสู่การมีอาการทางจิตกำเริบและกลับเป็นซ้ำต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งมีผลต่อระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพื่อการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทโรคเดียว (ฐานันตร์ ปิยศิริศิลป์, 2557; มันทนา กิตติพิรชล, 2551; Green et al., 2007; Swartz, Swanson and Wagner, 2006)

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง คือ การไม่มีแหล่งสนับสนุนจากครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกด้านลบ เหงา โกรธ ถูกทอดทิ้ง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดื่มสุรามากขึ้น (Blanchard et al., 2000) โดยการศึกษาของเปรมฤทัย ไชยชนะนิจ (2555) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดจะทำให้พฤติกรรมการดื่มสุราลดลงอยู่ในระดับเสี่ยงน้อยได้ ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นแหล่ง



สนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและใกล้ชิดกับผู้ดื่มสุรามากที่สุด ดังนั้นการจัดกระทำโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมจึงมีความสำคัญต่อกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา มีความตระหนักในพลังอำนาจในตนเอง เกิดความมั่นใจในพลังความสามารถของตนเองในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง (Mueser, 2002)

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) ซึ่งกล่าวว่า การมีพลังอำนาจ คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และความรู้สึถึงความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วย การสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราอธิบายได้ตามแนวคิดของ Miller (2000) ว่าถูกรบกวน และทำให้แหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งลดลง ได้แก่ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ เกิดการเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพ พบว่าเกิดจากความผิดปกติของสมอง (neuropathological) มีความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง คือ โดปามีน ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของโรคจิตเภท (Chambers et al., 2001) และยิ่งส่งผลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการมีระดับของสารซีโรโทนินลดลง ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Hartwell, Tolliver, and Brady, 2009; Povin, Sepehry and Stip, 2007) นอกจากนี้ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ในลักษณะต่างๆ จะทำให้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงาน จนเกิดกระบวนการรู้คิดที่มีความบกพร่องมากขึ้น (Manning et al., 2009) ทำให้ไม่สามารถดำรงไว้ซึ่งความสมดุล 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม การควบคุมอารมณ์ตนเองได้น้อย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราจะมีปัญหาด้านการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ทำให้แสดงออกที่ไม่เหมาะสม โดยอาจแสดงความโกรธ ทั้งคำพูดและการกระทำ เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามมา (กาญจนา สุทธิเนียม และคณะ, 2547) และการเจ็บป่วยเรื้อรังก็เป็นสาเหตุของความไม่สมดุลทางจิต ความเครียด ความวิตกกังวลและซึมเศร้าต่อการเจ็บป่วย มีความรู้สึกหมดพลัง ทำให้รู้สึกอึดอัดคับข้องใจ อายและโกรธสังคมและการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมทำให้บางครั้งขาดแหล่งสนับสนุน ส่งผลให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นลดลง (Salyers and Mueser, 2001) 3) อึดมโนทัศน์เชิงบวก จะมีความบกพร่องในการรับรู้ในตนเอง ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเองทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ทางสังคม ไม่เป็นตัวของตัวเอง ความคิด ความหวังและการนับถือตนเองลดลง (Salyers and Mueser, 2001) 4) พลังงาน ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราจะมีอาการทางจิตกำเริบได้ง่าย เช่น มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง ทำให้ศักยภาพของพลังงานของผู้ป่วยจะลดลง ส่งผลให้มีความสนใจกับตัวเองลดลง รวมทั้งการทํากิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารได้น้อยลง มีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ ร่างกายทรุดโทรม อ่อนเพลีย ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Salyers and Mueser, 2001; พิชัย แสงชาญชัย, 2552) 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญาลดลง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรามักขาด

ข้อมูลความรู้เรื่องโรค การขาดความรู้นำไปสู่ความท้อแท้ ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล เกิดความกลัว ทำให้เกิดการสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง (วิชชุดา ยะสินธ์ และคณะ, 2554) จึงขาดความตระหนักถึงอันตรายจากการใช้สุรา 6) แรงจูงใจ ผู้ป่วยมักปฏิเสธการเจ็บป่วยของตนเอง ขาดแรงจูงใจที่ต่อสู้กับปัญหา ขาดแรงจูงใจในชีวิต และไม่ร่วมมือในการรักษา (มณฑนา กิติพิรชล, 2551) และ 7) ความเชื่อ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรามีความเชื่อไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ การดื่มสุรา เช่น เชื่อว่าการดื่มสุราจะทำให้รู้สึกหยาบเหินห่างจากการทำงาน หยาบปวดเมื่อยและคลายความเครียด (สาวิตรี สุริยะฉาย, 2556) ซึ่งความพร่องเหล่านี้ เกิดจากปัจจัยทั้ง 7 แหล่งถูกรบกวนในขณะที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและมีการใช้สุราร่วม ประกอบกับการไม่มีแหล่งสนับสนุนจากครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกด้านลบ เหงา โกรธ ถูกทอดทิ้ง ส่งผลให้มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรามากขึ้น (Blanchard et al., 2000) จึงจำเป็นต้องปรับแหล่งพลังอำนาจด้านต่างๆ ให้เข้มแข็ง โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Friedman (2003) ซึ่งมี 6 บทบาท ดังนี้ 1) ครอบครัวมีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย 2) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมดูแลในระยะที่มีอาการเกิดขึ้น 3) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาการดูแลรักษาพยาบาล 4) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น 5) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา 6) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว มาใช้ในการสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ซึ่งโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมนี้ มีการทำกิจกรรมกับผู้ป่วย กิจกรรมที่กระทำกับครอบครัวโดยมีผู้ป่วยและครอบครัวกระทำกิจกรรมร่วมกัน โดยปรับขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจจากเดิม 6 ขั้นตอน ปรับมาเป็น 4 ขั้นตอน คือ รวมการสร้างสัมพันธภาพและการค้นหาสภาพการณ์จริงไว้ด้วยกันเป็นขั้นตอนเดียว เนื่องจากการสร้างสัมพันธภาพสามารถสร้างได้ในทุกขั้นตอน และการค้นหาสภาพการณ์จริงเป็นการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งในการสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยจึงจัดเป็นขั้นตอนเดียวกัน และรวมขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจไว้ด้วยกัน เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยและครอบครัวลงมือปฏิบัติการแก้ไขปัญหาและลงมือทำกิจกรรมด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษาและเสริมสร้างความมั่นใจ โดยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มครอบครัว ครั้งละ 10 ครอบครัวโดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบครอบครัวมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมระยะเวลาดำเนินการทั้งหมด 3 สัปดาห์ นานครั้งละ 60 นาที ดังนี้

### **สัปดาห์ที่ 1 ชั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือค้นหาสถานการณ์จริง**

**กิจกรรมที่ 1** สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ค้นหาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุรา เป็นกิจกรรมพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราปรับเปลี่ยนทัศนคติและสร้างแรงจูงใจในการค้นหาปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพจริง ซึ่งถือเป็นความคิดที่มีต่อตนเองด้านบวกและช่วยลดความคิดอัตโนมัติที่ตนด้านลบที่มีต่อตนเอง เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราประเมินสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง เป็นการกระตุ้นให้เกิดการยอมรับหรือตระหนักรู้กับสภาพปัญหาตามความเป็นจริง (Miller, 2000) การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านการตระหนักรู้ในตนเอง เกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวสามารถค้นหาและประเมินสภาพของตนเองได้ตามความเป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้รู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเอง ส่งผลต่อการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและรวบรวมและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ ส่งผลถึงการลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้

### **ชั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริง**

**กิจกรรมที่ 2** อภิปรายกลุ่มครอบครัวเรื่องสาเหตุและผลจากการดื่มสุรา เป็นกิจกรรมพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา มีทักษะในการทำความเข้าใจปัญหา การแสวงหาทางเลือก โดยพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนนำไปสู่การแก้ปัญหา ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันวางแผนกำหนดเป้าหมายเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม และตระหนักว่าการแก้ปัญหาขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและครอบครัว จะช่วยให้พัฒนาการรับรู้พลังอำนาจในตนเองมากขึ้น จะช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบความเชื่อ (ดารณี จามจรี, 2545; Miller, 2000) การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านพลังงาน เกิดจากการที่มีความรู้สึกที่ตนเองมีความสามารถที่จะควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา รู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเอง ส่งผลให้แสวงหาข้อมูลความรู้เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้

### **สัปดาห์ที่ 2 ชั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนเอื้ออำนวย ข้อมูลความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร**

**กิจกรรมที่ 3** ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สุราและผลที่เกิดจากการดื่มสุรา เป็นกิจกรรมพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สุรา ผลที่เกิดจากการดื่มสุรา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและผลของการดื่มสุราที่มีต่อสมอง ร่างกาย จิตใจ และด้านอื่นๆ เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาการ

เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และผลที่เกิดจากการดื่มสุรา ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้น ส่งผลให้มีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลและเอื้อต่อการปฏิบัติเพื่อลดการดื่มสุรา (Heather, 1989)

**กิจกรรมที่ 4** ทักษะการจัดการกับความเครียดร่วมกับครอบครัว เป็นกิจกรรมพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวเกิดการเรียนรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียดที่มีประสิทธิภาพ โดยให้ความรู้ทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกายและจิตใจ และทักษะการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง การฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยการฝึกนวดด้วยตนเองและการหายใจ จะช่วยให้เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียดที่ประสบอยู่ลดน้อยลง (Gispens de Wied, 2000) ในขั้นตอนที่ทั้ง 2 กิจกรรม เป็นการช่วยให้แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราเข้มแข็ง รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง เพื่อสร้างความตระหนักเรื่องการเจ็บป่วย การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านกายภาพและพลังงาน เกิดจากผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ ศักยภาพด้านร่างกาย เกิดจากการที่มีความรู้สึกที่ตนเองมีความสามารถที่จะควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา รู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเองส่งผลให้ลดพฤติกรรมดื่มสุราได้

### **สัปดาห์ที่ 3 ขั้นตอนที่ 4 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ**

**กิจกรรมที่ 5** การฝึกทักษะการปฏิเสธ พัฒนาทักษะการสื่อสารทางบวกภายในครอบครัว เป็นกิจกรรมพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการให้ความรู้ในเรื่องทักษะการปฏิเสธ ทักษะการสื่อสารทางบวก การฝึกการแสดงอารมณ์ทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัว การลดการตำหนิ ให้แสดงบทบาทสมมติ ผู้ป่วยและครอบครัวในการฝึกปฏิบัติทักษะการสื่อสาร ช่วยให้เกิดทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม การสื่อสาร การพูดคุยแลกเปลี่ยนกันในเชิงบวกจะช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวได้เข้าใจถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดื่มสุราลดลงได้ (Mueser, 2000)

**กิจกรรมที่ 6** การสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการพฤติกรรมดื่มสุรา เป็นกิจกรรมพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นการทบทวนความรู้และฝึกทักษะการป้องกันการดื่มสุราซ้ำ ที่ได้กระทำร่วมกันในขั้นตอนต่างๆ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวแลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้ปฏิบัติเรียนรู้ร่วมกับพยาบาล และร่วมกันสร้างกำลังใจแรงจูงใจ เป็นแรงสนับสนุนในการนำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ไปจัดการกับปัญหาการดื่มสุราและวางแผนในการป้องกันได้ เมื่อบุคคลได้กระทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความสามารถและความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นของตนเองและพัฒนาวิธีการปฏิบัติวางแผนในการป้องกันได้ต่อไป ให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา รับรู้ถึงความสามารถ ศักยภาพด้านร่างกาย การนับถือตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นและมีอึดมั่น

ทัศนต่อตนเองในทางบวก (Miller, 2000) และคงไว้ซึ่งพลังอำนาจในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

### สมมติฐานของการวิจัย

1. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ( Quasi-Experimental Design ) แบบการศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ( The Pretest-Posttest Control Group Design ) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยชายที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) และใช้สุราซึ่งรวมถึงการใช้สุราที่เป็นอันตรายและการติดสุรา (F10.1,F10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช และผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยชายที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) และใช้สุราซึ่งรวมถึงการใช้สุราที่เป็นอันตรายและการติดสุรา(F10.1,F10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ซึ่งอยู่ในระยะเตรียมจำหน่าย และผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน

### ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา** หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมจากการดื่มสุราในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามปริมาณ ความถี่ในการดื่ม ความสามารถในการควบคุมการดื่ม การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา การมีคนเป็นห่วงถึงการดื่มสุรา และปริมาณที่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มดื่มแบบเสียงต่ำ กลุ่มดื่มแบบเสียง กลุ่มดื่มแบบอันตราย และกลุ่มดื่มแบบติด ประเมินโดยแบบประเมินระดับปัญหาจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) ของ WHO (2001) แปลโดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุธนาภิกิตติรัตน์ไพบูลย์ (2552)

**โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ถูกสร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Friedman (2003) ดังนี้ 1) ครอบครัวมีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย 2) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมดูแลในระยที่มีอาการเกิดขึ้น 3) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาการดูแลรักษาพยาบาล 4) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น 5) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา 6) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว ซึ่งเป็นกิจกรรมสำหรับพยาบาลใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีการกำหนดเนื้อหา และเตรียมแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน โดยพยาบาลดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัว เป็นรายกลุ่มครอบครัว สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม รวมทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ ประเมินผลการจัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 และใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60 นาที ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวและค้นหาสถานการณ์จริง** หมายถึง การการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัว และการให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราเล่าสภาพปัญหาและความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย การให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย การให้ครอบครัวเล่าปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ตามการรับรู้บทบาทของครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วย สสำรวจปัญหาเพื่อประเมินพฤติกรรมสภาวะการสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วย และพยาบาลสรุปประเด็นกิจกรรมการค้นหาสถานการณ์จริง

**ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริง** หมายถึง กิจกรรมการให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกต่อสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป เพื่อประเมินสภาพการรับรู้สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหา การให้ผู้ป่วยและครอบครัวอภิปรายกลุ่มเรื่อง

ปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา การพยายามทบทวนปัญหา การสร้างพลังให้กำลังใจในการแก้ปัญหา เสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ไขปัญหาได้ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัววิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทาง วางแผนและประเมินผลในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมทั้ง สนับสนุนให้ความช่วยเหลือและยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว สร้างความตระหนักโดยการให้ข้อมูลผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุราของผู้ป่วย

**ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร** หมายถึง การสนับสนุนโดยการให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท สุรา สาเหตุและผลที่เกิดจากการดื่มสุรา และการให้ความรู้เรื่องการจัดการกับความเครียด เอื้ออำนวยให้สามารถจัดการปัญหาสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างแรงจูงใจให้กำลังใจผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัว

**ขั้นตอนที่ 4 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ** หมายถึง การฝึกทักษะการปฏิเสธ ทักษะการสื่อสารทางบวก ยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ทดลองให้ผู้ป่วยและครอบครัวแก้ไขสถานการณ์ปัญหาด้วยตนเอง สร้างแรงจูงใจให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยน ลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ประเมินผลการปฏิบัติที่ได้ดำเนินการตามแผน และการทบทวนความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความมั่นใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรามีการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา มองเห็นคุณค่าของตนเอง เป็นแรงสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับครอบครัวให้เกิดผลดีและปฏิบัติตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

**ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา** หมายถึง ผู้ป่วยเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) และใช้สุราซึ่งรวมถึงการใช้สุราที่เป็นอันตรายและการติดสุรา (F10.1,F10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) และเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่มีอาการทางจิตคงที่ (พิจารณาจากการประเมินด้วย BPRS พบว่ามีคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน)

**ครอบครัว** หมายถึง ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายหรือความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า 6เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆ

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัว ได้รับจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเมื่อเริ่มเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ประกอบด้วย การประเมินด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษา แนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย การให้เข้าร่วมกิจกรรมบำบัด และการให้ข้อมูลการดูแลตนเองที่บ้านก่อนการจำหน่าย

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสิทธิภาพและได้รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา
2. ด้านการวิจัยเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราและการกลับไปดื่มสุราซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้บทบาทของพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง





## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ค้นคว้าจากตำรา บทความ วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการ การศึกษา นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

#### 1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท
- 1.3 อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท
- 1.4 การดำเนินของโรค
- 1.5 ผลกระทบที่เกิดจากโรคจิตเภท
- 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

#### 2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุรา

- 2.1 ความหมายพฤติกรรมการดื่มสุรา
- 2.2 การวินิจฉัยปัญหาจากพฤติกรรมการดื่มสุรา
- 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา
- 2.4 การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา
- 2.5 การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ใช้สุรา

#### 3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

- 3.1 ทฤษฎีการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภท
- 3.2 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา
- 3.3 สถานการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา
- 3.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภท
- 3.5 ปัจจัยที่เกี่ยวกับการขาดพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา
- 3.6 ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

#### 4. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

- 4.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 4.2 การสูญเสียพลังอำนาจ

4.3 แนวคิดแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย

4.4 องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.5 ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ

4.6 บทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยและครอบครัว

#### 5. แนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดผู้ติดสุรา

5.1 ความหมายของครอบครัว

5.2 ความหมายครอบครัวมีส่วนร่วม

5.3 บทบาทของครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ติดสุรา

6. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

7. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8. กรอบแนวคิดการวิจัย

### 1. แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคจิตเภท

#### 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) กล่าวว่า กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม เป็นอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติด

สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ ความจริง อารมณ์และการสังคม มีความคิดหลงผิด อารมณ์ราบเรียบซึ่งไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ บางรายมีประสาทหลอน เช่น มีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน เห็นภาพที่ผู้อื่นไม่เห็น ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่นำไปสู่การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท

มาโนช หล่อตระกูล (2555) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่พบบ่อยที่สุด เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เป็นแล้วมักพบว่าไม่หายขาด มีอาการกำเริบซ้ำ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง

กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ (2558) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้และพฤติกรรม อาการเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย ยา หรือสารเสพติด และส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคม การงาน หรือสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย

Sandock and Sandock (2007) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดว่ามีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (Negative

symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ (Cognitive disorders) พบว่าโรคจิตเภทเป็นสาเหตุของเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive impairment)

สรุปได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรม มีอาการติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่พบความผิดปกติโรคทางกายและโรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติด มีลักษณะอาการทางบวกและอาการทางลบ เมื่อป่วยเป็นโรคนี้อาจทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และบุคลิกภาพ อัตราการเกิดโรคพบได้ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบทั้งในเพศชายและเพศหญิง เมื่อเป็นแล้วมักพบว่าไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบซ้ำ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง ถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยจะทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้นและยิ่งป่วยนานจะมีอาการด้านลบมากขึ้น

## 1.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท

โรคจิตเภทมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลายปัจจัย ดังนี้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

### 1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological Factor)

1.2.1.1 พันธุกรรม ได้มีการศึกษาทางด้านพันธุกรรมของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทสนับสนุนสมมติฐานที่ว่าปัจจัยทางพันธุกรรมมีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท ผลการศึกษาโรคจิตเภทพบว่า กลุ่มผู้ที่มีญาติพี่น้องใกล้ชิดที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท จะพบว่ามีอัตราเกิดโรคสูงถึงร้อยละ 10-16

#### 1.2.1.2 ความผิดปกติของระบบสารชีวเคมีในสมอง

1.2.1.2.1 สมมติฐานโดปามีน (Dopamine) เชื่อว่ามีสารโดปามีนมากหรือน้อยเกินไปในสมอง หากโดปามีนทำงานน้อยกว่าปกติในสมองส่วน prefrontal ของ cerebral cortex ทำให้เกิดอาการทางลบและนำไปสู่การเพิ่มเซลล์ประสาทลึกลงใน limbic system หรือที่เรียกว่า mesolimbic neurons ซึ่งมีหลักฐานว่าทำให้เกิดอาการด้านบวกของโรค เช่น อาการคลุ้มคลั่ง หูแว่ว หรือประสาทหลอน

1.2.1.2.2 สมมติฐานซีโรโทนิน (Serotonin) สมมติฐานนี้ได้มาจากการสังเกตพบว่า Lysergic Acid Diethylamide (LSD) ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน และ LSD เป็น 5-HT agonist จากการศึกษาโรคจิตที่ออกมาใหม่ ที่เป็น serotonin-dopamine antagonist (SDA) โดยออกฤทธิ์ด้วยการปิดกั้นโดปามีน และ 5-HT receptor ซีโรโทนินมีบทบาทในการยับยั้ง dopamine neurotransmission มีผลให้การหลั่งของโดปามีนลดน้อยลง

1.2.1.3 ความผิดปกติของสมอง การตรวจสภาพของสมองโดยใช้คลื่นสะท้อนพบว่าสมองของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติคือ ช่องว่างในสมองด้านข้าง (lateral ventricle) มีการขยายใหญ่กว่าปกติ มีช่องว่างสมองส่วนที่สาม (third ventricle) มีการขยายใหญ่กว่าปกติของสมอง

ส่วน cortical สองด้านไม่เท่ากัน และพบว่ายังมีความผิดปกติของสมองส่วน temporal lobe และ hippocampus, limbic system และสมองส่วน cortex เทียบเล็กน้อย ซึ่งจะส่งผลต่อการผลิตและการส่งผ่านสารสื่อประสาทที่ผิดปกติตามมา

### 1.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological Factors )

1.2.2.1 ปัจจัยด้านกระบวนการภายในจิตใจ เกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใจทำให้บุคคลเกิดความซับซ้อนใจ เกิดความรู้สึกผิด จนทำให้เกิดความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้างและหากไม่สามารถควบคุมความต้องการของตนเองได้อย่างเพียงพอ เนื่องจากมีความต้องการมากเกินไป

1.2.2.2 ปัจจัยด้านกระบวนการระหว่างบุคคล มีหลายทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเช่น ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ให้ความสำคัญตั้งแต่การเลี้ยงดู การเอาใจใส่ ในวัยเด็ก การเลี้ยงดูที่ดี จะทำให้เด็กไว้วางใจผู้อื่นและกล้าแสดงออก การที่จะสื่อสารเพื่อบอกความต้องการกับบุคคลอื่น ๆ นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีเกี่ยวกับ Double blind communication การสื่อสารที่ผิดปกตินำมาซึ่งความสงสัย สับสน และรู้สึกพ่ายแพ้ตลอดเวลา มีผลทำให้เป็นโรคจิตเภทได้

### 1.2.3 ปัจจัยด้านครอบครัว (Family Factors Model)

จากการศึกษาพบว่า การเกิดโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่อง โดยเฉพาะการขัดแย้งกับสัมพันธภาพในชีวิตคู่ ที่ก่อให้เกิดความกังวลใจ บางครั้งเมื่อพ่อแม่ไม่สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ บุตรก็จะไม่มีแบบอย่างที่ดีในการดำเนินชีวิต หรือในบางครั้งต้องปรับเปลี่ยนบทบาทดูแลพ่อแม่ของตนเอง จนทำให้เกิดภาวะเครียดและความสับสนทางจิตใจ สะสมความเครียด มีผลทำให้เป็นโรคจิตเภทได้

### 1.2.4 ปัจจัยด้านสังคม

ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักพบว่าอยู่ในสังคมที่มีฐานะต่ำ กลุ่มผู้อพยพ สภาพยากจน อยู่กันอย่างแออัดยัดเยียด ก่อให้เกิดความเครียดอันเนื่องมาจากความบีบคั้นทางสังคม ส่วนใหญ่มีความเชื่อว่า ปัจจัยทางด้านสังคมเป็นปัจจัยเสี่ยงมากกว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรค ในขณะที่เดียวกันก็มีข้อโต้แย้งว่า ความยากจนอาจเป็นผลมาจากการเจ็บป่วย การที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ความสามารถทางสังคมบกพร่อง ทำให้ต้องดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยากจน

## 1.3 อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท

อาการแสดงที่สำคัญของโรคจิตเภท แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ จะพบว่าอาการด้านบวกมักพบในระยะแรกที่มีอาการกำเริบ จะแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม อาการที่พบบ่อย คือ อาการหลงผิด ประสาทหลอน อาการด้านลบมักพบในระยะหลังของโรค เช่น แยกตัว ไม่สนใจตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล, 2555; กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558)

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) อาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม สามารถเกิดขึ้นในช่วงใดของโรคก็ได้ ตั้งแต่ช่วงระยะอาการนำไปสู่ช่วงที่มีอาการโรคจิตระยะเฉียบพลัน และช่วงระยะหลงเหลืออาการ อาการบวกแสดงออกในด้านความผิดปกติดังต่อไปนี้ มีความคิดหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) การรับรู้ผิดจากสภาพเป็นจริง การพูดติดตล่อสื่อสารและพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถรวบรวมความคิดให้ไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด (มาโนช หล่อตระกูล, 2555)

1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นกลุ่มอาการลบ เช่น การลดลงของพลังงาน และแรงจูงใจ และลดลงของการแสดงออกทางอารมณ์ อาการเหล่านี้จะพบได้บ่อย เป็นอาการซึ่งคงอยู่นาน อาจเกิดในช่วงระยะอาการนำของโรคจิตเภท โดยมีอาการนี้ก่อนมีการโรคจิต (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนานนท์, 2552) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น อารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย พูดน้อยหรือไม่พูด เนื้อหาที่พูดน้อย แสดงออกมาโดยขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาไม่สนใจเรื่องแต่งกาย เก็บตัวเฉยๆ ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ขาดความสนใจทำกิจกรรมทุกชนิด ไม่สนใจในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม

#### 1.4 การดำเนินของโรค

ผู้ป่วยเริ่มเป็นครั้งแรกในผู้ชายเท่ากับอายุ 20 กลางๆและในผู้หญิง 20 ตอนปลาย อาการอาจเกิดแบบเฉียบพลันหรือค่อยๆเกิดโดยมี prodromal symptoms นำมาก่อน เช่น แยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในการเรียนหรือการทำงาน ไม่ดูแลสุขอนามัย และมีท่าทางสกปรก มีพฤติกรรมผิดปกติหรือแสดงอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง ญาติพี่น้องจะสังเกตพบว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากคนเดิม ในที่สุดผู้ป่วยจะแสดงอาการของโรคชัดเจน (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนานนท์, 2552; กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558)

#### 1.5 ผลกระทบที่เกิดจากโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด มีผลถึงการรับรู้และพฤติกรรมผู้ป่วยจะไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบ ดังต่อไปนี้

##### 1.5.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วย

ส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพของโรคที่ถาวร การกลับเป็นซ้ำที่เพิ่มพยาธิสภาพของโรคนี้ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงดังที่อนามัยโลกได้จัดให้โรคนี้อยู่ในสามอันดับแรกของโรคที่มีผลทำให้สูญเสียสมรรถภาพ (Disabling effect) (ฐานันตร์ ปิยะศิริศิลป์, 2555; Yasrebi et al., 2008) นอกจากนี้ผลกระทบทางด้านร่างกายแล้วยังมีผลกระทบด้านสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงต่อกัน

### 1.5.2 ผลกระทบต่อครอบครัว (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554)

ครอบครัวเกิดภาวะเครียด ประกอบกับการที่ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้เกิดความเครียด สับสน วิดกกังวล นอนไม่หลับ ซึมเศร้ารุนแรง บางรายได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย ให้ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ซึ่งพบว่าในครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการจ่ายค่ายาและค่าเดินทางไปพบแพทย์

### 1.5.3 ผลกระทบต่อประเทศ

โรคจิตเภทนั้นทำให้บุคคลสูญเสียสมรรถภาพโดยเฉพาะวัยแรงงานทำให้ประเทศขาดแรงงานในการพัฒนาระบบเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้โรคจิตเภทถือเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลารักษายาวนาน ทำให้เกิดการดูแลต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมากที่สุดเป็นลำดับที่ 17 จาก 20 โรค เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2550) ซึ่งทำให้รัฐบาลสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นเงินกว่า 200 ล้านบาทต่อปีและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทกลับเข้ามารักษาซ้ำในแต่ละปีเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2552)

## 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

### 1.6.1 ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

Shives (1994) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือการให้ความรู้ความเข้าใจ ให้คำแนะนำช่วยเหลือ โดยเริ่มให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ทั้งทางร่างกายและจิตใจรวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดและการให้การบำบัดรักษาอื่นๆ ร่วมกับบุคลากรในทีมจิตเวช

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพตั้งแต่ร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัวในลักษณะที่คำนึงถึงคนทั้งคนเป็นหน่วยเดียว นั่นคือการยึดหลักปัจเจกบุคคลหรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม

ฉวีวรรณ สัตธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาล ซึ่งเป็นศิลปะมีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชนให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ด้วยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ พร้อมกับการให้ความรู้ การให้สุศึกษาในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพสุขภาพจิต โดยการ

ให้การดูแลผู้ป่วยนั้นต้องใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และศิลปะในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชนให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปและสามารถพึ่งตนเองได้ตามศักยภาพ

#### 1.6.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ในการเข้าไปช่วยเหลือปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วย เพื่อเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาหรือสามารถปรับตัวได้ต่อสภาพปัญหาของตนเอง (Shives, 1994 ) ประกอบด้วย

1.6.2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Assessment) แหล่งข้อมูลคือ ผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย บันทึกของทีมสุขภาพ โดยแบ่งข้อมูลเป็น การเจ็บป่วยทางกาย ประวัติส่วนตัว ประวัติทางสังคม และครอบครัว สุขภาพทั่วไป การเจ็บป่วยทางจิต และการตรวจสุขภาพจิต

1.6.2.2 การวิเคราะห์/การวินิจฉัย (Analysis or Diagnosis) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมาพิจารณา ตรวจสอบเปรียบเทียบกับสภาพทั่วไปของบุคคล ในด้านความต้องการพื้นฐาน การปฏิบัติกิจกรรมตามหน้าที่ และการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันตามสภาพสังคม เพื่อให้การพยาบาลตอบสนองความต้องการของบุคคล

1.6.2.3 การวางแผนการพยาบาล (Planning) ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การตั้งเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ การกำหนดแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามความต้องการของบุคคลเป็นลำดับ โดยเริ่มจากความต้องการพื้นฐาน จนกระทั่งถึงการทำความเข้าใจตนเองและจัดการกับสถานการณ์

1.6.2.4 นำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ (Intervention) การปฏิบัติการพยาบาลควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับบริการ โดยเริ่มจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยทั่วไป เมื่อได้ข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้นจึงมีการปรับเปลี่ยนแนวทางในการดูแลให้มีความเหมาะสมเพิ่มขึ้น

1.6.2.5 การประเมินผล (Evaluation) เป็นการเปรียบเทียบผลของการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยว่าผลที่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยการประเมินผลแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ การประเมินจากพัฒนาการของผู้ป่วย และประเมินจากการทำงานของพยาบาล

จากกระบวนการพยาบาลดังกล่าวนี้ ต้องมีการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีมีโนมติทางการพยาบาล ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ สิ่งแวดล้อมบุคคล สุขภาพ และการพยาบาล โดยมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการพยาบาลโดยตรง

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

### 2.1 ความหมายพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ความหมายและรูปแบบพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

Community Health Sciences (2006) ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา รวมทั้งการดื่มสุราเพื่อสังคม

สุกมา แสงเดือนฉาย (2547) ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา หมายถึง การปฏิบัติตนของบุคคลที่ทำให้ผู้ดื่มหรือติดสุรา ประกอบด้วย สาเหตุของการดื่ม ระยะเวลาการดื่ม ปริมาณและความถี่ในการดื่ม

ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมจากการดื่มสุรา จำแนกตามปริมาณที่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มดื่มแบบเสี่ยงต่ำ กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง กลุ่มดื่มแบบอันตราย และกลุ่มดื่มแบบติด ประเมินโดยแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT)

เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ (2555) ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมจากการดื่มสุรา จำแนกตามปริมาณ ความถี่ในการดื่ม ความสามารถในการควบคุมการดื่ม การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา การมีคนเป็นห่วงถึงการดื่มสุรา และปริมาณที่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น

โดยสรุปพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา หมายถึง การกระทำหรือแสดงออกของผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมจากการดื่มสุรา จำแนกตามปริมาณ ความถี่ในการดื่ม ความสามารถในการควบคุมการดื่ม การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา การมีคนเป็นห่วงถึงการดื่มสุราและปริมาณที่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นการดื่มสุราในคนทั่วไปนั้นมีรูปแบบการดื่มที่แตกต่างกันไปตั้งแต่ดื่มเป็นครั้งคราวเพื่อเข้าสังคมเพื่อเจริญอาหารเพื่อคลายเครียดเมื่อมีปัญหาดื่มจนเริ่มเป็นปัญหา หรือดื่มจนถึงขั้นติด จากการศึกษาวิจัยขององค์การอนามัยโลก (กรมสุขภาพจิต, 2547) ได้จัดประเภทของการดื่มสุราออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ไม่เคยดื่มเลย (Abstinence) กลุ่มที่ดื่มบ้างแต่ไม่เป็นอันตรายหรือแบบมีความเสี่ยงต่ำ (Non-hazardous/low-risk drinking) กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงหรือแบบมีปัญหา (Hazardous drinking/Risky drinking/harmful use) และกลุ่มที่ติดสุรา (Alcohol dependence)

### 2.2 การวินิจฉัยปัญหาจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ International Classification of Diseases and Related Health Problem 10<sup>th</sup> Revision ขององค์การอนามัยโรคฉบับที่ 10 (ICD 10) ของความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการดื่มสุรา (F 10.X) (American Psychiatric Association, 2005)



2.2.1 การวินิจฉัยโรค Alcohol abuse/ Harmful use (F10.1) กลุ่มผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์ เป็นรูปแบบการใช้แอลกอฮอล์ที่ไม่เหมาะสม เป็นเหตุให้เกิดอาการแทรกซ้อนทางด้านการแพทย์หรือทางสังคม มีรูปแบบการดื่มสุราที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลาสั้น อย่างน้อย 1 เดือน หรือเกิดซ้ำแล้วซ้ำอีกในระยะเวลาที่นานกว่านั้น และนำไปสู่การติดสุรา

2.2.2 การวินิจฉัยโรค Alcohol dependence (F10.2) กลุ่มอาการติดแอลกอฮอล์เป็นลักษณะการติดสุราด้านร่างกายที่ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มเพื่อให้ได้ผลจากสุราหรือมีอาการแสดงของการขาดสุรา

### 2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลหลากหลายปัจจัย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องและเอื้อต่อกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราไม่ได้ขึ้นกับปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียวเท่านั้น จากแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดื่มสุราที่มีอิทธิพลของสิ่งต่างๆทั้งภายนอกและภายในตัวบุคคลที่มีผลต่อตัวผู้ดื่มสุรา ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

2.3.1 ปัจจัยด้านสังคม ประเพณี และวัฒนธรรม เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเนื่องจากเป็นโครงสร้างหลักของการกำหนดแบบแผนการดำเนินชีวิต และการปรับเปลี่ยนค่านิยมในเป้าหมายของชีวิตซึ่งเป็นแนวทางการส่งเสริมการดื่มสุรา (พุดิชาดา จันทะคุณ, 2556) ส่วนปัจจัยด้านสังคม เช่น เพื่อน ญาติพี่น้อง สภาพแวดล้อมในชุมชน นับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมการดื่มสุราของบุคคล และมีการศึกษาพบว่า การขาดความอบอุ่นจากครอบครัวในวัยเด็ก การมีแบบอย่างบุคคลในครอบครัวดื่มสุรา การใช้สุราในงานประเพณี เทศกาลต่างๆ และการดื่มสุราหลังเลิกงาน ทำให้บุคคลมีการจำตัวอย่างที่ผิดๆ ส่งผลต่อการดื่มสุราได้ (สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544)

2.3.2 ปัจจัยทางด้านกฎหมาย พบว่าการจัดเก็บภาษีสุรา การควบคุมอุปทานสุราของรัฐบาลยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ เช่น รัฐบาลไม่สามารถควบคุมการโฆษณาแอลกอฮอล์ได้อย่างเต็มที่ การขออนุญาตจำหน่ายแอลกอฮอล์สามารถทำได้ง่ายการกำหนดอัตราภาษีที่เรียกเก็บในแอลกอฮอล์แต่ละประเภท เช่น แอลกอฮอล์ปรุงพิเศษ วิสกี้ แม้โขง แอลกอฮอล์กลั่นนำเข้า และบรันดี การการจัดเก็บภาษีเต็มพีดาน แต่แอลกอฮอล์ประเภท สุรากลั่น สุราขาว การการจัดเก็บภาษีไม่เต็มพีดานทำให้สุราขาวเป็นแอลกอฮอล์ที่ต้องเสียภาษีต่ำ ราคาถูก ส่งผลให้ประชาชนดื่มสุราเพิ่มขึ้นและเกิดความนิยมในการดื่มสุรามากที่สุด ( บัณจิต ศรไพศาล และคณะ, 2549)

2.3.3 ปัจจัยด้านการเรียนรู้ การเรียนรู้ผลของการดื่มสุราในทางบวกจะเป็นแรงเสริมให้การดื่มสุรานั้นยังคงอยู่ ซึ่งเมื่อมีการรับรู้ถึงความสุขสบายหลังการดื่มสุราจะส่งผลให้มีการดื่มสุรามากขึ้น ( มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2552)

2.3.4 ปัจจัยด้านขาดทักษะปฏิเสธ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2547) พบว่า เยาวชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีการดื่มสุราจากสาเหตุเพื่อนชวน ร้อยละ 32.8 แสดงให้เห็นว่าการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับการขาดทักษะในการปฏิเสธการดื่มสุรา

โดยสรุปพฤติกรรมการดื่มสุรามีผลมาจากปัจจัยหลายประการ ซึ่งทั้ง 4 ปัจจัยที่กล่าวมานั้นอาจมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน จึงไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยใดมีผลต่อการดื่มสุรามากที่สุด

## 2.4 การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา

การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งเป็นการค้นหาและคัดกรองผู้ที่มีปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา อีกทั้งยังสามารถให้การช่วยเหลือผู้ที่เกิดปัญหาในการดื่มสุราได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเครื่องมือการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราที่นิยมใช้ในปัจจุบันมีดังต่อไปนี้

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

2.4.2 CAGE เป็นแบบสอบถามซึ่งพัฒนาโดย Ewing (1984) เพื่อใช้วินิจฉัยภาวะติดสุรา แพลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย สาวิตรี อักษรณรงค์กรชัย โดยประกอบด้วยข้อคำถามเพียง 4 ข้อ ซึ่งตัวย่อของคำถามแต่ละข้อจะประกอบกันเป็นชื่อแบบสอบถาม ได้แก่

Cut down	คุณเคยรู้สึกว่าคุณควรลดปริมาณการดื่มของคุณลงหรือไม่
Annoyed	เคยมีคนสร้างความรำคาญให้กับคุณ โดยกล่าวเตือนหรือตำหนิคุณ คุณเกี่ยวกับการดื่มสาของคุณหรือไม่
Guilty	คุณเคยรู้สึกไม่ดีหรือรู้สึกผิดเกี่ยวกับการดื่มสุราของคุณหรือไม่
Eye-opener	คุณเคยต้องดื่มสุราเป็นสิ่งแรกในตอนเช้าเลยหรือไม่ เพื่อที่จะได้ กำจัดอาการเมาค้างของคุณ

สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ตั้งแต่สองข้อขึ้นไปของ CAGE สามารถจะวินิจฉัยได้ว่าเป็นภาวะติดสุรา ซึ่งแบบประเมิน CAGE มีข้อจำกัดคือ ไม่ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณ ความถี่ รูปแบบการบริโภคสุรา และไม่สามารถแยกปัญหาการบริโภคสุราในอดีตและปัจจุบันได้

2.4.3 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) แบบประเมินที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกและแปลเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และพันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) โดยมีแนวคิดที่ครอบคลุมถึงการบริโภคสุรา การติดสุราและผลเสียจากการติดสุรา แบ่งเป็นรูปแบบการบริโภคในลักษณะดังต่อไปนี้

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

2.4.3.2 กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking หรือ risky drinking) ประเมินคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราได้ 8-15 คะแนน เป็นการดื่มในปริมาณและลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพ โดยมีผลต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งการดื่มแบบเสี่ยงนี้เป็นการดื่มที่มากกว่า 2 ดื่มมาตรฐาน แต่ไม่เกิน 4 มาตรฐานต่อวันในผู้หญิง หรือเป็นการดื่มมากกว่า 4 มาตรฐาน แต่ไม่เกิน 6 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย

2.4.3.3 กลุ่มดื่มแบบอันตราย (Harmful use) ประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราได้ 16-19 คะแนน เป็นการดื่มสุราจนเกิดผลเสียตามมาต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต รวมถึงผลเสียทางสังคมจากการดื่ม คือการดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง หรือการดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย

2.4.3.4 กลุ่มดื่มแบบติด (Alcohol dependence) ประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราได้มากกว่า 20 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีการดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเกิดปัญหาพฤติกรรม สมอง ความจำ และร่างกาย อาการแสดงที่พบบ่อย เช่น คอแข็งมากขึ้น มีอาการขาดสุราหากหยุดดื่ม มีความรู้สึกอยากดื่มอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ยังดื่มต่อแม้ทราบว่าจะเกิดผลเสียตามมา และดื่มจนละเลยกิจกรรมอื่นๆหรือหน้าที่รับผิดชอบ

โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ในการประเมินปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนการบำบัดและหลังการบำบัด

## 2.5 การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ใช้สุรา

การบำบัดรักษาผู้ติดสุราเป็นกระบวนการที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาและเพื่อการหยุดดื่มอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายในระยะยาว ได้แก่ การหยุดดื่มสุรา การป้องกันการกลับไปใช้สุราซ้ำและการฟื้นฟูสมรรถภาพ รูปแบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราประกอบด้วยมาตรการหลัก 4 มาตรการ (ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานอนามัย, 2556) คือ

2.5.1 มาตรการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการบำบัดระยะสั้น (Alcohol screening and Brief intervention) เป็นการค้นหาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และให้การดูแลรักษาเบื้องต้น ในระยะนี้เป็นการคัดกรองปัญหาผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราทั้งกลุ่มดื่มแบบเสี่ยงหรือกลุ่มดื่มแบบอันตราย โดยให้การให้การแนะนำแบบสั้น เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพโดยการหยุดดื่มหรือ

ดื่มระดับเสียงน้อย นอกจากนี้ยังให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดสุราได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อให้หยุดดื่มสุราและตั้งใจในการเข้ามาบำบัดรักษา

เมื่อผู้ติดสุราเข้าสู่การเตรียมการบำบัดรักษาซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการให้ความรู้ในขั้นตอนของกระบวนการบำบัดรักษา การให้กำลังใจผู้ป่วย การวินิจฉัยเบื้องต้น ให้ข้อมูลผู้ป่วยในเรื่องของประโยชน์ในการเข้ารับการบำบัดรักษา และยินดีเข้าร่วมการรักษา แนะนำครอบครัวให้มีการให้กำลังใจและยอมรับในตัวผู้ป่วย

2.5.2 มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา (Detoxification) เป็นการเฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยงการเกิดอาการถอนพิษสุราในผู้ที่มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ เพื่อประเมินและเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการถอนพิษสุราที่รุนแรงและรักษาภาวะถอนพิษสุราลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนทางกายซึ่งถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต และเพื่อให้การบำบัดรักษาที่เหมาะสมในผู้ติดสุราที่แสดงอาการถอนพิษสุราหรือผู้ติดสุราที่มีประวัติอาการถอนพิษสุรารุนแรง อาการถอนพิษสุราได้แก่ เหงื่อออกมาก ชีพจรเต้นเร็ว มือสั่น นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน มีอาการประสาทหลอนทางตาหรือหู มีอาการคลื่นคลั่ง และบางรายอาจเกิดอาการชักขึ้นได้ ซึ่งมีอาการตั้งแต่ระดับน้อยไปมาก ดังนั้นผู้ที่ดื่มแล้วหยุดดื่ม ไม่ใช่ทุกรายจะต้องมีอาการถอนพิษสุราที่รุนแรง บางรายอาจมีอาการเล็กน้อยแล้วหายไปเองโดยไม่ต้องรับการรักษา อาการถอนพิษสุราที่รุนแรงมักเกิดภายใน 6-48 ชั่วโมงหลังหยุดหรือลดการดื่มสุราขึ้นกับความรุนแรงของการติดสุรา อาการถอนพิษสุราเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นมากที่สุดภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้ายและอาการมักดีขึ้นแล้วหายได้ภายใน 5-7 วัน อาการถอนพิษสุราที่รุนแรงเช่น Delirium tremens มักเกิดภายใน 2-3 วันหลังการลดหรือหยุดดื่ม และภาวะชักจากการถอนพิษสุรามักเกิดขึ้นภายใน 12-48 ชั่วโมงหลังการหยุดดื่ม การรักษาภาวะถอนพิษสุรา ประกอบไปด้วย การให้ยา Benzodiazepines เพื่อสงบอาการถอนพิษสุรา การให้สารน้ำ สารอาหาร วิตามิน การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม (ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานอนามัย, 2556)

2.5.3 มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ (Alcohol treatment and rehabilitation) เป็นขั้นตอนการบำบัดรักษาเพื่อให้ผู้ติดสุราสามารถลด ละหรือเลิกดื่ม ส่งเสริมศักยภาพให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข ให้การบำบัดฟื้นฟูทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และป้องกันการกลับมาดื่มหรือมีปัญหาซ้ำ โดยใช้การรักษาทางด้านจิตสังคมควบคู่กับการบำบัดรักษาด้วยยา โดยการบำบัดทางจิตสังคมเป็นกระบวนการที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตัวเอง และให้มีทักษะที่จำเป็นต่อการเลิกสุราที่สำเร็จ (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) ได้แก่

2.5.3.1 การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) และการป้องกันการเสพยาซ้ำ (Relapse Prevention) เป็นการประยุกต์การใช้ทฤษฎีและการเรียนรู้และพฤติกรรมบำบัด โดยมีสมมติฐานว่า การติดสารเสพติดเป็นผลจากกระบวนการเรียนรู้

และพฤติกรรมที่ซับซ้อน และสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เกิดเป็นแนวทางการบำบัด CBT เป็นวิธีการบำบัดเพื่อส่งเสริมการควบคุมตนเองและฝึกทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการควบคุมการดื่มสุรา เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อแก้ไขความคิดที่ไม่เหมาะสม (Cognitive errors) ให้มีวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม (Adaptive coping style) และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เอื้อต่อการเลิกสุรา (balanced daily life-style) โครงสร้างการบำบัดที่สำคัญได้แก่ การให้จิตวิทยาการศึกษา การเฝ้าติดตามตนเอง การกำหนดเป้าหมายพฤติกรรม การให้รางวัลเมื่อบรรลุเป้าหมาย การฝึกทำ Function analysis ของสถานการณ์การดื่ม การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาและมีการบ้านเพื่อฝึกปฏิบัตินอกชั่วโมงบำบัด ผลลัพธ์ที่ดีของ CBT มักสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงศักยภาพที่สูงของตนเอง และการที่ผู้ป่วยใช้วิธีการแก้ไขปัญหามากกว่าวิธีการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่ม

2.5.3.2 การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing: MI and Motivation Enhancement Therapy: MET) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI) เป็นการสนทนาเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ป่วยเป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (Self perception therapy) โดยผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจริงตนเอง ซึ่งเป็นข้อความที่ดีในการปรับเปลี่ยนตนเอง การบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ (MET) เป็นการบำบัดที่อาศัยทฤษฎี Stage of Change และ MI มาจัดเป็นชั่วโมงในการบำบัดรักษา 1-4 ครั้ง เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ติดสุราปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุรา

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

2.5.3.4 การส่งเสริมพัฒนาให้เป็นไปตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation: TSF) เป็นหลักการฟื้นฟูทางด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ติดสุราหรือสารเสพติด โดยในประเทศไทยได้พัฒนาหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ (The Buddhist Twelve Steps) โดยมีการประยุกต์ให้เข้ากับหลักของพระพุทธศาสนา

2.5.3.5 พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) ได้แก่ Community Reinforcement Approach: CRA, Behavior Marital Therapy, Community Reinforcement Approach and Family Training: CRAFT การบำบัดแบบ CRA เป็นการเสริมแรงทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วย วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ติดสุราที่ในช่วงแรกไม่มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองและไม่ยอมเข้าสู่การบำบัดรักษา ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงมักเป็นคู่สมรส ญาติ

หรือบุคคลใกล้ชิดที่แสวงหาความช่วยเหลือ ดังนั้นการเริ่มต้นช่วยเหลือคู่สมรสหรือญาติใกล้ชิดจึงเป็นช่วยบรรเทาผลกระทบของโรคติดสุราต่อครอบครัวโดยตรง และช่วยให้ญาติได้มีการส่งเสริมผู้ป่วยในการเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้มากขึ้น ส่วนการบำบัดแบบ CRAFT มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดสุราหยุดดื่ม ช่วยลดความรุนแรงในครอบครัว ลดความเครียดของสมาชิกในครอบครัว ช่วยเตรียมญาติถึงวิธีการแนะนำผู้ป่วยให้เข้าสู่การบำบัดรักษา ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา และเตรียมญาติให้คอยสนับสนุนผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการบำบัดรักษา

2.5.3.6 การดูแลรายกรณี (Case Management) เป็นการดูแลผู้ติดสุราเพื่อช่วยให้มีความต่อเนื่องในการดูแล (continuity of care) โดยในการดูแลแบบ Case management จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพิ่มมากขึ้น บรรเทาอาการทางจิตเวชต่างๆ ลดอัตราการกลับไปรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มความสามารถทางจิตสังคมและคุณภาพชีวิต

2.5.3.7 กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help Group) เช่น กลุ่มผู้ติดสุรานิรนามหรือกลุ่ม เอเอ (Alcohol Anonymous: AA) เพื่อให้สมาชิกมีการพัฒนาวุฒิภาวะทางอารมณ์ ช่วยเหลือประคับประคองผู้ที่ติดสุราให้สามารถเลิกสุราได้ มีการให้กำลังใจและเข้าใจกันภายในกลุ่ม

2.5.3.8 การบำบัดแบบผสมผสาน (Integrated Treatment) เป็นการบำบัดรักษาที่ใช้ทีมการรักษาที่สามารถให้การบำบัดทั้งโรคติดสุราและโรคจิตเวช ในทีมจะมีผู้จัดการรายกรณีหรือ Case Manager ทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่มและครอบครัวบำบัดที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคติดสุราและโรคจิตเวช นอกจากนี้ยังผสมผสานแนวทางการบำบัดที่หลากหลายได้แก่ การรักษาด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ สังคมสงเคราะห์ การรับตัวเข้าบำบัดในสถานพยาบาล

2.5.4 มาตรการดูแลระยะยาวหลังการบำบัดรักษา (After care) เป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยคงอยู่ในสังคมได้โดยไม่ดื่มสุรา การรักษาเป็นการเน้นให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการดื่มและเลิกดื่มสุราได้อย่างถาวร และป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ สามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุข การติดตามหลังการรักษาอย่างต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

จะเห็นได้ว่ามาตรการบำบัดรักษาผู้ติดสุรามีความสำคัญ โดยผู้ที่ติดสุราที่เข้ามารับการบำบัดรักษาควรได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การบำบัดทางด้านจิตสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะที่ได้รับจากการบำบัดมาปรับใช้ในชีวิตจริงในครอบครัวและชุมชน เพื่อให้สามารถควบคุมการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

#### 3.1 ทฤษฎีการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภท

การเกิดโรคจิตเภทร่วมกับโรคติดสารเสพติดมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะทั้งสองโรคมีผลกระทบซึ่งกันและกันในทางลบของด้านการดำเนินโรค ผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาและการพยากรณ์โรค มีทฤษฎีที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ของทั้งสองโรคอยู่หลายทฤษฎี ทฤษฎีซึ่งเป็นที่ยอมรับได้แก่

3.1.1 Neural diathesis-stress models (Walker and Diforio, 1997) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความเปราะบางทางด้านชีวภาพ (Neurobiological vulnerability) ของผู้ป่วยในการเกิดโรคจิตเภท กล่าวได้ว่า สารเสพติดเป็นความกดดันจากสิ่งแวดล้อม (Environmental stressor) ที่มากระตุ้นเร้าให้บุคคลป่วยด้วยโรคจิตเภท และยังเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบ การศึกษาที่สนับสนุนทฤษฎีนี้ คือ หลักฐานที่แสดงว่าโรคจิตเภทมักเริ่มเกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีผลการบำบัดในเชิงลบ เช่น กลับเป็นซ้ำ กลับไปใช้สารเสพติด สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้การบำบัดมีประสิทธิภาพน้อย

3.1.2 Accumulative risk factor hypothesis (Mueser, Drake, and Wallach, 1998) เป็นทฤษฎีที่อธิบายว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีปัจจัยเสี่ยงของโรคติดสารเสพติดมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เช่น มีความบกพร่องของสมอง ความสามารถทางสังคมที่ต่ำ การศึกษาต่ำ ความสามารถในงานที่ต่ำ การเผชิญกับครอบครัวที่ใช้สารเสพติดและสิ่งแวดล้อมที่มีสารเสพติดมาก

3.1.3 The self-medication hypothesis (Khantzian, 1997; Potvin, Stip, and Roy, 2003) เป็นทฤษฎีที่ได้รับความเชื่อถือดั้งเดิม อธิบายว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดเพื่อบรรเทาอาการของโรค โดยสารเสพติดอาจมีช่วยช่วยบรรเทาอาการทางลบ (negative symptoms) ของโรคจิตเภทลง แต่ขณะเดียวกันสารเสพติดก็มักทำให้กลุ่มอาการทางบวก (positive symptoms) แย่ลง แต่การศึกษายังไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างการใช้สารเสพติดกับกลุ่มอาการทางบวกทางลบของโรคจิตเภทและผลข้างเคียงของระบบ Extrapyrmidal ที่เกิดจากยาที่รักษาโรคจิต การศึกษาที่ได้แย้งแนวทฤษฎีนี้ ได้แก่ การศึกษาที่แสดงถึงอัตราของโรคติดสารเสพติดเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับยารักษาโรคจิต

3.1.4 Reward circuitry dysfunction (Chambers, Krytal, and Self., 2001; Roth, Brunette, and Green, 2005) จากการศึกษาในมนุษย์และสัตว์ทดลอง พบว่า ส่วนของสมองที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเกี่ยวข้องกับวงจรสมองส่วนอยาก (brain reward pathway) หรือสมองส่วน mesocorticolimbic dopaminergic pathway ซึ่งมี dopamine เป็นสารสื่อประสาทหลัก โดยเชื่อว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติในวงจรสมองดังกล่าว ซึ่งอาจเป็นตัวอธิบาย

กลุ่มอาการทั้งทางบวกและลบ ความรู้สึกเฉยชาต่อสิ่งเร้าให้มีความสุขใจตามธรรมชาติในผู้ป่วยโรคจิตเภท สารเสพติดอาจมีส่วนช่วยบรรเทาอาการดังกล่าวที่เกิดจากความผิดปกติของ brain reward pathway โดยไปเพิ่มการทำงานของ dopamine อย่างไรก็ตามสารเสพติดก็จะทำให้กลุ่มอาการทางบวกแย่ลง จึงเกิดความอยากยาและติดสารเสพติดอย่างรุนแรงตามมา

### 3.2 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราร่วมหรือผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและสุรา หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สุราในทางที่ผิดร่วมด้วยหรือมีปัญหาการติดสุรา ซึ่งการวินิจฉัยตามแนวของวินิจฉัยจากบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD10) หรือระบบการจำแนกโรคสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) นั้นผู้ป่วยต้องมีโรคหลักมากกว่า 1 โรค

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทร่วมกับการใช้สุรา วินิจฉัยตามเกณฑ์ของ (ICD10) คือ (F20.0-F20.9 with F10.1, F10.2) โดยการใช้สุราร่วมจำแนกโรค ดังนี้

3.2.1 การวินิจฉัยโรค Alcohol abuse/ Harmful use (F10.1) กลุ่มผิดปกติของการใช้สุรา เป็นรูปแบบการใช้สุราที่ไม่เหมาะสม เป็นเหตุให้เกิดอาการแทรกซ้อนทางด้านการแพทย์หรือทางสังคม มีรูปแบบการดื่มสุราที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน หรือเกิดซ้ำแล้วซ้ำอีกในระยะเวลาที่นานกว่านั้น และนำไปสู่การติดสุรา

3.2.2 การวินิจฉัยโรค Alcohol dependence (F10.2) กลุ่มอาการติดสุรามีลักษณะการติดสุราด้านร่างกายที่ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มเพื่อให้ได้ผลจากสุราหรือมีอาการแสดงของการขาดสุรา

### 3.3 สถานการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

ปัญหาการดื่มสุราเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าประชากรทั่วไป จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดรวมถึงร้อยละ 27-58.9 (Addy et al., 2012) และเมื่อจำแนกตามชนิดของสารเสพติดที่ใช้ พบว่ามีพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นอันดับหนึ่งในบรรดาสารเสพติดที่ใช้ร่วมทั้งหมด ซึ่งพบได้ในอัตราสูงถึงร้อยละ 53.1 (Latt et al., 2011) และการสำรวจระดับวิทยาความชุกของปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทพบผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสดื่มสุราแบบผิดปกติ ร้อยละ 3.8 และมีโอกาสพบปัญหาการดื่มสุราเป็น 3 เท่าของคนที่ไม่ป่วย ดังการศึกษาของ Regier et al. (1990) พบว่าอัตราความชุกการดื่มสุราร่วมกับการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภทมีร้อยละ 47 การดื่มสุราเพียงอย่างเดียวร้อยละ 33.7 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (มันชนา กิติพิรุณ, 2551; จีระพรรณ สุริยงค์ และคณะ, 2557)



### 3.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้สุราของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้สุราของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า การใช้สุราของผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถอธิบายได้จากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งอย่างสมบูรณ์ แต่อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ สรุปดังนี้ (Drake & Mueser, 2002)

3.4.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านชีวภาพ มี 3 สมมุติฐานที่มีความเป็นไปได้ โดยประการที่ 1 พบว่า การศึกษาในช่วงแรก แพทย์และนักวิจัย มีข้อมูลที่สนับสนุนว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการใช้สุราหรือสารเสพติดอื่นในการบรรเทาอาการของโรคจิตเภท และอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต (Chambers et al., 2001) แต่หลังจากนั้นไม่มีหลักฐานที่ยืนยันอย่างชัดเจน ต่อมาพบว่าฤทธิ์ของสุรานั้น ส่งผลให้อาการทางจิตของโรครุนแรงมากขึ้น รวมทั้งการพยากรณ์โรคไม่ดี (Chambers et al., 2001) ประการที่ 2 พบว่าเกิดจากความผิดปกติของสมอง neuropathological ของโรคจิตเภทเอง โดยส่งผลให้เกิดการเสริมแรงทางบวกเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการใช้สารเสพติด ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง เช่น โดปามีน และจากความผิดปกติของโรคจิตเภทนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการในการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นด้วย แต่หลักฐานที่สนับสนุนในส่วนนี้ยังไม่มีที่ชัดเจน (Koob and Robert., 1999) และประการที่ 3 แสดงให้เห็นว่าคนที่มีความเสี่ยงสูงที่จะมีผลกระทบทางจิตสังคมเนื่องจากการใช้สารเสพติดต่างๆ เกิดจากอาการทางจิตของโรค ส่งผลให้กระบวนการคิดการตัดสินใจบกพร่องรวมทั้งการควบคุมอารมณ์ต่างๆไม่ทันเวลาเจอเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่กระตุ้น (Chambers et al., 2001)

3.4.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทมีความอดทนต่อความกดดันทางด้านจิตใจต่ำ เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงเกิดความเครียดจากปัญหาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ (Dixon et al., 1990 ; Drake and Mueser, 2002) และพบว่าผู้ป่วยมักเลือกใช้กลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสมเพื่อเผชิญปัญหากับความเครียดที่เกิดขึ้น รวมทั้งปัญหาการเข้าสังคม ลดความรู้สึกเฉยชาต่อสิ่งแวดล้อม เพื่อให้มีความสุขใจและให้เกิดความรู้สึกที่กล้ามากขึ้น (Khantzian, 1997; Potvin, Stip and Roy, 2003) ในผู้ป่วยสุรามักมีบุคลิกภาพอ่อนแอ ขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดทักษะในการเผชิญสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุราเป็นสาเหตุสำคัญให้ผู้ป่วยกลับไปมีพฤติกรรมการดื่มสุราได้มากที่สุด (พรทิพย์ คงสัตย์ และคณะ, 2556)

3.4.3 สิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดื่มสุรา เช่น การอยู่ใกล้แหล่งจำหน่ายสุรา อยู่ในแหล่งอบายมุขและสถานบันเทิง เพื่อหนีความท้อแท้ คนในครอบครัวดื่มสุรา การไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม (มันทนา กิตติพิรชล, 2551) จึงทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Polsongkram (2008) ที่พบว่าปัจจัยด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ มีร้านจำหน่ายสุราอยู่ใกล้บ้าน มีผลต่อการกลับไปมีพฤติกรรม

ดื่มสุรา การขาดแรงสนับสนุนและขาดการเอาใจใส่จากครอบครัวในขณะที่มีสิ่งคุกคามส่งผลให้กลับไปดื่มสุรา (อัจฉราพร นัตสาสาร, 2548)

### 3.5 ปัจจัยที่เกี่ยวกับการขาดพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวกับการขาดพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา และส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียพลังอำนาจ ได้แก่

3.5.1 การขาดความเข้มแข็งทางกายภาพ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพ พบว่าเกิดจากความผิดปกติของสมอง (neuropathological) มีความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง (Chambers et al., 2001) และยังส่งผลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการมีระดับของสารซีโรโทนินลดลง ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Hartwell, Tolliver, and Brady, 2009; Povin, Sepehry and Stip, 2007) ทำให้ไม่สามารถดำรงไว้ซึ่งความสมดุลย์

3.5.2 การขาดความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม ทำให้การควบคุมอารมณ์ตนเองได้น้อย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราจะมีปัญหาด้านการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ทำให้แสดงออกที่ไม่เหมาะสม โดยอาจแสดงความโกรธ ทั้งคำพูดและการกระทำ เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามมา (กาญจนา สุทธิเนียม และคณะ, 2547) อีกทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังก็เป็นสาเหตุของความไม่สมดุลทางจิต ความเครียด ความวิตกกังวลและซึมเศร้าต่อการเจ็บป่วย มีความรู้สึกหมดพลัง และการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมทำให้บางครั้ง การขาดแหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ส่งผลให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นลดลง (Salyers and Mueser, 2001) และขาดการเอาใจใส่จากครอบครัวในขณะที่มีสิ่งคุกคามส่งผลให้กลับไปดื่มสุรา (อัจฉราพร นัตสาสาร, 2548)

3.5.3 การขาดอัตมโนทัศน์เชิงบวก เป็นปัจจัยสำคัญในการรับรู้ในตนเอง เมื่อผู้ป่วยไม่มีความเชื่อมั่นในตนเองทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ของตนเอง ไม่เป็นตัวของตัวเอง ความคิด ความหวัง และการนับถือตนเองจะลดลง (Salyers and Mueser, 2001)

3.5.4 การขาดพลังงาน ในขณะที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและมีการใช้สุรา จะทำให้ศักยภาพของพลังงานของผู้ป่วยจะลดลง ส่งผลให้มีความสนใจกับตัวเองลดลง รวมทั้งการทำกิจวัตรประจำวันและประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Salyers and Mueser, 2001; พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

3.5.5 ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญาลดลง ความรู้เป็นปัจจัยที่จะช่วยในการตัดสินใจในการสร้างทางเลือกและการลงมือกระทำ ความรู้ถือเป็นสิ่งสนับสนุนที่ช่วยลดความไม่แน่นอน การขาดความรู้นำไปสู่ความท้อแท้และนิ่งเฉยซึ่งเป็นลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรามักขาดข้อมูลความรู้เรื่องโรค ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ทำให้เกิดการสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ขาดความตระหนักถึงอันตรายจากการใช้สุรา (หทัยวัน สนั่นเอื้อ, 2551)

3.5.6 ขาดแรงจูงใจ ผู้ป่วยมักขาดแรงจูงใจที่ต่อสู้กับปัญหา ขาดแรงจูงใจในชีวิต ทำให้ปฏิเสธการเจ็บป่วยของตนเองและไม่ร่วมมือในการรักษา (มณฑนา กิติพิรุณ, 2551)

3.5.7 ความเชื่อ เป็นปัจจัยที่มีผลในการช่วยให้บุคคลจัดการปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น แต่ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรามีความเชื่อไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื่มสุรา เช่น เชื่อว่าการดื่มสุราจะทำให้รู้สึกหายเหนื่อยจากการทำงาน หายปวดเมื่อยและคลายความเครียด (สาวิตรี สุริยะฉาย, 2556)

### 3.6 ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา มีปัญหาซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วไป เนื่องจากการใช้สุรา ร่วมด้วยจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมด้านต่างๆ ดังนี้ (Salyers and Mueser, 2001)

3.6.1 ด้านการดูแลตนเอง (Self-care) พบว่าผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบได้ง่าย ส่งผลให้ความสามารถต่างๆ ลดลง เช่น ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเองด้านต่างๆ การทำกิจวัตรประจำวันและความบกพร่องในการเผชิญปัญหาและการจัดการกับความเครียดลดลง (Salyers and Mueser, 2001 ; จีระพรรณ สุริยงค์, 2557)

