

ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์
ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์

นางสาวอรุณรัตน์ คำสอนทา



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 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF MOTIVATION INTERVIEWING FOR CRAVING CONTROL
PROGRAM ON ALCOHOL CONSUMPTION IN SCHIZOPHRENIA
AND ALCOHOL USED PATIENTS

Miss Arunrat Khamsorntha



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 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยาก ดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่ม แอลกอฮอล์
โดย	นางสาวอรุณรัตน์ คำสอนทา
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

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

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

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

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

อรุณรัตน์ คำสอนทา : ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ (THE EFFECT OF MOTIVATION INTERVIEWING FOR CRAVING CONTROL PROGRAM ON ALCOHOL CONSUMPTION IN SCHIZOPHRENIA AND ALCOHOL USED PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร.สุนิศา สุขตระกูล, 180 หน้า.

การวิจัยนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาแบบเปรียบเทียบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จำนวนทั้งสิ้น 37 คน ใช้คะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) ในการจับคู่กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน และใช้การสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม 18 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ 19 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม และแบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (OCDS) เครื่องมือทุกชุดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และเครื่องมือชุดที่ 2 ตรวจสอบความเที่ยงพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและการทดสอบ t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5777329336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: ALCOHOL USE / ALCOHOL CONSUMPTION / MOTIVATION INTERVIEWING / CRAVING CONTROL PROGRAM / SCHIZOPHRENIA

ARUNRAT KHAMSORNTHA: THE EFFECT OF MOTIVATION INTERVIEWING FOR CRAVING CONTROL PROGRAM ON ALCOHOL CONSUMPTION IN SCHIZOPHRENIA AND ALCOHOL USED PATIENTS. ADVISOR: ASSOC. PROF. POL. CAPT. YUPIN AUNGSUROCH, Ph.D., CO-ADVISOR: SUNISA SUKTRAKUL, Ph.D., 180 pp.

This study is a quasi – experimental nonequivalent group design. The objectives of the study were to compare alcohol consumption in schizophrenia and alcohol used patients before and after received motivation interviewing for craving control program and alcohol consumption in schizophrenia and alcohol used patients between patients who received motivation interviewing for craving control program and those who received regular care. The sample consisted of 37 schizophrenia and alcohol used patients attended at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatric. They were matched pairs with scores on Alcohol Use Identification Test (AUDIT) then randomly assigned to the experimental and control group divided to experimental group 18 persons and control group 19 persons. The experimental group received motivation interviewing for craving control program and control group received regular care. The study instruments composed of Motivation interviewing for craving control program and The Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS). The instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 2nd instruments was reported by Cronbach's Alpha Coefficient as of .88. The data was analyzed using descriptive statistics and t-test, at .05 level.

Major findings are as follows :

1. Alcohol consumption in schizophrenia and alcohol used patients who received motivation interviewing for craving control program was significantly better than that before, at .05 level.
2. Alcohol consumption in schizophrenia and alcohol used patients who received motivation interviewing for craving control program was significantly better than those who received the regular care, at .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2016

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้งสองท่าน รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์ และอาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีคุณค่าให้คำปรึกษา คำแนะนำซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความทุ่มเทเอาใจใส่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความเมตตา ความเสียสละ ความเอื้ออาทรที่ท่านอาจารย์มอบให้โดยตลอดมา จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ทั้งสองเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัยที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณท่านอธิบดีกรมสุขภาพจิตที่ได้อนุมัติสนับสนุนทุนการศึกษาในครั้งนี้นี้ รวมถึงบุคลากรของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้แก่ ท่านผู้อำนวยการ กลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน เพื่อนร่วมงานที่ได้เอื้อเฟื้อการทำงาน จัดสรรเวลา และให้กำลังใจในการทำวิจัยตลอดมา รวมถึงหัวหน้าหอผู้ป่วยและบุคลากรทางการพยาบาลที่ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	15
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์.....	22
3. แนวคิดเกี่ยวกับความอยากดื่มแอลกอฮอล์.....	38
4. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ.....	45
5. การพัฒนาโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์.....	52
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	57
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	60

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	62
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	63
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	64
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	64
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	71
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	71
ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย	81
การกำกับกับการทดลอง.....	110
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	113
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	115
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	122
สรุปผลการวิจัย.....	127
อภิปรายผลการวิจัย.....	128
ข้อเสนอแนะ	141
รายการอ้างอิง	143
ภาคผนวก.....	154
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	155
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา และการตรวจสอบความเที่ยง.....	157
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง).....	160
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และแบบแสดงความ ยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	173
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	178
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	180

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	สรุปการพัฒนาโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์	52
ตารางที่ 2	ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์แบ่งตามระดับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	66
ตารางที่ 3	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ และสถานภาพ	67
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้	68
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาที่เจ็บป่วย และระยะเวลาในการบริโภคแอลกอฮอล์	69
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก สาเหตุการบริโภคแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติดร่วม	70
ตารางที่ 7	กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม .	84
ตารางที่ 8	ระดับคะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์	112
ตารางที่ 9	จำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมรายบุคคล ในระยะก่อนและหลังการทดลอง	116
ตารางที่ 10	การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์	120
ตารางที่ 11	การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	121

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 Dynamic regulatory model of cue-reactivity (Niaura, 2000).....	39
แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย	61
แผนภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	Error! Bookmark not defined.
แผนภาพที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ตามระดับ ปัญหาการดื่มของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	118
แผนภาพที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้ป่วยจิต เภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	119

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทาง จิตเวชที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) โดยพบอัตราความชุกของโรคจิตเภทได้สูงถึง 8.8 คนต่อแสนประชากร (Phanthunane et al., 2010) และพบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิงในอัตราเท่าๆ กัน แต่เพศชายจะเริ่มป่วยเป็นโรคในช่วงอายุที่น้อยกว่าเพศหญิง (America Psychiatric Association, 2000) ซึ่งการดำเนินการของโรคเป็นแบบเรื้อรังมักจะไม่หายขาดและมีโอกาสกำเริบซ้ำเป็นช่วงๆ ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 2 ล้านคนต่อปี (S adock and Sadock, 2005) และยังพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน (WHO, 2013) จากการศึกษาความชุกของโรคจิตเภทในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2555-2556 มีผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีอัตราสูงถึงร้อยละ 36.12 และ 35.01 ตามลำดับ และยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2556)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะมีอาการแสดงใน 2 กลุ่มอาการหลัก ได้แก่ กลุ่มอาการทางด้านบวก เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ส่วนกลุ่มอาการทางด้านลบจะแสดงออกมาในรูปแบบของการมีพฤติกรรมแยกตัว พูดน้อย และมีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย (Talamo et al., 2006) ลักษณะอาการดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดเพิ่มสูงขึ้น เมื่อเกิดความเครียดมักจะแสวงหาหนทางในการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ วิธีการหนึ่งที่ผู้ป่วยเลือกใช้กันมากที่สุดคือ การดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยบรรเทาอาการทางจิต ผ่อนคลายความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดำเนินชีวิตประจำวันและการเข้าสังคม (มณฑนา กิตติพิรชล, 2551; Thornton et al., 2012) จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์สูงเป็นอันดับหนึ่งถึงร้อยละ 53.1 (Latt et al., 2011) สำหรับประเทศไทย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาพบผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ในปี พ.ศ. 2555, 2556, และ 2557 มีอัตราสูงถึงร้อยละ 34.64, 36.91, และ 38.03 ตามลำดับ และยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องในอัตราที่สูงขึ้น (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2557)

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เป็นการกระทำของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย ลักษณะการดื่ม บุคคลที่ร่วมดื่ม ช่วงเวลาการดื่ม สถานที่ดื่ม ปริมาณและความถี่ของการดื่มและผลกระทบของการดื่ม (พันธุณา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) การดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่าผู้ป่วยที่ติด

แอลกอฮอล์ร่วมด้วยจะมีพฤติกรรมกระตุ้นแอลกอฮอล์ในปริมาณที่แตกต่างกันและมีสาเหตุการดื่มที่แตกต่างกัน (วิชชุตดา ยะสินธ์ และคณะ, 2554) โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของกระบวนการรู้คิด การรับรู้จะส่งผลให้ผู้ป่วยคิด ตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ใช้วิธีการจัดการกับปัญหาด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มแอลกอฮอล์เพื่อคลายความเครียดที่เกิดขึ้น และดื่มแล้วสามารถช่วยบรรเทาอาการทางจิตลงได้ การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้กล้ามเนื้อสั่นเทา กล้ามเนื้อ และรู้สึกเข้มแข็งขึ้น (บรรจง สืบสมาน, 2536) และช่วยลดอาการหงุดหงิด เนื่องจากแอลกอฮอล์ที่เข้าสู่ร่างกายจะออกฤทธิ์ต่อสมองทำให้มีจิตใจเบิกบาน ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดื่มอย่างต่อเนื่อง (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2545)

พฤติกรรมกระตุ้นแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทถือเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่มีความสำคัญและมีความซับซ้อนในการดูแลรักษา นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน (Bradizza et al., 2009) ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุภัทรา ก้อนคำดี (2556) ที่พบการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทสูงถึงร้อยละ 76.5 และเป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมกระตุ้นแอลกอฮอล์ร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 94.4 ผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่สามารถลดพฤติกรรมกระตุ้นแอลกอฮอล์ได้ จะเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีกระบวนการคิดตัดสินใจบกพร่องและเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากขึ้น (Munro and Edward, 2008) โดยส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาทและสมอง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบสารสื่อประสาทในสมองหลายชนิด เช่น การมีระดับของสารซีโรโทนินลดลง จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Heinz et al., 2001) และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามมาได้ (Hughes, 2009) นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทบกพร่องด้านการรับรู้ กระบวนการคิด การตัดสินใจ และอาจก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ (Munro and Edward, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mohamed et al. (2006) และ Ralevski et al. (2012) ที่พบว่า พฤติกรรมกระตุ้นแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยกระตุ้นที่จะส่งผลให้มีอาการทางจิตกำเริบอยู่บ่อยครั้ง จนส่งผลให้มีกระบวนการคิด การรับรู้ที่บกพร่องมากขึ้น และยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์จะมีความบกพร่องในด้านความตั้งใจหรือความสนใจต่อสิ่งต่างๆ และความสามารถในการแก้ไขปัญหาลดน้อยลงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทหรือกลุ่มผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียว รวมถึงพฤติกรรมกระตุ้นแอลกอฮอล์จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาและการรับประทานยาลดน้อยลง (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และนารัตน์ เกษตรทัต, 2550; Batki, 2009) ซึ่งจะนำไปสู่การทำให้อาการทางจิตกำเริบ และกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

พฤติกรรมกระตุ้นแอลกอฮอล์ยังส่งผลต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท โดยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ จะประสบปัญหาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษา

ด้วยยา ต้องใช้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ จนส่งผลให้มีผลลัพธ์ในการบำบัดรักษาไม่ดีเท่าที่ควร และอาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้างเคียงจากการใช้ยารักษาอาการทางจิต เช่น Extrapyrarnidal Side Effect (EPS) โดยเฉพาะ Tardive Dyskinesia ได้ ในอัตราที่สูง (Hughes, 2009) และที่สำคัญที่สุดจะส่งผลทำให้การบำบัดรักษาด้วยยามีประสิทธิภาพที่ลดน้อยลง (McCann, Boardman, and Clark, 2008) ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ จะมีอัตราการเข้ารับการรักษากายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ไม่ต่อเนื่องได้ในอัตราที่สูง (Deley and Zuckoff, 1998) และจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มดังกล่าวมีอาการทางจิตกำเริบบ่อยครั้งนั้น จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วยเอง และจะส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น (Drake and Mueser, 2002; Curran et al., 2008) จากผลกระทบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าหากผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง จะส่งผลกระทบต่อในระยะยาวทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และต่อประเทศชาติได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่เกิดผลกระทบทางลบจากการดื่ม จะพบว่า ความอยากดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องทำให้เกิดความอยากดื่มของผู้ป่วยจิตเภท (Niaurra, 2000) ซึ่งความอยากดื่มจะเกิดขึ้นได้ตลอดเมื่อมีปัจจัยมากระตุ้น ได้แก่ ปัจจัยกระตุ้นภายใน ได้แก่ สภาวะอารมณ์หรือความรู้สึก เช่น ดีใจ เสียใจ กังวลใจ ความโกรธ เครียด และเหงา ซึ่งเป็นปัจจัยนำไปสู่พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Councill, Halter, and Dijulio, 2010) ปัจจัยกระตุ้นภายนอก ได้แก่ บุคคลที่ร่วมดื่ม สถานที่ที่เคยดื่ม สิ่งของ ได้แก่ ภาชนะบรรจุแอลกอฮอล์ เช่น ขวด กระจก ไห หรือโอ่ง อุปกรณ์การดื่ม เช่น แก้ว กระจกน้ำแข็ง ที่คิบน้ำแข็ง หรือช่วงเวลาที่เคยดื่มประจำ เช่น ตอนเย็นหลังเลิกงาน และวันเงินเดือนออก สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความอยากดื่ม (Lapham et al., 1998; Poikolainen, 2000; Munro and Edward, 2008; ศรีนยา บุณนาค และอำนาจ อินทสโร, 2552) นอกจากนี้ประสบการณ์ในอดีตที่เกิดจากผลกระทบทางลบของการลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่มที่เกิดขึ้นกับตัวบุคคล ซึ่งได้แก่ มือสั่น ปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มีไข้ ม่านตาขยาย มีอาการชัก หงุดหงิด อยู่ไม่สุข ฝันร้าย และประสาทหลอน (withdrawal symptom) (สุวัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, 2541) รวมถึงความทุกข์ทรมานทางจิตใจเมื่อเกิดอาการเหล่านั้น หรือประสบการณ์ที่ได้รับผลทางบวกหลังจากการดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ดื่มแล้วช่วยผ่อนคลายความเครียด ลดสภาวะอารมณ์ที่กดดัน (Poikolainen, 2000; Walton et al., 2003) หรือดื่มแล้วช่วยเพิ่มความสนุกสนาน การกล้าแสดงออก (Stein, Goldman, and Del Boca, 2000; Tizabietal et al., 2002) สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้แก่ ด้านครอบครัว (Walton et al., 2003) เช่น ความขัดแย้งในครอบครัวนำไปสู่สภาวะอารมณ์กดดันหรือโกรธ การดื่มของสมาชิกในครอบครัวทำให้เกิดการชักชวนให้ร่วมดื่ม และ

ด้านการไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีพฤติกรรมการติ่ม แอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง (เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ, 2555; เพ็ญพัทธ์ ดารากร ณ อยุธยา, 2556)

ปัจจัยทั้งหมดข้างต้นจะนำมาสู่ ความอยากติ่มแอลกอฮอล์ (Craving) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาทาง ร่างกายเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีปัจจัยกระตุ้นการติ่มเข้ามาในร่างกายแล้ว จะมีการกระตุ้นสารซึ่งเป็นสาร สื่อประสาทชนิดหนึ่งในบริเวณของวงจรสมองส่วนอยาก (Brain Reward System Reward) โดย เซลล์ที่อยู่ในบริเวณของก้านสมองจะไปจับกับ Opioid Receptors ส่งผลให้สมองมีการหลั่งของสารสื่อ ประสาทหลายชนิดได้แก่ Glutamate, Norepinephrine และ Dopamine ออกมาในปริมาณที่ เพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข และเกิดความรู้สึกพึงพอใจต่อการติ่มแอลกอฮอล์ แต่เมื่อ ระดับสารสื่อประสาทต่างๆ ในสมองลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสาร Dopamine จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิด ความรู้สึกอยาก (Craving) และมีความต้องการติ่มแอลกอฮอล์เพื่อตอบสนองความรู้สึกมีความสุข และพึงพอใจตามที่ต้องการ (Reinforcement) ทำให้เกิดความอยากติ่มและมีความต้องการที่จะติ่ม แอลกอฮอล์นั้นต่อไป (Tiffany and Conklin, 2000) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยลี้ใจในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ของตน ซึ่งการขาดแรงจูงใจหรือการมีแรงจูงใจในระดับต่ำถือเป็นปัจจัย ภายในที่มีความสำคัญและเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล (Miller and Rollnick, 2002) ทั้งนี้การจัดการกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความอยากติ่มได้อย่างครอบคลุม จะเป็นแนวทางที่นำไปสู่การลดพฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ลงได้

จากสถานการณ์การติ่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น สถาบัน จิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีการบำบัดและรักษาด้วยโปรแกรมการบำบัดแอลกอฮอล์ของ โรงพยาบาล ดำเนินการบำบัดในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยดำเนินกิจกรรมเป็น ระยะเวลา 2 สัปดาห์ มีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบกลุ่ม ประกอบไปด้วยเนื้อหาหลัก 4 ประการคือ (1) การให้คำปรึกษารายบุคคลและครอบครัว, (2) การฝึกทักษะการเลิกติ่มแอลกอฮอล์ และยาเสพติดระยะเริ่มต้น, (3) การป้องกันการกลับติ่มซ้ำ, และ (4) การให้ความรู้แก่ครอบครัว และ ภายหลังที่ได้รับการบำบัดเสร็จสิ้นและได้รับการจำหน่ายกลับไปสู่ชุมชน มีการศึกษาเพื่อติดตามผล พบว่า ผู้ป่วยมีอัตราการกลับไปติ่มซ้ำสูง เมื่อศึกษาปัจจัยของการกลับไปติ่มซ้ำจากการสอบถามผู้ที่ เข้ารับการรักษา 1 ครั้ง พบว่า เมื่อกลับไปสู่ชุมชนจะเกิดความลี้ใจ มีสิ่งยั่วยุต่างๆ เช่น เพื่อน สังคมและสิ่งแวดล้อมเดิมๆ ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความลี้ใจและขาดแรงจูงใจที่จะเลิกติ่ม แอลกอฮอล์ (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2557) และพบว่าภายหลังจากที่ผู้ป่วยจิตเภท ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มักจะพบความกดดันในด้านต่างๆ จากสังคมและครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าแม้ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความตั้งใจบำบัดรักษาเพื่อหยุดติ่ม แอลกอฮอล์ให้ได้ แต่ยังมีปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเผชิญ คือ หลังจากหยุดติ่มแอลกอฮอล์

ไปสักระยะหนึ่งแล้ว จะมีความรู้สึกอยากดื่มแอลกอฮอล์ตามมา โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท หวนกลับไปมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำคือ การขาดแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม แอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง (Niaura, 2000) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงความอยากดื่ม นั้น ถือว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่จะส่งเสริมให้บุคคลเกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดื่มไปในทางที่เหมาะสม และเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแสวงหาแนวทางและวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป (Miller and Rollnick, 2002; Gregg et al., 2007; Santa Ana et al., 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยรูปแบบการบำบัดมีหลากหลาย การสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นรูปแบบการ บำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีความสำคัญ ในการจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย จิตเภท การเสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Miller and Rollnick (2002) ซึ่งเป็นรูปแบบการ บำบัดทางจิตสังคมรูปแบบหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและได้รับความนิยม โดยนำมาประยุกต์ใช้ในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพต่างๆ ได้ ทั้งสามารถดำเนินการบำบัดในรูปแบบรายบุคคล และแบบกลุ่ม ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน (John, Driessen, Wetterling, and Dilling, 2003; Graeber et al., 2003) ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการ เสริมสร้างแรงจูงใจมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ โดยมุ่งเน้นการสร้าง แรงจูงใจเพื่อการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ที่จะนำไปสู่การลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ป่วยจิตเภท

การสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Miller and Rollnick (2002) เน้นให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ค้นหาแก้ไขความลังเลใจของตนเอง ให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ จาก การศึกษาของสุนทรี ศรีโกไสย (2552) ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการบำบัดทางด้านจิตสังคมเพื่อ เสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่รับบริการในโรงพยาบาล สอนปรุงพบว่า ร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนลดลงในแต่ละระยะของการ บำบัด ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละระยะของ การบำบัดด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ และภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลเมื่อติดตามผล ต่อเนื่องพบ ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มแอลกอฮอล์มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นระยะ ผู้วิจัยจึงได้ เสนอแนะเรื่องการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจว่าควรกระทำต่อเนื่อง โดยเสนอแนะวิธีการบำบัดด้วย การดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ซึ่งเป็นวิธีการที่สะดวก ง่ายต่อการติดตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ Tinakon et al. (2011) ที่ศึกษาผลของการใช้โทรศัพท์ติดตามด้วยรูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อ สร้างแรงจูงใจแบบประยุกต์เพื่อลดปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์พบว่า กลุ่ม ทดลองมีจำนวนวันดื่ม ความถี่และปริมาณการดื่มโดยเฉลี่ยในหนึ่งสัปดาห์ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่

ไม่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบประยุกต์ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจแบบต่อเนื่องอย่างชัดเจน การศึกษาในต่างประเทศของ McKay et al. (2005) ทำการศึกษาประสิทธิผลของการดูแลต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์สำหรับผู้ติ่มแอลกอฮอล์พบว่า ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์จะมีพฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับ Luciana et al. (2013) ทำการศึกษาผลของการสร้างแรงจูงใจแบบย่อโดยใช้โทรศัพท์สำหรับผู้ที่มีปัญหาการติ่มแอลกอฮอล์ในบราซิลพบว่า ภายหลังจากที่ผู้ที่มีปัญหาการติ่มแอลกอฮอล์ได้รับการสร้างแรงจูงใจแบบย่อทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีพฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการช่วยผลักดันการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ของคนในครอบครัว เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมที่สมาชิกในครอบครัวมีความใกล้ชิดสนิทสนม เมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดปัญหา สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนเป็นอย่างดีเพราะโดยธรรมชาติของมนุษย์ไม่ได้อยู่เพียงลำพัง ในการดำเนินชีวิตจึงต้องมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวข้องและผูกพันกับบุคคลอื่นอยู่เสมอ โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว บุคคลสำคัญที่มีความใกล้ชิดผูกพันกับผู้ป่วยต่างก็เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สามารถสร้างแรงจูงใจให้การส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยให้ประกอบตนอยู่ในเส้นทางของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้นานมากขึ้น (Cobb, 1976) การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตเวชทางจิตเวชที่ต้องให้การบำบัด หรือต้องการการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง มองว่าผู้ป่วยที่รับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมจะรับรู้ได้ถึง การดูแลเอาใจใส่ได้รับความรักความภาคภูมิใจ ความมีคุณค่า (Esteemed and Valued) และมีความรู้สึกเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม (Cobb, 1976) โดยผู้ที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความรู้สึกที่ได้รับการดูแลความห่วงใยแม้ในยามที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ (Warren, Stein, & Grella, 2007) นอกจากนี้แรงสนับสนุนจากครัวยังทำหน้าที่เสมือนกันชน (Buffer) ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดและการเจ็บป่วยได้ดี (Gottlieb, 1983) ซึ่งสอดคล้องกับ Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000 ที่ได้อธิบายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางครอบครัวที่มีต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจว่า การสร้างแรงจูงใจจากครอบครัวเป็นกระบวนการหนึ่งในการสนับสนุน ผลักดัน เกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เกี่ยวกับสุขภาพที่มีผลจากอิทธิพลของอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม นอกจากนี้การให้และการรับการสร้างแรงจูงใจจากบุคคลที่เป็นสมาชิกของครอบครัวที่บุคคลนั้นเกี่ยวข้องด้วยมีผลทำให้บุคคลนั้นพ้นจากวิกฤติ ความเครียดและการคุกคามทางจิตใจและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง (ประไพ ทายาทร, 2545)