3.6.2 ด้านการควบคุมอารมณ์ (Nonturbulence) พบว่าผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ตนเองได้น้อย มีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม โดยอาจแสดงความโกรธ ทั้งคำพูดและการกระทำ จนมีพฤติกรรมที่รุนแรงตามมารวมทั้งส่งผลให้เกิดอาการทางจิตกำเริบ เช่น พฤติกรรมรุนแรง ซึมเศร้ารุนแรงขึ้น (กาญจนา สุทธิเนียม และคณะ, 2547)

3.6.3 ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social contact) พบว่าผู้ป่วยบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในระยะอาการคงเหลือผู้ป่วยจะมีความบกพร่องเกี่ยวกับการรับรู้ในตนเอง มักแยกตัวไม่เชื่อมั่นในตนเองและไม่กล้าพูดคุยกับผู้อื่น ซึ่งการใช้สุรา ยิ่งส่งผลให้อาการของโรคกำเริบได้ง่ายทำให้มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอนและการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง จนทำให้ไม่มีเพื่อนบ้าน หรือแม้แต่สมาชิกในครอบครัวไม่กล้าเข้าไปพูดคุยด้วย ส่งผลให้มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นลดลง (Salyers and Mueser, 2001)

3.6.4 ด้านการสื่อสาร (Communication) พบว่าผู้ป่วยมักมีความผิดปกติทางด้านความคิดเด่นชัด ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านการอ่านและการเขียน รวมทั้งไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดให้ผู้อื่นเข้าใจได้ โดยแสดงออกด้วยการพูดจาสับสน เรื่องราวไม่ต่อเนื่อง หรือบางครั้งพูดจาไม่เป็นความจริง (กิงกาญจน์ ไชยบุศย์, 2556; Manning et al., 2009)

3.6.5 ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง (Responsibility) เนื่องจากผู้ป่วยขาดความตระหนักรู้ในตนเอง มีอาการหลงผิด ปฏิเสธการเจ็บป่วยของตนเองและขาดแรงจูงใจในชีวิต จึงมักเกิดความบกพร่องด้านความรับผิดชอบด้านต่างๆ ทั้งความรับผิดชอบต่อตนเอง ครอบครัว และผู้อื่น

(Sodock and Sodock, 2007) เช่น ขาดความตระหนักถึงอันตรายจากการใช้สารเสพติด มักปฏิเสธการเจ็บป่วย ขาดแรงจูงใจและไม่ร่วมมือในการรักษา (हत्यวัน สนั่นเอื้อ, 2551)

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลวิธีหนึ่งที่ได้รับคามนิยมในการนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทมักถูกตัดสินว่าด้อยความสามารถและขาดความสามารถในการควบคุม การคิดและการตัดสินใจ ดังนั้นการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้จำเป็นต้องมีการพัฒนา รูปแบบให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

##### 4.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Miller (2000) กล่าวว่า พลังอำนาจคือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน เป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และเป็นกระบวนการเพิ่ม แหล่งพลังอำนาจสำหรับบุคคล ซึ่งในตัวบุคคลมีแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่ง ได้แก่ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก 4) พลังงาน 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา 6) แรงใจ 7) ระบบความเชื่อ

Zimmerman (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการมีส่วนร่วมในการกระทำ เพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรหรือความสามารถที่จะเพิ่มการควบคุมต่อชีวิตของบุคคล และบรรลุเป้าหมายที่สำคัญของชีวิต ซึ่งเป็นการส่งเสริมโอกาสในการเรียนรู้ทักษะและพัฒนา ความรู้สู่ถึงความสามารถในการควบคุมผลของปัญหาที่มีต่อการดำรงชีวิต

จินตนา ยูนิพันธ์ (2539) กล่าวว่า ความเชื่อพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็น การมุ่งเน้นการนำเอาศักยภาพทางปัญญาและพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเอง และผู้อื่น เป็นแนวคิดที่มีความต่อเนื่องอย่างชัดเจนกับการพัฒนาคุณภาพอย่างครบวงจรอย่างต่อเนื่อง และเป็นการสร้างสถานการณ์การเริ่มต้นที่มากกว่าการมีส่วนร่วมของบุคคล

ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ เป็นการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสดำเนินการกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพของตนเองในฐานะห้างหุ้นส่วนระบบบริการสุขภาพ การช่วยให้บุคคลตระหนักในจุดแข็งความสามารถ และอำนาจในตนเอง การได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมเท่าเทียมกันในการค้นหาปัญหา พัฒนาการดูแลสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพตนเองภายใต้ การสนับสนุนข้อมูล และทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ การสนับสนุน ครอบครัวและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการเอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต กับโรคที่เจ็บป่วยอยู่ เพื่อให้บุคคลสามารถสร้างทางเลือกสำหรับการดูแลสุขภาพของตนเองได้

สรุปได้ว่าความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถ และส่งเสริมให้บุคคลกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยการมุ่งเน้นเพิ่มแหล่งพลังอำนาจ และเอาศักยภาพภายในตนเองมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ได้นำแนวคิดของ Miller (2000) มาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

## 4.2 การสูญเสียพลังอำนาจ

Miller (2000) กล่าวถึง การสูญเสียพลังอำนาจว่าเป็นการที่บุคคลรู้สึกว่าไม่สามารถมีอิทธิพล ต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามคาดหวังได้ จะเกิดขึ้นเป็นประจำหรือไม่คาดคิด

Roy (1991) กล่าวถึง การสูญเสียพลังอำนาจว่า เป็นสภาวะที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถ ควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ สิ่งแวดล้อมต่างๆที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนได้

สรุปได้ว่า ภาวะสูญเสียพลังอำนาจ หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุม สถานการณ์หรือเหตุการณ์ สิ่งแวดล้อมต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนต้องปฏิบัติตามผู้อื่นที่ควบคุมหรือสั่งเร้าที่ อยู่ภายนอก

### 4.2.1 สาเหตุการสูญเสียพลังอำนาจ

สาเหตุการสูญเสียพลังอำนาจสามารถเกิดขึ้นได้จากสาเหตุสำคัญ 2 ประการคือ การ ขาดความสามารถในการควบคุม (Loss of control) และการขาดความรู้ (Lack of knowledge)

#### 4.2.1.1 การขาดความสามารถในการควบคุม (Loss of control) ได้แก่

4.2.1.1.1 ขาดความสามารถในการควบคุมด้านร่างกายจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคล เริ่มมีอาการของโรคโดยก่อนที่จะเกิดการเจ็บป่วยบุคคลจะมีอำนาจเหนือตนเองแต่เมื่อเกิดเจ็บป่วย หรือระบบใดระบบหนึ่งของร่างกายถูกควบคุมโดยความเจ็บป่วยทำให้สมรรถภาพการทำงานที่ของ ร่างกายและการรักษาสมดุลในร่างกายลดลง ทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจ การขาดความสามารถใน การควบคุมร่างกายนี้มีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยโดยตรง

4.2.1.1.2 ขาดความสามารถในการควบคุมด้านจิตใจ จะเกิดเมื่อรับรู้ว่าจะเกิด ความเจ็บป่วยรวมถึงการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสาเหตุการสูญเสียการควบคุม ทางด้านจิตใจ เมื่อต้องสูญเสียอิสระในการตัดสินใจไม่สามารถยืนหยัดความเป็นตัวของตนเองได้สิ่ง เหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุภาวะไร้พลังอำนาจ

4.2.1.1.3 ขาดความสามารถในการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อมการที่ผู้ป่วยรู้สึก ว่าไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆตัวเองได้เป็นสาเหตุของภาวะสูญเสียพลังอำนาจ

4.1.2.2 การขาดความรู้ (Lack of knowledge) การเจ็บป่วยและการ รักษาพยาบาล ความรู้เป็นแหล่งพลังอำนาจ เมื่อมีความรู้จะเพิ่มความสามารถในการควบคุม สถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

### 4.3 แนวคิดแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย

ความหมายของพลังอำนาจ (Power) Miller (2000) ได้กล่าวถึง “พลังอำนาจ” คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน” แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยตามแนวคิดของ Miller (2000) ประกอบด้วย 7 แหล่ง ดังนี้

1. ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มตามศักยภาพทางกายและเต็มตามพลังสะสมทางกายภาพ (Physical reserve) เมื่อระบบของร่างกายเกิดการเจ็บป่วย พลังอำนาจในการกระทำการใดๆ ของบุคคลก็จะลดลง

2. ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม ( Psychological stamina and social support) ความเข้มแข็งทางจิตใจ หมายถึง ความยืดหยุ่นของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์เจ็บป่วยและความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในแต่ละวันซึ่งบางครั้งการเจ็บป่วยซ้ำก็เป็นสาเหตุของความไม่สมดุลทางจิต ความวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอาจต้องการความช่วยเหลือในการดำรงไว้ ซึ่งความคิดทางด้านบวก ในการป้องกันความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกหมดหวังที่อาจเกิดขึ้น การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ การบูรณาการทางสังคม โอกาสสำหรับการดูแลความเชื่อมั่นในคุณค่า บุคคลที่ให้การดูแล นอกจากนั้นยังรวมถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือที่สัมผัสจับต้องได้ (Tangible support) เช่น การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) และการสนับสนุนทางข้อมูล (Informational support)

3. อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept) คือ ความคิดและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ในตนประกอบด้วยภาพลักษณ์ (Physical self or body image) การทำหน้าที่ของตน (Functional self or role performance) ความเป็นตัวตนของบุคคล (Personal self) ได้แก่ คุณธรรม ความคิดและความคาดหวังส่วนบุคคลและการนับถือตนเอง (Self esteem) การนับถือตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญของอัตมโนทัศน์ในตน ส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ในตน เป้าหมายของการสร้างอัตมโนทัศน์ในตนขึ้นมาใหม่เป็นการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกายนำไปสู่อัตมโนทัศน์เกี่ยวกับตนในทางบวก โดยการทำความเข้าใจว่าความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพอยู่ในตนเอง

4. พลังงาน (Energy) คือ ความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล ศักยภาพของพลังงาน คือ พลังงานที่เก็บสะสมไว้ ซึ่งควรที่จะสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป แหล่งของพลังงาน ได้แก่ อาหาร น้ำ การพักผ่อนและ

แรงจูงใจ พลังงานที่ใช้ในการสะสมหรือฟื้นฟูสภาพทางกาย หรือใช้ในการจัดการกับความต้องการประจำวันรวมถึงการจัดการกับความเครียด

5. ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight) ความรู้ หมายถึง สิ่งที่จะช่วยในการตัดสินใจในการสร้างทางเลือกและการลงมือกระทำ ความรู้ถือเป็นสิ่งสนับสนุนที่ช่วยลดความไม่แน่นอน การขาดความรู้นำไปสู่ความท้อแท้ และนิ่งเฉยซึ่งเป็นลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจ การรับรู้ด้วยปัญญา หมายถึง ความสามารถที่จะค้นหาและประเมินภาวะทางกายและทางจิตเพื่อนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการและการดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของจิตใจ

6. แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง แรงผลักดันที่ซ่อนอยู่ภายในช่วยให้บุคคลรู้สึกถึงสมรรถนะและการพิจารณาตนเองผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำแรงจูงใจ มีความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพ ส่งเสริมบทบาททางสังคมและการทำงาน และพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง แรงจูงใจมีส่วนช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา

7. ระบบความเชื่อ (Belief system) หมายถึง ระบบความเชื่อของบุคคล ความเชื่อในแผนการรักษา ความเชื่อในเจ้าหน้าที่สุขภาพและความเชื่อในตนเองหรือความเชื่อมั่นในความสามารถในตน รวมถึงความเชื่อในพระเจ้า ศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยสร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการจัดการกับความเครียดและเอาชนะต่อปัญหาในผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำแต่ละคนอาจมีความพร้อมของ แหล่งพลังอำนาจมากน้อยแตกต่างกันออกไป แต่ถึงอย่างไรองค์ประกอบของแหล่งพลังอำนาจที่เหลืออยู่ผู้ป่วยสามารถที่จะพัฒนาให้พลังอำนาจเข้มแข็งขึ้นมาได้ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงต้องการกลวิธีในการจัดการเพื่อทดแทนแหล่งพลังอำนาจที่พร่องไปและสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เหลือ เช่น ความหวังและอัตมโนทัศน์เชิงบวกโดยเฉพาะอย่างยิ่งการนับถือตนเองขึ้นมา

#### 4.4 องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารวิชาการพบว่าแนวคิด และวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย ทำให้ได้องค์ประกอบและกระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนี้

Funnell et al. (1991) กล่าวว่ากระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลและการให้ความรู้ (Information and Education) ได้แก่ ความรู้ที่พอเพียงต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล การควบคุมแหล่งทรัพยากรที่พอเพียงต่อการลงมือปฏิบัติตามที่ตัดสินใจและประสบการณ์ในการประเมินประสิทธิภาพของการตัดสินใจ

2. ความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับการตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับคุณค่า ความต้องการ เป้าหมายและแรงบันดาลใจในตนเอง ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพและความผาสุก มีความรู้ ทักษะ ทักษะคิด และการตระหนักรู้ในตนเองที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมและการแสดงออกของบุคคลซึ่งมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

Gibson (1995) กล่าวว่าสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความมุ่งมั่น ทุ่มเท ความรัก และความผูกพัน โดยใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิด การดำเนินการด้วยตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนผลลัพธ์ คือความสามารถในการมีส่วนร่วมโดยพัฒนาทางด้านความรู้ความสามารถในการดูแล พัฒนาความเชื่อมั่นในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผลต่อเนืองคือเป้าหมายและความหมายในชีวิตการพัฒนาตนเอง ความพึงพอใจ และการรับรู้ความสำเร็จ

องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ สรุปได้ 4 ประเด็น (ดารณี จามจรี, 2545) คือ

1. คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่

1.1 เจ้าหน้าที่สุขภาพใช้ทักษะวิชาชีพที่สำคัญ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะการใช้อำนาจในการรักษาพยาบาลในทางบวก

1.2 ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ หน้าที่ความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจ

1.3 การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการที่บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพและมีความรับผิดชอบ โดยตรงต่อสุขภาพตนเอง ขณะเดียวกับที่เจ้าหน้าที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ป่วยไม่ควรมองข้ามอิทธิพลของสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย

2. สิ่งที่เกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาล ได้แก่ การให้ความเคารพต่อความเชื่อค่านิยมประสบการณ์ของบุคคลความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความเชื่อในความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจ ยอมรับในหน้าที่และการกระทำของผู้ป่วย ความมุ่งมั่น ทุ่มเทที่มีร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วยในการกระทำที่เกิดขึ้นในอนาคต

3. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (The Process of Empowerment) จากการทบทวนองค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน

ขั้นที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ มีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ด้านอารมณ์ และด้านพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนให้คืนสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ และการรับรู้ของพยาบาลเป็นเครื่องมือ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) สอดคล้องกับ Miller (1992) ที่กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการเป็นการสนับสนุนทางสังคมชนิดหนึ่งซึ่งจะช่วยให้ได้รับการดูแลในภาวะที่ต้องการการพึ่งพาหรือการช่วยเหลือทางด้านร่างกายและจิตใจ

ขั้นที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่พยาบาลช่วยให้ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง (Gibson, 1995) ซึ่งถือเป็นความคิดที่มีต่อตนเองในด้านบวกและช่วยลดความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเองได้ โดยการสนับสนุนให้ประเมินครองชีวิตของตนเองตามทัศนะ ว่ามีมุมมองอย่างไรต่อสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง อะไรที่ชอบอะไรที่ไม่ชอบเกี่ยวกับ



สภาพปัญหานั้น มีความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงอะไรที่เกี่ยวกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น กับตนเองหรือไม่ รวมทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ยอมรับหรือตระหนักรู้กับสภาพปัญหาของตนเองได้ตามความเป็นจริง (Miller, 1992) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การที่มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านการตระหนักรู้ ในตนเองนั้น เกิดจากการที่บุคคลสามารถค้นหาและประเมินภาวะกายและจิตใจของตนเองได้ตาม ความเป็นจริงซึ่งจะช่วยให้รู้สึถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง

ขั้นที่ 3 การสะท้อนความคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นการช่วยสนับสนุนให้ ผู้ป่วยมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือก โดยการพิจารณาอย่างมี วิจารณญาณเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ๆที่ช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Gibson,1995) จึงอาจกล่าวได้ว่า ขั้นตอนการสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณมีความสำคัญและสามารถนำไปสู่ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา และยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ได้พัฒนา ความรู้สึถึงพลังที่จะใช้ในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การจัดการกับความต้องการประจำวัน การจัดการ กับอารมณ์และความเครียด(Miller,2000)รวมถึงการควบคุมเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

ขั้นที่ 4 การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และเพิ่มแหล่งทรัพยากร เป็นสิ่ง สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาและดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองโดยส่งเสริมสนับสนุน ให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความต้องการ ข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรสำหรับการดำเนินชีวิต มี ความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่พยาบาลให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้อง เหมาะสมเกี่ยวกับปัญหาจะช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการตัดสินใจ และตระหนักถึงทางเลือกในการ จัดการกับปัญหาได้โดยไม่ยอมแพ้ ( Miller, 2000)

ขั้นที่ 5 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมที่พยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วย ดำเนินการตามแผนเพื่อแก้ไขปัญหา หรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเองตามที่ตนเองได้ ตัดสินใจเลือกวิธีที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งการแสวงหาแนวทางในการแก้ปัญหาของ ผู้รับบริการจะต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขว่า 1) ต้องเป็นวิธีที่สามารถแก้ไขปัญหให้กับตนเองได้ 2) ไม่ขัด กับการรักษาของทีมสุขภาพ 3) ได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเอง 4) เป็นแนวทางที่ผ่าน การปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ และ 5) เป็นวิธีที่ผู้รับบริการคนอื่น ๆ สามารถ นำไปใช้ได้ เมื่อผู้รับบริการสามารถดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ได้ด้วยตนเอง

ขั้นที่ 6 การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจของผู้ป่วย เมื่อได้รับการเสริม สร้างพลังอำนาจจากพยาบาลตามขั้นตอนต่าง ๆ ข้างต้น จนกระทั่งผู้ป่วยรับรู้และตระหนักถึงความ สามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้แล้ว ผู้ป่วยจะกระทำกิจกรรมอย่าง ต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลและควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ด้วยตนเองได้มากขึ้น ตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพ เพื่อสุขภาพของตนและบุคคลใน ความดูแลของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่องอีกด้วย (Gibson,1995)

#### 4.5 ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ

4.5.1 การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากในการอธิบายลักษณะและความเชื่อที่สะท้อนความรู้สึกของการควบคุม หรืออิทธิพลของบุคคลที่จะเคารพต่อพฤติกรรม การแสดงออกที่หลากหลาย รวมถึงการควบคุมตนเองและประสิทธิภาพในตน (Zimmerman,1995) ได้แก่ การนับถือตนเอง ความสามารถในการควบคุมตน ความสามารถในตน

4.5.2 การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นความรู้และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล ความสามารถของบุคคล ลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิด ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์และกิจกรรมรวมกลุ่มเป็นคำที่ใช้อธิบายการกระทำของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

#### 4.6 บทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยและครอบครัว

4.6.1 พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้รู้สึกถึงความหมายต่อชีวิตและการมีความหวัง ทำให้สามารถที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ กับโรคที่ตนเผชิญอยู่ ด้วยการได้รับข้อมูลที่เป็นด้านบวกต่อโรคที่เป็นอยู่ การสนับสนุนความรู้และทักษะที่จำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวส่วนมากเชื่อว่าพยาบาลเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญ มีความถูกต้อง เชื่อถือได้และ คาดหวังว่าพยาบาลจะให้ข้อมูลที่เขาต้องการได้ (Zareal et al.,2014) ดังนั้นความรู้ และทักษะของพยาบาลจึงมีความ สำคัญที่จะช่วยสร้างความมั่นใจต่อผู้ป่วยว่าตนได้รับการดูแลอย่างดี

4.6.2 พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดพันธมิตรในการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ อันจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวกในสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวกับพยาบาลเกิดจากการเคารพซึ่งกันและกัน

CHULALONGKORN UNIVERSITY

### 5. แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดผู้ติดสุรา

#### 5.1 ความหมายของครอบครัว

The United States Bureau of the Census (1998 อ้างใน อุมพร ตรังคสมบัติ, 2554) ได้ให้นิยามครอบครัว (Family) เป็นกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันโดยการเกิดการแต่งงานหรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม และอาศัยอยู่ร่วมกัน ลักษณะครัวเรือนที่นอกเหนือจากนี้ถือว่าไม่ใช่ครอบครัว

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2553) ได้ให้ความหมายครอบครัวว่าเป็นกลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด หรือบุคคลที่อยู่รวมในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง สามี ภรรยา บุตร มีกรอบของวัฒนธรรม ประเพณีเดียวกัน เป็น

หน่วยสังคมที่เล็กที่สุดและเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญยิ่งสถาบันหนึ่งของคุณคือ มีความผูกพันกัน  
อย่างแนบแน่นใกล้ชิดกัน และมีความรักซึ่งกันและกัน

สรุปได้ว่า ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คน หรือมากกว่าที่อาศัยอยู่ร่วมกัน มีความ  
ผูกพันกันทั้งทางด้านอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน กำหนดบทบาทหน้าที่ตามสถานภาพ  
พึงพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความรับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยแก่สมาชิก ซึ่งขับเคลื่อนและ  
พัฒนาชีวิตให้ดำเนินไปภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม

## 5.2 ความหมายของครอบครัวมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของครอบครัว(Family participation) มีผู้ให้ความหมายไว้หลายมุมมอง ดังนี้  
Friedman (2003) ให้ความหมายว่า การที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบ  
กระตุ้น ให้กำลังใจ สนับสนุน ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง หรือมีส่วนร่วมในการสอนให้สมาชิกใน  
ครอบครัวมีการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

Lee and Craft-Rosenberg (2002) กล่าวว่า คือการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในภาวะ  
เจ็บป่วยซึ่งครอบครัวรวมทั้งการดูแลทั้งอยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยเน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิก  
ในครอบครัวและพยาบาล

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม  
รับผิดชอบในการดูแลผู้ติดสุราทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งมีกระบวนการในการ  
สื่อสารข้อมูลภาวะสุขภาพทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและชุมชน ซึ่งครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการ  
ดูแล กระตุ้นให้กำลังใจ สนับสนุน และให้คำแนะนำ ผู้ศึกษาจึงได้นำครอบครัวเข้าร่วมในโปรแกรม  
เพื่อลดพฤติกรรมติดสุราในผู้ติดสุราให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## 5.3 บทบาทของครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ติดสุรา

ครอบครัวเป็นหน่วยย่อยที่สุดในสังคม แต่เป็นหน่วยที่มีความสำคัญที่สุดและมีบทบาทอย่าง  
ยิ่งในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้ติดสุราตามสภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวซึ่งFriedman  
(2003) ได้กล่าวถึงบทบาทของครอบครัวต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยไว้ ดังนี้

5.3.1 ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยของสมาชิก  
(Health Promotion and Illness Prevention) คือ การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล  
สุขภาพในลักษณะองค์รวม ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน การ  
ปรับเปลี่ยนที่เกิดขึ้นอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งกันภายในครอบครัว แต่การปรับเปลี่ยนของครอบครัว  
ที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

5.3.2 ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมดูแลในระยที่มีอาการเกิดขึ้น (Symptom  
Experience Stage) ครอบครัวจะมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดสุรา ให้ความหมายของ  
สุขภาพและการเจ็บป่วย การให้ความหมายของอาการในลักษณะความรุนแรงของอาการ สาเหตุ

ปัจจัยที่สำคัญของการเกิดอาการ และความตระหนักหรือความเอาใจใส่ต่อการดูแลเมื่อมีอาการแสดงเกิดขึ้น รวมทั้งการป้องกันจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ติดสุรา โดยสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ในครอบครัวได้ช่วยกันตระหนักถึงอันตรายที่เกิดขึ้นนั้นๆ

5.3.3 ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาการดูแลรักษาพยาบาล (Care-seeking Stage) สามารถตัดสินใจว่าผู้ติดสุราเมื่อใดจะมีภาวะเจ็บป่วยและต้องการความช่วยเหลือ ครอบครัวสามารถตัดสินใจว่าจะได้รับการรักษาที่ใด (บ้าน คลินิก หรือโรงพยาบาล)

5.3.4 ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Medical Contact Stage) ทำหน้าที่เป็นหน่วยปฐมพยาบาลผู้ติดสุราเบื้องต้น เพื่อส่งต่อให้ระบบปฐมภูมิทำหน้าที่ส่งผู้ติดสุราต่อหน่วยบริการรักษาพยาบาลต่อไป

5.5.5 ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา (Dependent Patient Stage) สามารถชี้แนะให้เห็นบทบาทของผู้ติดสุรา (patient role) ว่าควรจะปฏิบัติตามคำแนะนำได้มากน้อยระดับไหน และพฤติกรรมของผู้ติดสุรา (patient role behaviors) สามารถบอกได้ว่าอาการจะดีขึ้นเมื่อไร ซึ่งช่วงเวลาจะครอบคลุมตั้งแต่การไม่คาดหวังว่าจะต้องหายจากความเจ็บป่วยได้เร็วในเวลาอันสั้น จนถึงความคาดหวังว่าผู้ติดสุราจะฟื้นหายเป็นปกติโดยเร็ว

5.5.6 ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว (Rehabilitation Stage) ครอบครัวจะช่วยสนับสนุนหรือฟื้นฟูผู้ติดสุรา หรือฟื้นฟูสมาชิกที่ได้รับผลกระทบให้หายเจ็บป่วย

## 6. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา เป็นกระบวนการในการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจในตัวผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา โดยเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวเอง และกระบวนการระหว่างบุคคล โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) ซึ่งเชื่อว่าพลังอำนาจ (Power) คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำเนินชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของบุคคล และเป็นความสามารถที่มีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน โดยแหล่งของพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (2000) มีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่ง ได้แก่ ความเข้มแข็งทางกายภาพ ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม อัตมโนทัศน์เชิงบวก พลังงาน ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา แรงจูงใจ และระบบความเชื่อ โดยมีขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์นำ

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Friedman (2003) ซึ่งโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีลักษณะของเนื้อหาในโปรแกรมจะเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะสูญเสียพลังอำนาจ โดยพัฒนาแหล่งพลังอำนาจในตัวบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อให้มีศักยภาพและสามารถในการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือค้นหาสถานการณ์จริง เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัว แนะนำตัวเองให้ข้อมูลเบื้องต้น ชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัว เกิดความไว้วางใจให้ความร่วมมือและสามารถเล่าเรื่องและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่มโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเล่าปัญหาสำรวจปัญหาเพื่อประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง สภาวะการสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยรับรู้ถึงบทบาทของตนเอง ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์จริงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริง เป็นการให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัว ทบทวนปัญหา การสร้างพลังในการแก้ปัญหา เสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ไขปัญหาได้ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัววิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทาง วางแผนและประเมินผลในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง สนับสนุนให้ความช่วยเหลือ ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร โดยการความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัว เรื่องโรคจิตเภท สุรา สาเหตุและผลที่เกิดจากการดื่มสุรา ความเครียดการจัดการกับความเครียด เอื้ออำนวยให้สามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างแรงจูงใจให้กำลังใจผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจในการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยการให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการปฏิเสธ การให้ครอบครัวฝึกทักษะการสื่อสารทางบวก ยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ทดลองให้ผู้ป่วยและครอบครัวแก้ไขสถานการณ์ปัญหาด้วยตนเอง สร้างแรงจูงใจให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประเมินผลการปฏิบัติที่ได้ ดำเนินการตามแผน และการทบทวนความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุรา

**ตารางที่ 1** ตารางบูรณาการ การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภท

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000)	แนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วม Friedman (2003)	การนำมาประยุกต์ในโปรแกรม
<p>การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจสำหรับบุคคลให้บุคคล Miller (2000) ได้กล่าวว่า พลังอำนาจ คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวบุคคล และความสามารถที่จะมีอิทธิพลในการควบคุมสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตนตามแนวคิดของ Miller (2000) มีแหล่งพลังอำนาจ 7 แหล่งได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ</li> <li>2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม</li> <li>3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก</li> <li>4) พลังงาน</li> <li>5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา</li> <li>6) แรงใจ</li> <li>7) ระบบความเชื่อ ความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจส่งผลต่อความเข้มแข็งของพลังอำนาจและ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) ครอบครัวมีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน การเจ็บป่วย</li> </ol>	<p><b>ขั้นตอนที่1 การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือค้นหาสถานการณ์จริง</b></p> <p><b>กิจกรรมที่ 1</b> สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ค้นหาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุรา เป็นกิจกรรมพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราปรับเปลี่ยนทัศนคติและสร้างแรงจูงใจในการค้นหาปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพจริง ซึ่งถือเป็นความคิดที่มีต่อตนเองด้านบวกและช่วยลดความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเอง เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราประเมินสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง เป็นการกระตุ้นให้เกิดการยอมรับหรือตระหนักรู้กับสภาพปัญหาตามความเป็นจริง(Miller, 2000) การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านการตระหนักรู้ในตนเอง เกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวสามารถค้นหาและประเมินสภาพของตนเองได้ตามความเป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้รู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเอง ส่งผลต่อการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและ</p>

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000)	แนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วม Friedman (2003)	การนำมาประยุกต์ในโปรแกรม
<p>นำไปสู่ความสามารถในการจัดการความเจ็บป่วยที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยสภาวะการณ์ที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องของพลังอำนาจหรือการสูญเสียพลังอำนาจ และความรู้สึกถึงการสูญเสียพลังอำนาจมากขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดการนับถือตนเองลดลง ไม่เชื่อมั่นว่าตนเองจะดูแลสุขภาพของตนเองได้ ดังนั้นเป้าหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกำหนดแนวทางดูแลและควบคุมสุขภาพตนเอง ให้บุคคลตระหนักถึงจุดแข็งของความสามารถและอำนาจในตน การได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมในการค้นหา พัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเอง การดำเนินการและประเมินผลลัพธ์ และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพภายใต้การ</p>	<p>2) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมดูแลในระยะที่มีอาการเกิดขึ้น</p> <p>3) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาการดูแลสุขภาพพยาบาล</p>	<p>รวบรวมและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ ส่งผลถึงการลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริง</b></p> <p><b>กิจกรรมที่ 2</b> อภิปรายกลุ่มเรื่องปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา เป็นกิจกรรมพยาบาล โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา มีทักษะในการทำความเข้าใจปัญหา การแสวงหาทางเลือกในการดูแลสุขภาพ โดยพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนนำไปสู่การแก้ปัญหา ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันวางแผนกำหนดเป้าหมายเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม และตระหนักว่าการแก้ปัญหาขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและครอบครัว จะช่วยให้พัฒนาการรับรู้พลังอำนาจในตนเองมากขึ้น จะช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบความเชื่อ การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรามีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านพลังงาน เกิดจากการที่มีความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถที่จะควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา รู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเองส่งผลให้แสวงหาข้อมูลความรู้เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร</b></p>

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000)	แนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วม Friedman (2003)	การนำมาประยุกต์ในโปรแกรม
<p>สนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพ การสนับสนุนให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือบุคคลรวมถึงการให้ข้อมูล และ/หรือ การส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนให้กับผู้ป่วยซึ่งจะเอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจด้วยความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่ได้กำหนดขึ้น</p>	<p>4) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น</p> <p>5) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา</p>	<p><b>กิจกรรมที่ 3</b> ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สุรา และผลของการดื่มสุรา เป็นกิจกรรมพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สุรา ผลที่เกิดจากการดื่มสุรา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและผลของการดื่มสุรา ที่มีต่อสมอง ร่างกาย จิตใจ และด้านอื่นๆ เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และผลที่เกิดจากการดื่มสุรา ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้น ส่งผลให้มีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล และเอื้อต่อการปฏิบัติเพื่อลดการดื่มสุรา</p> <p><b>กิจกรรมที่ 4</b> ให้ความรู้เรื่องการจัดการกับความเครียด สุรา เป็นกิจกรรมพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวเกิดการเรียนรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียดที่มีประสิทธิภาพ โดยให้ความรู้ทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกายและจิตใจ และทักษะการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง การฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยการฝึกนวดด้วยตนเองและการหายใจจะช่วยให้เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียดที่ประสบอยู่ลดน้อยลง</p> <p>ในขั้นตอนนี้ทั้ง 2 กิจกรรม เป็นการช่วยให้แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยเข้มแข็งรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยตาม</p>



แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000)	แนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วม Friedman (2003)	การนำมาประยุกต์ในโปรแกรม
	<p>6) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว</p>	<p>ความเป็นจริงเพื่อสร้างความตระหนักเรื่องการเจ็บป่วย การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านกายภาพและพลังงาน เกิดจากผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ ศักยภาพด้านร่างกาย เกิดจากการที่มีความรู้สึกที่ตนเองมีความสามารถที่จะควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา รู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเองส่งผลให้ลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 4 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ</b></p> <p><b>กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการป้องกันการดื่มซ้ำ</b> เป็นกิจกรรมพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการให้ความรู้ในเรื่องทักษะการสื่อสารทางบวก การฝึกการแสดงอารมณ์ทางบวกของผู้ป่วยและครอบครัว การลดการตำหนิ ให้แสดงบทบาทสมมติผู้ป่วยและครอบครัวในการฝึกปฏิบัติทักษะการสื่อสาร ช่วยให้เกิดทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม การสื่อสาร การพูดคุย แลกเปลี่ยนกันในเรื่องบวกจะช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งเสริม</p>

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000)	แนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วม Friedman (2003)	การนำมาประยุกต์ในโปรแกรม
		<p>สัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวได้เข้าใจถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยและส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดื่มสุราที่ลดลง</p> <p><b>กิจกรรมที่ 6</b> การสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา เป็นกิจกรรมพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทบทวนความรู้และทักษะการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา ที่ได้กระทำร่วมกันในขั้นตอนต่างๆ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวแลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้ปฏิบัติเรียนรู้ร่วมกับพยาบาล และร่วมกันสร้างกำลังใจ แรงจูงใจ เป็นแรงสนับสนุนในการนำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ไปใช้จัดการกับปัญหาการดื่มสุรา วางแผนในการป้องกันได้ เมื่อบุคคลได้กระทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความสามารถและความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นของตนเอง และพัฒนาวิธีการปฏิบัติวางแผนในการป้องกันได้ต่อไป ให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรารับรู้ถึงความสามารถ ศักยภาพด้านร่างกาย การนับถือตนเอง เกิดความเชื่อมั่นและมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางบวก และคงไว้ซึ่งพลังอำนาจในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา</p>

## 7. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Bickman et al. (1989) ได้ศึกษาผลระยะยาวของการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว เป็นการศึกษาเพื่อประเมินโครงการการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล ซึ่งโครงการการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมในการรักษาเด็กที่ป่วยทางจิต โครงการการเสริมสร้างพลังอำนาจได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการ ทักษะที่ต้องการเพื่อการมีปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการสุขภาพจิต พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลให้เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เพื่อการมีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการ โครงการนี้ใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มารับบริการด้านสุขภาพจิต ประเมินผลระยะยาว 1 ปีระยะปานกลาง 3 เดือน และการประเมินผลระยะปานกลางพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อความรู้และผู้ดูแลมีความเชื่อในศักยภาพของตนเองที่มีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการ

Gibson (1995) ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาของเด็กที่ป่วยเรื้อรังด้วยโรคระบบประสาท ซึ่งกำลังรู้สึกทุกข์ทรมานกับภาระรับผิดชอบ ห่วงใยกังวลต่อการดูแลบุตรของตน Gibson ได้ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจในการเพิ่มศักยภาพของบุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะมารดาเด็กให้เกิดความรู้สึกที่ดีได้รับความรู้ที่ถูกต้อง ส่งเสริมความสามารถการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ พบว่าสามารถพัฒนาสมรรถนะเชิงความรู้ ความคิด ความเข้าใจและการรู้จักตนเอง ยอมรับความจริง ควบคุมตนเอง มีความมั่นใจ และพยายามแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

Yeh et al. (2008) ได้ทำการศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยที่ติดสุราที่ประสบความสำเร็จในการลดการดื่มสุรา พบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ติดสุราที่ประสบความสำเร็จในการลดการดื่มสุรา ทำให้บุคคลรับรู้อารมณ์ ความรู้สึกการสูญเสียการควบคุม ส่งผลต่อการควบคุมการดื่มสุราในระยะยาว

Kuei-Ru Chon et al. (2012) ที่ได้ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยโรคติดสุราและครอบครัว พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว จะช่วยทำให้สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยและควบคุมตนเองให้เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้

Ghasemi et al. (2014) ที่ศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยืดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาบ้าและครอบครัว มีการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้เสพยาบ้าและครอบครัว ทั้งหมด 9 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพบวกวัตถุประสงค์ อธิบายความหมายของพฤติกรรมเสพยาบ้าและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งเสริมความร่วมมือในการเข้าร่วมการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาเรื่องการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การหาแหล่งสนับสนุน การฝึกมองโลกในแง่ดีเพื่อลดความวิตกกังวล ฝึกโปรแกรมการเสริมสร้างเชื่อมั่นในตนเองในการใช้ชีวิตประจำวัน ฝึกฝนการตั้งเป้าหมายในชีวิต และสรุปเรียนรู้จากการะบวนทั้งหมดเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติต่อไป

Zareal et al. (2014) ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 36 ครอบครัว โดยกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจมุ่งเน้นการแก้ไขทั้งระบบครอบครัว มีกระบวนการ 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรมๆละ 90 นาที ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1) การรับรู้และตระหนักถึงผลกระทบต่อครอบครัวจากพฤติกรรมใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ ขั้นตอนที่ 2) ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา ขั้นตอนที่ 3) ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการเผชิญปัญหา และ ขั้นตอนที่ 4) การประเมินผล พบว่าสามารถช่วยเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อการรักษารวมถึงมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในระยะ 1 เดือน

สรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992) พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการศึกษาติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับไปชุมชน

ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลจำนวน 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจากผู้ป่วยจิตเภทที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัว พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มหาวิทยาลัย

โสธยา ศุภโรจน์ (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) และยุวดี วงษ์แสง (2548) ได้ทำการศึกษากับผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลแบบรายกลุ่ม พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

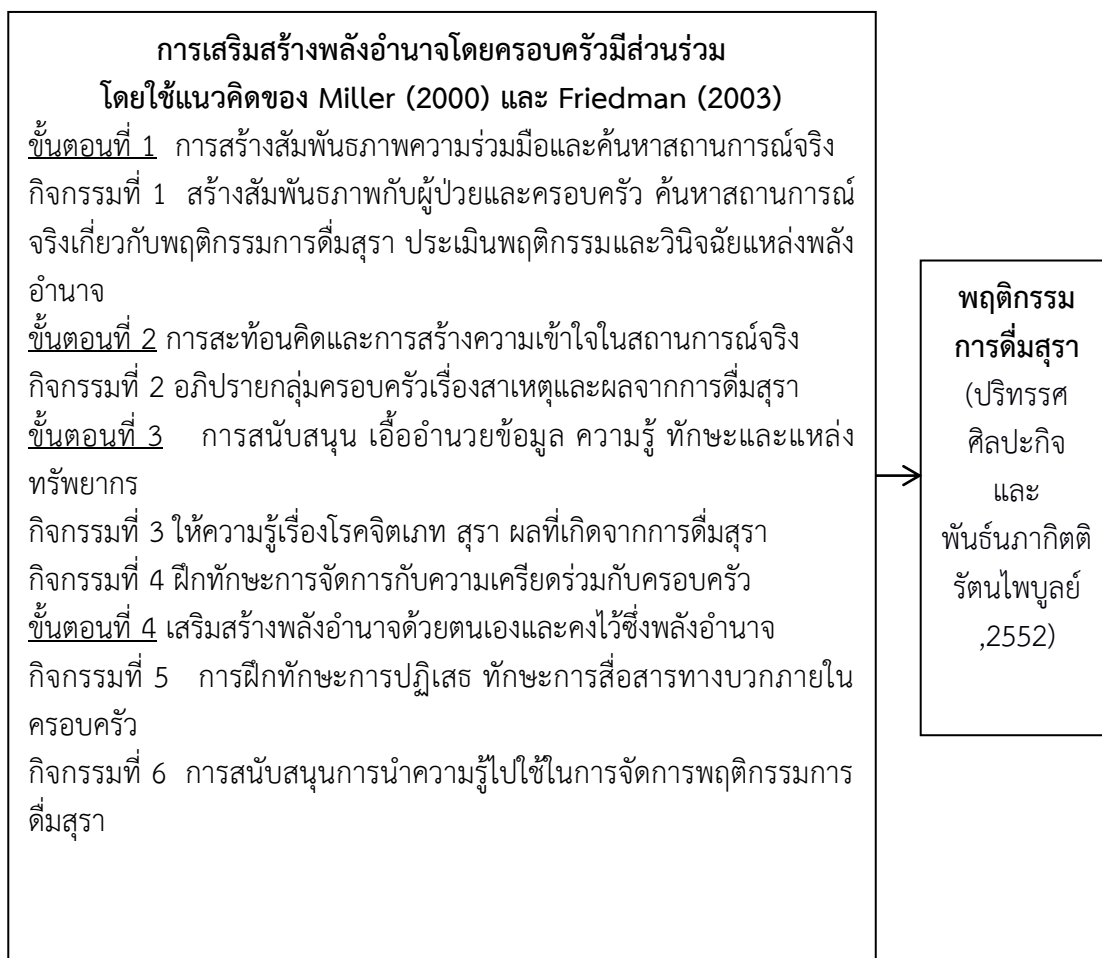
ซาอุทธิ์ วรวิชญพงศ์ (2556) ที่ศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวคิดของ Gibson (1995) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน บำบัดรายครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร่าลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภาวะซึมเศร่ากลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิริญา ชมขุนทด (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของครอบครัว นาน 4 สัปดาห์ ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของ Bandura (1997) และ Friedman (1997) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

พรทิพย์ คงสัตย์ ศิริพร ชัยศรี และสวัสดี เทียงธรรม (2556) ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ พบว่าการสร้างพลังอำนาจทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วยโรคติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



## 8. กรอบแนวคิดการวิจัย



การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมจะเป็นกระบวนการในการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจในตัวผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องร่วมกับการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม จะทำให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง และช่วยให้ครอบครัวเกิดความรู้ ความเข้าใจในการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยได้

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมแบบรายกลุ่มครอบครัว ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน รวมทั้งหมด 6 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมรวมทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ การดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประกอบด้วยขั้นตอนการทำงานกลุ่ม แต่ละครั้งนานครั้งละ 60 นาที

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ( Quasi - Experimental Research ) แบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ดังนี้

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

O1	X	O2	กลุ่มทดลอง
O3		O4	กลุ่มควบคุม

O1 คือ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ก่อนให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

O2 คือ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา หลังให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

X คือ การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

O3 คือ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ก่อนให้การพยาบาลตามปกติ

O4 คือ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา หลังให้การพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยชายที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) และใช้สุราซึ่งรวมถึงการใช้สุราที่เป็นอันตรายและการติดสุรา (F10.1,F10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช และผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาระยะเวลามากกว่า 6 เดือน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) และใช้สุราซึ่งรวมถึงการใช้สุราที่เป็นอันตรายและการติดสุรา(F10.1,F10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ

เจ้าพระยา ซึ่งอยู่ในระยะเตรียมจำหน่าย และผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาระยะเวลามากกว่า 6 เดือน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sample) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษา ( Inclusion Criteria) มีดังนี้

#### ผู้ป่วยจิตเภท

1. อายุระหว่าง 20- 59 ปี
2. มีคะแนนประเมินอาการทางจิต โดยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน

3. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

#### ครอบครัว

1. ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายหรือมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ที่ดูแลเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

2. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป

3. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. มีภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิต ที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม

2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรม

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยที่สุดกลุ่มละ 20 คน (Polit and Beck, 2004) เพื่อการกระจายของข้อมูลเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality) และเพื่อให้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก ( Inclusion Criteria) ให้ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้ง 40 คน แล้วนำมาจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเหมือนกัน (Matched pair) โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันที่สุด คือ ระดับคะแนนประเมินพฤติกรรมการณ์สุรา เมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างครบ 20 คู่ จากนั้นจับฉลากที่ละคู่เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน



## ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) และใช้สุราซึ่งรวมถึงการใช้สุราที่เป็นอันตรายและการติดสุรา (F10.1,F10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาภายในช่วงระยะเวลา 3 เดือน และผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาระยะเวลามากกว่า 6 เดือน มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและใช้สุรา ซึ่งรวมถึงการใช้สุราที่เป็นอันตรายและการติดสุรา จากนั้นผู้วิจัยได้ประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจิตเภท จากเวชระเบียนที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและใช้สุราซึ่งรวมถึงการใช้สุราที่เป็นอันตรายและการติดสุรา ในช่วงเดือนตุลาคม 2558 ในหอผู้ป่วยราชวดี พยับหมอก เฟื่องฟ้า ราตรี รสสุคนธ์ ราชพฤกษ์ และหอผู้ป่วยพวงทอง และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 40 คน

2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีคะแนน BPRS ไม่เกิน 36 คะแนน แสดงว่ามีอาการทางจิตไม่รุนแรง สอบถามความสมัครใจการเข้าร่วมการวิจัย

2.1 จากนั้นผู้วิจัยสอบถามครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก เพื่อประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ให้ข้อมูลชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย

2.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน เกี่ยวกับการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนเข้าร่วมในการศึกษา จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) (Pre-test)

3. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเหมือนกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้การจับคู่ผู้ป่วยที่มีคะแนนการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราในระดับเดียวกัน ตามคะแนนการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา

4. จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทีละคู่ โดยใช้วิธีการจับฉลากจนครบ 20 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามคะแนนประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	คะแนนพฤติกรรม	แปลผล	คะแนนพฤติกรรม	แปลผล
	การดื่มสุรา		การดื่มสุรา	
1	30	การดื่มแบบติด	23	การดื่มแบบติด
2	27	การดื่มแบบติด	20	การดื่มแบบติด
3	33	การดื่มแบบติด	22	การดื่มแบบติด
4	25	การดื่มแบบติด	20	การดื่มแบบติด
5	31	การดื่มแบบติด	27	การดื่มแบบติด
6	21	การดื่มแบบติด	22	การดื่มแบบติด
7	25	การดื่มแบบติด	23	การดื่มแบบติด
8	33	การดื่มแบบติด	25	การดื่มแบบติด
9	38	การดื่มแบบติด	23	การดื่มแบบติด
10	26	การดื่มแบบติด	26	การดื่มแบบติด
11	39	การดื่มแบบติด	29	การดื่มแบบติด
12	21	การดื่มแบบติด	20	การดื่มแบบติด
13	29	การดื่มแบบติด	23	การดื่มแบบติด
14	19	การดื่มแบบอันตราย	17	การดื่มแบบอันตราย
15	17	การดื่มแบบอันตราย	16	การดื่มแบบอันตราย
16	18	การดื่มแบบอันตราย	17	การดื่มแบบอันตราย
17	19	การดื่มแบบอันตราย	19	การดื่มแบบอันตราย
18	11	การดื่มแบบเสี่ยง	11	การดื่มแบบเสี่ยง
19	18	การดื่มแบบเสี่ยง	15	การดื่มแบบเสี่ยง
20	15	การดื่มแบบเสี่ยง	11	การดื่มแบบเสี่ยง

จากตารางที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับการจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ที่มีระดับคะแนนการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับเดียวกัน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ประเภท คือ

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

### 2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการตีมูลค่า (AUDIT)

### 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง มี 2 ชุด ดังนี้

1) แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา (สำหรับผู้ป่วย)

2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมกรรมการตีมูลค่าในผู้ป่วย (สำหรับครอบครัว) โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือ ดังนี้

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) ที่มุ่งเน้นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราโดยการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม โดยใช้แนวความคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Friedman (2003) เพื่อให้ครอบครัวสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพและความสามารถของตนเองในการลดพฤติกรรมกรรมการตีมูลค่า ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน รวมทั้งหมด 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที มีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี การเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) ซึ่งเชื่อว่า พลังอำนาจ (Power) คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำเนินชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของบุคคล และเป็นความสามารถที่มีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน โดยแหล่งของพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (2000) มีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่ง ได้แก่ ความเข้มแข็งทางกายภาพ ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม อัตมโนทัศน์เชิงบวก พลังงาน ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา แรงจูงใจ และระบบความเชื่อ โดยมีขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ ขั้นที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย ขั้นที่ 3 การสะท้อนความคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ ขั้นที่ 4 การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และเพิ่มแหล่งทรัพยากร ขั้นที่ 5 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง ขั้นที่ 6 การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจของผู้ป่วย เพื่อให้เหมาะสมกับการนำมาใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ได้รวบขั้นตอนเข้าด้วยกันเหลือ 4 ขั้นตอน ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์นำแนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) ร่วมกับแนวความคิดการมีส่วนร่วม

ในการดูแลของ Friedman (2003) ซึ่งโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีลักษณะของเนื้อหาโปรแกรมจะเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะสูญเสียพลังอำนาจ โดยพัฒนาแหล่งพลังอำนาจในตัวบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อให้มีศักยภาพและสามารถในการดูแลสุขภาพ

2. สร้างคู่มือโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Friedman (2003) รูปแบบกลุ่ม โดยกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้ พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา กำหนดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน รวมทั้งหมด 6 กิจกรรม โดยทุกขั้นตอนของการวิจัยได้วางแผนร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

3. จัดทำคู่มือโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา และจัดทำเอกสารที่ใช้ประกอบการทำกิจกรรม เช่น ใบงาน ใบความรู้ในแต่ละกิจกรรม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### **ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและการค้นหาสภาพการณ์จริง**

**กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวและค้นหาสถานการณ์จริง (ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1)**

**ระยะเวลา 60 นาที**

**สาระสำคัญ** เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจเข้าร่วมกิจกรรม เป็นการสร้างความคุ้นเคย ให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตัว ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนเอง เป็นการประเมินมุมมองที่ผู้ป่วยมีต่อภาวะสุขภาพ เกิดความเข้าใจในตนเอง และพัฒนาบทบาทโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สามารถค้นหาและประเมินสภาพปัญหาได้ตามความเป็นจริง สนับสนุนและส่งเสริมให้รู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเองโดยผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วย ส่วนการประเมินแหล่งพลังอำนาจทำให้ทราบว่าปัญหาการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างไร รวบรวมแหล่งพลังอำนาจโดยใช้แบบรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจ 7 ด้าน เพื่อการวินิจฉัยพลังอำนาจจะทำให้ทราบว่าปัญหาในการดำเนินชีวิตของตนเองเป็นอย่างไร แหล่งพลังอำนาจด้านใดบกพร่องและปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขตามลำดับ พฤติกรรมใดที่เป็นปัญหาต่อการเจ็บป่วยและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเป็นการส่งเสริมอัตโนมัติค้นเชิงบวกในการใช้ศักยภาพความสามารถของตนเอง ส่งผลต่อการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

## ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์

### กิจกรรมที่ 2 การอภิปรายกลุ่มครอบครัวเรื่องสาเหตุและผลที่เกิดจากการดื่มสุรา (ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1)

ระยะเวลา 60 นาที

**สาระสำคัญ** การสะท้อนคิดเป็นการให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวฝึกทักษะค้นหาปัญหาและทบทวนเหตุการณ์รอบด้านที่เป็นปัญหาของการดื่มสุรา เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา รวมถึงการช่วยให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพความเป็นจริง ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา สะท้อนคิดผ่านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ การรับรู้ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม รวมทั้งปัจจัยตัวกระตุ้นต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นความสำคัญของปัญหาเข้าใจ และครอบครัวรับรู้บทบาทของตนเองที่จะแสวงหาทางเลือกของวิธีการแก้ปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ รวมทั้งแสวงหาข้อมูลความรู้และการดูแลตนเองจากเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง การให้ข้อมูลแนวทางแก้ไขปัญหาการดื่มสุราเพื่อการตัดสินใจ และจัดการเกี่ยวกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม การฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้กลับมามองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในมุมมองต่าง ๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน ตระหนักถึงความเข้มแข็ง ความสามารถ เกิดความรู้จักมั่นใจในความสามารถ การตัดสินใจ และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง

## ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนเอื้ออำนวย ข้อมูลความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร

### กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สุรา สาเหตุและผลที่เกิดจากการดื่มสุรา (ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2)

ระยะเวลา 60 นาที

**สาระสำคัญ** การให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวสามารถคาดการณ์สถานการณ์ การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคได้ มีการตัดสินใจที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติและส่งเสริมความสามารถในการเลือกและตัดสินใจในการดูแลตนเองและผู้ป่วย ทั้งยังเป็นการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเองและครอบครัวมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบ เป็นการพัฒนาบทบาทครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นและร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล

การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทจะเป็นการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท ในเรื่องความหมายของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรค การใช้ยาต้านโรคจิต และการจัดการอาการข้างเคียงจากยาได้อย่างถูกต้อง

ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และยอมรับกับปัญหาของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตระหนักถึงบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับอาการของโรค ทราบว่าจะจัดการกับอาการกำเริบของโรคจิตเภทนั้นอย่างไร การให้ความรู้เกี่ยวกับสุรา จะเป็นการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับสุรา และผลกระทบจากการใช้สุราที่มีต่อสมอง ร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งผลเสียต่างๆที่เกิดขึ้นจากการใช้สุรา ผลกระทบจากการใช้สุราต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภท เช่น อาการกำเริบ ความบกพร่องในด้านหน้าที่การงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว/ชุมชน วิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

**กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการความเครียดร่วมกับครอบครัว** (ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2)

**ระยะเวลา** 60 นาที

**สาระสำคัญ** การให้ความรู้เรื่องความเครียดและฝึกทักษะการเผชิญความเครียดในสถานการณ์และอารมณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการดื่มสุราที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการใช้สุรา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม รับรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น โดยการให้ความรู้และทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกาย และความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพร่างกาย และจิตใจ เรียนรู้ทักษะการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง

การฝึกปฏิบัติทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยฝึกการเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกหายใจ การนวดผ่อนคลาย ซึ่งเป็นการผ่อนคลายความเครียดด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการผ่อนคลายจนความตึงเครียดที่ประสบอยู่น้อยลง เนื่องจากทำให้ร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในภาวะผ่อนคลาย สงบและมีสมาธิช่วยให้มีความคิดอ่านที่จะดำเนินการสิ่งต่างๆได้ดี ส่งผลให้การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น ส่วนครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สามารถแนะนำผู้ป่วยในการประเมินสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นและสอนวิธีการผ่อนคลายความเครียดอย่างเหมาะสมได้

**สัปดาห์ที่ 3**

**ขั้นตอนที่ 4 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ**

**กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการปฏิเสธ พัฒนาทักษะการสื่อสารทางบวกภายในครอบครัว** (ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3)

**ระยะเวลา** 60 นาที

**สาระสำคัญ** เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะ รวมถึงแรงจูงใจก็จะเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง ดำเนินการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุรา ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมที่สุด เมื่อผู้ป่วยและครอบครัว รับรู้และตระหนักถึงความสามารถ

ของตนในการจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุราได้แล้ว ก็จะกระทำกิจกรรมนั้นไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ โดยครอบครัวการมีส่วนร่วมของการฟื้นฟูสภาพครอบครัว ครอบครัวจะช่วยสนับสนุนหรือฟื้นฟูผู้ติดสุราที่ได้รับผลกระทบ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และฟื้นฟูสุขภาพ ในการดูแลฟื้นฟูสมาชิกที่มีการเจ็บป่วยให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วย

การฝึกทักษะการปฏิเสธ เป็นการให้ความรู้ในการพัฒนาทักษะการปฏิเสธ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะในการปฏิเสธการดื่มสุรา ในการกลับไปดำเนินชีวิตของบุคคลที่บ้าน จะต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่อาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำ ซึ่งการฝึกทักษะการปฏิเสธนี้เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรามีความสามารถในการปฏิเสธ มีการฝึกฝนโดยใช้บทบาทสมมุติทั้งการใช้ภาษาท่าทางและภาษาพูดในการปฏิเสธการดื่มสุรา หลังสิ้นสุดการแสดงบทบาทสมมุติ จะให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวให้การช่วยเหลือแนะนำผู้ป่วยในการปฏิเสธ สนับสนุนให้กำลังใจในการปฏิเสธสุรา ร่วมแสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับบทบาทที่แสดงได้ดีและบทบาทที่ควรปรับปรุง ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีทักษะการปฏิเสธที่ดีและมีการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้ป่วยมั่นใจและกล้าแสดงออกในการปฏิเสธมากขึ้น และถ้าผู้ป่วยยอมรับข้อเสนอแนะของผู้อื่นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติและเกิดความมั่นใจที่จะปฏิเสธการดื่มสุรา (Hester, 2003)

การพัฒนาทักษะการสื่อสารทางบวกภายในครอบครัว ประเมินความสามารถของครอบครัว ในการแสดงออกทางการสื่อสาร แนวทางพัฒนาทักษะการสื่อสารในครอบครัว เรื่องการพูดแสดงความรู้สึกในทางบวก การร้องขอในเชิงบวก การประนีประนอม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีการฝึกการแลกเปลี่ยนการพูดคุยสื่อสารกันในทางบวก ส่งเสริมการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว โดยมีประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว มีการฝึกทักษะการสื่อสารให้ครอบครัวและผู้ป่วยได้มีการสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่กระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว มีการแสดงบทบาทสมมุติ จำลองสถานการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันฝึกทักษะที่เหมาะสม

**กิจกรรมที่ 6 การสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา (ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3)**

**ระยะเวลา** 60 นาที

**สาระสำคัญ** การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองและการคงไว้ซึ่งพลังอำนาจในการจัดการกับความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนต่างๆ ข้างต้น จนกระทั่งบุคคลรับรู้และตระหนักถึงความสามารถในตนในการจัดการกับปัญหาการดื่มสุราของตนได้ ซึ่งช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ของตนเองด้วยตนเองได้มากขึ้น ตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพเพื่อสุขภาพของตนและบุคคลใน

ความดูแลของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่องอีกด้วย ส่วนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การฝึกปฏิบัติของสมาชิกแต่ละครอบครัว ชี้แนะให้ผู้พว้นำเทคนิควิธีการของสมาชิกในกลุ่มที่แตกต่างจากตนเองไปใช้ในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา สรุปลงกิจกรรม ชี้แนะให้เห็นความสำคัญแหล่งพลังอำนาจของตนเอง สอบถามความรู้ที่ได้รับ ความรู้สึกจากการร่วมกิจกรรมและความมั่นใจ แนะนำให้นำความรู้และประสบการณ์ไปใช้ต่อเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller(2000)ร่วมกับFriedman(2003) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 1 คน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) เพื่อตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา รวมทั้งความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบเนื้อหา กิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4คน จากทั้งหมด 5 คน ผลของการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมแบบรายกลุ่มครอบครัวมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

1.1 ปรับเนื้อหาในกิจกรรมบางส่วนให้ชัดเจนและครอบคลุมขึ้น

1.2 เพิ่มเติมเอกสารประกอบการให้ความรู้เรื่อง “สุรา ผลต่อสมอง ร่างกาย และจิตใจ” ปรับแก้ไขคำว่า สุรา ออกฤทธิ์ที่ GABA, Serotonin มากกว่า Dopamine และเพิ่มเติมในส่วนของสมองส่วนคิด โดยยกตัวอย่างสถานการณ์ เช่น ผู้ป่วยอาจจะขโมยของในบ้าน เพื่อนำเงินมาซื้อสุราหรือโกหกเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการ

1.3 ตัดใบงานที่ 4 ออก เนื่องจากมีลักษณะคล้ายทฤษฎี MI และให้ปรับใบงานที่ 5 มาเป็นใบงานที่ 4 แทน เนื่องจากมีเนื้อหาครบถ้วนแล้ว

1.4 กิจกรรมที่ 2 เพิ่มการวิเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยแต่ละคนเคยใช้มาในอดีต แล้วใช้พลังกลุ่มจากผู้ป่วยและครอบครัวช่วยเหลือให้เห็นจุดอ่อนที่ทำได้ไม่สมบูรณ์

จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 10 คน และครอบครัว โดยทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมแบบราย



กลุ่มครอบครัว จนครบทั้ง 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ดูความชัดเจนของ ภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 6 กิจกรรม พบว่า สมาชิกและครอบครัวมีความเข้าใจในกิจกรรมดี สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามที่วางแผนไว้ แต่การดำเนินกิจกรรมบางกิจกรรมไม่ราบรื่น คือ กิจกรรมที่ 2 คือ สมาชิกและครอบครัวไม่แสดงออกถึงการให้กำลังใจกันภายในครอบครัว จึงได้มีการปรับให้มีการดำเนินกิจกรรม โดยแจกกระดาษรูปหัวใจสีแดงโดยใช้ประโยค “นี่คือสัญญาของฉัน” ให้สมาชิกและครอบครัวได้เขียนและพูดข้อความของตนเอง เพื่อสร้างบรรยากาศการให้กำลังใจภายในครอบครัว

## 2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สาเหตุที่ดื่มสุราครั้งแรก ระยะเวลาในการดื่มสุรา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ และผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2 คือ แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลกเพื่อพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการค้นหาปัญหาจากการติดสุราและค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงจากการดื่มสุรา ผู้ที่ดื่มสุราแบบหนัก และผู้ดื่มสุราแบบติด (WHO, 2001) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และพันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบหลักในเรื่อง การใช้สุราแบบอันตราย อาการติดสุรา และการเกิดพิษของสุราโดยประเมินจากการดื่มสุรา ได้แก่ ปริมาณและความถี่ในการดื่มสุรา จำนวนครั้งของการดื่มหนัก การที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มสุรา ความรู้สึกเสียใจหลังจากการดื่มสุรา การจำเหตุการณ์หลังจากดื่มสุราไม่ได้ การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา การได้รับการแสดงความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับการดื่มสุรา โดยในแต่ละคำถามจะมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

การแปลผลจะพิจารณาตามเกณฑ์โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

- 0-7 หมายถึง การดื่มที่มีความเสี่ยงต่ำ (Low risk drinker)
- 8-15 หมายถึง การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinker)

16-19 หมายถึง การดื่มแบบอันตราย (Harmful Use)

≥ 20 หมายถึง การดื่มแบบติด (Alcohol dependence)

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้เปรียบเทียบคะแนนประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนการบำบัดและหลังการบำบัด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ทำการตรวจสอบโดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 คนจากทั้งหมด 5 คน จากนั้นหาค่า (CVI: Content Validity Index) ซึ่งใช้เกณฑ์ > 0.8 (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553 )

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

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาสามารถสรุป คือ แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) CVI = 1

2. ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มนั้นไม่ได้นำมาหาค่าความเที่ยง เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาแล้วถือว่าเป็น gold standard ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยซึ่งมีประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยด้วยตนเอง

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

ชุดที่ 1 แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา เป็นแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทของ ยูวดี วงษ์แสง (2548) ที่ดัดแปลงมาจากแนวคิดของ (Miller, 2000) ซึ่งปรับปรุงโดย โสธยา ศุภโรจน์ (2554) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาให้เหมาะกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา เครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ประกอบด้วย ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย 1 ข้อ คือ ข้อ 1 การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2,3,4,5 ความสามารถในการจัดการกับปัญหา 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6,7,8 การรับรู้ต่อตนเอง 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9,10 ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10,11,12,13,14,15 และบทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16,17,18,19,20

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย	1	ข้อ
การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	4	ข้อ
ความสามารถในการจัดการกับปัญหา	3	ข้อ
การรับรู้ต่อตนเอง	2	ข้อ

ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ	5	ข้อ
บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม	5	ข้อ

โดยมี เกณฑ์มาตรวัด 5 ระดับได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ให้ค่าคะแนน 1 2 3 4 5 ตามลำดับ มีเกณฑ์ว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้วจะต้องได้คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป โดยนำจำนวนข้อ (20) คูณกับช่วงคะแนนที่ได้ออกเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนจากน้อยไปมากที่สุด เป็นคะแนนและความหมายดังนี้

ช่วงคะแนน	90-100	หมายถึง	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับดีมาก
ช่วงคะแนน	70-89	หมายถึง	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับดี
ช่วงคะแนน	50-69	หมายถึง	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	30-49	หมายถึง	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับน้อย
ช่วงคะแนน	20-29	หมายถึง	แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

#### เกณฑ์กำกับการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์กำกับการทดลองว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนพลังอำนาจในระดับปานกลาง (50 – 69 คะแนน) (ประคอง กรรณสูตร, 2542) และหากภายหลังจากประเมินแหล่งพลังอำนาจแล้ว พบว่ามีผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน คือ มีระดับคะแนนน้อยกว่า 50 คะแนน ผู้วิจัย ผู้ป่วยและครอบครัวจะร่วมกันพิจารณาถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ร่วมกับประเมินจากแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจว่าผู้ป่วยยังมีการบกพร่อง พลังอำนาจด้านใด จากนั้นเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยขาดไปและร่วมหาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและเป็นแนวทางที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงในการแก้ปัญหาอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น โดยเน้นการมีคุณค่าในตนเองและแรงจูงใจที่จะแก้ปัญหาอุปสรรคเหล่านั้นให้สำเร็จ จากนั้นประเมินแหล่งพลังอำนาจใหม่อีกครั้ง จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การทดลอง

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (เสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6) ผู้วิจัยได้ทำการประเมินแหล่งพลังอำนาจของตัวอย่างในกลุ่มทดลองทันที พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทุกคน มีคะแนนที่ได้จากการประเมินแหล่งพลังอำนาจผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นั่นคือ มีคะแนนแหล่งพลังอำนาจอยู่ที่ระดับดี ระดับดีมาก (82 - 96 คะแนน) (ดังแสดงในตารางที่ 4)

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทมาปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ซึ่งเรียกว่า แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

จำนวน 5 คน ได้ทำการตรวจสอบผลของการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา CVI = 1 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะดังนี้

1.1 ปรับปรุงภาษาข้อคำถามที่ 4 ปรับเป็น ท่านทราบวิธีการลด ละ เลิก พฤติกรรมการดื่มสุราได้

1.2 ข้อคำถามที่ 7 ปรับเพิ่มข้อความคำว่า เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุรา

1.3 ข้อคำถามที่ 8 ปรับเพิ่มข้อความ คำว่า จำเป็นต้อง

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 ดังกล่าวในภาคผนวก ง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วย การประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ สำหรับการให้คะแนน มีดังต่อไปนี้

ข้อความ	ความหมาย	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นประจำหรือทุกครั้ง	5	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้นบ่อยครั้งหรือเกือบทุกครั้ง	4	2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง	3	3
ปฏิบัตินานๆครั้ง	ปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้นนานๆครั้งหรือน้อยมาก	2	4
ไม่เคยปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้นเลย	1	5

#### การแปลผลคะแนน

คะแนนช่วง	34.00-79.33	หมายถึง	การมีส่วนร่วมของครอบครัวน้อย
คะแนนช่วง	79.34-124.67	หมายถึง	การมีส่วนร่วมของครอบครัวปานกลาง
คะแนนช่วง	124.68-170.00	หมายถึง	การมีส่วนร่วมของครอบครัวมาก

### เกณฑ์กำกับการทดลอง

ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุร่าต้องมีช่วงคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวอยู่ในช่วงมากกว่าหรือเท่ากับ 124.68 คะแนน ซึ่งถือการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาก (สตูดี้ น้อยกรณ์, 2552) จึงแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นไปตามที่กำหนด ถ้าช่วงคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวไม่เป็นไปตามเกณฑ์ช่วงคะแนนข้างต้น ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไขโดยการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อวิเคราะห์ปัญหา และเสริมในส่วนของกิจกรรมที่พบว่าเป็นปัญหาจนกว่าจะมีช่วงคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวถึงเกณฑ์ที่กำหนด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วย นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ได้ทำการตรวจสอบ ผลของการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา  $CVI = 1$
2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยไปทดลองใช้ (Try-out) กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำไปคำนวณวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .88 ดังกล่าวในภาคผนวก ง

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อพิจารณาว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยก่อนทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้รับการอนุมัติระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ ตุลาคม 2558 ถึง ตุลาคม 2559 และผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงการดำเนินการวิจัยอย่างรอบคอบเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ วิธีการ ผลประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล และระหว่างขั้นตอนของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัย สามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง โดยเน้นย้ำว่าให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยขอ

อนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลระหว่างดำเนินกิจกรรม หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะคือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือผู้วิจัยต้องมีความพร้อมในการวิจัยโดยมีการเตรียมดังต่อไปนี้

#### 1. ระยะเตรียมการ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยทำการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของครอบครัว การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและแนวคิดพฤติกรรมการดื่มสุรา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุมอีกทั้งได้มีการพัฒนาทักษะการทำกลุ่มโดยฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราในหอผู้ป่วยในตึกรสสุคนธ์ เพื่อให้เกิดความชำนาญและนำไปใช้จริง โดยผู้เชี่ยวชาญของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

#### 1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และจัดทำแผนการดำเนินการวิจัย

1.2.1 สร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

1.2.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา

1.2.4 แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

1.2.5 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วย

1.3 เตรียมสถานที่ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โดยติดต่อประสานงานสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยชี้แจงกับหัวหน้ากับกลุ่มงานการพยาบาลสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย วิธีการดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการวิจัย และประสานงานหัวหน้าหอผู้ป่วยในเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

1.5 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าหอผู้ป่วยใน ได้แก่ หอผู้ป่วยราชาวดี พับหมอก เฟื่องฟ้า ราตรี รสสุคนธ์ ราชพฤกษ์ และหอผู้ป่วยพวงทอง เพื่อขออนุญาตดูแลประวัติของกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคณะสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.6 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง ให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินพฤติกรรมการณ์ดื่มสุรา AUDIT (Pre-Test) และให้ครอบครัวตอบแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราในผู้ป่วย และนัดหมายวัน เวลาและสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยครอบครัวมีส่วนร่วม

1.7 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยในการดำเนินกิจกรรมจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลอง ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำกลุ่มบำบัดและผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมต่างๆ ในการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม รายละเอียดของเครื่องมืออย่างชัดเจนก่อนดำเนินการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อเข้าใจบทบาทตนเองได้ชัดเจน

## 2. ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมแบบกลุ่ม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นกลุ่มละ 10 คนและครอบครัว โดยกลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้า และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในภาคบ่าย โดยการสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 3 สัปดาห์

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับเมื่อไปรับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ได้แก่ 1) กิจกรรมการดูแลทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยาตามแผนการรักษา การเตรียมตรวจต่างๆ 2) กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ คือ การสร้างสัมพันธภาพ การทำกิจกรรมบำบัดต่างๆ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค การวางแผนจำหน่าย การให้คำแนะนำทางสุขภาพ การให้คำปรึกษาครอบครัวตามปัญหาและความต้องการของแต่ละรายครอบครัว

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมแบบรายกลุ่มครอบครัว ตามวัน เวลา สถานที่ที่กำหนดไว้

**ตารางที่ 3** กำหนดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมแบบรายกลุ่มครอบครัว แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

วันเดือนปี	เวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 3 ตุลาคม 2558 (กลุ่มที่ 1) (กลุ่มที่ 2)  (กลุ่มที่ 1) (กลุ่มที่ 2)	09.00-10.00น. 13.00-14.00น.  10.15-11.15น. 14.15-15.15น.	<b>ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือและการค้นหาสภาพการณ์จริง</b> <u>กิจกรรมที่ 1</u> สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว และค้นหาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา <b>ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์</b> <u>กิจกรรมที่ 2</u> การอภิปรายกลุ่มครอบครัวเรื่องสาเหตุและผลที่เกิดจากการดื่มสุรา
สัปดาห์ที่ 2 10 ตุลาคม 2558 (กลุ่มที่ 1) (กลุ่มที่ 2) (กลุ่มที่ 1) (กลุ่มที่ 2)	09.00-10.00น. 13.00-14.00น. 10.15-11.15น. 14.15-15.15น.	<b>ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนเอื้ออำนวย ข้อมูลความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร</b> <u>กิจกรรมที่ 3</u> การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สุราและผลที่เกิดจากการดื่มสุรา <u>กิจกรรมที่ 4</u> ฝึกทักษะการจัดการความเครียดร่วมกับครอบครัว
สัปดาห์ที่ 3 17 ตุลาคม 2558 (กลุ่มที่ 1) (กลุ่มที่ 2) (กลุ่มที่ 1) (กลุ่มที่ 2)	09.00 -10.00น. 13.00-14.00น. 10.15 -11.15น. 14.15-15.15น.	<b>ขั้นตอนที่ 4 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง และคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ</b> <u>กิจกรรมที่ 5</u> การฝึกทักษะการปฏิเสธ พัฒนาทักษะการสื่อสารทางบวกภายในครอบครัว <u>กิจกรรมที่ 6</u> การสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา
สัปดาห์ที่ 7		<b>ประเมินผล</b>



## สัปดาห์ที่ 1 ชั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและการค้นหาสภาพการณ์จริง

### กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวและค้นหาสถานการณ์จริง

สถานที่ ห้องทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้ป่วยใน ตึกรสสุคนธ์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัว (รายกลุ่มครอบครัว)

ระยะเวลา 60 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U ให้สมาชิกเลือกนั่งได้ตามอัธยาศัย ผู้นำกลุ่มจะนั่งด้านหน้า และผู้ช่วยนั่งสลับอยู่กับสมาชิกในกลุ่ม

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวแต่ละครอบครัวได้รู้จักกันและกัน มีความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยตนเองและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม เกิดสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม

2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวสามารถค้นหาและประเมินและระบุสภาพปัญหาการดื่มสุราได้ตามความเป็นจริง และเข้าใจถึงสาเหตุที่นำไปสู่การดื่มสุราของผู้ป่วย

3. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพและรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ตระหนักถึงบทบาทของตนเองและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการดื่มสุราของสมาชิกในครอบครัว

4. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นและสาเหตุของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเองที่บกพร่องและรับรู้ต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราตรงตามสภาพที่เป็นจริง

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในกลุ่มมีความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยตนเองและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม เกิดสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม

2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองได้ และสามารถค้นหาและประเมินและระบุสภาพปัญหาการดื่มสุราได้ตามความเป็นจริง และบอกสาเหตุที่นำไปสู่การดื่มสุราของผู้ป่วยได้

3. สามารถบอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมได้

4. ครอบครัวมีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพและรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ตระหนักถึงบทบาทของตนเอง และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการดื่มสุราของสมาชิกในครอบครัว

## สาระสำคัญ

เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจเข้าร่วมกิจกรรม เป็นการสร้างความคุ้นเคย ให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม การสร้างสัมพันธ์ภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตัว ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนเอง เป็นการประเมินมุมมองที่ผู้ป่วยมีต่อภาวะสุขภาพ เกิดความเข้าใจในตนเอง และพัฒนาบทบาทโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สามารถค้นหาและประเมินสภาพปัญหาได้ตามความเป็นจริง สนับสนุนและส่งเสริมให้รู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเองโดยผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วย ส่วนการประเมินแหล่งพลังอำนาจทำให้ทราบว่าปัญหาการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างไร รวบรวมแหล่งพลังอำนาจโดยใช้แบบรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจ 7 ด้าน เพื่อการวินิจฉัยพลังอำนาจจะทำให้ทราบว่าปัญหาในการดำเนินชีวิตของตนเองเป็นอย่างไร แหล่งพลังอำนาจด้านใดบกพร่องและปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขตามลำดับเหตุการณ์ใดที่เป็นปัญหาต่อการเจ็บป่วยและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเป็นการส่งเสริม อัทมโนทัศน์เชิงบวกในการใช้ศักยภาพความสามารถของตนเอง ส่งผลต่อการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา

## สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. พิวเจอร์บอร์ดแสดงถึงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม
2. ใบงานที่ 1/1 การค้นหาสถานการณ์จริง (สำหรับผู้ป่วย)
3. ใบงานที่ 1/2 การค้นหาสถานการณ์จริง (สำหรับครอบครัว)
4. ใบงานที่ 2 แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย
5. ใบงานที่ 3 ปัญหาในการดำเนินชีวิต
6. ป้ายชื่อสำหรับสมาชิก ดินสอ/ปากกา

## กิจกรรม ประกอบด้วย 3 ระยะ

ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ ( ใช้เวลา 10 นาที )

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพโดยการตั้งคำถามเพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคยและสร้างความไว้วางใจ เช่น “ วันนี้เป็นอย่างไรกันบ้างคะ ” “ การเดินทางมาสะดวกหรือไม่คะ ” “ วันนี้ ดิฉันรู้สึกยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้มาเป็นผู้นำกลุ่ม และขอต้อนรับสมาชิกทุกท่านเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ”
2. จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเองและบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำกลุ่ม จากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มได้กล่าวแนะนำตนเอง พร้อมติดป้ายชื่อ ที่เตรียมไว้ให้ เพื่อสร้างความคุ้นเคยและให้สมาชิกภายในกลุ่มได้ทำความรู้จักกัน

3. ผู้วิจัยกล่าวชี้แจงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ในแต่ละกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ

ระยะดำเนินการ ( ใช้เวลา 40 นาที )

4. ผู้วิจัยให้สมาชิกผู้ป่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุราของตนเองและครอบครัวร่วมแสดงความคิดเห็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นและผู้วิจัยสรุปประเด็น (10 นาที)

5. จากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกแบ่งกลุ่มๆละ 4-5 ครอบครัว ค้นหาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ดื่มสุราของตนเอง โดยผู้วิจัยแจกใบงานให้สมาชิกแต่ละคน (ใบงานที่ 1/1,1/2) แล้วให้สมาชิกเขียนแสดงความคิดเห็นตามใบงานที่ 1 /1 สำหรับผู้ป่วย ใบงานที่ 1/2 สำหรับครอบครัว (10นาที)

6. ให้สมาชิกอ่านข้อความของตนเองจนครบทุกคน แล้วให้สมาชิกแต่ละกลุ่มอภิปรายร่วมกันเตรียมตัวแทนนำเสนอในกลุ่มใหญ่ (10นาที)

7. ให้ตัวแทนกลุ่ม นำเสนอข้อสรุปต่อกลุ่มใหญ่ และผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปราย โดยผู้ช่วยวิจัยจัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปราย

8. ผู้วิจัยสอบถามความคิดเห็นจากสมาชิกกลุ่มถึงการยอมรับซึ่งกันและกัน เปิดโอกาสให้ทั้ง 2 กลุ่ม อภิปรายในประเด็นที่ขัดแย้ง

9. ผู้วิจัยแจก ใบงานที่ 2 แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ ให้สมาชิกผู้ป่วยประเมินแหล่งพลังอำนาจของตนเองและอภิปรายร่วมกันถึงแหล่งพลังอำนาจที่บกพร่องโดยผู้ช่วยวิจัยจัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปราย (10 นาที)

10. ให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมที่ดื่มสุราของผู้ป่วยในใบงานที่ 3 ปัญหาในการดำเนินชีวิต เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยในกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ร่วมหรือประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน ในประเด็น “ชอบหรือไม่ชอบอย่างไร” “การแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา” “ผลที่ได้รับเป็นอย่างไร” ผู้ช่วยผู้วิจัยบันทึกใน Flip chart

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ( ใช้เวลา 10 นาที )

11. ผู้วิจัยสรุปประเด็น ปัญหา/สถานการณ์ที่เป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตที่เกิดจากพฤติกรรมที่ดื่มสุราของผู้ป่วย จัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา และแจ้งเวลานัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมต่อไป

## การประเมินผล

การประเมินผลกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวและค้นหาสถานการณ์จริงจากการสังเกตพฤติกรรมสมาชิกพบว่าผ่อนคลาย ไม่เคร่งเครียดมาก มีความสนใจและตั้งใจของสมาชิก มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความรู้สึกไว้วางใจ สมาชิกสามารถพูดคุยเปิดเผยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยและครอบครัวอื่นได้ตามสภาพการณ์จริง แสดงออกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุรา เกิดการเรียนรู้ปัญหาว่าไม่ได้เกิดกับตนเพียงคนเดียว สามารถค้นหาและประเมินสภาพปัญหาได้ตามความเป็นจริง การสร้างความหวังและแรงจูงใจทำให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม และบอกแหล่งพลังอำนาจที่บกพร่องและจัดลำดับความสำคัญของแหล่งพลังอำนาจที่ต้องได้รับการแก้ไข

### สัปดาห์ที่ 1 ชั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์

#### กิจกรรมที่ 2 การอภิปรายกลุ่มครอบครัวเรื่องสาเหตุและผลที่เกิดจากการดื่มสุรา

สถานที่ ห้องทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้ป่วยใน ตึกรสสุคนธ์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัว (รายกลุ่มครอบครัว)

ระยะเวลา 60 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกรับเป็นรูปตัว U ให้สมาชิกเลือกนั่งได้ตามอัธยาศัย ผู้นำกลุ่มจะนั่งด้านหน้าและผู้ช่วยนั่งสลับอยู่กับสมาชิกในกลุ่ม

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวได้เข้าใจ ยอมรับสถานการณ์ สามารถวางแผนการจัดการกับปัญหาและกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติตัวเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราที่เป็นไปได้ตามสภาพความเป็นจริง

2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวรับรู้บทบาทของตนเองในการจัดการกับปัญหาจากสาเหตุของพฤติกรรมการดื่มสุรา

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวรับรู้สภาพการณ์การเจ็บป่วย ได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวยอมรับสภาพการที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพความเป็นจริง เกิดความต้องการที่จะจัดการแก้ไขปัญหา หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ค้นหา แสวงหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา

3. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวสามารถเลือกและตัดสินใจในการจัดการกับปัญหา และแสดงความมั่นใจที่จะตัดสินใจจัดการกับปัญหา

### สาระสำคัญ

การสะท้อนคิดเป็นการให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวฝึกทักษะค้นหาปัญหาและ ทบทวนเหตุการณ์รอบด้านที่เป็นปัญหาของการดื่มสุรา เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและ ครอบครัวพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา รวมถึงการช่วยให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และ สภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพความเป็นจริง ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา สะท้อนคิดผ่านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ การรับรู้ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม รวมทั้ง ปัจจัยตัวกระตุ้นต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็น ความสำคัญของปัญหาเข้าใจ และครอบครัวรับรู้บทบาทของตนเองที่จะแสวงหาทางเลือกของวิธีการ แก้ปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ รวมทั้งแสวงหาข้อมูลความรู้และการดูแลตนเองจากเหตุการณ์ต่างๆที่ เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง การให้ข้อมูลแนวทางแก้ไขปัญหาการดื่มสุราเพื่อการตัดสินใจ และจัดการ เกี่ยวกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม การฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลได้ พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้กลับมามองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้น ทั้งหมดในมุมมองต่าง ๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน ตระหนักถึงความเข้มแข็ง ความสามารถ เกิด ความรู้สึกมั่นใจในความสามารถ การตัดสินใจ และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ดินสอ/ปากกา
2. ใบงานที่ 4 “ขั้นตอนการแก้ไขปัญหา”
3. ผลคะแนนประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา AUDIT
4. กระดาษรูปหัวใจสีแดง

### กิจกรรม ประกอบด้วย 3 ระยะ

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ( ใช้เวลา 10 นาที )

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยสร้างสัมพันธภาพในเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างบรรยากาศให้ ผ่อนคลาย

2. ผู้วิจัยสรุปปัญหาที่เป็นสาเหตุของการบกพร่องของแหล่งพลังอำนาจในกิจกรรมที่ 2 และ ให้สมาชิกร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น บอกวัตถุประสงค์และระยะเวลาทำกลุ่ม

ระยะดำเนินการ ( ใช้เวลา 40 นาที )

3. ผู้วิจัยแจ้งผลคะแนนประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา AUDIT ของผู้ป่วยจิตเภทและอธิบาย กลุ่มเสี่ยงของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวประเมินปัญหาตามกลุ่มคะแนนความ เสี่ยงของปัญหาการดื่มสุรา

4. ผู้วิจัยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุราของสมาชิกแต่ละครอบครัว และวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้สมาชิกเกิดการสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ โดยการอภิปรายกลุ่มครอบครัวเรื่อง "สาเหตุและผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา" ใช้เวลา 15-20 นาที โดยผู้ช่วยวิจัยจดบันทึกประเด็น และผู้วิจัยเป็นผู้สรุปประเด็นการอภิปรายและ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย

5. แจกใบงานที่ 4 ให้สมาชิกดำเนินการฝึกการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ (ใช้เวลา 10 นาที) และให้ผู้ช่วยแต่ละคนนำเสนอ เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็น โดยเน้นให้เห็นผลทางบวก สร้างบรรยากาศในการให้กำลังใจภายในกลุ่มครอบครัว กระตุ้นให้เกิดข้อความจูงใจ โดยใช้ประโยค "คุณคิดหรือรู้สึกอย่างไรในวิธีการเลือกและตัดสินใจแก้ไขปัญหาค้างนี้..โดยใช้คำถามปลายเปิด (ใบงานที่ 4) "ขั้นตอนการแก้ไขปัญหา"

ปัญหา/สถานการณ์

*"ทะเลาะกันกับเมีย เพราะกินเหล้า ไม่กินยา"*

สาเหตุของปัญหา

*"ไปกินเหล้ากับเพื่อน แล้วเมามาทุกครั้ง เข้ามาไปทำงานรับจ้างไม่ได้"*

ค้นหาทางเลือกเพื่อลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา แต่ละทางเลือกมีข้อดีข้อเสียอย่างไร

*"เลิกคบเพื่อนกลุ่มนี้เพราะชวนกินแต่เหล้า ตั้งใจเลิกเพื่อภรรยา"*

*"ข้อเสีย กลัวเพื่อนโกรธ"*

ข้อเสียที่มีพหุทางแก้ไขได้หรือไม่

*"แก้ไขได้ ถ้า รู้วิธีการปฏิเสธเพื่อน แต่เกรงใจไม่กล้าปฏิเสธ"*

คุณและครอบครัวเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาโดยวิธี พร้อมทั้งแสดงเหตุผล

*"รู้จักวิธีการปฏิเสธเพื่อน ไม่ไปก็ไม่ได้กิน กินเหล้าคนเดียวมันไม่สนุก"*

6. ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ช่วยเกิดพลัง กระตุ้นให้เกิดพลังจูงใจในการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และนำวิธีการไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยแจกกระดาษรูปหัวใจสีแดงโดยใช้ประโยค "นี่คือสัญญาของฉัน.." ให้ผู้ช่วยแต่ละคนและครอบครัวเขียนและพูดข้อความของตนเอง และสร้างบรรยากาศการให้กำลังใจภายในครอบครัว

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ( ใช้เวลา 10 นาที )

7. ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ เปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึกในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ และนัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

#### ประเมินผล

ผู้ช่วยจิตแพทย์ที่ใช่สุราและครอบครัวรับรู้สภาพการณ์การเจ็บป่วยจากการดื่มสุรา และได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกครอบครัวอื่น ๆ ที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน เกิดการยอมรับ

สภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพความเป็นจริง เกิดความต้องการที่จะจัดการแก้ไขปัญหาการดื่มสุรา หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่ม ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวร่วมกันค้นหา แสวงหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหามาสามารถเลือกและตัดสินใจในการจัดการกับปัญหา และแสดงความมั่นใจที่จะตัดสินใจจัดการกับปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยได้

### สัปดาห์ที่ 2 ชั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนเอื้ออำนวย ข้อมูลความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร

#### กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สุรา สาเหตุและผลที่เกิดจากการดื่มสุรา

สถานที่ ห้องทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้ป่วยใน ตีกรสสุคนธ์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัว ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน

ระยะเวลา 60 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U ให้สมาชิกเลือกนั่งได้ตามอัธยาศัย ผู้นำกลุ่มจะนั่งด้านหน้า และผู้ช่วยนั่งสลับอยู่กับสมาชิกในกลุ่ม

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวเกิดความตระหนักถึงปัญหา มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท และผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุราที่มีต่อการเจ็บป่วยของตนเอง บอกความต้องการ ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของแผนการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดพลังอำนาจในตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และสามารถวางแผนจัดการเกี่ยวกับอาการของโรคจิตเภทที่เกิดกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสวงหาการรักษาพยาบาลและดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวบอกเกี่ยวกับโรคจิตเภท เช่น สาเหตุ อาการ การปฏิบัติตน การใช้ยา และวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวบอกผลกระทบ และความรุนแรงของโรคจิตเภทที่เกิดจากการดื่มสุราที่เกิดกับผู้ป่วยและครอบครัว และบอกวิธีการดูแลเพื่อจัดการกับปัญหาการดื่มสุราที่เกิดขึ้นได้
3. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวทราบแหล่งสนับสนุนเมื่อมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

## สาระสำคัญ

การให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวสามารถคาดการณ์สถานการณ์ การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคได้ มีการตัดสินใจที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติและส่งเสริมความสามารถในการเลือกและตัดสินใจในการดูแลตนเองและผู้ป่วย ทั้งยังเป็นการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเองและครอบครัวมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบ เป็นการพัฒนาบทบาทครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น และร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท จะเป็นการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท ในเรื่องความหมายของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรค การใช้ยาต้านโรคจิต และการจัดการอาการข้างเคียงจากยาได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และยอมรับกับปัญหาของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตระหนักถึงบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับอาการของโรค ทราบว่าจะจัดการกับอาการกำเริบของโรคจิตเภทนั้นอย่างไร การให้ความรู้เกี่ยวกับสุรา จะเป็นการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับสุรา และผลกระทบจากการใช้สุราที่มีต่อสมอง ร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งผลเสียด้านต่างๆที่เกิดขึ้นจากการใช้สุรา ผลกระทบจากการใช้สุราต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภท เช่น อาการกำเริบ ความบกพร่องในด้านหน้าที่การงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว/ชุมชน วิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

## สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1 “โรคจิตเภท สุราและผลจากพฤติกรรมการดื่มสุรา”
2. ใบงานที่ 5 “สาเหตุ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจิตเภทจากการดื่มสุรา”
3. ใบความรู้ที่ 2 “สุราและผลกระทบต่อสมอง ร่างกายและจิตใจ”

## กิจกรรม ประกอบด้วย 3 ระยะ

ระยะสร้างสร้างสัมพันธ์ภาพ ( ใช้เวลา 10 นาที )

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพโดยการตั้งคำถามเพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคยและสร้างความไว้วางใจ เช่น “ วันนี้เป็นอย่างไรกันบ้างคะ ” “ การเดินทางมาสะดวกหรือไม่คะ ” และขอต้อนรับสมาชิกทุกท่านเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้

2. ผู้วิจัยกล่าวชี้แจงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ

ระยะดำเนินการ ( ใช้เวลา 40 นาที )



3. ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับการดื่มสุราส่งผลต่อโรคจิตเภทอย่างไร โดยเกริ่นถามกับสมาชิกในกลุ่มว่า “ สมาชิกในกลุ่มทราบกันหรือไม่คะ ว่าโรคจิตเภท คือ อะไร มีสาเหตุเกิดจากอะไร และเมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภทแล้วเราจะมีวิธีการรักษา และการปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค ” และให้สมาชิกได้ตอบคำถามอย่างคร่าวพร้อมกันในกลุ่มก่อน

4. จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยกันโดยให้สมาชิกแบ่งกลุ่มกัน กลุ่มละ 4-5 ครอบครัวพูดคุยกันในประเด็นสาเหตุ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจิตเภทที่เกิดจากการดื่มสุรา พร้อมแจกใบงานที่ 5 หลังจากนั้นให้ส่งตัวแทน 1 กลุ่ม นำเสนอผลการสนทนาภายในกลุ่ม

5. ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมตามใบความรู้ที่ 1 โรคจิตเภท สุราและผลจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเพื่อให้สมาชิกมีความรู้เข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้นจากเดิม

6. จากนั้นผู้วิจัยกล่าวนำเข้าสู่เรื่อง สุราและผลกระทบต่อสมอง ร่างกายและจิตใจ โดยเกริ่นถามกับสมาชิกในกลุ่มว่า”สุรามีผลกระทบต่อสมอง ร่างกายและจิตใจอย่างไร”และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประเด็น

7. ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่อง สุราและผลกระทบต่อสมอง ร่างกายและจิตใจ ตามใบความรู้ที่ 2 เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้นจากเดิม

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (ใช้เวลา 10 นาที)

8. เมื่อผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เพิ่มเติมจบ เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยและทำความเข้าใจเนื้อหาให้เข้าใจตรงกันและร่วมกันสรุป โดยให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันกล่าวสรุปและหลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปเสริมในส่วนที่ขาด

9. ให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการเรียนรู้ในครั้งนี้

10. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบอกความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและอาการแสดง การจัดการกับอาการกำเริบ การใช้ยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาเบื้องต้น รวมทั้งบอกถึงผลกระทบจากการดื่มสุราและความรุนแรงของโรคจิตเภทที่เกิดจากการดื่มสุราขึ้นกับตนเอง และครอบครัว และบอกวิธีการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับปัญหาการดื่มสุราที่เกิดขึ้น และแสดงถึงการนำความรู้ดังกล่าวมาประเมินหรือเทียบเคียงกับตนเองได้ แสดงถึงความรู้สึกมีพลัง

#### กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการความเครียดร่วมกับครอบครัว

สถานที่ ห้องทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้ป่วยใน ตึกรสสุคนธ์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัว ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน

ระยะเวลา 60 นาที

**รูปแบบ** ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U ให้สมาชิกเลือกนั่งได้ตามอัธยาศัย ผู้นำกลุ่มจะนั่งด้านหน้า และผู้ช่วยนั่งสลับอยู่กับสมาชิกในกลุ่ม

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และผลของความเครียดที่เกิดขึ้นต่อร่างกายและจิตใจ ครอบครัวสามารถแนะนำในการประเมินสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นและสอนวิธีการจัดการกับภาวะอารมณ์ความเครียดที่เพิ่มความเสี่ยงหรือกระตุ้นการใช้สุรา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความเครียด ครอบครัวแนะนำและสอนวิธีการผ่อนคลายความเครียดอย่างเหมาะสมด้วยเทคนิคต่างๆ และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวทราบแหล่งสนับสนุนเมื่อมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัว บอกถึงสาเหตุ อาการ และผลของความเครียดที่เกิดขึ้นต่อร่างกายและจิตใจและทราบแนวทางการจัดการความเครียดได้
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวสามารถเลือกใช้วิธีการคลายเครียดที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้ในชีวิตประจำวันได้
3. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวมีทักษะในการฝึกผ่อนคลายความเครียดอย่างง่ายได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกการหายใจ

### สาระสำคัญ

การให้ความรู้เรื่องความเครียด และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดในสถานการณ์และอารมณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการดื่มสุราที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการใช้สุรา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม รับรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น โดยการให้ความรู้และทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกาย และความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพร่างกาย และจิตใจ เรียนรู้ทักษะการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง

การฝึกปฏิบัติทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยฝึกการเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกหายใจ การนวดผ่อนคลาย ซึ่งเป็นการผ่อนคลายความเครียดด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการผ่อนคลายจนความตึงเครียดที่ประสพอยู่น้อยลง เนื่องจากทำให้ร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในภาวะผ่อนคลาย สงบและมีสมาธิช่วยให้มีความคิดอ่านที่จะดำเนินการสิ่งต่างๆ ได้ดี ส่งผลให้การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น ส่วนครอบครัวมีส่วนร่วมใน

การดูแลผู้ป่วย สามารถแนะนำผู้ป่วยในการประเมินสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นและสอนวิธีการผ่อนคลายความเครียดอย่างเหมาะสมได้

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. เครื่องเสียง, CD เพลง ดั่งดอกไม้บาน
2. ใบความรู้ที่ 3 “ความเครียดและการจัดการความเครียด”
3. ใบความรู้ที่ 4 “การผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง” (สื่อโปสเตอร์)
3. ใบงานที่ 6 “ความเครียดและการจัดการความเครียด”

### กิจกรรม ประกอบด้วย 3 ระยะ

ระยะสร้างสัมพันธภาพ (ใช้เวลา 10 นาที)

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก และสนทนาในเรื่องทั่วไปหลังจากนั้นนำเข้าสู่กระบวนการกลุ่มนำเสนอเรื่องการจัดการความเครียด โดยถามคำถามปลายเปิดถึงประสบการณ์ที่เคยทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกเครียด และสอบถามถึงความหมาย อาการของความเครียดตามความเข้าใจของสมาชิก 2-3คน

ระยะดำเนินการ (ใช้เวลา 40 นาที)

2. ผู้วิจัยแจกใบความรู้ที่ 3 ความเครียดและการจัดการความเครียด พร้อมให้ความรู้แก่สมาชิกโดยสรุปสาระสำคัญตามใบความรู้ที่ 3

3. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหลังจบการให้ความรู้เรื่องความเครียดและการจัดการความเครียด