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้จริง ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการบำบัด

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสร้างแรงจูงใจอย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อตนเอง จนเกิดความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ นำไปสู่การมีวิธีจัดการสิ่งกระตุ้นทั้งภายในภายนอกที่ทำให้เกิดความอยากดื่มอย่างไม่ลืมหูลืมใจ มีแรงจูงใจในการลงมือปฏิบัตินำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ตามเป้าหมายที่ต้องการ

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์หลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มดีขึ้นหรือไม่
2. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนในการบำบัดรักษาที่ต้องให้ความสำคัญทั้งการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม หากผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง จะส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล ครอบครัว และสังคม โดยเฉพาะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา และการรับประทานยาลดน้อยลง (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และนารัต เกษตรทัต, 2550) ซึ่งนำไปสู่การที่ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ (Drake and Mueser, 2002) ปัญหาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ โดยพบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำหลังการบำบัด ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ บุคลิกภาพและพฤติกรรมที่เปราะบาง มีจิตใจที่อ่อนแอ เปลี่ยนแปลงง่ายตามสิ่งกระตุ้นต่างๆ อาการอยากดื่มแอลกอฮอล์ การขาดแรงจูงใจ และการขาดทักษะในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยง ซึ่งปัจจัยทางด้านการขาดแรงจูงใจนี้ยังเป็นสาเหตุที่สำคัญทำให้ผู้ป่วยเกิดความลังเลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของ

ตนเองอีกด้วย (Amanda et al., 2002) ส่วนปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ การมีแหล่งขายแอลกอฮอล์ในชุมชน พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของคนรอบข้าง และการได้รับการสนับสนุนให้หยุดดื่มจากบุคคลรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ที่ควรให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง (อัจฉราพร นิตสาสาร, 2548)

จากการทบทวนถึงปัจจัยในหลายๆ ด้านที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับไปดื่มซ้ำจะพบว่าเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปเจอสถานการณ์จริงที่บ้าน ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก ซึ่งสิ่งกระตุ้นเหล่านี้จะเป็นตัวนำที่ทำให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มขึ้นมาอีกครั้ง เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถที่จะจัดการกับปัจจัยกระตุ้นเหล่านั้นได้ จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องตามมา และจากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่าปัจจัยทางด้านการขาดแรงจูงใจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความลังเลใจไม่สามารถควบคุมความอยากและการดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่องเช่นกัน (Martio et al., 2002) โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่จะมีระดับแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งนับเป็นอุปสรรคสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Carey et al, 2007) ดังนั้นการจัดกระทำโดยการสร้างแรงจูงใจจึงมีความสำคัญต่อกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่ลดลงได้ (Santa Ana et al., 2007; Martino and Santa Ana, 2013)

ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการบำบัดด้วยการสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ภายหลังกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน โดยใช้การติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์จากแนวคิดการสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2002) ที่มุ่งส่งเสริมให้บุคคลมีแรงจูงใจภายในเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสม และใช้วิธีการติดตามด้วยการใช้โทรศัพท์ซึ่งเป็นวิธีการที่สะดวกต่อการติดตาม และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีอย่างต่อเนื่องได้ โดยผู้บำบัดต้องมีเทคนิคดังนี้ การฟังอย่างตั้งใจ การทำความเข้าใจให้ตรงกับผู้ป่วยและการทวนความไวต่อสิ่งทีผิดปกติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยถาม ให้คำแนะนำและที่สำคัญการจดบันทึกข้อมูลเพื่อให้การบำบัดเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด (ทินกร วงศ์ปการันย์, 2552; McKay et al., 2005) ซึ่งการบำบัดจะประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะการสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะที่ 2 ระยะการนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และระยะที่ 3 ระยะกลยุทธ์การติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและอยู่ในระยะก่อนจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมให้กลับไปอยู่ที่บ้านและชุมชนได้ โดยดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยแบบรายบุคคลติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม 2 ครั้ง ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและอยู่ในระยะเตรียมจำหน่าย เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายและการบำบัดต่อเนื่องทางโทรศัพท์ในครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 2-4 ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน โดยเป็นการบำบัด

ต่อเนื่องทางโทรศัพท์ครั้งละ 30–45 นาที และในสัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง แบบผู้ป่วยนอก โดยการนัดผู้ป่วยมาติดตามการเปลี่ยนแปลง และประเมินผลการบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ซึ่งแต่ละสัปดาห์ดำเนินกิจกรรมดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ Face to Face Session (2 ครั้ง) ดำเนินการในช่วงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและอยู่ในระยะก่อนจำหน่าย เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ สร้างความตระหนัก เข้าใจปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์และไม่เพิกเฉยต่อปัญหามองเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม และหมดความลังเลใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีแผนในการควบคุมความอยากดื่มโดยการจัดการกับปัจจัยกระตุ้นภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 ระยะการนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 2 การบำบัดดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (โทรศัพท์ครั้งที่ 1, 2) เน้นการสร้างแรงจูงใจมุ่งมั่นในชั้นลงมือปฏิบัติการจัดการกับปัจจัยกระตุ้นภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่ม สร้างความตั้งใจที่จะควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ให้มีความหนักแน่นมั่นคง

ระยะที่ 3 ระยะกลยุทธ์การติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 3 การบำบัดดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (โทรศัพท์ครั้งที่ 3, 4) เน้นการตรวจสอบแรงจูงใจให้คงอยู่ในระยะลงมือปฏิบัติ มีการเสริมแรงซ้ำ และการย้ำคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นและร่วมกันวิเคราะห์แก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความอยากดื่ม

สัปดาห์ที่ 4 การบำบัดดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว (โทรศัพท์ครั้งที่ 5) ให้ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อช่วยสนับสนุนการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 5 Face to Face Session เป็นการนัดผู้ป่วยมาที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อสรุปผลและสะท้อนผลทางบวก อีกทั้งวางแผนในการดำเนินชีวิตและการควบคุมความอยากดื่มอย่างต่อเนื่อง

สมมุติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์หลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มดีขึ้น
2. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน (Nonequivalent Comparison-Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่มีปัญหาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่มีปัญหาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สังกัดกรมสุขภาพจิต ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุ 18-59 ปี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน

ตัวแปรที่ศึกษา คือ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สังกัดกรมสุขภาพจิต และเป็นผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่มีปัญหา ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553) โดยมีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 16-19 คะแนน ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ และในกลุ่มที่มีระดับคะแนน ≥ 20 คะแนน ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีการดื่มในระดับติดแอลกอฮอล์

พฤติกรรมกรรมการทีมแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การกระทำที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ปริมาณของการดื่ม ความถี่ของการดื่มและประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการทีมแอลกอฮอล์ (AUDIT) พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และแปลเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2553) ที่ประกอบด้วยชนิดของแอลกอฮอล์ ปริมาณและความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์ และผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2002) โดยใช้รูปแบบการบำบัดแบบ Face to Face ร่วมกับการใช้โทรศัพท์ในการสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มและการลงมือปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 3 ระยะ ของการดำเนินการแก่ผู้ป่วยแบบรายบุคคลติดต่อกัน 5 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม 2 ครั้ง ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยในและอยู่ในระยะเตรียมจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายและการบำบัดต่อเนื่องทางโทรศัพท์ในครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 2-4 ดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ขณะผู้ป่วยรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยการบำบัดต่อเนื่องทางโทรศัพท์ครั้งละ 30-45 นาที และในสัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง ขณะผู้ป่วยมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยการนัดผู้ป่วยมาติดตามการเปลี่ยนแปลงและประเมินผลการบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล มีกิจกรรมดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การสร้างสัมพันธภาพ และสร้างแรงจูงใจในการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึงการดำเนินการในช่วงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยในและอยู่ในระยะเตรียมจำหน่าย (รายบุคคล) ในสัปดาห์ที่ 1 โดยการทำ Face to Face Session 2 ครั้ง เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยให้เกิดความไว้วางใจในตัวผู้บำบัด ประกอบด้วยการประเมินพฤติกรรมกรรมการทีมแอลกอฮอล์และการให้ความรู้เบื้องต้นในการจัดการกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความอยากดื่ม สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมกรรมการทีมแอลกอฮอล์ ให้ผู้ป่วยไม่เพิกเฉยต่อปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ เห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและหมดความลังเลใจ รวมถึงมีแผนในการควบคุมความอยากดื่มโดยการจัดการกับปัจจัยกระตุ้นภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มอย่างต่อเนื่อง ร่วมค้นหาบุคคลสำคัญในครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการผลักดันและดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน

ระยะที่ 2 ระยะการนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน

การบำบัดดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง กระบวนการสร้างแรงจูงใจในชั้นลงมือปฏิบัติการจัดการกับปัจจัยภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มขณะที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนในสัปดาห์ที่ 2 โดยใช้โทรศัพท์ประกอบด้วย การสร้างความตั้งใจที่จะควบคุมความอยากดื่มให้มีความหนักแน่นมั่นคง สามารถวิเคราะห์ถึงสิ่งกระตุ้นความอยากดื่มของตนเองและหาแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันได้ ให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาและความแตกต่างในปัจจุบันและอนาคต เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านกระบวนการคิด มีคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเองออกมา และเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Support self-efficacy)

ระยะที่ 3 ระยะกลยุทธ์การติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

การบำบัดดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง การตรวจสอบแรงจูงใจให้คงอยู่ในระยะลงมือปฏิบัติ มีการเสริมแรงซ้ำ และการย้ำคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมที่ได้ลงมือปฏิบัติไปในสัปดาห์ที่ 3 โดยใช้โทรศัพท์ ประกอบด้วย การทบทวนกิจกรรมและสิ่งที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์ปัจจัยที่ยังเป็นอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมความอยากดื่ม วางแผนหาแนวทางในการแก้ไข ให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สร้างความหวังและให้กำลังใจให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองจะทำได้สำเร็จ

การบำบัดดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การให้ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในสัปดาห์ที่ 4 โดยใช้โทรศัพท์ เพื่อช่วยสนับสนุนการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย ให้ญาติได้รับรู้บทบาทและมองเห็นความสำคัญของตน ที่จะมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถควบคุมความอยากดื่มได้สำเร็จตามเป้าหมายและต่อเนื่องในระยะยาว

การพบปะ (Face to Face Session) หมายถึง กระบวนการนัดหมายผู้ป่วยและญาติมาที่แผนกผู้ป่วยนอกในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อสรุปผลและสะท้อนผลทางบวก และวางแผนในอนาคตเพื่อดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตและการควบคุมความอยากดื่มอย่างต่อเนื่อง

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ได้รับการดูแลที่แผนกผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นรูปแบบการดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่ม ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 2 สัปดาห์ เนื้อหากิจกรรมประกอบด้วย การให้คำสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม การให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ การฝึกทักษะการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ การป้องกันการกลับติดซ้ำ และการส่งเสริมทักษะชีวิต โดยสอดแทรกเข้าไปในระยะเวลาต่างๆ ของการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด และมีการนัดติดตามอาการและการรักษาที่ต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ตามนัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดปัญหาและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภท
2. เป็นแนวทางในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์เพื่อป้องกันการกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา “ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อประกอบการดำเนินการวิจัย สรุปเนื้อหาและสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคจิตเภท
- 1.3 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท
- 1.4 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
- 1.5 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
- 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์

- 2.1 ความหมายของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์
- 2.2 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์
- 2.3 ทฤษฎีที่ใช้อธิบายการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภท
- 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท
- 2.5 การประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์
- 2.6 ผลกระทบของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้ป่วยจิตเภท
- 2.7 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์
- 2.8 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์

3. แนวคิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์

- 3.1 ความหมายของความอยากดื่มแอลกอฮอล์
- 3.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความอยากดื่มแอลกอฮอล์
- 3.3 การประเมินความอยากดื่มแอลกอฮอล์
- 3.4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์
- 3.5 การจัดการกับความอยากดื่มแอลกอฮอล์

4. แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ

- 4.1 ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจ
- 4.2 แนวคิดและหลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจ
- 4.3 เทคนิคที่ใช้ในการสร้างแรงจูงใจ
- 4.4 การบำบัดโดยการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์
5. การพัฒนาโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุด ซึ่งเป็นความผิดปกติของสมองที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด อาการสำคัญที่พบบ่อย คือความผิดปกติในด้านการคิด การรับรู้ และการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (มาโนซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) มีผู้ที่ให้ความหมายของโรคจิตเภทไว้หลายทัศนะคติ โดยผู้วิจัยได้รวบรวมได้ ดังต่อไปนี้

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

สมภพ เรืองตระกูล (2553) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ที่เกิดขึ้นเป็นเวลอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยจะต้องไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภท หรือ Schizophrenia เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของความคิด ซึ่งเป็นลักษณะเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยไม่มีอาการทางกายหรือการสูญเสียการทำงานของสมองส่วนใดมาเกี่ยวข้อง

Boyd (2012) ให้ความหมายของโรคจิตเภทไว้ว่าเป็นกลุ่มโรคที่มีอาการแสดงทางด้านบวก และอาการแสดงทางด้านลบ ได้แก่ อาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน มีปัญหาเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ และมีอาการดังกล่าวอย่างน้อย 6 เดือน

WHO (2013) ให้ความหมายของโรคจิตเภทไว้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีความรุนแรง มีลักษณะเด่น คือ ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ ภาษา และการรับรู้ เช่น มีหูแว่ว และประสาทหลอน ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการดำรงชีวิตส่วนมากมักจะมีการดำเนินของโรคอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปความหมายของโรคจิตเภทได้ว่า เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรม

อารมณ์และการรับรู้ โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 6 เดือน โดยไม่มีอาการของโรคทางกาย โรคทางสมอง ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

1.2 ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคจิตเภท

ลักษณะอาการแสดงที่สำคัญแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) คือ

1.2.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) โดยส่วนใหญ่แล้วกลุ่มอาการทางบวกจะแสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน และสามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงใดช่วงหนึ่งของโรคก็ได้ ซึ่งกลุ่มอาการทางบวกนี้เป็นเป้าหมายสำคัญของการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (พิเซซซึ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) จะมีอาการดังต่อไปนี้ อาการหลงผิด (Delusion) ที่พบบ่อย คือ ผู้ป่วยหลงผิดคิดไปเองว่ามีคนมาคอยปองร้ายตนเอง (Delusion of persecution) และผู้ป่วยที่มีความคิดว่ามีคนมาพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง (Delusion of reference) ประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบได้บ่อยที่สุด คือ หูแว่ว อาจเป็นเสียงหรือคำพูด ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉยๆหรือพูดจาโต้ตอบด้วยก็ได้ ความผิดปกติของคำพูดจะมีปัญหาด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของการพูด ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ได้ บางครั้งพูดไม่ต่อเนื่องหรือพูดฟังไม่รู้เรื่อง (Incoherence) ความผิดปกติของพฤติกรรมจะมีพฤติกรรมวุ่นวาย ไม่สนใจการดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรก บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ ส่งเสียงร้องตะโกนโวยวายหรือด่าว่าหยาบคาย

1.2.2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) โดยมีอาการดังต่อไปนี้ อารมณ์เฉยเมย (Affective flattening) ผู้ป่วยจะมีสีหน้าเรียบเฉย ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่สบตา พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) ผู้ป่วยจะตอบคำถามสั้นๆ ใช้คำพูดน้อยและไม่สนใจในการตอบคำถาม ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (Avolition) ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทุกชนิด ไม่สนใจจะเข้าร่วมการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม

1.3 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดโรคจิตเภท แนวคิดในปัจจุบันมองว่าโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของสมองซึ่งจัดเป็น Neurodevelopmental disorder แม้อาการของโรคจะแสดงในช่วงต้นวัย 20 ปี เมื่อผู้ป่วยเองมีความผิดปกติตั้งแต่ช่วงแรกของชีวิตอยู่แล้ว จากการศึกษาความเสี่ยงทางพันธุกรรมร่วมกับถูกรบกวนจากปัจจัยต่างๆ เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือปัจจัยต่างๆนี้อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคขึ้นมาในที่สุด ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.3.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

1.3.1.1 พันธุกรรม จากการศึกษาด้านพันธุกรรมชี้ให้เห็นว่าเป็นสาเหตุสำคัญ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) พบว่าญาติสนิทของผู้ป่วยโรคจิตเภท (บิดา มารดา พี่น้องและบุตร) มีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรโดยทั่วไป 10 เท่า บุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ๆป่วยเป็น

โรคจิตเภท จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทด้วยคิดเป็นร้อยละ 10 และในคู่แฝดพบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนใดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภท อีกคนจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นด้วยถึงร้อยละ 50 แต่ในขณะที่เดียวกันการศึกษาคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 8 จากข้อมูลการศึกษาข้างต้นที่กล่าวมาบ่งชี้ว่ายีนที่มีความผิดปกติซึ่งเป็นสาเหตุที่ส่งผลทำให้เกิดโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับโครโมโซมที่ 6

1.3.1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง (Neurochemical Disturbances) ในปัจจุบันยังมีความเชื่อว่าสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทเกิดจาก Dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะ Mesolimbic และ Mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ Post-synaptic receptor เนื่องจากพบว่ายาที่รักษาโรคจิตนั้นออกฤทธิ์ปิดกั้น Dopamine receptor type 2 และพบว่ามีสารนำสื่อประสาท Serotonin พบการทำงานของ Serotonin-2 (5-HT2A) receptor ใน Frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มใหม่ (Serotonin-dopamine antagonists) ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับระบบ serotonin นอกจากนี้ในช่วงระยะหลังๆ นี้ยังพบว่าสารนำสื่อประสาท Glutamate อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความผิดปกติที่อาจทำให้เกิดโรคจิตเภท โดยพบการทำหน้าที่ ของ N-methyl-D-aspartic acid (NMDA) receptor ซึ่งเป็น Receptor ของ glutamate ลดลง สภาพสมดุลระหว่างระบบ Glutamate ซึ่งเป็นแบบ Excitatory และระบบ GABA ซึ่งเป็นแบบ Inhibitory จะเสียไปทำให้เกิดสภาวะ Excitotoxicity ร่วมกับการมี Neuroplasticity บกพร่องไป

1.3.1.3 กายวิภาคของสมอง (Neuroanatomy) ผู้ป่วยจิตเภทจะมีโพรงของสมองที่มีขนาดใหญ่กว่าปกติ ทำให้มีปริมาณของน้ำในสมองเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้มีปริมาณเนื้อสมองที่น้อยกว่าปกติ และยังพบว่าการที่มีโพรงของสมองขนาดใหญ่กว่าปกตินั้นจะมีความสัมพันธ์กับอาการแสดงทางด้านลบของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; Boyd, 2012)

1.3.1.4 ประสาทสรีรวิทยา มีการศึกษาถึงระบบประสาทสรีรวิทยาของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าในบริเวณของสมองส่วนหน้า จะมีการไหลเวียนของเลือดในสมองและการเผาผลาญน้ำตาลที่ลดลง ซึ่งมีความเชื่อว่าความผิดปกติดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์อาการแสดงทางด้านลบและความผิดปกติทางด้านการรับรู้ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท

1.3.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychological factors) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์เชื่อว่า การเกิดโรคจิตเภทจะมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอีโก (Ego) ซึ่งมีความเกี่ยวเนื่องกับกระบวนการของการปรับตัวของบุคคล สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการควบคุมพฤติกรรมต่างๆ ดังนั้นหากบุคคลได้รับการกระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง (Psychic trauma) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงขวบปีแรก ซึ่งถือเป็นระยะที่สำคัญของการพัฒนาการของบุคลิกภาพในตัวบุคคลและอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมของการเกิดโรคจิตเภทได้ (Boyd, 2012)

1.3.3 ปัจจัยทางด้านครอบครัว (Family factors) การสื่อสารในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเกิดโรคจิตเภท ซึ่งพบว่าหากในครอบครัวมีการสื่อสารในลักษณะที่ไม่ตรงไปตรงมา มีการสื่อสารในลักษณะที่มีความขัดแย้งกันเอง (Double-bind communication) จะส่งผลให้บุคคลเกิดความสับสน และอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมที่พัฒนาให้เกิดเป็นโรคจิตเภทในอนาคตได้ นอกจากนี้พบว่าในครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (High expressed emotion) จะส่งผลให้มีอาการทางจิตกำเริบได้สูงเช่นกัน (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554)

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทที่แน่ชัด จากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการที่บุคคลจะมีอาการป่วยด้วยโรคจิตเภทนั้นเชื่อว่าเกิดจากหลายๆ สาเหตุร่วมกัน ทั้งสาเหตุในด้านชีวภาพ ด้านจิตสังคม และด้านครอบครัว ซึ่งเชื่อกันว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือมีจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้วเมื่อพบกับสภาพที่กดดันบางอย่างทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทตามมา ซึ่งหากบุคคลมีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทแล้วนั้น มักจะมีการแสดงออกให้เห็นถึงความผิดปกติในด้านต่างๆ ทั้งทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมได้