4. จากนั้นให้สมาชิกทุกคนยืนขึ้นเป็นวงกลม และหันหน้าไปทางเดียวกัน (ด้านซ้ายมือ) ให้ยกมือทั้ง 2 ข้างขึ้นมา และวางไว้บนไหล่คนที่ยืนอยู่ข้างหน้า ผู้วิจัยเปิดเพลงประกอบชื่อเพลง “ดั่งดอกไม้บาน” และอธิบายว่า “ให้ทุกคนหลับตา พร้อมทั้งนวดไหล่คนที่ยืนอยู่ข้างหน้า นวดเพื่อให้ผ่อนคลาย ให้ความสุขสบายกับคนที่ยืนอยู่ข้างหน้า”( 5 นาที) จากนั้นให้กลับมานั่งที่เดิม และสอบถามความรู้สึกหลังได้ผ่อนคลายด้วยการนวดไหล่ จากนั้นกล่าวนำเข้าสู่ขั้นตอนต่อไป

5. ผู้วิจัยให้ความรู้ตามใบความรู้ที่ 4 การผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง และให้สมาชิกทุกคนฝึกทักษะต่างๆที่ละทักษะเพื่อการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง โดยการฝึกเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ

6. หลังจากฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้รับจากการฝึกปฏิบัติมาปรับใช้กับชีวิตประจำวันได้อย่างไร โดยแจกใบงานที่ 6 “ความเครียดและการจัดการความเครียด” และร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แตกต่างกัน สรุปประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรม

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ( ใช้เวลา 10 นาที )

7. ผู้วิจัยสรุปผลจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชมเชยในความสามารถและศักยภาพของสมาชิกทุกคนและให้คำแนะนำเทคนิควิธีการของสมาชิกในกลุ่มที่แตกต่างจากตนเองไปปฏิบัติใช้

#### ประเมินผล

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวสามารถบอกวิธีการการผ่อนคลายความเครียดได้ บอกถึงสาเหตุ อาการ และผลของความเครียดที่เกิดขึ้นต่อร่างกายและจิตใจ สามารถเลือกใช้วิธีการคลายเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้ มีทักษะในการฝึกผ่อนคลายความเครียดอย่างง่ายได้อย่างถูกต้องและวางแผนในการจัดการในอนาคตได้

#### ลำดับที่ 3 ขั้นตอนที่ 4 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ

##### กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการปฏิเสธ พัฒนาทักษะการสื่อสารทางบวกภายในครอบครัว

สถานที่ ห้องทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้ป่วยใน ตึกรสสุคนธ์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัว ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน

ระยะเวลา 60 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกร่วมเป็นรูปตัว U ให้สมาชิกเลือกนั่งได้ตามอัธยาศัย ผู้นำกลุ่มจะนั่งด้านหน้าและผู้ช่วยนั่งสลับอยู่กับสมาชิกในกลุ่ม

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรามีความรู้ ความเข้าใจในหลักการปฏิเสธ เพิ่มทักษะในการปฏิเสธการดื่มสุรา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวมีความเข้าใจในรูปแบบของการสื่อสารที่ดีภายในครอบครัว และพัฒนาทักษะการสื่อสารทางบวกระหว่างสมาชิกในครอบครัว และมีความมั่นใจเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวนำแนวทางการสื่อสารทางบวกไปใช้ในชีวิตประจำวันสามารถสื่อสารได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวมีความรู้ มีความมั่นใจและกล้าแสดงออกในการปฏิเสธการดื่มสุรามากขึ้น
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวสามารถสื่อสาร ปรับเปลี่ยนสถานการณ์ที่ไม่ดีในครอบครัวให้เปลี่ยนไปในทางที่ดีได้

#### สาระสำคัญ

เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะ รวมถึงแรงจูงใจก็จะเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง ดำเนินการแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมกรดื่มสุรา ตัดสินใจเลือกวิธี

ปฏิบัติที่เหมาะสมที่สุด เมื่อผู้ป่วยและครอบครัว รับรู้และตระหนักถึงความสามารถของตนในการจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้แล้ว ก็จะกระทำกิจกรรมนั้นไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ โดยครอบครัวการมีส่วนร่วมของในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว ครอบครัวจะช่วยสนับสนุนหรือฟื้นฟูผู้ติดสุราที่ได้รับผลกระทบ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และฟื้นฟูสุขภาพ ในการดูแลฟื้นฟูสมาชิกที่มีการเจ็บป่วยให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วย

การฝึกทักษะการปฏิเสธ เป็นการให้ความรู้ในการพัฒนาทักษะการปฏิเสธ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะในการปฏิเสธการดื่มสุรา ในการกลับไปดำเนินชีวิตของบุคคลที่บ้าน จะต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่อาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำ ซึ่งการฝึกทักษะการปฏิเสธนี้เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรามีความสามารถในการปฏิเสธ มีการฝึกฝนโดยใช้บทบาทสมมุติทั้งการใช้ภาษาท่าทางและภาษาพูดในการปฏิเสธการดื่มสุรา หลังสิ้นสุดการแสดงบทบาทสมมุติ จะให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวให้การช่วยเหลือแนะนำผู้ป่วยในการปฏิเสธ สนับสนุนให้กำลังใจในการปฏิเสธสุรา ร่วมแสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับบทบาทที่แสดงได้ดีและบทบาทที่ควรปรับปรุง ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีทักษะการปฏิเสธที่ดีและมีการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้ป่วยมั่นใจและกล้าแสดงออกในการปฏิเสธมากขึ้น และถ้าผู้ป่วยยอมรับข้อเสนอแนะของผู้อื่นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติและเกิดความมั่นใจที่จะปฏิเสธการดื่มสุรา (Hester, 2003)

การพัฒนาทักษะการสื่อสารทางบวกภายในครอบครัว ประเมินความสามารถของครอบครัวในการแสดงออกทางการสื่อสาร แนวทางพัฒนาทักษะการสื่อสารในครอบครัว เรื่องการพูดแสดงความรู้สึกในทางบวก การร้องขอในเชิงบวก การประนีประนอม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีการฝึกการแลกเปลี่ยนการพูดคุยสื่อสารกันในทางบวก ส่งเสริมการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว โดยมีประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว มีการฝึกทักษะการสื่อสารให้ครอบครัวและผู้ป่วยได้มีการสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่กระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว มีการแสดงบทบาทสมมุติ จำลองสถานการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันฝึกทักษะที่เหมาะสม

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ดินสอ/ปากกา
2. ใบความรู้ที่ 5 “หลักการปฏิเสธ”
3. ใบงานที่ 7 “การฝึกทักษะการปฏิเสธ”
4. ใบงานที่ 8 “การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์”
5. ใบความรู้ที่ 6 “การสื่อสารทางสร้างสรรค์”
6. ใบงานที่ 9 “การสื่อสารเชิงบวก”

## 7. ในความรู้ที่ 7 “การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการติ่มซ้ำ”

### กิจกรรม ประกอบด้วย 3 ระยะเวลา

ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ ( ใช้เวลา 10 นาที )

1. ผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยด้วยการกล่าวทักทาย แนะนำตัว พร้อมกับอธิบายวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ดังนี้ “สวัสดีค่ะ วันนี้เป็นกิจกรรมกลุ่มที่เน้นสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องทักษะการปฏิเสธ และการสื่อสารทางบวกภายในครอบครัวแก่สมาชิก เพื่อให้เกิดความเข้าใจในตัวผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน โดยจะใช้เวลา 60 นาที ในการทำกิจกรรม” สมาชิกบอกกติกาการอยู่ร่วมกลุ่ม

2. ผู้วิจัยกล่าวทบทวนจากการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ผ่านมา ว่าได้นำความรู้ไปใช้ประโยชน์อย่างไรบ้าง และให้สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็น กล่าวคำชมเชยเมื่อให้ความร่วมมือ

ระยะดำเนินการ (ใช้เวลา 45 นาที)

3. จากนั้นผู้วิจัยอธิบายถึงความสำคัญของการปฏิเสธการติ่มสุรา และผู้วิจัยให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับหลักการปฏิเสธการติ่มสุรา ตามใบความรู้ที่ 5 ซึ่งประกอบด้วย การแสดงคำพูดปฏิเสธคำชวน

4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการปฏิเสธในสถานการณ์ต่างๆ โดยสร้างเหตุการณ์สมมติให้ผู้ป่วยจินตภาพได้ฝึกทักษะการปฏิเสธ โดยให้แบ่งกลุ่มๆละ 4-5 คน และทบทวนถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ติ่มสุรา แล้วผลัดกันฝึกปฏิเสธในเหตุการณ์ดังกล่าว ตามใบงานที่ 7 “การฝึกทักษะการปฏิเสธ” โดยครอบครัวร่วมแสดงความคิดเห็น ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับบทบาทที่แสดงได้ดีและบทบาทที่ควรปรับปรุง สนับสนุนให้กำลังใจในการปฏิเสธสุรา และผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมในบางประเด็นที่สำคัญตามสถานการณ์ที่สังเกตได้ในขณะฝึก

5. จากนั้นผู้วิจัยถามคำถาม “ประสบการณ์ของครอบครัวที่เกิดขึ้นในการตอบสนองพฤติกรรมการติ่มสุราของผู้ป่วย” “ความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อสมาชิกครอบครัวแสดงปฏิกิริยาต่างๆต่อตนเอง” นำอธิบายผลกระทบที่เกิดจากการติ่มสุราในผู้ป่วย รวมทั้งปฏิกิริยาในครอบครัวต่อการติ่มสุรา ผู้วิจัยนำประเด็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยเกิดขึ้นมาร่วมอภิปรายในกลุ่ม (10 นาที)

6. ผู้วิจัยนำอภิปรายถึงความหมายของการสื่อสาร แล้วสุ่มถามสมาชิก 2-3 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมตามใบความรู้ที่ 6 การสื่อสารทางสร้างสรรค์

7. ผู้วิจัยให้สมาชิกยกตัวอย่างการสื่อสารในชีวิตประจำวัน โดยสุ่มถามสมาชิก 2-3 คน ผู้ช่วยผู้วิจัยจดประเด็นไว้เพื่อนำไปฝึกในตอนท้ายของกิจกรรม ตามใบงานที่ 8 “การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์”

8. โดยให้แบ่งกลุ่มๆละ 4-5 ครอบครัว ให้แต่ละกลุ่มวิเคราะห์ตัวอย่างการสื่อสารตามบทสนทนาตามใบงานที่ 8 การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์แล้วส่งตัวแทนนำเสนอ

9. ผู้วิจัยสรุปรูปแบบและขั้นตอนการสื่อสารตามใบความรู้ที่ 6 การสื่อสารทางสร้างสรรค์

10. แบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติการสื่อสารทางบวกภายในครอบครัว ตามใบงานที่ 9 “การสื่อสารเชิงบวก” จากนั้นผู้วิจัยสุ่มครอบครัวมา 1 ครอบครัวเพื่อแสดงบทบาทสมมติ (โดยสุ่มเลือกครอบครัวที่เขียนบทสนทนาได้ชัดเจน ตรงประเด็น)

11. หลังจากจบการแสดงบทบาทสมมติ ผู้วิจัยซักถามเรื่องราวที่ได้ดูจากการแสดงบทบาทสมมติและให้สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็น

12. ผู้วิจัยถามสมาชิกในครอบครัวเรื่อง ในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดคุณรู้สึกอย่างไรบ้าง

13. จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้แก่สมาชิกตามใบความรู้ที่ 7 ทบทวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการดื่มซ้ำ

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (ใช้เวลา 5 นาที)

14. นัดเวลาการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย

### ประเมินผล

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา มีความรู้ ความเข้าใจในหลักการปฏิเสธและสามารถปฏิเสธการชักชวนเมื่อเจอกับสถานการณ์เสี่ยงได้ และมีการพัฒนาทักษะการสื่อสารทางบวกภายในครอบครัว และมีความมั่นใจ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

### กิจกรรมที่ 6 การสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา

สถานที่ ห้องทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้ป่วยใน ตึกรสสุคนธ์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัว ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน

ระยะเวลา 60 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U ให้สมาชิกเลือกนั่งได้ตามอัธยาศัย ผู้นำกลุ่มจะนั่งด้านหน้าและผู้ช่วยนั่งสลับอยู่กับสมาชิกในกลุ่ม

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา

2. เพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจและการคงไว้ซึ่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวสามารถบอกแนวทางการลดพฤติกรรมการดื่มสุราไปใช้ในดำเนินชีวิตของตนเองได้

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวบอกถึงความมั่นใจสามารถควบคุมสถานการณ์หรือจัดการกับการดำเนินชีวิตของตนเองได้

## สาระสำคัญ

การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองและการคงไว้ซึ่งพลังอำนาจในการจัดการกับความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนต่างๆ ข้างต้นจนกระทั่งบุคคลรับรู้และตระหนักถึงความสามารถในตนในการจัดการกับปัญหาการดื่มสุราของตนได้ ซึ่งช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ของตนเองด้วยตนเองได้มากขึ้น ตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพเพื่อสุขภาพของตนและบุคคลในความดูแลของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่องอีกด้วย ส่วนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การฝึกปฏิบัติของสมาชิกแต่ละครอบครัว ชี้แนะให้ผู้พวายนำเทคนิควิธีการของสมาชิกในกลุ่มที่แตกต่างจากตนเองไปใช้ในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา สรุปรกิจกรรม ชี้แนะให้เห็นความสำคัญแหล่งพลังอำนาจของตนเอง สอบถามความรู้ที่ได้รับ ความรู้สึกจากการร่วมกิจกรรมและความมั่นใจ แนะนำให้นำความรู้และประสบการณ์ไปใช้ต่อเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

## สื่อการสอน/ อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 10 “ปัญหาการกลับไปดื่มสุราซ้ำ”
2. ใบความรู้ที่ 8 “การป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ”
3. ใบงานที่ 11 “การคงไว้ซึ่งความสามารถ”

## กิจกรรม ประกอบด้วย 3 ระยะเวลา

ระยะสร้างสัมพันธภาพ (ใช้เวลา 10 นาที)

1. ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบว่ากิจกรรมนี้จะเป็นการดำเนินกลุ่มครั้งสุดท้าย กล่าวชื่นชมให้กำลังใจ สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง ผ่อนคลาย

2. ผู้วิจัยพูดคุยและทบทวนถึงปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราของสมาชิก

ระยะดำเนินการ (ใช้เวลา 45 นาที)

3. แจกใบงานที่ 10 “ปัญหาการกลับไปดื่มสุราซ้ำ” ให้ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยกันวิเคราะห์สิ่งที่เป็นสาเหตุที่ทำให้คุณกลับไปดื่มสุราซ้ำคืออะไร คุณจะทำอย่างไร เมื่อรู้สึกถึงสัญญาณเตือนการกลับไปดื่มสุราซ้ำ และส่งตัวแทนกลุ่มนำเสนอต่อกลุ่มใหญ่

4. ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมตามใบความรู้ที่ 8 “การป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ” และเน้นให้สมาชิกเห็นความสำคัญของการลดพฤติกรรมการดื่มสุราโดยการหยุดกระบวนการที่ทำให้เกิดอาการอยาก ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกพูดถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับการแก้ปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยที่ผ่านมา

5. เปิดโอกาสและกระตุ้นให้สมาชิกพูดให้กำลังใจซึ่งกันและกัน



6. ผู้วิจัยให้กำลังใจสมาชิกและส่งเสริมให้มั่นใจในความสามารถของตนเอง สนับสนุนให้สมาชิกรู้ความสามารถที่มีอยู่ไปใช้ในการลด ละ เลิกพฤติกรรมการดื่มสุร ด้วยความมั่นใจ

7. ผู้วิจัยใช้เครื่องมือกำกับการทดลอง ประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา และใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วย สำหรับครอบครัว

8. ผู้วิจัยสรุปผลจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชมเชยในความสามารถและศักยภาพของสมาชิกทุกคนและให้คำแนะนำเทคนิควิธีการของสมาชิกในกลุ่มที่แตกต่างจากตนเองไปปฏิบัติใช้ในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา

9. ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนได้ทบทวนกิจกรรมที่ร่วมทำกันมาทั้งหมด พร้อมแจกใบงานที่ 11 (ใช้เวลา 5 นาที) สรุปประเด็น “ความรู้สึกของตนเองต่อโรคที่เป็นอยู่” “ความเชื่อที่มีต่อตนเอง” “เป้าหมายที่จะทำ” และ “สิ่งที่วางแผนจะทำในอนาคต” เปิดโอกาสให้นำเสนอและร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง

10. ผู้วิจัยสรุปขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในรูปแบบขั้นบันได และเชื่อมโยงกับการดำเนินชีวิตในครอบครัว และชุมชน สร้างความมั่นใจให้กับสมาชิก เน้นการจัดการกับชุดปัญหา มากกว่าการจัดการกับวินิจฉัย ทบทวนคู่มือการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา การแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ทำทนายผู้ป่วยให้มีความกล้าในการเผชิญปัญหา และการมีสัมพันธภาพกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม เปิดโอกาสให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (ใช้เวลา 10 นาที )

11. เปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนพูดถึงความรู้สึกที่เข้าร่วมกิจกรรมครบทั้ง 6 กิจกรรม เปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละครอบครัวให้กำลังใจกันและกัน

12. ผู้วิจัยให้กำลังใจและเชื่อมั่นว่าทุกคนทำได้ และยินดีช่วยเหลือหากมีปัญหาเรื่องการเจ็บป่วย ปัญหาการดื่มสุราและการรักษา และนัดหมายการประเมินผลพฤติกรรมการดื่มสุราอีก 4 สัปดาห์ และปิดกลุ่ม

13. กำกับการทดลองทันที โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราตอบแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจครอบครัวตอบแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วย

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวมีการแสดงออกทาง คำพูด สีหน้า ท่าทาง ซึ่งแสดงถึงความมั่นใจ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุราและการดูแลตนเอง ยอมรับและมีมุมมองต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติและบอกประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมและบอกถึงความรู้สึกความมั่นใจที่จะนำความรู้ที่ได้ไป

ใช้ที่บ้าน มีกำลังใจที่จะปฏิบัติตัวเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราและการแก้ปัญหาที่เกิดจากการใช้สุราได้อย่างถูกต้อง

### การกำกับการทดลอง

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยทำการกำกับการศึกษา โดยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา และครอบครัวตอบแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยทันที แสดงผลการกำกับการศึกษา ดังตารางที่ 4 และตารางที่ 5

**ตารางที่ 4** คะแนนแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรากลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

คนที่	แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา	
	หลังการทดลอง	
	คะแนน	ระดับ
1	90	ดีมาก
2	85	ดี
3	86	ดี
4	85	ดี
5	98	ดีมาก
6	88	ดี
7	83	ดี
8	87	ดี
9	85	ดี
10	82	ดี
11	82	ดี
12	96	ดีมาก
13	84	ดี
14	86	ดี
15	87	ดี
16	86	ดี

คนที่	แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา	
	หลังการทดลอง	
	คะแนน	ระดับ
17	94	ดีมาก
18	86	ดี
19	83	ดี
20	82	ดี
$\bar{X}$ (S.D.)	86.75 (4.54)	

**จากตารางที่ 4** พบว่าคะแนนแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยรายข้ออยู่ระหว่าง 50-86 คะแนน ซึ่งจัดว่าแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราอยู่ในระดับตั้งแต่ปานกลาง ถึง ระดับดี แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยรายข้ออยู่ระหว่าง 82-96 คะแนน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีแหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับดี ถึง ดีมาก ซึ่งถือว่าเป็นไปตามที่กำหนด

**ตารางที่ 5** คะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

คนที่	การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา	
	หลังการทดลอง	
	คะแนน	ระดับ
1	158	มาก
2	158	มาก
3	155	มาก
4	156	มาก
5	155	มาก
6	147	มาก
7	152	มาก
8	155	มาก
9	158	มาก

คนที่	การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา	
	หลังการทดลอง	
	คะแนน	ระดับ
10	152	มาก
11	148	มาก
12	161	มาก
13	163	มาก
14	165	มาก
15	163	มาก
16	167	มาก
17	166	มาก
18	160	มาก
19	160	มาก
20	163	มาก
$\bar{X}$ (S.D.)	158 .10	(5.67)

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยรายข้ออยู่ระหว่าง 97-151 คะแนน ซึ่งจัดว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา อยู่ในระดับปานกลาง ถึง ระดับมาก แต่หลังการทดลองพบว่า คะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยรายข้ออยู่ระหว่าง 147-166 คะแนน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นไปตามที่กำหนด

#### ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการศึกษา (Pre-test) ก่อนการทำกิจกรรม 1-2 วัน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา เพื่อวัดระดับความเสี่ยงของการดื่มสุราของผู้วิจัยจิตเภทที่ใช้สุรา ครอบครัวตอบแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วย

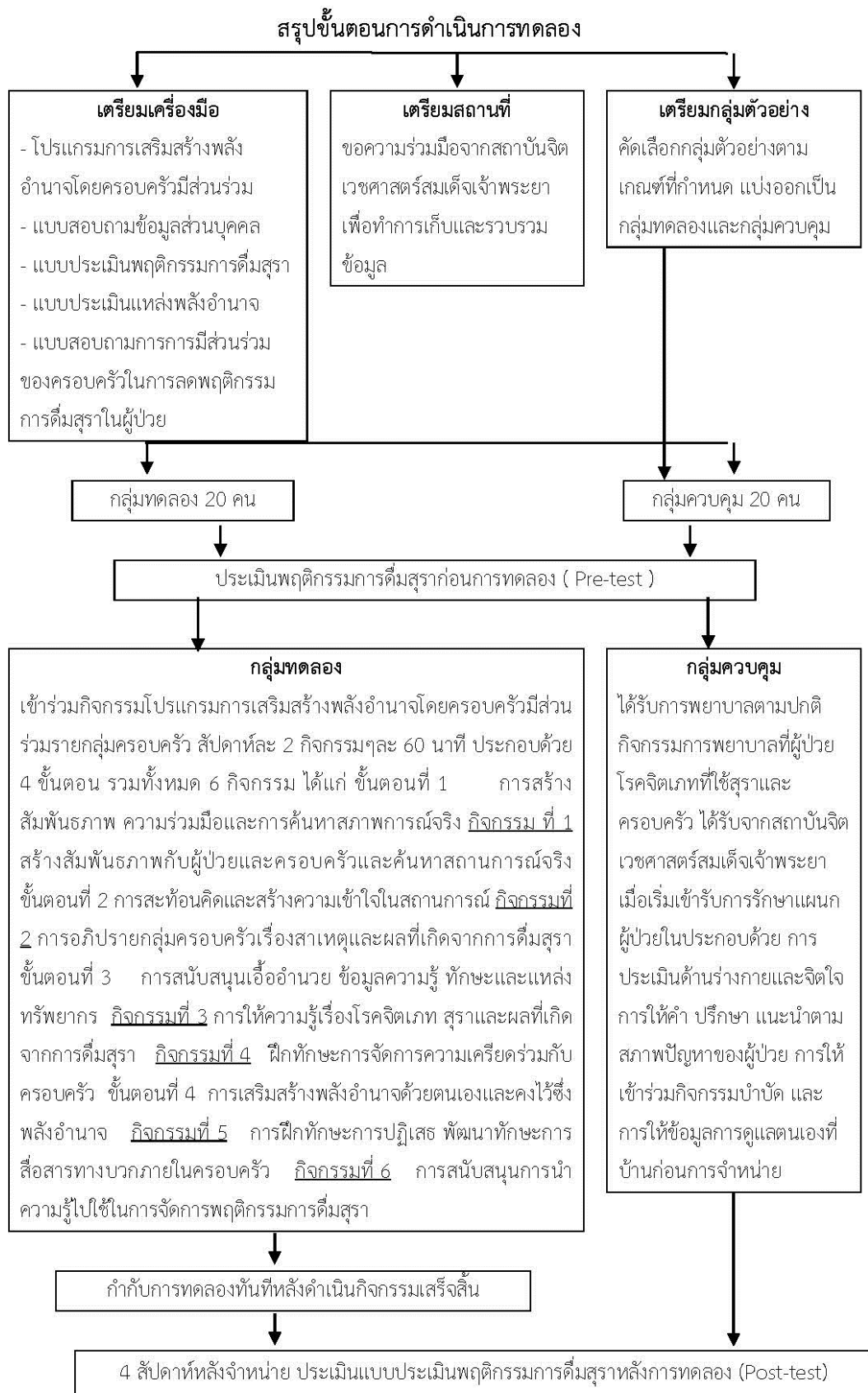
หลังดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 6 กิจกรรม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยทำแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ และครอบครัวตอบแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยทันที ในวันที่ 17 ตุลาคม 2558 และหลังจากนั้นอีก 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการวัดผล

ตัวแปรตาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ ในวันที่ 14 พฤศจิกายน 2558 และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ โดยแจกแจงหาค่าความถี่ ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบ Dependent t-test หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ใช้สถิติทดสอบ Independent t-test หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ( Quasi - Experimental Research ) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา คือ ผู้ป่วยชายที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) และใช้สุราซึ่งรวมถึงการใช้สุราที่เป็นอันตรายและการติดสุรา (F10.1,F10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน และครอบครัว ซึ่งถูกจับคู่ (Matched pair) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในเรื่องของระยะเวลาการเจ็บป่วย และคะแนนประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน โดยเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในช่วงเดือนตุลาคม 2558 โดยมีการวัดผลประเมินคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) ผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 6

ส่วนที่ 2 คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test ) และหลังการทดลอง (Post-test) ดังแสดงในตารางที่ 7

ส่วนที่ 3 คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test ) และหลังการทดลอง (Post-test) ดังแสดงในตารางที่ 8

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังแสดงในตารางที่ 9

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังแสดงในตารางที่ 10

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยครอบครัวมีส่วนร่วม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	Total (n=40)		กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
≤ 30	12	30.0	8	40.0	4	20.0
31-40	17	42.5	6	30.0	11	55.0
> 40	11	27.5	6	30.0	5	25.0
Mean±S.D.	36.55±8.85		35.45 ±9.11		37.65±8.67	
(Min-Max)	(19-55)		(19-52)		(24-55)	
สถานภาพสมรส						
โสด	22	55.0	14	70.0	8	40.0
คู่	10	25.0	3	15.0	7	35.0
หม้าย/หย่า/แยก	8	20.0	3	15.0	5	25.0
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ไม่ได้เข้ารับการศึกษ	2	5.0	2	10.0	-	-
ประถมศึกษา	6	15.0	4	20.0	2	10.0
มัธยมศึกษา	23	57.5	12	60.0	11	55.0
อนุปริญญา	6	15.0	1	5.0	5	25.0
ปริญญาตรี	3	7.5	1	5.0	2	10.0
อาชีพ						
พนักงานบริษัท	6	15.0	3	15.0	3	15.0
รับจ้าง	23	57.5	12	60.0	11	55.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	15.0	3	15.0	3	15.0
อื่นๆ	5	12.5	2	10.0	3	15.0
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย(บาท)						
5,000-10,000	27	67.5	14	70.0	13	65.0



ข้อมูลส่วนบุคคล	Total		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	(n=40)		(n=20)		(n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
10,000-15,000	8	20.0	5	25.0	3	15.0
15,000-20,000	4	10.0	1	5.0	3	15.0
20,000 ขึ้นไป	1	2.5	-	-	1	5.0
สาเหตุที่นำไปสู่การดื่มสุราครั้งแรก						
เพื่อนทำทนาย	10	25.0	3	15.0	7	35.0
ปัญหาครอบครัว	3	7.5	1	5.0	2	10.0
เข้าสังคม	6	15.0	4	20.0	2	10.0
อยากลอง	9	22.5	6	30.0	3	15.0
คลายเครียด	12	30.0	6	30.0	6	30.0
ระยะเวลาที่ดื่มสุรา (ปี)						
≤ 5	21	52.5	9	45.0	12	60.0
6-10	11	27.5	5	25.0	6	30.0
> 10	8	20.0	6	30.0	2	10.0
ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว						
มี	23	57.5	12	60.0	11	55.0
ไม่มี	17	42.5	8	40.0	9	45.0
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย						
1-2	12	30.0	8	40.0	4	20.0
3-4	11	27.5	5	25.0	6	30.0
5-6	13	32.5	6	30.0	7	35.0
7-8	4	10.0	1	5.0	3	15.0
ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ						
กัญชา	10	25.0	3	15.0	7	35.0
ยาบ้า ยาไอซ์	12	30.0	7	35.0	5	25.0
บุหรี่	3	7.5	3	15.0	-	-
กาว	4	10.0	2	10.0	2	10.0
ไม่มี	11	27.5	5	25.0	6	30.0

ข้อมูลส่วนบุคคล	Total		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	(n=40)		(n=20)		(n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีผู้ดูแลหลัก	40	100.0	20	100.0	20	100.0

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นถึงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน สาเหตุที่นำไปสู่การดื่มสุราครั้งแรก ระยะเวลาที่ดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ และผู้ดูแลหลัก พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.5 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 55 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57.5 ประกอบด้วยอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 57.5 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 67.5 สาเหตุที่นำไปสู่การดื่มสุราครั้งแรกเพื่อคลายเครียด คิดเป็นร้อยละ 30 ระยะเวลาที่ดื่มสุราอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.5 มีประวัติการดื่มสุราในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 57.5 ระยะเวลาการเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน 5-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.5 มีประวัติการใช้สารเสพติดเป็นยาบ้า ยาไอซ์ คิดเป็นร้อยละ 30 และมีผู้ดูแลหลัก คิดเป็นร้อยละ 100

ส่วนที่ 2 คะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test ) และหลัง (Post-test)

ตารางที่ 7 คะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา และการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test ) และหลัง (Post-test)

คนที่	พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	23	การดื่มแบบติด	18	การดื่มแบบอันตราย
2	22	การดื่มแบบติด	20	การดื่มแบบติด
3	27	การดื่มแบบติด	24	การดื่มแบบติด
4	26	การดื่มแบบติด	26	การดื่มแบบติด
5	25	การดื่มแบบติด	21	การดื่มแบบติด
6	20	การดื่มแบบติด	17	การดื่มแบบอันตราย
7	27	การดื่มแบบติด	23	การดื่มแบบติด
8	29	การดื่มแบบติด	25	การดื่มแบบติด

พฤติกรรมกรรมการตีมูลค่าของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา				
คนที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
9	20	การตีมูลค่าแบบติด	18	การตีมูลค่าแบบอันตราย
10	13	การตีมูลค่าแบบเสี่ยง	11	การตีมูลค่าแบบเสี่ยง
11	11	การตีมูลค่าแบบเสี่ยง	10	การตีมูลค่าแบบเสี่ยง
12	22	การตีมูลค่าแบบติด	18	การตีมูลค่าแบบอันตราย
13	17	การตีมูลค่าแบบอันตราย	15	การตีมูลค่าแบบเสี่ยง
14	23	การตีมูลค่าแบบติด	18	การตีมูลค่าแบบอันตราย
15	15	การตีมูลค่าแบบเสี่ยง	13	การตีมูลค่าแบบเสี่ยง
16	23	การตีมูลค่าแบบติด	18	การตีมูลค่าแบบอันตราย
17	19	การตีมูลค่าแบบอันตราย	15	การตีมูลค่าแบบเสี่ยง
18	17	การตีมูลค่าแบบอันตราย	13	การตีมูลค่าแบบเสี่ยง
19	11	การตีมูลค่าแบบเสี่ยง	11	การตีมูลค่าแบบเสี่ยง
20	18	การตีมูลค่าแบบอันตราย	14	การตีมูลค่าแบบเสี่ยง

จากตารางที่ 7 พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ คือ จำนวน 12 คน มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการตีมูลค่า (AUDIT) อยู่ในระดับการตีมูลค่าแบบติด ส่วนที่เหลือ จำนวน 8 คน มีระดับการตีมูลค่าแบบเสี่ยง จำนวน 4 คน และมีระดับการตีมูลค่าแบบอันตราย จำนวน 4 คน แต่หลังการทดลอง พบว่า สาเหตุที่กลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนพฤติกรรมกรรมการตีมูลค่าลดลงกว่าก่อนการทดลองจำนวน 10 ราย แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลปกติของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยามีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการลดพฤติกรรมกรรมการตีมูลค่า

ส่วนที่ 3 คะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test ) และหลังการทดลอง (Post-test)

ตารางที่ 8 คะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test ) และหลังการทดลอง (Post-test)

คนที่	พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	30	การดื่มแบบติด	19	การดื่มแบบอันตราย
2	27	การดื่มแบบติด	15	การดื่มแบบเสี่ยง
3	33	การดื่มแบบติด	10	การดื่มแบบเสี่ยง
4	25	การดื่มแบบติด	7	การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ
5	31	การดื่มแบบติด	10	การดื่มแบบเสี่ยง
6	21	การดื่มแบบติด	5	การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ
7	25	การดื่มแบบติด	17	การดื่มแบบอันตราย
8	33	การดื่มแบบติด	13	การดื่มแบบเสี่ยง
9	38	การดื่มแบบติด	19	การดื่มแบบอันตราย
10	26	การดื่มแบบติด	14	การดื่มแบบเสี่ยง
11	39	การดื่มแบบติด	17	การดื่มแบบอันตราย
12	21	การดื่มแบบติด	15	การดื่มแบบเสี่ยง
13	29	การดื่มแบบติด	14	การดื่มแบบเสี่ยง
14	19	การดื่มแบบอันตราย	7	การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ
15	17	การดื่มแบบอันตราย	7	การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ
16	18	การดื่มแบบอันตราย	14	การดื่มแบบเสี่ยง
17	19	การดื่มแบบอันตราย	7	การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ
18	11	การดื่มแบบเสี่ยง	6	การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ
19	18	การดื่มแบบอันตราย	13	การดื่มแบบเสี่ยง
20	15	การดื่มแบบเสี่ยง	7	การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ

**จากตารางที่ 8** พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราส่วนใหญ่ จำนวน 13 คน มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) อยู่ในระดับการดื่มแบบติด แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราระดับการดื่มลงทุกราย ทั้งนี้เนื่องจากยังไม่เคยมีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราอย่างนี้มาก่อน ซึ่งส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในจะได้รับการบำบัดด้วยยา และการให้คำปรึกษาแบบสั้นเท่านั้นก่อนกลับบ้านเนื่องจากผู้ป่วยและญาติไม่มีความพร้อมในการเข้ากลุ่มบำบัด

**ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม**

**ตารางที่ 9** เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา						
ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
ก่อนการทดลอง	24.75	7.73	การดื่มแบบติด	38	6.448	<0.001
หลังการทดลอง	11.80	4.57	การดื่มแบบเสี่ยง			
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
ก่อนการทดลอง	20.40	5.29	การดื่มแบบติด	38	1.890	0.066
หลังการทดลอง	17.40	4.74	การดื่มแบบอันตราย			

**จากตารางที่ 9** พบว่า กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราที่รับการรักษแบบผู้ป่วยในก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงมากกว่า ( $\bar{X}=11.80$ , S.D. = 4.57) ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ( $\bar{X}=24.75$ , S.D. = 7.73) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา ก่อนก่อนได้รับโปรแกรมฯและหลังก่อนได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน  $p=0.066$

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา						
ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	24.75	7.73	การดื่มแบบติด	38	2.077	0.045
กลุ่มควบคุม	20.40	5.29	การดื่มแบบติด			
<b>หลังการทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	11.80	4.57	การดื่มแบบเสี่ยง	38	3.803	0.001
กลุ่มควบคุม	17.40	4.74	การดื่มแบบอันตราย			
<b>Difference scores</b>						
กลุ่มทดลอง	12.95	6.17	-	38	6.917	<0.001
กลุ่มควบคุม	3.00	1.56	-			

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{X} = 11.80$ , S.D. = 4.57) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ( Quasi - Experimental Research ) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) (Polit and Beck, 2004) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
- 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานของการวิจัย

1. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ว่าเป็นโรค จิตเภท (F20.0-F20.9) และใช้สุราซึ่งรวมถึงการใช้สุราที่เป็นอันตรายและการติดสุรา (F10.1,F10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา ซึ่งอยู่ในระยะเตรียมจำหน่าย และผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นระยะเวลา มากกว่า 6 เดือน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ประเภท คือ

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Friedman (2003) ที่มุ่งเน้นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา โดยการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพ และความสามารถของตนเองในการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 กิจกรรม รวมทั้งหมด 6 กิจกรรม ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริง กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ค้นหาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ประเมินพฤติกรรมและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริง กิจกรรมที่ 2 อภิปรายกลุ่มครอบครัวเรื่องสาเหตุและผลจากการดื่มสุรา ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สุรา ผลที่เกิดจากการดื่มสุรา และกิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดร่วมกับครอบครัว ขั้นตอนที่ 4 เสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง และคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการปฏิเสธ ทักษะการสื่อสารทางบวกภายในครอบครัว และกิจกรรมที่ 6 การสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ระยะดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 3 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบเนื้อหาของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คนตรวจสอบ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ จำนวน 10 คนและครอบครัว โดยทดลองจนครบทั้ง 6 กิจกรรม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

**2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน สาเหตุที่นำไปสู่การดื่มสุรารั้งแรก ระยะเวลาที่ดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ และผู้ดูแลหลัก



ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลกเพื่อพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการค้นหาปัญหาจากการติดสุราและค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงจากการดื่มสุรา ผู้ที่ดื่มสุราแบบหนัก และผู้ดื่มสุราแบบติด (WHO, 2001) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และพันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบหลักในเรื่อง การใช้สุราแบบอันตราย อาการติดสุรา และการเกิดพิษของสุราโดยประเมินจากการดื่มสุรา ได้แก่ ปริมาณและความถี่ในการดื่มสุรา จำนวนครั้งของการดื่มหนัก การที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มสุรา ความรู้สึกเสียใจหลังจากการดื่มสุรา การจำเหตุการณ์หลังจากดื่มสุราไม่ได้ การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา การได้รับการแสดงความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับการดื่มสุรา โดยในแต่ละคำถามจะมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน การแปลผลจะพิจารณาตามเกณฑ์โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0-7 คะแนน หมายถึง การดื่มที่มีความเสี่ยงต่ำ (Low risk drinker) 8-15 คะแนน หมายถึง การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinker) 16-19 คะแนน หมายถึง การดื่มแบบอันตราย (Harmful Use)  $\geq 20$  หมายถึง การดื่มแบบติด (Alcohol dependence) ซึ่งผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยการนำแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คนตรวจสอบ แล้วนำมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่าแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา  $CVI = 1$  จากนั้นปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน และไม่ได้นำมาหาค่าความเที่ยง เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาแล้วถือว่าเป็น gold standard

### 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ชุด ดังนี้

1) แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา (สำหรับผู้ป่วย) เป็นแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทของ ยิวตี วงษ์แสง (2548) ที่ดัดแปลงมาจากแนวคิดของ (Miller, 2000) ซึ่งปรับปรุงโดย โสรยา ศุภโรจน์ (2554) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา เครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด แบ่งเป็นคำถามทางบวก 18 ข้อ และคำถามทางลบเพียง 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9,12 ประกอบด้วย ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย 1 ข้อ คือ ข้อ 1 การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2,3,4,5 ความสามารถในการจัดการกับปัญหา 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6,7,8 การรับรู้ต่อตนเอง 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9,10 ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10,11,12,13,14,15 และบทบาทและสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16,17,18,19,20 ซึ่งผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คนตรวจสอบ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า เท่ากับ 1 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วย สร้างขึ้นโดย สดุดี น้อยภรณ์ (2552) จำนวนข้อคำถาม 34 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนการประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ซึ่ง ประกอบด้วย ด้านการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้แข็งแรง 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,5,6 ด้านการจัดการกับภาวะความเสี่ยงสูง 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7,8,9,10 ด้านการจัดระเบียบชีวิตใหม่ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11,12,13,14,15,16,17 ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 18,19,20,21,22,23 ด้านการฝึกทักษะในการปฏิเสธสุรา 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 24,25,26,27,28 ด้านการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 29,30,31,32,33,34

การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนช่วง	34.00-79.33	หมายถึง	การมีส่วนร่วมของครอบครัวน้อย
คะแนนช่วง	79.34-124.67	หมายถึง	การมีส่วนร่วมของครอบครัวปานกลาง
คะแนนช่วง	124.68-170.00	หมายถึง	การมีส่วนร่วมของครอบครัวมาก

ซึ่งผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คนตรวจสอบ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 1 และนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

### ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

#### 1. ระยะเวลาเตรียมการ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยทำการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของครอบครัว การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและแนวคิดพฤติกรรมบำบัดการดื่มสุรา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้งานศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม อีกทั้งได้มีการพัฒนาทักษะการทำกลุ่มโดยฝึกปฏิบัติจริงกับผู้จิตเภทที่ใช้สุราในหอผู้ป่วยในตึกรสุคนธ์ เพื่อให้เกิดความชำนาญและนำไปใช้จริง โดยผู้เชี่ยวชาญของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และจัดทำแผนการดำเนินการวิจัย จากการค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถในการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

1.3 เตรียมสถานที่ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โดยติดต่อประสานงานสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อม โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานกับหัวหน้ากับกลุ่มงานการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย วิธีการดำเนินการเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

1.4 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง ให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราAUDIT (Pre-Test) และนัดหมายวัน เวลาและสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

1.5 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยในการดำเนินกิจกรรม ไป เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลอง ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำกลุ่มบำบัดและผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมและรายละเอียดของเครื่องมืออย่างชัดเจนก่อนดำเนินการวิจัย

## 2. ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นกลุ่มละ 10 คนและครอบครัว โดยกลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้า เวลา 09.00-11.15 น.และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในภาคบ่าย เวลา 13.00-15.15 น. ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ครั้งละ 60 นาที ใช้ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 3 ตุลาคม 2558 ถึง 17 ตุลาคม 2558 ณ ห้องกิจกรรมกลุ่มบำบัดหอผู้ป่วยในตึกรสสุคนธ์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ดังรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ในวันที่ 3 ตุลาคม 2558 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ค้นหาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุรา ประเมินพฤติกรรมและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ และกิจกรรมที่ 2 อภิปรายกลุ่มครอบครัวเรื่องสาเหตุและผลจากการดื่มสุรา

สัปดาห์ที่ 2 ในวันที่ 10 ตุลาคม 2558 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สุรา ผลที่เกิดจากการดื่มสุรา และกิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดร่วมกับครอบครัว

สัปดาห์ที่ 3 ในวันที่ 17 ตุลาคม 2558 ดำเนินกิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการปฏิเสธ ทักษะการสื่อสารทางบวกภายในครอบครัว และกิจกรรมที่ 6 การสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา

### การกำกับการวิจัย

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลอง โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราตอบแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ และให้ครอบครัวตอบแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมทันที

### 3. ระยะเวลาสรุปผลการดำเนินกิจกรรม

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการศึกษา (Pre-test) ก่อนการทำกิจกรรม 1 -2 วัน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินก่อนการวิจัยโดยใช้เครื่องมือประเมินอาการทางจิต (BPRS) และแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา เพื่อวัดระดับความเสี่ยงของการดื่มสุรา และหลังดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 6 กิจกรรม และหลังจากนั้นอีก 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการวัดผลตัวแปรตาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ ในวันที่ 14 พฤศจิกายน 2558

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ
2. คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรากลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)
3. คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัย 2 ประการ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ดังนั้นจากผลการวิจัยครั้งนี้ จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีผลทำให้พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัด และลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราเกิดแรงจูงใจ มั่นใจในการใช้ความสามารถ และศักยภาพของตนเองในการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยทำให้เกิดอัตมโนทัศน์เชิงบวก เกิดความมุ่งมั่นและมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุรา

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.5 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 55 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57.5 ประกอบด้วยอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 57.5 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 67.5 สาเหตุที่นำไปสู่การดื่มสุราครั้งแรกเพื่อคลายเครียด คิดเป็นร้อยละ 30 ระยะเวลาที่ดื่มสุราอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.5 มีประวัติการดื่มสุราในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 57.5 ระยะเวลาการเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน 5-6 ปี คิดเป็น

ร้อยละ 32.5 มีประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ เช่น ยาบ้า ยาไอซ์ คิดเป็นร้อยละ 30 และมีผู้ดูแลหลัก คิดเป็นร้อยละ 100

จากผลการวิจัยดังกล่าวอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย พบมากที่สุดในช่วงอายุ 31-40 ปี มีอายุเฉลี่ย 36.55 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มันทนา กิตติพิรัช (2551) มีอายุเฉลี่ย 33.4 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ซึ่งสอดคล้องกับสถานภาพส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ต้องพึ่งตนเอง ได้แก่ โสด แยกทาง และหย่าร้าง ร้อยละ 39.1 (มันทนา กิตติพิรัช ,2551)

2. ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราหลังการทดลองของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาดังนี้

จากการที่พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ซึ่งได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองนั้น เนื่องจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวข้องกับการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา เนื่องจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา มีความรู้ ความเข้าใจและมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มสุราในการดูแลสุขภาพทั้งด้านกาย จิต สังคมที่ดีขึ้น โดยเฉพาะได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ การรักษา การป้องกันดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนสุขภาพโดยมุ่งเน้นในเรื่อง การค้นหาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุรา ประเมินพฤติกรรมและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ อภิปรายกลุ่มครอบครัวเรื่องสาเหตุและผลจากการดื่มสุรา ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สุรา ผลที่เกิดจากการดื่มสุรา การฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดร่วมกับครอบครัว การฝึกทักษะการปฏิเสธ ทักษะการสื่อสารทางบวกภายในครอบครัว และการสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Miller (2000) ที่กล่าวว่าพลังอำนาจคือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคนและเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน โดยแหล่งพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller(2000)มีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่งคือ

- 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength)
- 2) ความเข้มแข็งทางจิต และ แหล่งสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support)
- 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self concept)
- 4) พลังงาน (Energy)
- 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight)
- 6) แรงจูงใจ (Motivation)
- 7) ระบบความเชื่อ (Belief system) และในการศึกษา

ของ Zareal et al. (2014) พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องมากขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Kuei-Ru Chon et al. (2012) พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวจะทำให้สามารถจัดการกับความเจ็บป่วย ควบคุมตนเองให้เข้ารับการรักษาท่อเนื่อง และการศึกษาของ Yeh et al. (2008) พบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ติดสุราที่ประสบความสำเร็จในการลดการดื่มสุรา ทำให้บุคคลรับรู้อารมณ์ ความรู้สึกการสูญเสียการควบคุม ส่งผลต่อการควบคุมลดการดื่มสุราในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ คงสัตย์ ศิริพร ชัยศรี และสวัสดี เทียงธรรม (2556) ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุรา พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ย การจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมที่นำมาปรับใช้ในการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้มี 4 ขั้นตอน ในแต่ละขั้นตอนสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจจนส่งผลต่อการลดพฤติกรรมการดื่มสุราให้กับผู้ป่วยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือค้นหาสถานการณ์จริง การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นเริ่มต้นจาก การมีสัมพันธภาพที่ดีทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำให้เกิดความไว้วางใจ ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือลดความขัดแย้งในการสร้างสัมพันธภาพจะต้องดำเนินแบบค่อยเป็นค่อยไปผู้ป่วยจะเกิดทักษะในการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจากพยาบาล ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพเป็นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งทางจิตและมีโอกาสที่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือได้ จะก่อให้เกิดการเรียนรู้รับรู้และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี และการศึกษาของ สารุพร พุฒขาว (2541) พบว่าการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทมีผลต่อความไม่ร่วมมือในการรักษา โดยผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองด้านการรับประทานยา การมาตรวจตามนัดและมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ มีความเข้มแข็งทางจิตและยังช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ดังคำกล่าว

*“ถ้าไม่ดื่มเหล้า จนต้องมานอนโรงพยาบาลก็จะได้ทำงาน แม่จะได้ไม่ต้องเสียเวลามาเยี่ยมบ่อยๆเอาเวลาไปทำมาหากิน สงสารแม่ ขอโทษที่ไม่เชื่อแม่ ที่แม่บอกไม่ให้กินเหล้าขาดอง”*

การค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วยเป็นการรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจก่อนที่จะสรุปปัญหาและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจและวางแผนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ตรงกับความต้องการและสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยมากที่สุด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดถึงปัญหา

และความต้องการด้านสุขภาพ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีในการดูแลตนเอง ค้นหาสถานการณ์จริงในผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุร่าทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้ปัญหาของตนเอง และเรียนรู้ถึงบทบาทความเท่าเทียมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นการส่งเสริมอ้อมโนทัศน์เชิงบวก

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริง เน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุร่าและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุร่าและพฤติกรรมใดที่เป็นปัญหา สาเหตุจากอะไรและมีวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเองและบทบาทหน้าที่ของตนเองในการจัดการกับปัญหา เห็นความสำคัญของปัญหาการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุร่าของตนเอง ส่งเสริมให้เกิดการยอมรับการเจ็บป่วยและรับรู้ว่าคุณเองมีบทบาทหน้าที่ในการแก้ไขปัญหา โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุร่าที่ถูกต้อง เกิดทักษะในการสะท้อนคิดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบทำให้ผู้ป่วยมีความคิดด้านบวก สามารถเผชิญปัญหาและจัดการกับความเครียดได้ตามศักยภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุร่ามีอ้อมโนทัศน์เชิงบวกก่อให้เกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองแสวงหาข้อมูลความรู้ในการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุร่า สอดคล้องดงกับการศึกษาของ Gibson(1995) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดความรู้สึกที่ดีมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและมีความคิดเชิงบวก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุร่า ดังคำพูดผู้ป่วย

“หมอก็เคยบอก ไม่ให้ดื่มเหล้า ให้กินยาสม่ำเสมอ หมกัก็กินยาอย่างทีหมอสั่งนะ แต่กัต้องมานอนโรงพยาบาลอีกจนได้ หมกัก็สงสัยเหมือนกันว่าป่วยได้ยังงั แต่คราวหน้าจะไม่ดื่มเหล้าแล้ว มีอาการจะให้แม่รีบพามาหาหมอ”

“ไม่อยากจะเชื่อหรือที่คนอื่นหาว่าเราอาการไม่ดี ตัวเรารู้ตัวเองดีว่าเป็นอย่างไร แต่บางครั้งเวลามันเป็นก็ควบคุมตนเองไม่ได้เหมือนกัน”

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร โดยพยาบาลสนับสนุนเสริมสร้างแรงจูงใจ และให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุร่าและครอบครัว โดยการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สุร่า ผลทีเกิดจากการดื่มสุร่า ความเครียดการจัดการกับความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุร่าและครอบครัวเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและผลของการดื่มสุร่าที่มีต่อสมอง ร่างกาย จิตใจ และด้านอื่นๆ เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และผลทีเกิดจากการดื่มสุร่า ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้น ส่งผลให้มีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลและเื้อต่อการปฏิบัติเพื่อลดการดื่มสุร่า โดยแนวทางให้ความรู้้นั้นได้ผ่านการค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยมาก่อน เพื่อให้ความรู้ทักษะได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ระหว่างทีให้ความรู้พยาบาลจะต้องมีการซักถามและประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อตรวจสอบการรับรู้ข้อมูลว่าตรงกันกับสิ่งที่ให้ไปหรือไม่ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงความคิดเห็น



ร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และ นำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติเมื่อกลับไปบ้านก่อให้เกิดความเข้มแข็งทางกายภาพ พลังงานมีอัตมโนทัศน์เชิงบวกมีความรู้เกี่ยวกับการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา สอดคล้องกับการศึกษาของ Yeh et al. (2008) พบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ติดสุราที่ประสบความสำเร็จในการลดการดื่มสุรา ทำให้บุคคลรับรู้อารมณ์ ความรู้สึกการสูญเสียการควบคุม ส่งผลต่อการควบคุมลดการดื่มสุราในระยะยาว และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ คงสัตย์ ศิริพร ชัยศรี และสวัสดิ์ เทียงธรรม (2556) ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุรา พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุราสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตั้งคำพูดของผู้ป่วย “ ผมไม่รู้ว่าการดื่มเหล้ามันจะทำให้อาการประสาทหลอนมันรุนแรงมากขึ้น รู้แค่ว่ากินแล้วมันคลายเครียด ไม่คิดว่าต้องมาอยู่โรงพยาบาล ” “ ได้พูดคุยกับเพื่อนในกลุ่มทำให้รู้ว่าไม่ใช่เราคนเดียวที่มีปัญหาจากการดื่มเหล้า ดื่มเบียร์ ใครๆก็มีปัญหา แต่ถ้ามีวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องในการเลิกเหล้าก็ไม่มีปัญหา ”

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจในการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา พยาบาลสนับสนุนและเอื้ออำนวยทรัพยากรต่างๆ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวได้รับการฝึกทักษะในการคิดพิจารณาเพื่อแก้ไขปัญหา โดยการให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการปฏิเสธ โดยมีครอบครัวคอยให้คำแนะนำและสนับสนุนให้กำลังใจ การให้ครอบครัวฝึกทักษะการสื่อสารทางบวก ยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ทดลองให้ผู้ป่วยและครอบครัวแก้ไขสถานการณ์ปัญหาด้วยตนเอง สร้างแรงจูงใจให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประเมินผลการปฏิบัติที่ได้ดำเนินการตามแผน และการทบทวนความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยมีพยาบาลคอยให้คำแนะนำเพิ่มเติมความรู้และแหล่งทรัพยากรให้โดยใช้สถานการณ์จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยแต่ละคนให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดร่วมกัน ช่วยกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาเป็นการเสริมสร้างความมีส่วนร่วม เรียนรู้ที่จะรับฟังและคิดแก้ไขปัญหาพร้อมกันก่อให้เกิดความรู้อันเกี่ยวข้องในการเผชิญปัญหา เสริมสร้างพลังงาน แรงจูงใจ มีการเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุรา ก่อให้เกิดอัตมโนทัศน์เชิงบวกและมีความเข้มแข็งทางจิตใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพนารัตน์ เจนจบ (2542) พบว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจด้วยตนเอง เป็นการกระทำการแก้ปัญหาหรือกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด นำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีอัตมโนทัศน์ในทางบวกมากขึ้น

การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ เป็นขั้นตอนสุดท้ายในการเสริมสร้างพลังอำนาจ พยาบาลจะต้องเสริมสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาต่างๆได้ โดยให้ผู้ป่วยพูดให้กำลังใจซึ่งกันและกันพยาบาลให้กำลังใจชี้ให้เห็นประโยชน์ของการมีพฤติกรรม

ป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้อง กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ มีความหวังเห็นเป้าหมายว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะสามารถดูแลบุคคลอื่นเป็นที่รักได้โดยสามารถทำงานช่วยเหลือครอบครัว ไม่ต้องเป็นภาระผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นถึงความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาต่างๆได้

3. จากผลการวิจัย พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ สามารถอธิบายว่า โดยการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนมาประยุกต์เป็น 4 ขั้นตอน ร่วมกับแนวคิดของ Friedman (2003) สร้างเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ทำให้กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาความสามารถและศักยภาพของตนเอง ดังอธิบายไว้ในข้อ 1 ทำให้กลุ่มทดลองมีการพัฒนาความสามารถและศักยภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งผู้ป่วยจิตเภทจึงมักได้รับการตัดสินใจว่าไร้ความสามารถมาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย (มาโนช หล่อตระกูล, 2555) ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นกลุ่มที่ได้รับการจัดการทั่วไป 1) กิจกรรมการดูแลทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยาตามแผนการรักษา การเตรียมตรวจต่างๆ 2) กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ คือ การสร้างสัมพันธภาพ การทำกิจกรรมบำบัดต่างๆ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค การวางแผนจำหน่าย การให้คำแนะนำทางสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้ผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อค้นหาสาเหตุของการดื่มสุรา และไม่ได้รับการพัฒนาความรู้ที่เกี่ยวกับแหล่งพลังอำนาจในตนเองให้เกิดความสมดุลจึงไม่สามารถวางแผนและจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยได้

จากคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราที่ได้จากการตอบแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kuei-Ru Chon et al. (2012) พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวจะทำให้สามารถจัดการกับความเจ็บป่วย ควบคุมตนเองให้เข้ารับการรักษาต่อเนื่อง การศึกษาของ Yeh et al. (2008) พบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ติดสุราที่ประสบความสำเร็จในการลดการดื่มสุรา ทำให้บุคคลรับรู้อารมณ์ ความรู้สึการสูญเสียการควบคุม ส่งผลต่อ

การควบคุมการดื่มสุราในระยะยาว และการศึกษาของพรทิพย์ คงสตัย ศิริพร ชัยศรี และสวัสดี เทียงธรรม (2556) ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการพฤติกรรม การดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุรา พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรม การดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุราสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นการบำบัดในแผนกผู้ป่วยใน การนัดหมายกับครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลควรนัดหมายโดยยึดความพร้อมและตามความยินยอมของครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นหลัก
2. ด้านการศึกษา ควรจัดหลักสูตรเนื้อหาวิชาที่เน้นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ซึ่งถือเป็นโรคร่วมที่มีความซับซ้อน เพื่อให้ให้นักศึกษาพยาบาลมีแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต และสังคม
3. ผู้บำบัดต้องมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ด้านการฝึกทักษะการทำกลุ่มบำบัด และกระบวนการขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดความเข้าใจในกระบวนการและวัตถุประสงค์ในการนำไปใช้ได้ถูกต้อง ควรตระหนักไว้ในตนเอง มีความรู้ในเรื่อง โรค เข้าใจและยอมรับสภาพการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราได้
4. ควรมีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความคงทนของการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย

1. ในการศึกษาวิจัยมีข้อจำกัดในเรื่องของการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราที่ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ซึ่งเป็นแบบประเมินเพื่อค้นหาปัญหาจากการดื่มสุราและค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงของการดื่ม ดังนั้นควรมีการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราที่สามารถวัดผลได้ชัดเจน เช่น การประเมินจำนวนวันที่ดื่มสุรา จำนวนวันที่ดื่มหนัก วันที่หยุดดื่มสุรา เป็นต้น
2. หลังการทดลองควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประเมินผลของโปรแกรม เช่น ติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวนำทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเกิดความยั่งยืน

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ . (2558) . **จิตเวช ศิริราช DMS-5**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ประยูร  
สาส์นไทยการพิมพ์. หน้า 365-375.

กรรณิกา ชอบน้ำ.(2555). **การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท**. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์(การพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,สงขลา.

กรมสุขภาพจิต. (2547). **องค์ความรู้และรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจาก  
แอลกอฮอล์**.กรุงเทพฯ: ปิยอนด์พับลิชชิ่ง.

กรมสุขภาพจิต. (2548). **คู่มือการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์ ของสำนัก  
พัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต**. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร  
แห่งประเทศไทย.

กรมสุขภาพจิต สาธารณสุขภาพจิต. (2552). **แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุรา  
สำหรับบุคลากรสาธารณสุข**. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.

กรมสุขภาพจิต. (2555). **จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรค** . ในรายงานประจำปีกรม  
สุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2555 , กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข,

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556).**สถานการณ์และแนวโน้มความเจ็บป่วยทางจิต  
คนไทย**.ค้นจาก [www.dmh.moph.go.th/trend.asp](http://www.dmh.moph.go.th/trend.asp)

กาญจนา สุทธิเนียม และคณะ.(2547). **การศึกษาความชุกการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตที่เข้ารับ  
การรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา.การประชุมวิชาการสุขภาพจิต  
นานาชาติครั้งที่ 13 (สิงหาคม 2547):** หน้า 161.

กึ่งกาญจน์ ไชยบุศย์.(2556). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย  
โรคจิตเภทและใช้สารเสพติดในชุมชน เขตภาคกลาง**.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,  
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, พิทักษ์พล บุญยมาลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง, และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2550).  
รายงานการวิจัย เรื่องรูปแบบ/กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยจิตเวชในระดับชุมชน.  
**โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข,นนทบุรี.**

จิระพรรณ สุริยงค์ , กิตติศักดิ์ วิบูลย์มา, พิมพ์ภรณ์ แก้วมา, มจริน คำวงศ์ปิ่น และ เดชา ทำดี  
(2557). **ความชุกของปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท**.วารสารสุขภาพจิตแห่ง

**ประเทศไทย. 22(1) : 38-47.**

จารุวรรณ จินตามงคล. (2541). **ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์. (2556). **ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฐานันดร ปิยศิริศิลป์. (2557). **โรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม.** เอกสารประกอบการบรรยายการประชุมวิชาการนานาชาติครั้งที่ 13 ปี 2557. เชียงใหม่: กรมสุขภาพจิต.

ดารณี จามจุรีและจินตนา ยูนิพันธ์.(2545). **การศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย.** กรุงเทพฯ : สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข

บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ. (2549). **รายงานสถานการณ์สุรา ประจำปี 2549.** ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. (2544). **ระเบียบวิธีการศึกษาทางการพยาบาลศาสตร์.** กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ. (2554). **ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย : การสำรวจระดับชาติ 2554.** **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.19(2) : 88-102.**

บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ.(2556). **โรคร่วมจิตเวชของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา.**

**วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 21(2) : 76-87.**

ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2553). **แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราแนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ.** กรุงเทพมหานคร: ทานตะวันเปเปอร์.

เปรมฤทัย ไชยอะนิจ.(2555). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและเวชคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ผลทิพย์ ปานแดงและจินตนา ยูนิพันธ์.(2547). **ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรทิพย์ คงสัตย์, ศิริภรณ์ ชัยศรี และสวัสดี เทียงธรรม. (2556). **การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการพฤติกรรมดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราระยะหลังพ้นภาวะถอน**

พิชสุธา.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต27(1) : 45-61.

พิชัย แสงชาญชัย. 2552. การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้จิตจากสุรา.แผนงานพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ.เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์ . (2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.  
พนารัตน์ เจนจบ. (2542). การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยช้ออกเสบรูมาตอยด์. ปริญญา  
มหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์,  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา. (2556). ความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทาง  
จิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 27 (1) : 1-15.

พุดธิชาติา จันทะคุณ. (2556). ผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย  
จิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต  
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2552). การทบทวนองค์ความรู้ เรื่องการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่ม  
สุรา. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

ภาวดี โดท่าโรง. (2551). ประสบการณ์การเลิกดื่มสุราอย่างถาวรของผู้เคยติดสุรา. วารสาร  
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2(2): 45-61.

มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร. (2542). โรคที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด. ใน  
มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช (บรรณาธิการ). ตำราจิตเวชศาสตร์ : Textbook of  
Psychiatry. เชียงใหม่: แสงศิลป์.

มาน้อย หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิชัย. (2555). จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ ฉบับเรียบเรียงใหม่.  
พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ  
มหาวิทยาลัยมหิดล.

มาน้อย หล่อตระกูล, และ ปราโมทย์ สุกนิชัย. (2544). จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ. (พิมพ์ครั้งที่6).  
กรุงเทพฯ: สวิขญการพิมพ์.

มันทนา กิตติพิรัชล.(2551). การศึกษาความสัมพันธ์ของการดื่มสุรา การติดสุรา ต่ออาการทางคลินิก  
และขนาดยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสาร  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2(1):25-35.

ยุวดี วงษ์แสง. (2548). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง  
ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล

สุภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

รัชนีกร อุปเสน. (2541). **การศึกษาบทบาทและภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยขอนแก่น.

วิชชุดา ยะสินธ์, สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์, กนกรัตน์ สุขะตุงคะ และ เขียวชัย งามทิพย์วัฒนา. (2554). **ลักษณะพยาธิสภาพทางจิตของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.** 56 (2) : 167-178

วัชรภรณ์ ลือไธสงค์. (2541). **ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท : กรณีศึกษา. กลุ่มงานสังคมศาสตร์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต.**

ศิริกัญญา ชมขุนทด. (2556). **ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาชาย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา.**

ศุภย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย. (2556). **คู่มือมาตรฐานการบำบัดรักษาผู้ใช้แอลกอฮอล์. สำนักงานอนามัย กรุงเทพฯ**

สุกมา แสงเดือนฉาย. (2547). **รายงานวิจัยเรื่อง การศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา สภาพแวดล้อมทางครอบครัวและสังคม ผลกระทบจากการดื่มสุราและเจตคติต่อการดื่มสุราของผู้ป่วยสุรา. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์.**

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2554). **สถิติผู้ป่วยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. ศูนย์สารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา.**

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2555). **สถิติผู้ป่วยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. ศูนย์สารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา.**

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2556). **สถิติผู้ป่วยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. ศูนย์สารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา.**

สุนทรี ศรีโกไสย. (2549). **ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดยาที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.** 49: 25-35.