1.4 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

ปัจจุบันเกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่นิยมใช้กันมากที่สุดมีอยู่ 2 เกณฑ์คือเกณฑ์การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) และเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.4.1 เกณฑ์การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) จะพิจารณาเกณฑ์ตามอาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท โดยเน้นที่ความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน ด้านสังคม และระยะเวลาการเกิดอาการ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ดังนี้

1.4.1.1 ลักษณะอาการ (Characteristic symptoms) โดยผู้ป่วยจะต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป และเป็นเวลานาน 1 เดือน โดยมีอาการดังนี้ อาการหลงผิด (Delusion) อาการประสาทหลอน (Hallucination) อาการด้านการพูดผิดปกติ อารมณ์เฉยเมย ไม่พูด

1.4.1.2 การสังคมและการงานเสียไป ขาดความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน แยกตัว ไม่มีสัมพันธภาพกับใคร

1.4.1.3 ระยะเวลาที่มีอาการ ผู้ป่วยต้องมีอาการต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

1.4.1.4 อาการที่เกิดขึ้นไม่ใช่ภาวะที่ผิดปกติทางด้านอารมณ์

1.4.1.5 อาการที่เกิดขึ้นไม่ใช่เกิดจากการได้รับสารเคมีหรือการได้รับยาตัวอื่น

1.4.1.6 อาการมีความสัมพันธ์กับประวัติความผิดปกติทางด้านพัฒนาการในวัยเด็ก เช่น มีประวัติโรคออทิสติก (Autistic disorder)

1.4.2 เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) ได้จำแนกโรคจิตเภทออกเป็น 9 ประเภท (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ดังนี้

1.4.2.1 โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (paranoid schizophrenia) ซึ่งเป็นชนิดของโรคจิตเภทที่ได้บ่อยที่สุด โดยผู้ป่วยจะมีอาการหวาดระแวง หลงผิด ก้าวร้าว การดำเนินชีวิตไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงมากนักอาการจะค่อนข้างคงที่ การพยากรณ์ของโรคจะดีกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดอื่นๆ

1.4.2.2 โรคจิตเภทชนิดเฮบีฟรินิค (Hebephrenic schizophrenia) พบในวัยหนุ่มสาวระหว่างอายุ 15-20 ปี มีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ความคิดและคำพูดไม่สอดคล้องกัน อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ อาการจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ โดยที่ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางบุคลิกภาพอย่างมากมาก่อน เมื่อเป็นแล้วมักเป็นเรื้อรังไม่ค่อยหาย

1.4.2.3 โรคจิตเภทชนิดคาทาโทนิค (Catatonic schizophrenia) อาการสำคัญคือ ความผิดปกติที่พฤติกรรมเคลื่อนไหว อาจเป็นทั้งแบบเฉยทื่อหรือปฏิเสธต่อต้าน

1.4.2.4 โรคจิตเภทชนิดเรื้อรังที่มีอาการหลงเหลือ (Residual schizophrenia) ผู้ป่วยจะต้องเคยเป็นโรคจิตเภทชนิดใดชนิดหนึ่งมาก่อนแล้วอาการดีขึ้นแต่ก็ยังคงมีอาการบางอย่างคงเหลืออยู่บ้าง โดยจะมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า คิดช้า แยกตัว ไม่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน

1.4.2.5 โรคจิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (Undifferentiated schizophrenia) ผู้ป่วยจิตเภทชนิดนี้อาการของโรคไม่ชัดเจน มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดไม่ปะติดปะต่อกัน

1.4.2.6 โรคจิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (Post-schizophrenia depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดภายหลังจากการป่วยด้วยโรคจิตเภท มีอาการซึมเศร้าร่วมกับอาการแยกตัว ไม่สูงส่งกับใคร

1.4.2.7 โรคจิตเภทชนิดพฤติกรรมเสื่อมถอย (Simple schizophrenia) ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเสื่อมถอยเรื่อยๆ ตั้งแต่เริ่มจนมีอาการชัดเจน

1.4.2.8 โรคจิตเภทชนิดอื่นๆ (Other schizophrenia) ที่ไม่เข้าเกณฑ์ที่กล่าวมา

1.4.2.9 โรคจิตเภทชนิดที่ไม่สามารถระบุได้ (Unspecified schizophrenia)

1.5 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท (มานอนซ์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) ได้แก่

1.5.1 การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กรณีที่จะรับผู้ป่วยโรคจิตเภทในรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญให้แก่ผู้อื่นมีปัญหาค่าอื่นที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิด เช่น อาการข้างเคียงจากยารุนแรง เพื่อ

ควบคุมเรื่องยาการรับผู้ป่วยจิตเภทไว้ในโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช โดยเฉพาะโดยระยะเวลาที่รักษาด้วยในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยใช้เวลาประมาณ 3 - 6 สัปดาห์

1.5.2 การรักษาด้วยยา ถือเป็นหัวใจของการรักษานอกจากจะช่วยควบคุมอาการทางบวกได้แล้วยังสามารถลดอัตราการกลับมากำเริบซ้ำได้ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการขาดยา

1.5.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นยังไม่ค่อยได้ผลดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยปกติแล้วจะใช้การรักษาไฟฟ้าในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยทำการรักษาไฟฟ้าร่วมไปด้วย

1.5.4 การรักษาจิตสังคม การบำบัดจิตสังคมถือเป็นส่วนสำคัญอีกอย่างหนึ่งของการรักษา ในบางครั้งแม้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้วปัญหาทางด้านสังคมนั้นยังคงอยู่ หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไขปัญหานั้นๆ นอกจากนี้ยังพบว่าอาการบางอย่าง เช่น อาการทางด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจผู้บำบัดรักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง โดยการบำบัดรักษาจิตสังคมนั้นประกอบด้วย

1.5.4.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นการบำบัดแบบประคับประคอง โดยที่ผู้รักษามีการตั้งเป้าหมายตามความเป็นจริงและเป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยช่วยหาวิธีการแก้ปัญหาในแบบที่ผู้ป่วยทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้มีความรู้มากกว่าช่วยค้นหาความเครียดหรือความกดดันที่ผู้ป่วยมักทนไม่ได้

1.5.4.2 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or family counseling) การทำครอบครัวบำบัด โดยการให้ความรู้ในเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วย

1.5.4.3 กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการทำกลุ่มกิจกรรมระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และมีการให้คำแนะนำและการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ฝึกทักษะทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและการให้กำลังใจ

1.5.4.4 นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) การจัดรูปแบบกิจกรรมต่างๆ การจัดสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ การให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมบางส่วนเท่าที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ เพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองแก่ผู้ป่วย

จากที่กล่าวมาในข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลายปัจจัยร่วมกัน โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์และการรับรู้ ส่งผลให้มีการทำหน้าที่และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง และการดำเนินโรคของโรคเป็นแบบเรื้อรัง ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม โดยควรมีใช้การรักษาด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมนั้นร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยคงสภาพในภาวะปกติมากที่สุด

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

โดยทั่วไปการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย (ยุวดี วงษ์แสง, 2548; สุวนีย์ เกียวกิ่ง แกว, 2554; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1.6.1 การพยาบาลยึดหลัก 4 มิติ ประกอบด้วยมิติที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพจิต ได้แก่ การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตช่วยให้ผู้ป่วยมีพื้นฐานจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดี อยู่ในสังคมและทำประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้ มิติที่ 2 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภทเนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตสูง มิติที่ 3 การบำบัดรักษา ได้แก่ การจัดกิจกรรมพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตใจที่เข้มแข็งเช่นเดิม และมิติที่ 4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด และการให้การบำบัดรักษาร่วมกับในทีมจิตเวช

1.6.2 การพยาบาลทั่วไป ประกอบด้วย ด้านร่างกายผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหา ด้านการดูแลตนเอง พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทดูแลความสะอาดและด้านสุขอนามัยทั่วไป ด้านความคิด ได้แก่ การหาความหมายของความคิดการสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้ทราบความคิดของผู้ป่วย และการให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความเป็นจริง (Reinforcing reality) ด้านจิตใจอารมณ์ พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติของผู้ป่วย เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ และด้านสังคมผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาไม่สนใจกิจกรรมสังคม พยาบาลควรประเมินความสามารถด้านการสังคมที่เหลือน้อยของผู้ป่วย และการเสริมสร้างทักษะทางสังคม ส่งเสริมการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลพัฒนาทักษะสังคมที่ถูกต้องด้วยหลักการการเรียนรู้ เช่น การให้รางวัล การชมเชย เป็นต้น

1.6.3 การใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย

1.6.3.1 การประเมินสภาพปัญหาโดยรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง ด้านร่างกาย ด้านการคิด การรับรู้ พฤติกรรมและด้านสัมพันธภาพ เพื่อวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรม และสาเหตุของพฤติกรรม ที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

1.6.3.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล โดยทั่วไปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท

1.6.3.3 การวางแผนการพยาบาล ได้แก่ การวางแผนระยะสั้นเน้นการช่วยระยะแรก โดยเฉพาะระยะที่มีอาการ การวางแผนระยะยาวเน้นการดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง และควรระบุ วัตถุประสงค์ในการดูแลไว้ ลักษณะพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นและสามารถเป็นไปได้

1.6.3.4 การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล และปรับตาม ความเหมาะสมและใช้เทคนิคการพยาบาลต่างๆ

1.6.3.5 การประเมินผล ในการประเมินผลผู้ป่วยจิตเภทนั้นพยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งตั้งแต่เริ่มต้นจนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล เพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้วปัญหาใดยังคงมีอยู่

โดยสรุปการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีปัญหาความบกพร่องทั้งด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม พยาบาลต้องให้การพยาบาลเน้นการส่งเสริม ปกป้อง บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์

2.1 ความหมายของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

พันธุธรรมา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ (2549) ให้ความหมายของพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ไว้ว่าเป็นพฤติกรรมของคนที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ลักษณะการดื่ม บุคคลที่ร่วมดื่ม ช่วงเวลาการดื่ม สถานที่ดื่ม ปริมาณการดื่ม ความถี่ของการดื่มและ ผลกระทบของการดื่ม

พุดมิชาดา จันทะคุณ (2556) ให้ความหมายของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ไว้ว่า เป็น ลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลที่ประกอบด้วยปริมาณ และความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์

Suktrakul et al. (2009) ให้ความหมายของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ไว้ว่า เป็น ลักษณะของการดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลที่สามารถวัดและประเมินได้จากชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ และความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์

Bellavia et al. (2014) ให้ความหมายพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ไว้ว่า เป็นลักษณะการ การดื่มของบุคคลเกี่ยวกับความถี่และปริมาณการดื่มโดยเฉลี่ยใน 1 วันซึ่งไม่ว่าจะเป็นเบียร์ ไวน์ หรือ แอลกอฮอล์ชนิดต่างๆ จะมีการเทียบเคียงปริมาณการดื่มเป็นดื่มมาตรฐาน

โดยสรุปพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึงการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม แอลกอฮอล์ ได้แก่ ปริมาณของการดื่ม ความถี่ของการดื่มและประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์