สมคิด ตีร์ราภิ. (2545). **ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**

- สมนึก หลิมศิริรัตน์. (2551). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลราชบุรี. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 53(2):143-150.**
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2543). **ยาเสพติดมหันตภัยเงียบที่ป้องกันได้.** กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2547). **ความเครียดและอาการทางจิตเวช.** กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2548). **ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7.** กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). **ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3.** กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์
- สดุดี น้อยภรณ์. ( 2552). **ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สรินทร เชี่ยวโสธร. (2545). **ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธิต พุ่มขาว .(2541). **ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). **การพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2.** ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สัมพันธ์ มณีรัตน์. (2546). **ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไสรยา ศุภโณ. (2554). **ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาวิตรี สุริยะฉาย. (2556). **การบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ประสบความสำเร็จ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 27 (2) : 1-15.**



- สุมิตรา ทรสุวรรณ ,สุนทรี ศรีโกสยและพัทธยา สะอาดอาวุธ. (2555) .ผลของโปรแกรมการบำบัด เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารร่วม.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 20(3) : 144-153.
- หทัยวัน สนั่นเอื้อ. (2551). การใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 กันยายน 2552
- อัจฉราพร นัตสาสาร. (2548) .สาเหตุของการกลับไปเสพติดสุราซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษา จากศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่. สารนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4 . กรุงเทพฯ: ด่าน วี.พรีน จำกัด.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังสมบัติ. (2554). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : ชันต์การพิมพ์

### ภาษาอังกฤษ

- Addy, P. H. et al. (2012). Cormobid alcohol, cannabis and cocaine use disorder in schizophrenia: epidemiology, consequence, mechanism and treatment. **The journal of vllifflong leaning in psychiatry**. 2: 140-153.
- American Psychiatric Association. (2005). Diagnostic and statistical manual of mental disorder. (5<sup>th</sup> ed.). [Text revision]. **Washington, DC** : Author.
- Anderson,R and Funnell,M.(2010). Patient ให้ Empowerment: Myths and Misconceptions. **Patient Educ Couns**. 79(3): 277–282.
- Azimi,V.et al.(2010). Effect of family-oriented empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. **Iranian Journal of Critical Care Nursing Winter** 2,(4): 127-132.
- Batki, SL., Meszaros, ZS., Strutynski, K., Dimmock, JA., Leontieva, L.and Ploutz-Snyder ,R, et al. (2009). Medicalcomorbidity in patients with schizophrenia and alcohol dependence. **Schizophrenia Res**.107:139-46.
- Batki, S., Leontieva, L., Dimmock, J. and Ploutz-Snyder, R. (2008). Negative symptoms

- are associated with less alcohol use, craving, and “high” in alcohol dependent patients with schizophrenia. **Schizophrenia Research**. 105 (1-3):201-207.
- Bellack, A. and DiClemente, C. (1999). Treating Substance Abuse Among Patients With Schizophrenia. **PS**. 50(1):75-80.
- Berry, K., Allott, R., Emsley, R., Ennion, S. and Barrowclough, C. (2013). Perceived empowerment in people with a dual diagnosis of schizophrenia spectrum disorder and substance misuse. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. 49(3):377-384.
- 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.
- Boschloo, L et al. (2011). Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders Findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). **Journal of Affective disorders** 131: 233-242.
- Chambers AR, Krystal JH, Self DW. (2001). A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. **Bio Psychiatry**. 50: 71–83.
- Clark, R.E. (2001). Family support and substance use outcomes for persons with mental health illness and substance use disorders. **Schizophrenia Bulletin**. 27 (1): 93-101.
- Davis, L. (1992). Instrument review : Getting the most from your panel of expert. **Applied Nursing Research** . 5 : 104-107.
- Drake, RE and Mueser, K.T. (2002). Co-Occurring Alcohol use disorder and schizophrenia. **Alcohol Research & Health**. 26 (2) : 99-102.
- Friedman, M. 2003. Family Nursing: Theory and Practice 4<sup>th</sup> Ed., Stamford. CT: Appleton & Lange.
- Funnell, M.M. and Anderson, RM.(2004). Empowerment and self- management of diabetes. **Clin Diabetes**. 2(23):123-7
- Gibson, C. H. (1991). Aconcept Analysis of Empowerment. **Journal of Advances Nursing**. 16(3): 354-361.

- Gibson, C. H. (1995). The process of Empowerment in ill children. *Journal of Advances Nursing*. 32,8: 1201-1210.
- Gispén de Wied, C.C. (2000). Stress in schizophrenia: an integrative view. [doi:DOI:1-.1060/S0014-2999 (00) 00567-7]. *European Journal of Pharmacology*. 405 (1-3), 375-384.
- Ghasemi,A.et al.(2014).Effects of Family-Centered Empowerment Model Based Education Program on Quality of Life in Methamphetamine Users and Their Families . *Iran Red Crescent Med J*.16(3): e13375.
- Graeber,A.D.,Moyers,T.B.,Griffith,G.,Guajardo and Tonigan,E. (2003).A pilot study comparing motivational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorder. *Community Mental Health Journal*. 39(3 ) : 189-202.
- Green, A.I., Drake, R.E., Brunette, M.F. and Noordsy, D.L. (2007). Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *Psychiatry*. 164: 402-408.
- Hartwell, K. J., Tolliver, B. K., and Brady, K. T. 2009. Biological commonalities between mental illness and addiction. *Primary Psychiatry*. 16(8): 33-39.
- Heather, N. (1989). **Brief intervention strategies**. In R.K. Hester and Miller (Eds.) **Hanbook of Alcoholism treatment approaches** (pp.93-166). New York: Pergamon.
- Heinz and Wong. (2003). Therapy and supportive care of alcoholics: guidelines for practitioners.**Best Practice & Research Clinical Gastroenterology**.17(4): 695-708.
- Jones, R., Lichtenstein, P., Grann, M., Långström, N. and Fazel, S. (2011). Alcohol Use Disorders in Schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 72(06):775-779.
- Kuei-Re at al.(2012).Psychosocial Rehabilitation Activites, Empowerment, and Quality of Community-Based Life for People with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*25(4) 285-294.
- Kumar, C., Thirthalli, J., Suresha, K., Arunachala, U. and Gangadhar, B. (2015). Alcohol Use Disorders in patients with schizophrenia: Comparative study with general population controls. *Addictive Behaviors*. 45:22-25.
- Laursen,TM., Munk-Olsen, T., Nordentoft, M. and Mortensen, PB. (2007). Increased

- mortality among patient admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia. **J Clin Psychiatry**.68:899-907.
- Latt, N. et al. (2011). Alcohol and substance use by patients with psychosis presenting to an emergency department: changing pattern. **Australasian Psychiatry**. 19(4): 354-359.
- Margolese, H., Malchy, L., Negrete, J., Tempier, R. and Gill, K. (2004). Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. **Schizophrenia Research**. 67(2-3):157-166.
- Martio, S., Carroll and Kostas, D. (2002) . Dual Diagnosis motivational intervention: a modification of motivational interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders . **Journal of Substance Abuse treatment**. 23 : 297-308.
- McClean, D., Gladman, B. and Mowry, B.(2012). Significant relationship between lifetime alcohol use disorders and suicide attempts in an Australian schizophrenia sample. **Aust N Z J Psychiatry**.46:132-140
- Manning, V, Wanigaratne, S, Best, D, Strathdee, G., Schrover, I., and Gossopal, M.(2009). Cognitive impairment in dual diagnosis in patient with schizophrenia and alcohol use disorder. **Schizophrenia Research**. 114: 98-104.
- Miller, J. F. (1992). **Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness**. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia : F.A. Davis.
- Miller, F. Judith. (2000). **Coping with Chronic Illness Overcoming Powerlessness**. 3<sup>rd</sup>ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Murray, C. and Lopez, A. (1996). Evidence-Based Health Policy Lessons from the Global Burden of Disease Study. **Science**: 274(5288):740-743.
- Mueser, K.T and Fox, L. (2002) A family intervention program for dual disorders. **Community mental health Journal**. 38(8) : 253-268.
- Moore B.C. (2005). Empirically supported family and peer intervention for dual disorders. **Research on social work practice**: 231-245.

- Rane, A., Nadkarni, A., Kanekar, J., Fernandes, W., Borker, H. and Pereira, Y. (2012). Alcohol use in schizophrenia: prevalence, patterns, correlates and clinical outcomes in Goa, India. **The Psychiatrist**. 36(7): 257-262.
- Ribbe, N. et al. (2011). Prediction of the risk of comorbid alcoholism in schizophrenia by interaction of common genetic variants in the corticotropin-releasing factor system. **Archives of general psychiatry**.68(12): 1247-1256.
- Noeline, L et al. (2011) . Alcohol and substance use by patients with psychosis presenting to an emergency department : changing pattern. **Australasian Psychiatry**. 19 (4) : 354-359.
- Polit, D.F.,and Beck, T.B. (2004). Nursing research: Principles and method(7<sup>th</sup> ed.). **Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins**.
- Ran, M.S., et al. (2010). Risk factors for poor work functioning of persons with schizophrenia in rural China. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**.
- Regier, D. (1990). Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse. **JAMA**. 264(19):2511.
- Salyers, M. and Mueser, K. (2001). Social functioning, psychopathology, and medication side effects in relation to substance use and abuse in schizophrenia. **Schizophrenia Research**. 48(1):109-123.
- Suk Bling, Mok Suen. (1998). **A Model of Empowerment for Hong Kong Chinese Cancer Patient and the role of self help Group in the Empowering Process**. Dissertation: Ph.D. nursing. Hong Kong Polytechnic University. Photocopied.
- Swartz, Marvin, S., Swanson, J.W. and Wagner,H.R. (2006). Violence and Severe Mental Illness: The Effects of Substance Abuse and No adherence to Medication.**The British Journal of Psychiatry**. 189(4):354-360.
- Yeh, M.Y., Che, H.L., Lee, L.W., and Horng, F.F (2008) An empowerment process: successful recovery from alcohol dependence. **Journal of Clinical Nursing**. 17: 921-929
- Zareal, K.et al.(2014). Effect of family-centered empowerment model on the attitude to medications and drug compliance in patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. **Jundishapur. Journal of Chronic Disease**

Care. 3(1): 61-67.

Zimmerman. M.A. (1995). Psychological Issues and illustration. **American Journal of Community Psychology**.23(5): 581-599.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- | ชื่อ-สกุล                  | ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน  |
|----------------------------|---|
| 1. นายแพทย์นพดล วานิชฤดี   | นายแพทย์เชี่ยวชาญ<br>สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา  |
| 2. นางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช<br>สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา           |
| 3. นางสาวโสรยา ศุภโรจน์    | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา  |
| 4. นายอัครเดช กลิ่นพิบูลย์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช<br>โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์                     |
| 5. อาจารย์ ดร.ชลพร กองคำ   | กลุ่มวิชาชีพครู คณะครุศาสตร์<br>ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช<br>มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา |



## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

### (Inform Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ซึ่งผู้วิจัย นางสาวนิภาพร รัฐมัน ที่อยู่ที่ติดต่อ 74 หมู่ 2 ตำบลดอนใหญ่ อำเภอสรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี 34250 โทรศัพท์ 099-4483956

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงหรืออันตราย และประโยชน์ ซึ่งจะเกิดจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราโดยมีระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 นาที ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

( นางสาวนิภาพร รัฐมัน )

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

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

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวนิภาพร รัฐมั้น ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

**สถานที่ติดต่อผู้วิจัย** 74 หมู่ 2 ตำบลดอนใหญ่ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี 34250

**หมายเลขโทรศัพท์มือถือ** 099-4483956 **Email** [nipapomrat2614@gmail.com](mailto:nipapomrat2614@gmail.com)

**ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆในงานวิจัย** ประกอบด้วย

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยโดยก่อนท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยนี้มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำขึ้นเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร ขอความกรุณาให้ท่านใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และหากเกิดข้อสงสัยต่าง ๆ ท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

3.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตาม ICD -10 หรือมีประวัติการใช้สุราร่วม ซึ่งรวมถึงการดื่มสุราแบบติดและการดื่มแบบอันตราย ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ซึ่งอยู่ในระยะเตรียมจำหน่าย และผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นระยะเวลา มากกว่า 6 เดือน อายุระหว่าง 20-59 ปี และมีคะแนนประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราจากการประเมิน AUDIT แบบเสี่ยงต่ำ โดยประเมินจากระดับคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป นอกจากนี้จะต้องมีอาการทางจิตสงบ โดยมีระดับคะแนนการประเมินอาการทางจิตน้อยกว่า 36 คะแนน สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในด้านารพูด การได้ยิน และการมองเห็น รวมทั้งมีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และมีการเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จำนวน 40 คน รวมทั้งผู้ดูแลหลักครอบครัวละ 1 คน ซึ่งเป็นบุคคลที่ให้การดูแล

ช่วยเหลือผู้ป่วย จิตเภทที่ใช้สุราในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมออย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยิน และการมองเห็น รวมทั้งมีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ซึ่งผู้วิจัยแบ่ง ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

**กลุ่มที่ 1** (กลุ่มควบคุม) ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเกล้า ได้แก่ การประเมินทางด้านร่างกายและจิตใจรวมถึงการให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย และมีการนัดติดตามพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในสัปดาห์ที่ 7 ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรม

**กลุ่มที่ 2** (กลุ่มทดลอง) จะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller 2000 ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Friedman 2003 โดยบำบัดเป็นรายกลุ่มครอบครัว ประกอบด้วยผู้ป่วย 1 คน และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก 1 คน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ระยะเวลา 60 นาที ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ โดยมีครอบครัวจะเข้าร่วมทุกกิจกรรม มีรายละเอียดดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือค้นหาสถานการณ์จริง กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ค้นหาสถานการณ์จริง โดยการสร้างสัมพันธภาพและการค้นหาปัญหา ตามสภาพจริง ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและรวบรวมและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริง กิจกรรมที่ 2 อภิปรายกลุ่มเรื่องปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยการให้ผู้ป่วยและครอบครัวอภิปรายกลุ่มเรื่องปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ร่วมกันวางแผนกำหนดเป้าหมาย ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนเอื้ออำนวย ข้อมูลความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สุราและผลของการดื่มสุรา โดยการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สุรา ผลที่เกิดจากการดื่มสุรา กิจกรรมที่ 4 ให้ความรู้เรื่องการจัดการกับความเครียดสุรา โดยให้ความรู้ทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกายและจิตใจ และทักษะการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง การฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยการฝึกนวดด้วยตนเอง และการหายใจจะช่วยให้เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียด ขั้นตอนที่ 4 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการป้องกันการดื่มซ้ำ โดยการให้ความรู้ในเรื่องทักษะการสื่อสารทางบวก การฝึกการแสดงอารมณ์ทางบวกของผู้ป่วยและครอบครัว การลดการตำหนิ ให้แสดงบทบาทสมมติ ผู้ป่วยและครอบครัวในการฝึกปฏิบัติทักษะการสื่อสาร กิจกรรมที่ 6 การสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เป็นการทบทวนความรู้และ

ทักษะการจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวแลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้ปฏิบัติเรียนรู้ร่วมกับพยาบาล และสนับสนุนในการนำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ไปใช้จัดการกับปัญหาการดื่มสุราวางแผนในการป้องกันการดื่มซ้ำได้ และประเมินแหล่งพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา(สำหรับผู้ป่วย) และประเมินแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วย(สำหรับครอบครัว)ทันทีหลังจากสิ้นสุดกิจกรรม และมีการนัดติดตามประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในสัปดาห์ที่ 7

6. การเข้าร่วมในการวิจัยของผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเป็นไปด้วยความสมัครใจและสามารถที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมมือหรือสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ ทั้งนี้การปฏิเสธดังกล่าวจะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและบริการทางสุขภาพที่จะได้รับ

7. ในขณะดำเนินการวิจัย ถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะให้การดูแลเบื้องต้น และดำเนินการรายงานแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาต่อไป

8. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือนางสาวนิภาพร รัฐมั่ง ได้ตลอดเวลาที่เบอร์ 097-2598990 และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมและจากแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยนี้จะเก็บเป็นความลับโดยหากมีการเสนอผลงานวิจัย จะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

10. ไม่มีค่าตอบแทนแก่ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-22188147 โทรสาร 0-22188147 E-mail: eccu@chula.ac.th





เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
โดย  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรม  
การดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

ผู้ดำเนินการวิจัยโดย : นางสาวนิภาพร รัฐมั้น

สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลาดำเนินการ : ตุลาคม ๒๕๕๘ - ตุลาคม ๒๕๕๙

เอกสารที่อนุมัติ

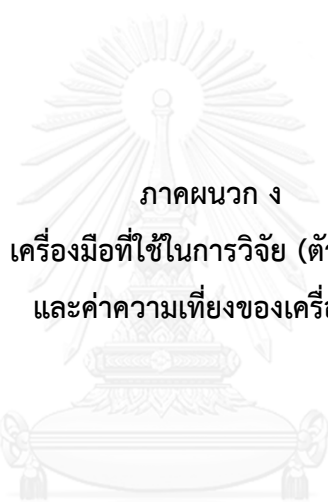
๑. โครงการวิจัย
๒. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
๓. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาโครงการแล้ว  
คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการ  
วิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

(นายสินเงิน สุขสมปอง)

ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา





ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)  
และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เลขที่แบบสอบถาม.....

## ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่อง [ ] หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านและเติมค่าในช่องว่างที่กำหนดไว้

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ..... ปี
2. สถานภาพสมรส
 

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

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เข้ารับการศึกษ	<input type="checkbox"/> 4. อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพ
 

<input type="checkbox"/> 1. ข้าราชการ, รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> 3. รับจ้าง	<input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ ระบุ.....
<input type="checkbox"/> 2. พนักงานบริษัท	<input type="checkbox"/> 4. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	
5. ปัจจุบันรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย .....บาท /เดือน
 

<input type="checkbox"/> 1. 5,000-10,000	<input type="checkbox"/> 2. 10,000-15,000
<input type="checkbox"/> 3. 15,000-20,000	<input type="checkbox"/> 4. 20,000 ขึ้นไป
6. สาเหตุที่นำไปสู่การดื่มสุรครั้งแรก
 

<input type="checkbox"/> 1. เพื่อนทำทนาย	<input type="checkbox"/> 3. เข้าสังคม	<input type="checkbox"/> 5. คลายเครียด
<input type="checkbox"/> 2. ปัญหาครอบครัว	<input type="checkbox"/> 4. ออยากลอง	
7. ระยะเวลาที่ดื่มสุรนาน.....ปี
8. ประวัติการดื่มสุรในครอบครัว  1. มี ได้แก่ .....[  2. ไม่มี
9. ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....ปี ( เกิน 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี )
10. ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ
 

<input type="checkbox"/> 1. กัญชา	<input type="checkbox"/> 3. บุหรี่	<input type="checkbox"/> 5. ไม่มี
<input type="checkbox"/> 2. ยาบ้า ยาไอซ์	<input type="checkbox"/> 4. กาว	
11. ผู้ดูแลหลัก  1. มี ระบุ .....[  2. ไม่มี

ส่วนของผู้ให้ข้อมูลที่

คะแนนอาการทางจิต.....(วันที่.....)

คะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุร.....(วันที่.....)

เลขที่แบบสอบถาม.....

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงพฤติกรรมการดื่มสุราของท่าน (ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา) คำตอบของท่านจะเป็นความลับ ขอให้ท่านตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน โดยเลือกตอบและทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ในแต่ละข้อคำถาม

ข้อความ	0	1	2	3	4
1. คุณดื่มสุร่าบ่อยเพียงไร	ไม่เคย เลย	เดือนละ ครั้งหรือ น้อยกว่า	2-3 ครั้ง ต่อเดือน	2-3 ครั้ง ต่อ สัปดาห์	4 ครั้ง ขึ้นไป ต่อสัปดาห์
2. เลือกตอบเพียงข้อเดียว - เวลาที่คุณดื่มสุร่า โดยทั่วไป แล้วคุณดื่มประมาณเท่าไรต่อ วัน หรือ	1-2 ดื่ม มาตรฐาน น	3-4 ดื่ม มาตรฐาน	5-6 ดื่ม มาตรฐาน	7-9 ดื่ม มาตรฐาน น	ตั้งแต่ 10 ดื่ม มาตรฐาน ขึ้นไป
- ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์ เช่น สิงห์ ไฮเนเกน ลีโอ เซียร์ ไท เกอร์ ช้าง ดื่มประมาณเท่าไร ต่อวัน หรือ	1-1.5 กระป๋อง/ 1/2- 3/4 ขวด	2-3 กระป๋อง/1 -1.5ขวด	3.5-4 กระป๋อง/ 2 ขวด	4.5-7 กระป๋อง /3-4 ขวด	7 กระป๋อง/ 4 ขวดขึ้นไป
- ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้า เช่น แม่ โขง หงส์ทอง หงส์ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี ดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน	2-3 ฝา	1/4 แบน	1/2 แบน	3/4 แบน	1 แบน ขึ้นไป
3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่ม เบียร์ 4 กระป๋องขึ้นไป หรือ เหล้า 3 เป๊กขึ้นไป	ไม่เคย เลย	น้อยกว่า เดือนละ ครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวันหรือ เกือบทุกวัน
4. ในช่วงหนึ่งเดือนที่แล้ว มี บ่อยเพียงไรที่คุณพบว่าคุณไม่ สามารถหยุดดื่มได้ หากคุณได้ เริ่มดื่มไปแล้ว	ไม่เคย เลย	น้อยกว่า เดือนละ ครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวันหรือ เกือบทุกวัน

ข้อความ	0	1	2	3	4
5. ในช่วงหนึ่งเดือนที่แล้ว มีบ้อยเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณควรจะทำตามปกติ เพราะคุณมัวแต่ไปดื่มสุราเสีย	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครึ่ง	เดือนละครึ่ง	สัปดาห์ละครึ่ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
6. ในช่วงหนึ่งเดือนที่แล้ว มีบ้อยเพียงไรที่คุณต้องรีบดื่มสุราทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติหรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครึ่ง	เดือนละครึ่ง	สัปดาห์ละครึ่ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
7. ในช่วงหนึ่งเดือนที่แล้ว มีบ้อยเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ดี โกรธหรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำอะไรบางสิ่งบางอย่างลงไปขณะที่คุณดื่มสุรา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครึ่ง	เดือนละครึ่ง	สัปดาห์ละครึ่ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
8. ในช่วงหนึ่งเดือนที่แล้ว มีบ้อยเพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมาเพราะว่าคุณได้ดื่มสุราเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครึ่ง	เดือนละครึ่ง	สัปดาห์ละครึ่ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในเดือนที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วง หนึ่งเดือนที่แล้ว
10. เคยมีแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความเป็นห่วงเป็นใยต่อการดื่มสุราของคุณ	ไม่เคยเลย		เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในเดือนที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วง หนึ่งเดือนที่แล้ว
<b>คะแนนรวม</b>					

เลขที่แบบสอบถาม.....

## ตัวอย่าง แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

**คำชี้แจง** แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกทั้งหมด รวม 20 ข้อ ให้ตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ค่าคะแนนทางบวก
มากที่สุด	พลังอำนาจอยู่ในระดับดีมาก	5
มาก	พลังอำนาจอยู่ในระดับดี	4
ปานกลาง	พลังอำนาจอยู่ในระดับปานกลาง	3
น้อย	พลังอำนาจอยู่ในระดับน้อย	2
น้อยที่สุด	พลังอำนาจอยู่ในระดับน้อยที่สุด	1

โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อความว่าตรงกับการปฏิบัติของท่านมากน้อยเพียงใด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ					
2. อาการเจ็บป่วยทางจิตของท่านดีขึ้น					
3. ท่านสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้					
4. ท่านทราบวิธีการลด/ละ/เลิกพฤติกรรมการดื่มสุราได้					
5. ท่านเต็มใจให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเพื่อลดพฤติกรรม การดื่มสุรา					
6. ....					
7. ....					
8. ....					
9. ....					
10. ....					
11. ....					
12. ....					
13. ....					
20.....					

เลขที่แบบสอบถาม.....

**ตัวอย่าง แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วย**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย✓ลงในช่องว่างด้านขวามือที่ตรงกับการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัว  
ท่านตามความเป็นจริง ในแต่ละข้อคำถาม ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ขอให้ท่านพิจารณาข้อคำถามแต่ละข้อและตอบเพียงคำตอบเดียว

เกณฑ์การเลือกตอบมีดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นประจำหรือทุกครั้ง  
ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นบ่อยครั้งหรือเกือบทุกครั้ง  
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง  
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นนานๆครั้งหรือน้อยมาก  
ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเลย

ข้อความ	ระดับของการปฏิบัติ				
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
<b><u>ด้านการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้แข็งแรง</u></b>					
1. สมาชิกในครอบครัวดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตรงเวลาและต่อเนื่อง					
2. สมาชิกในครอบครัวได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย					
3. สมาชิกในครอบครัวให้ความสนใจและให้การช่วยเหลือ เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านร่างกายหรือจิตใจ					
4. ....					
5. ....					
6. ....					
<b><u>ด้านการจัดการกับสถานะความเสี่ยงสูง</u></b>					
7. ....					
20. ....					
34. ....					

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0.820	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Emp1	71.33	70.506	.504	.807
Emp2	71.97	73.757	.139	.828
Emp3	71.60	72.938	.284	.817
Emp4	71.93	71.375	.389	.812
Emp5	71.23	67.978	.567	.802
Emp6	71.90	71.886	.332	.815
Emp7	71.73	70.340	.504	.807
Emp8	71.57	67.633	.565	.802
Emp9	72.27	74.202	.130	.827
Emp10	71.07	70.547	.672	.803
Emp11	71.17	68.971	.684	.800
Emp12	72.40	79.352	-.142	.851
Emp13	71.23	70.047	.573	.804
Emp14	71.33	69.126	.518	.805
Emp15	71.37	68.171	.570	.802
Emp16	71.67	66.506	.742	.794
Emp17	71.53	70.740	.572	.805
Emp18	71.37	66.930	.727	.795
Emp19	72.60	68.800	.372	.814
Emp20	71.33	77.195	-.023	.833

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่ม  
สุราในผู้ป่วย

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0.888	34

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
f1	134.23	191.289	.410	.885
f2	134.73	179.582	.680	.879
f3	134.10	189.128	.596	.883
f4	133.90	198.300	.208	.888
f5	134.00	196.966	.265	.888
f6	133.77	184.254	.736	.880
f7	134.13	189.913	.499	.884
f8	134.33	186.092	.608	.882
f9	134.07	179.857	.792	.877
f10	135.53	214.809	-.355	.907
f11	133.93	195.651	.375	.886
f12	133.97	186.516	.703	.881
f13	134.27	183.030	.712	.879
f14	133.90	191.748	.624	.883
f15	133.77	194.599	.522	.885
f16	135.23	191.151	.237	.891
f17	134.97	188.930	.522	.883
f18	134.03	193.413	.375	.886
f19	134.17	185.868	.625	.881
f20	134.07	190.892	.502	.884



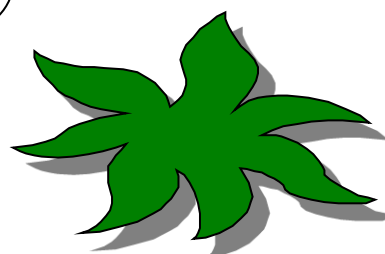
f21	134.50	178.741	.778	.877
f22	134.07	192.409	.427	.885
f23	136.37	206.792	-.185	.899
f24	134.07	184.202	.647	.881
f25	133.93	191.582	.526	.884
f26	133.73	196.892	.360	.887
f27	133.97	195.344	.397	.886
f28	136.07	188.340	.256	.893
f29	134.03	191.964	.374	.886
f30	133.87	196.533	.260	.888
f31	133.90	193.886	.401	.886
f32	133.80	190.579	.712	.882
f33	134.93	185.789	.466	.884
f34	134.87	185.913	.462	.884



ตัวอย่างคู่มือ

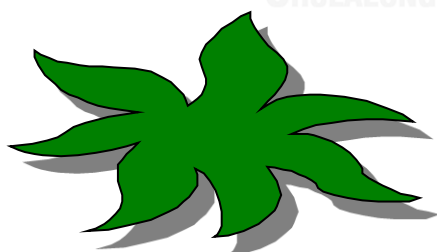
โครงการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา  
ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

คู่มือ



โครงการเสริมสร้างพลังอำนาจ  
โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของ  
ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

CHULALONGKORN UNIVERSITY



โดย : นางสาวนิภาพร รัฐมัน  
อาจารย์ที่ปรึกษา : อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**แผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม  
ต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา**

**สัปดาห์ที่ 1**

<b>ขั้นตอนที่ 1</b>	การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและการค้นหาสภาพการณ์จริง
<b>กิจกรรมที่ 1</b>	สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวและค้นหาสถานการณ์จริง
<b>สถานที่</b>	ห้องทำกิจกรรมกลุ่ม ตึกผู้ป่วยใน
<b>กลุ่มเป้าหมาย</b>	ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัว (รายกลุ่มครอบครัว)
<b>ระยะเวลา</b>	60 นาที
<b>รูปแบบ</b>	ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U ให้สมาชิกเลือกนั่งได้ตามอัธยาศัย ผู้นำกลุ่มจะนั่งด้านหน้าและผู้ช่วยนั่งสลับอยู่กับสมาชิกในกลุ่ม

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวแต่ละครอบครัวได้รู้จักกันและกัน มีความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยตนเองและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม เกิดสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวสามารถค้นหาและประเมินและระบุสภาพปัญหาการดื่มสุราได้ตามความเป็นจริง และเข้าใจถึงสาเหตุที่นำไปสู่การดื่มสุราของผู้ป่วย
3. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพและรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ตระหนักถึงบทบาทของตนเองและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการดื่มสุราของสมาชิกในครอบครัว
4. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นและสาเหตุของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเองที่บกพร่องและรับรู้ต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราตรงตามสภาพที่เป็นจริง

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

1. มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในกลุ่มมีความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยตนเองและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม เกิดสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม
2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองได้ และสามารถค้นหาและประเมินและระบุสภาพปัญหาการดื่มสุราได้ตามความเป็นจริง และบอกสาเหตุที่นำไปสู่การดื่มสุราของผู้ป่วยได้
3. สามารถบอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมได้



3. ผู้วิจัยกล่าวชี้แจงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ในแต่ละกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ

4. ผู้วิจัยให้สมาชิกผู้ป่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาการตีศีรษะของตนเอง และครอบครัวร่วมแสดงความคิดเห็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นและผู้วิจัยสรุปประเด็น (10 นาที)

5. จากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกแบ่งกลุ่มๆละ 4-5 ครอบครัว ค้นหาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการตีศีรษะของตนเอง โดยผู้วิจัยแจกใบงานให้สมาชิกแต่ละคน (ใบงานที่ 1/1,1/2) แล้วให้สมาชิกเขียนแสดงความคิดเห็นตามใบงานที่ 1 /1 สำหรับผู้ป่วย ใบงานที่ 1/2 สำหรับครอบครัว (10 นาที)

6. ให้สมาชิกอ่านข้อความของตนเองจนครบทุกคน แล้วให้สมาชิกแต่ละกลุ่มอภิปรายร่วมกัน เตรียมตัวแทนนำเสนอในกลุ่มใหญ่ (10 นาที)

7. ให้ตัวแทนกลุ่ม นำเสนอข้อสรุปต่อกลุ่มใหญ่ และผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปราย โดยผู้ช่วยวิจัยจัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปราย

8. ผู้วิจัยสอบถามความคิดเห็นจากสมาชิกกลุ่มถึงการยอมรับซึ่งกันและกัน เปิดโอกาสให้ทั้ง 2 กลุ่ม อภิปรายในประเด็นที่ขัดแย้ง

9. ผู้วิจัยแจก ใบงานที่ 2 แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ ให้สมาชิกผู้ป่วยประเมินแหล่งพลังอำนาจของตนเองและอภิปรายร่วมกันถึงแหล่งพลังอำนาจที่บกพร่องโดยผู้ช่วยวิจัยจัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปราย (10 นาที)

10. ให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมการตีศีรษะของผู้ป่วยในใบงานที่ 3 ปัญหาในการดำเนินชีวิต เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยในกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ร่วมหรือประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน ในประเด็น “ชอบหรือไม่ชอบอย่างไร” “การแก้ไขที่ผ่านมา” “ผลที่ได้รับเป็นอย่างไร” ผู้ช่วยผู้วิจัยบันทึกใน Flip chart

11. ผู้วิจัยสรุปประเด็น ปัญหา/สถานการณ์ที่เป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตที่เกิดจากพฤติกรรมการตีศีรษะของผู้ป่วย จัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา และแจ้งเวลานัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมต่อไป

#### **การประเมินผล**

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ความเชื่อมั่นภายในกลุ่ม เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ความกล้าในการเปิดเผยข้อมูล และการแสดงออกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาการตีศีรษะ สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการตีศีรษะกับผู้ป่วย และครอบครัวอื่นได้ตามสภาพการณ์จริง เกิดการเรียนรู้ปัญหาว่าไม่ได้เกิดกับตนเพียงคนเดียว สามารถค้นหาและประเมินสภาพปัญหาได้ตามความเป็นจริง การสร้างความหวังและแรงจูงใจทำให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม และบอกแหล่งพลังอำนาจที่บกพร่องและจัดลำดับความสำคัญของแหล่งพลังอำนาจที่ต้องได้รับการแก้ไข

คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา  
สำหรับครอบครัว



โดย : นางสาวนิภาพร รัฐมั่น  
อาจารย์ที่ปรึกษา : อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์  
คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนิภาพร รัฐมั่ง เกิดเมื่อวันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2525 ที่อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ( พย.บ.) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท ปีการศึกษา 2548 เข้ารับการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ภาคนอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2556 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