2.2 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์

Drake and Mueser (2002) ให้ความหมายไว้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นกลุ่ม บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและมีปัญหาในด้านอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่ การมีพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ หรือมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในทางที่ผิด (Alcohol and substance

misuse) ร่วมกับการมีปัญหาด้านสติปัญญา หรือมีปัญหาด้านจิตเวชอื่นๆ ซึ่งมักเรียกผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่าเป็นกลุ่มผู้ที่มีโรคร่วม (Comorbid disorder)

Hughes (2009) ให้ความหมายไว้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ติ่มแอลกอฮอล์เป็นบุคคลที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชร่วมกับมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในทางที่ผิด ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพต่างๆ ตามมา

Councill, Halter, and Dijulio (2010) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นเป็นกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และมีการติ่มแอลกอฮอล์ร่วมในลักษณะที่มีปัญหาการใช้หรือมีการติดแอลกอฮอล์ จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ติ่มแอลกอฮอล์หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์ที่กำหนดร่วมกับการที่มีพฤติกรรมติ่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย

2.3 ทฤษฎีที่ใช้อธิบายการติ่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท

การเกิดโรคจิตเภทร่วมกับการติ่มแอลกอฮอล์มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะทั้งสองโรคมีผลกระทบซึ่งกันและกันในทางลบของด้านการดำเนินโรค ผลลัพธ์ของการบำบัดรักษา และการพยากรณ์โรค มีทฤษฎีที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ของสองโรคอยู่หลายทฤษฎีฯ ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้แก่

2.3.1 Neural diathesis-stress models (Foeles, 1992) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความเปราะบางทางด้านชีวภาพ (Neurobiological vulnerability) ของการเกิดโรคจิตเภท โดยกล่าวว่าแอลกอฮอล์เป็นตัวกระตุ้นชนิดหนึ่งจากสิ่งแวดล้อม (Environmental stressors) ที่มากระตุ้นเร้าให้บุคคลป่วยด้วยโรคจิตเภทและมีพฤติกรรมติ่มแอลกอฮอล์ และยังเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบ

2.3.2 Accumulative risk factor hypothesis (Mueser, Drake and Wallach, 1998) เป็นทฤษฎีที่อธิบายว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีปัจจัยเสี่ยงของการติ่มแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป ได้แก่ ความบกพร่องของสมอง ความสามารถทางสังคมที่ต่ำ การศึกษาต่ำ ความสามารถในงานที่ต่ำ การเผชิญกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่ติ่มแอลกอฮอล์

2.3.3 Self-medication hypothesis (Khantzian, 1997; Potvin, Stip and Roy, 2003) เป็นทฤษฎีที่ได้รับการเชื่อถือดั้งเดิม อธิบายว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการติ่มแอลกอฮอล์เพื่อบรรเทาอาการของโรค โดยแอลกอฮอล์มีส่วนช่วยบรรเทาอาการทางลบ (negative symptoms) ของโรคจิตเภทลง แต่ขณะเดียวกันก็มักทำให้กลุ่มอาการทางบวก (positive symptoms) แย่ลง

2.3.4 Reward circuitry dysfunction (Chambers, Krystal and Self, 2001; Roth, Brunette and Green, 2005) จากการศึกษาในมนุษย์และสัตว์ทดลอง พบว่า ส่วนของสมองที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเกี่ยวข้องกับวงจรสมองส่วนอยาก (Brain reward pathway) หรือสมองส่วน Mesocorticolimbic Dopaminergic pathway ซึ่งมี dopamine เป็นสารสื่อ

ประสาทหลัก โดยเชื่อว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติในวงจรสมองดังกล่าว ซึ่งอาจเป็นตัวอธิบายกลุ่มอาการทั้งบวกและลบ และความรู้สึกเฉยชาต่อสิ่งเร้าที่ให้ความสุขใจตามธรรมชาติในผู้ป่วยโรคจิตเภท แอลกอฮอล์มีส่วนช่วยบรรเทาอาการดังกล่าวที่เกิดจากความผิดปกติของ Brain reward pathway โดยไปเพิ่มการทำงานของ Dopamine อย่างไรก็ตามก็จะทำให้กลุ่มอาการทางบวกแย่ลง เกิดความอยากและติดแอลกอฮอล์อย่างรุนแรงตามมาในที่สุด

2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกระตุ้นแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตร่วมกับมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ จะส่งผลให้เกิดความแปรปรวนในด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมกระตุ้นแอลกอฮอล์ที่มีปัญหาได้ง่ายมากขึ้น และยังส่งผลต่ออาการทางจิตที่แย่ลงได้เช่นกัน จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ดังนี้ (พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสินานนท์, 2552; Cuncill et al., 2010)

2.4.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological Factors)

2.4.1.1 ระบบสารชีวเคมีในสมอง เมื่อมีการดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปในร่างกายแล้ว จะมีการออกฤทธิ์ที่วงจรสมองส่วนอยาก (Brain reward system) โดยเซลล์ที่อยู่ในบริเวณของก้านสมองจะไปจับกับ Opioid receptors ส่งผลให้สมองมีการหลั่งของสารสื่อประสาทหลายชนิด ได้แก่ Glutamate, Norepinephrine และ Dopamine ออกมาในปริมาณที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข และเกิดความรู้สึกพึงพอใจต่อการดื่มแอลกอฮอล์ แต่เมื่อระดับสารสื่อประสาทต่างๆ ในสมองลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสาร Dopamine จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยาก (Craving) และมีความต้องการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อตอบสนองความรู้สึกมีความสุขและพึงพอใจตามที่ต้องการ

2.4.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychological factors)

2.4.2.1 พฤติกรรมกระตุ้นแอลกอฮอล์เพื่อบรรเทาอาการทางจิต (Self-medication Hypothesis) โดยในแนวคิดนี้กล่าวว่าแอลกอฮอล์จะสามารถช่วยบรรเทาอาการแสดงทางด้านลบของโรคจิตเภทได้ แต่ในขณะเดียวกันการดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีการกำเริบของกลุ่มอาการแสดงทางด้านบวกได้เช่นเดียวกัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Baker et al. (2002) ที่มีการศึกษาถึงสาเหตุของการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าสาเหตุหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมกระตุ้นแอลกอฮอล์เพื่อช่วยบรรเทาอาการแสดงทางด้านลบของตนเอง

2.4.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยจิตเภทมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา จากพฤติกรรมกระตุ้นแอลกอฮอล์มากกว่าบุคคลทั่วไป โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการทำงานของสมอง มีบุคลิกภาพและสภาพจิตใจที่ไม่มั่นคงและมักจะมีมุมมองตนเองในด้านลบ ส่งผลให้มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ (Cuncill et al., 2010) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องทางความคิดและการตัดสินใจ (Impaired thinking and judgment) จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัญหาเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์สูงขึ้น (Boyd, 2012)

2.4.2.3 ปัจจัยด้านแรงจูงใจภายในตัวบุคคลลดลง (Intrinsic Motivation) แรงจูงใจภายในเป็นสิ่งผลักดันจากภายในตัวบุคคล ซึ่งอาจจะเป็นเจตคติ ความคิดเห็น ความสนใจ ความตั้งใจ การมองเห็นคุณค่า ความพอใจ ความต้องการ ฯลฯ สิ่งต่างๆ ดังกล่าวมาเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมค่อนข้างถาวร ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในการจัดการกับความทุกข์ทรมานจากอาการทางจิตของตนเองที่กำลังอยู่บ่อยครั้ง จนทำให้สังเกตเห็นแต่ผลดีของการดื่มแอลกอฮอล์และเกิดความล้าใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นเหตุให้ขาดแรงจูงใจในการลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Baker et al., 2002; Martio et al., 2002; Gregg et al., 2007)

2.4.3 ปัจจัยทางด้านสังคม (Sociocultural factors) ในทฤษฎีทางด้านสังคมมีการอธิบายไว้ว่า ปัจจัยที่จะส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมและสังคมของบุคคลนั้น กล่าวคือ มีความเชื่อที่ว่า การดื่มแอลกอฮอล์มีผลในด้านการเสริมแรงบวก (Reinforcement) ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้ได้รับความสนใจและการยอมรับจากบุคคลในสังคม (Dimeff and Marlatt, 1998) จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยในการเข้าสังคมและยังพบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับแรงกดดันทางสังคมได้รับการเลี้ยงดูในครอบครัวที่ไม่เหมาะสมมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์สูง (High express emotion) จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลดความกดดันทางด้านอารมณ์ดังกล่าว (Councill et al., 2010)

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทข้างต้น พบว่าจะมีทั้งปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยทางด้านจิตสังคม และปัจจัยทางด้านสังคม ซึ่งในการศึกษาของ Baker et al. (2002) และ Gregg et al. (2007) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อบรรเทาอาการทางจิต จึงเป็นเหตุให้มีแรงจูงใจภายในตัวบุคคลลดลง เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะผลักดันให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม และยังพบว่าการที่ผู้ป่วยรับสิ่งกระตุ้นที่จะส่งผลต่อการเกิดความรู้สึกอยากดื่มแอลกอฮอล์ (Craving) เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เช่นกัน (Santa Ana et al., 2007; Martino and Santa Ana, 2013) เนื่องจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากดื่มออกฤทธิ์ที่วงจรสมองส่วนอยาก (Brain reward system) ส่งผลให้สมองมีสารสื่อประสาท Dopamine ออกมาในปริมาณที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข และเกิดความรู้สึกพึงพอใจต่อการดื่มแอลกอฮอล์ แต่เมื่อระดับ Dopamine ลดลง จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยาก (Craving) รวมทั้งเมื่อผู้ป่วยต้องเจอกับสิ่งกระตุ้นภายนอกบุคคลที่ไม่สามารถยับยั้งความรู้สึกอยากดื่มได้ จึงทำให้มีความต้องการดื่มแอลกอฮอล์ต่อเพื่อตอบสนองความรู้สึกมีความสุขและพึงพอใจตามที่ต้องการ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจการจัดการกระทำกับปัจจัยด้านความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยการสร้างแรงจูงใจในการ

จัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลต่อความรู้สึกอยากดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้สำเร็จ

2.5 การประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจุบันจะพบความหลากหลายของแอลกอฮอล์ทั้งชนิดและดีกรีของแอลกอฮอล์ที่ผสมอยู่ในแอลกอฮอล์นั้นๆ รวมถึงความหลากหลายของลักษณะการดื่ม ซึ่งเป็นการยากในการเปรียบเทียบปริมาณการดื่มของแต่ละบุคคล จึงได้มีการกำหนดการคำนวณเพื่อประเมินพฤติกรรมการดื่มเป็นดื่มมาตรฐานขึ้น

ดื่มมาตรฐาน หมายถึง ปริมาณความเข้มข้นแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่ผสมอยู่ในเครื่องดื่มแต่ละชนิด

“1 ดื่มมาตรฐาน = ปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 10 กรัม”

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการดื่ม มีรายละเอียดดังนี้ (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549)

2.5.1 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) เป็นแบบประเมินที่สามารถคัดกรองกลุ่มผู้ดื่มแอลกอฮอล์ออกจากกันได้ มีการพัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลกและมีการแปลเป็นภาษาไทย โดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2553) ซึ่งในแบบประเมินนี้จะประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน จากการประเมินจะมีค่าคะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 0 - 40 คะแนน และสามารถแบ่งประเภทกลุ่มปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ได้ดังนี้

การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low-risk drinking) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-7 คะแนน

การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-15 คะแนน

การดื่มแบบมีปัญหา (Harmful drinking) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 16-19 คะแนน

การดื่มแบบติด (Alcohol dependence) มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน

2.5.2 แบบประเมิน Quantity-frequency Questionnaire (QF) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับปริมาณ และความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉลี่ย หรือลักษณะดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ และปริมาณที่มากที่สุดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งสามารถใช้ในการคัดกรองผู้ที่มีแนวโน้มจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ สามารถประเมินได้รวดเร็วเหมาะสมที่จะใช้ในกรณีที่มีเวลาอย่างจำกัดแต่จะมีข้อจำกัดในการใช้ คือ อาจประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ต่ำกว่าความเป็นจริง (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549)

2.5.3 แบบประเมินการดื่มแอลกอฮอล์ The Alcohol Consumption Assessment (ACA) เป็นเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีการพัฒนาขึ้นโดยสุนิศา

สุขตระกูล และคณะ (2552) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม ปริมาณและความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะมีการเทียบเคียงปริมาณเป็นหน่วยดื่มมาตรฐาน และความถี่เป็นจำนวนวันที่มีการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงระยะเวลาใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การคำนวณพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้จากการนำปริมาณคูณกับจำนวนวันที่มีการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Suktrakul et al., 2009)

2.5.4 แบบประเมิน Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) พัฒนาขึ้นโดย Selzer ในปี 1971 ในแบบประเมินนี้ประกอบด้วย 25 คำถาม มีเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และการรับรู้ต่อปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการคัดกรองภาวะติดแอลกอฮอล์ ไม่เหมาะสำหรับการประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในบุคคลที่มีความเสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์ (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย, 2552)

2.5.5 แบบประเมิน CAGE (Cut Annoyed Guilty Eye) พัฒนาขึ้นโดย Jama ในปี 1984 เป็นประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ Cut down คุณเคยรู้สึกว่าคุณควรลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ของคุณลงหรือไม่ Annoyed เคยมีคนสร้างความรำคาญให้กับคุณโดยการกล่าวเตือนหรือกล่าวตำหนิคุณเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ของคุณหรือไม่ Guilty คุณเคยรู้สึกไม่ดีหรือรู้สึกผิดเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ของคุณหรือไม่ Eye-Opener คุณเคยต้องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งแรกในตอนเช้าหรือไม่เพื่อที่จะได้กำจัดอาการเมาค้างของคุณ สำหรับผู้ที่ตอบ “ใช่” ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป อาจมีภาวะติดแอลกอฮอล์ได้ แต่จะมีข้อจำกัดคือไม่สามารถประเมินเกี่ยวกับปริมาณ ความถี่และรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งทำให้ไม่สามารถแยกแยะระหว่างปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในอดีตและปัจจุบันได้ (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย, 2552)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) เพื่อใช้ในการประเมินถึงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์ และผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งถือว่ามีความครอบคลุมกับค่านิยามศัพท์ของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้กล่าวไว้

2.6 ผลกระทบของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมด้านผลกระทบในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้เกิดผลกระทบในด้านต่างๆ ที่รุนแรงมากขึ้นได้ สามารถสรุปได้ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553; สมบัติ ตรีประเสริฐ, 2550; Hughes, 2009; Rassool, 2010) สามารถสรุปได้ดังนี้

2.6.1 ผลกระทบด้านร่างกาย แอลกอฮอล์สามารถส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการตัดสินใจที่บกพร่องมากขึ้น ทำให้มีการทำงานของกล้ามเนื้อที่มีลักษณะไม่สัมพันธ์กัน ส่งผลให้

ผู้ป่วยมีการแสดงออกโดยการสูญเสียการทรงตัว นอกจากนี้ยังส่งผลให้มีผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมตนเองลดน้อยลง มีภาวะสับสน ง่วงซึม หากมีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก อาจส่งผลให้มีภาวะหมดสติได้ (พงศธร เนตราคม, 2549) นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบในระยะเรื้อรัง ซึ่งจะมีผลต่อการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายดังนี้

2.6.1.1 ผลต่อสมอง เนื่องจากแอลกอฮอล์เป็นสารกดประสาท มีผลต่อสมองโดยผ่านทางระบบสารสื่อประสาทหลายประเภท ทำให้การตัดสินใจผิดพลาด การทำงานของกล้ามเนื้อไม่สัมพันธ์กันทำให้การควบคุมตนเองลดลง ระบบประสาทถูกทำลายโครงสร้างสมองเปลี่ยนแปลงส่งผลให้เซลล์ประสาทของสมองโดยเฉพาะสมองส่วนหน้ามีการสูญเสีย

2.6.1.2 ผลต่อการนอน ผลเสียคือไปเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอนคือ ลดวงจรการนอนระยะแรกที่มีการกลอกลูกตา (REM) และระยะหลับลึก (NREM) ทำให้วงจรการนอนหลับขาดเป็นช่วงๆ เป็นผลให้หลับไม่สนิท หลับๆตื่นๆ หรือไม่หลับทั้งคืน

2.6.1.3 ผลต่อดับ ทำให้เกิดการสะสมของไขมันและโปรตีนในตับกลายเป็น Fatty Liver เวลาตรวจร่างกายจะพบว่าตับมีขนาดใหญ่ขึ้นกว่าปกติ นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังมีผลทำให้เกิดตับอักเสบ มะเร็งที่ตับและตับแข็ง ซึ่งพบว่าตับแข็งมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นแบบเส้นโค้ง (Curvilinear) กล่าวคืออัตราความเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้นกว่าอัตราการบริโภคที่เพิ่มขึ้น (ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธ์ุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2553)

2.6.1.4 ผลต่อระบบทางเดินอาหาร แอลกอฮอล์มีผลทำให้สารคัดหลั่งจากกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นแต่เมื่อความเข้มข้นสูงขึ้นมากกว่าร้อยละ 20 จะมีผลเป็นการยับยั้งแทนและการบริโภคแอลกอฮอล์เป็นเวลานานๆ จะมีความสัมพันธ์ในการเกิดหลอดอาหารอักเสบ กระเพาะอาหารอักเสบ รวมถึงแผลในกระเพาะอาหารและยังมีผลต่อการดูดซึมสารอาหารโดยเฉพาะวิตามินและกรดโปรตีน ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการและขาดวิตามินบีได้

2.6.1.5 ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด แอลกอฮอล์มีผลทำให้การไหลเวียนโลหิตบริเวณผิวหนังเพิ่มขึ้นและกดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมลงเพิ่มความเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การบริโภคแอลกอฮอล์สัมพันธ์กับการเพิ่มของความดันโลหิตและโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งมีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มส่งผลให้มีความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้นด้วย

2.6.1.6 ผลต่อระบบสืบพันธุ์ แอลกอฮอล์ทำให้ความรู้สึทางเพศตื่นตัวและถูกกระตุ้นได้ง่าย เพราะเมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงขึ้นจะทำให้ความยับยั้งซึ่งใจลดลง และการรับรู้การถูกกระตุ้นทางเพศได้ง่ายขึ้น แต่ระยะเวลาที่อวัยวะเพศชายจะมีการแข็งตัวและเพศหญิงจะถึงจุดสุดยอดจะช้าลง

2.6.1.7 ผลต่อระบบอื่นๆ ในร่างกาย โดยพบว่าแอลกอฮอล์มีผลต่อการควบคุม การทำลายของไขมันทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง การบริโภคแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิด มะเร็งชนิดต่างๆ เช่น ตับ กล้องเสียง คอหอย หลอดอาหาร และเต้านม และถ้ามีการบริโภค แอลกอฮอล์ในขณะตั้งครรภ์จะก่อให้เกิดความผิดปกติต่อทารกในครรภ์คือ ภาวะ Fetal alcohol syndrome และความบกพร่องของระบบประสาทที่อาจรวมถึงความผิดปกติทางจิตด้วย (ปริทรรศ ศิลปกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553)

2.6.2 ผลกระทบด้านจิตใจ แอลกอฮอล์เป็นสารที่ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาท ส่วนกลาง มีผลต่อการทำงานของสมอง โดยมีความเกี่ยวเนื่องกับการทำงานของระบบสารสื่อประสาท ในสมอง โดยเฉพาะสาร Dopamine serotonin และ Glutamate ถือว่าเป็นสารสื่อประสาทที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภทมากที่สุด (พิชัย แสงชาญชัย, 2547) และจะพบความผิดปกติ เกี่ยวกับการทำงานของสมองในส่วน การทำงานของวงจรสมองส่วนอยาก (Brain reward pathway) ที่มีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของสารในสมองที่เพิ่มมากขึ้นหากผู้ป่วยจิตเภทมีการดื่มแอลกอฮอล์ อย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้สมองมีการทำงานผิดปกติมากขึ้น โดยแอลกอฮอล์จะกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร Dopamine ออกมาในปริมาณเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิมจะทำให้อาการทางจิตกำเริบได้ง่ายมากขึ้น การที่มี อาการทางจิตกำเริบบ่อยครั้งจะมีความสัมพันธ์กับระดับความบกพร่องของสมาธิ สติปัญญา คุณภาพ ของการตัดสินใจมีความบกพร่องในด้านความคิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงและเกิดภาวะ ซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 70 และจากสถิติของ WHO (2013) พบว่า ประชากร 58.3 ล้านคน เป็นผู้ที่ไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขและในจำนวนนี้ร้อยละ 40 มีอาการทางจิตจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Bellack and DiClemente, 1999; Mohamed et al., 2006; พิชชรวาลย์ กนกจรรยา, 2554)

2.6.3 ผลกระทบด้านครอบครัว โดยมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งทางตรง และทางอ้อม ส่งผลให้มีความบกพร่องต่อการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ทั้งด้านกระบวนการคิดและการ ตัดสินใจ นอกจากนี้พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีอาการทางจิตที่กำเริบขึ้นได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียดขึ้นได้และอาจเป็นภาระในการดูแล (Burden) ได้มากขึ้นเช่นกัน (Mohamed et al., 2006; Kitchen et al., 2012)

2.6.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ต้องเสียค่าใช้จ่าย สูงในการหาซื้อแอลกอฮอล์มาดื่มทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ขาด รายได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวรวมทั้งเป็นภาระในการดูแล (ปริทรรศ ศิลปกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553) ผู้ดื่มแอลกอฮอล์มักจะมีปัญหาโรคแทรกซ้อนทางกายและมีอาการทางจิต ร่วมด้วย จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียงบประมาณในการ รักษา และเมื่อกลับไปดื่มซ้ำก็จะมีแนวโน้มให้เกิดการเสพติดและเจ็บป่วยซ้ำอีก ส่งผลให้ต้องเสีย ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น (นิชนันท์ คำล้าน, 2547) ผลกระทบด้านสังคม พบว่า การดื่ม

แอลกอฮอล์ทำให้ขาดความร่วมมือในการพัฒนาชุมชน เกิดการทะเลาะวิวาทเป็นตัวอย่างที่ไม่เหมาะสมกับเยาวชนและส่งผลให้สังคมเกิดการระเหินในการดูแลบุคคลเหล่านี้อีกด้วย (บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ, 2553) โดยสรุปการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ทุกราย

2.7 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์

ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นกลุ่มโรคร่วมที่เกิดขึ้นที่มีความซับซ้อนในการบำบัดรักษา ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องมีการบำบัดรักษาในรูปแบบของการผสมผสาน ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (Wobrock, Czesnik, and Malchow, 2011)

2.7.1 การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacological Treatment) ในการบำบัดรักษาด้วยยาจะมีเป้าหมายของการบำบัดรักษาที่แตกต่างกัน ได้แก่ มีเป้าหมายเพื่อรักษาอาการทางจิต การลดความอยากของการดื่มแอลกอฮอล์ หรือเพื่อรักษาอาการทางจิตอื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นร่วมจากการดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งการบำบัดด้วยยาในกลุ่มยาด้านโรคจิต (Antipsychotics drug) เป็นเป้าหมายที่สำคัญ มีความเกี่ยวข้องเนื่องกับการปรับสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง โดยออกฤทธิ์ยับยั้งการจับตัวของสาร Dopamine กับ Dopamine Receptor type 2 ซึ่งจะควบคุมอาการทางจิตให้สงบลงได้

2.7.2 การบำบัดทางจิตสังคม (Psychological and Psychosocial Interventions) การบำบัดทางจิตสังคมจะช่วยสนับสนุนในการเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษามากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งรูปแบบในการบำบัดทางจิตสังคมจะมีอยู่หลากหลาย สามารถสรุปได้ดังนี้ (Wobrock et al., 2011)

2.7.2.1 การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) เป็นรูปแบบการบำบัดที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเน้นความรับผิดชอบที่ตัวผู้ป่วย ซึ่งจะให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการชั่งน้ำหนักในการตัดสินใจ (Decisional Balance) และมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายของตนเองรวมทั้งสนับสนุนให้เกิดแนวทางเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์

2.7.2.2 การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีโครงสร้างที่ชัดเจน มีเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยมีการใช้เทคนิคต่างๆของกระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมาใช้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย, 2554)

2.7.2.3 การฝึกทักษะทางด้านสังคม (Social Skill Training) เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการลดการพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์จะประกอบไปด้วยทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับความอยาก การจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงและรวมถึงการสื่อสารในสังคม

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีติ่มแอลกอฮอล์เป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อน จำเป็นจะต้องได้รับการบำบัดรักษาที่มีความครอบคลุมทั้งการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม ในการบำบัดทางจิตสังคมมีอยู่หลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นต้น แต่ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยหวนกลับไปมีพฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ซ้ำคือ การขาดแรงจูงใจในการควบคุมความอยากติ่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง (Niaura, 2000) ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการสร้างแรงจูงใจ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการควบคุมความอยากติ่มนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ได้มากขึ้น

2.8 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ติ่มแอลกอฮอล์

ผู้ป่วยจิตเภทที่ติ่มแอลกอฮอล์ถือเป็นกลุ่มที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน พยาบาลจำเป็นต้องให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นจากอาการทางจิต และปัญหาทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้น (Boyd, 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมพบแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ติ่มแอลกอฮอล์ มีรายละเอียดดังนี้

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

2.8.1.1 ระยะการประเมินและการจัดการกับผู้ป่วยจิตเภทที่ติ่มแอลกอฮอล์ในระยะแรก (Initial Assessment and Management Phase) ในระยะนี้ถือเป็นระยะที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาลในระยะต่อไปเป็นอย่างมาก โดยพยาบาลจะต้องรวบรวมข้อมูลให้มีความครอบคลุมในทุกประเด็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่ติ่มแอลกอฮอล์ ซึ่งต้องอาศัยทั้งการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการประเมินสภาวะทางจิตสังคม ในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยที่ครบเป็นองค์รวมมากที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2552; Boyd, 2011) สำหรับหลักการในการประเมินนั้นพยาบาลจะต้องมีการใช้ทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม มีลักษณะตรงไปตรงมา มีความเข้าใจในบริบทของวัฒนธรรมหรือศาสนาที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการประเมินเพื่อค้นหาความผิดปกติทางด้านความหลงผิด นอกจากนี้ในการประเมินเพื่อค้นหาความผิดปกติทางด้านอารมณ์จะต้องให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงระหว่างอารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงออกกับระยะของการดำเนินโรคหรือความรุนแรงของการเจ็บป่วยทางจิต (โกสม เศรษฐวงศ์ และคณะ, 2545; ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ, 2556) การประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงของอาการหลงผิด อาการประสาทหลอน หรือความผิดปกติในด้านความคิดและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยมีการแสดงออกให้เห็น หากพยาบาลสามารถประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่รายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยมีการใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) เพื่อใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยที่ชัดเจน ซึ่งแบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน และมีเกณฑ์ในการพิจารณากระดับความรุนแรงของอาการทางจิตดังนี้ 1) ระดับคะแนน 18 - 36 หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับน้อย 2) ระดับคะแนนมากกว่า 36 หมายถึง มีอาการทางจิตระดับมาก (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556) นอกจากนี้จะต้องมีการประเมินระดับความรุนแรงที่เกิดจากพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยพยาบาลจะต้องคำนึงถึงช่วงระยะเวลาออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ หรือระยะถอนพิษแอลกอฮอล์ มีรายละเอียดดังนี้

1) ระยะการออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ (Alcohol intoxication) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากเกินไป จนส่งผลให้มีระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดสูงและเกิดพิษหรือผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้มีพฤติกรรมหรือมีสภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งมักจะมีอาการแสดงให้เห็นเช่น มีอาการพูดอ้อแอ้ มีการประสานของกล้ามเนื้อไม่ดี เดินเซ คลื่นไส้ อาเจียน การเสียความทรงจำและสมาธิสั้น ปัสสาวะไม่ได้ ระดับความรู้สึกตัวลดลง อาจถึงขั้นหมดสติได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) โดยอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์หรือหลังการดื่มแอลกอฮอล์ทันที

2) ระยะของการถอนพิษของแอลกอฮอล์ (Alcohol withdrawal) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ลงอย่างกะทันหัน อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะเวลา 6 ชั่วโมงหลังจากการดื่มแอลกอฮอล์ครั้งสุดท้าย โดยอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ที่เกิดขึ้นอาจมีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งในผู้ที่มีการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก และติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน จะเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้มีระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ได้มากขึ้น สำหรับอาการและอาการแสดงของระยะถอนพิษแอลกอฮอล์แบ่งตามระดับความรุนแรงได้เป็น 3 ระดับ มีรายละเอียดดังนี้ (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552)

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

ระยะที่ 2 ระดับปานกลางถึงรุนแรง จะเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 24-72 ชั่วโมงหลังจากที่มีการดื่มแอลกอฮอล์ครั้งสุดท้าย ลักษณะอาการที่แสดงให้เห็นจะยังคงคล้ายกับในระยะเวลาที่ 1 แต่จะมีความรุนแรงขึ้นเล็กน้อย และในระยะนี้ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการสับสนเล็กน้อย

ระยะที่ 3 ระดับความรุนแรง หรือเพ้อคลั่ง (Delirium) จะเกิดขึ้นในช่วง 48-96 ชั่วโมงหลังจากที่มีการดื่มแอลกอฮอล์ครั้งสุดท้าย เป็นระยะที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

อาการและอาการแสดงได้แก่ ผู้ป่วยจะมีภาวะสับสน การรับรู้วันเวลาสถานที่ลดลงอย่างมาก มีอาการ กระสับกระส่ายมากขึ้น อยู่ไม่นิ่งเดินไปมามือสั่น ตัวสั่นมาก ไม่มีสมาธิ เหงื่อออกมาก ไข้สูง ชีพจรเต้น เร็ว มักพบอาการทางจิตร่วมด้วยเช่น อาการหูแว่ว ภาพหลอน หลงผิด และหวาดระแวง นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะชักจากการขาดแอลกอฮอล์ได้

การปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยในระยะการออกฤทธิ์ของ แอลกอฮอล์ (Alcohol intoxication) และระยะของถอนพิษของแอลกอฮอล์ (Alcohol withdrawal) ได้แก่

- 1) ดูแลจัดการให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและสารน้ำอย่างเพียงพอ
- 2) มีการจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้เหมาะสมเช่น จัดสถานที่ให้มีความสงบปลอดภัย อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงสว่างเพียงพอ และมีสิ่งรบกวนน้อยที่สุด เป็นต้น
- 3) มีการป้องกันอุบัติเหตุจากอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง หรือเกิดอันตรายต่อบุคคลรอบข้าง โดยอาจจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ในการผูกมัดตรงชั่วคราว เป็นต้น
- 4) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำเป็นต้องมีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบสามารถสังเกตอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง และมีวิธีการจัดการที่เหมาะสมได้

2.8.1.2 ระยะประเมินและการจัดการกับผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ในระยะ กลาง (Interim Assessment and Management Phase) ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต สงบลง หรือภายหลังจากอาการของช่วงของระยะการออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์หรือระยะถอนพิษของ แอลกอฮอล์ทุเลาลง การปฏิบัติการพยาบาลในระยะนี้จะต้องมีการส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้ป่วยให้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม สนับสนุนให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะต่างๆ พยาบาลต้องเลือกใช้การบำบัดทาง จิตสังคมที่มีความเหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing) การ บำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) การฝึกทักษะทางด้านสังคม (Social skill training) หรือการบำบัดทางจิตสังคมอื่นๆ (Other psychosocial interventions) ตามที่ได้ กล่าวไว้แล้วในเบื้องต้น

2.8.1.3 ระยะการประเมินและการจัดการผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ในระยะ เตรียมความพร้อมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (Pre-Discharge Assessment and Management Phase) ในระยะนี้อาจถือว่าเป็นระยะฟื้นฟูสภาพ พยาบาลจะต้องมีการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้มีการ

ดำเนินชีวิตประจำวันในการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตซ้ำ เน้นย้ำให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ แต่สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ควรมีการให้การพยาบาลเบื้องต้นตามระดับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภท เช่น ในกลุ่มที่มีการดื่มแบบเสี่ยงควรมีการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice) โดยจะมีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดื่มในปริมาณที่ต่ำลง กลุ่มที่ดื่มแบบอันตรายควรมีการให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) เพื่อเสริมแรงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มที่สงสัยว่าติดแอลกอฮอล์ควรมีการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อเข้ารับการรักษาต่อไป (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552)

โดยสรุปแล้วแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์เมื่อแบ่งตามช่วงระยะเวลา จะมีการแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การประเมินและการจัดการกับผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ในระยะต้น ระยะกลาง และระยะเตรียมความพร้อมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งการดำเนินการพยาบาลดังกล่าวจะทำให้สามารถให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทได้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

2.8.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (Nursing Care) การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลจะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และครอบคลุมทุกประเด็นปัญหาของผู้ป่วย มีรายละเอียดดังนี้ (Videbeck, 2014)

2.8.2.1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) พยาบาลจำเป็นต้องมีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุมถึงรูปแบบของการใช้สารเสพติด อาการและอาการแสดงทางจิต ประวัติการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว จุดแข็งของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงระดับความสนใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย (Halter, 2014)

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

2.8.2.3 การวางแผนทางการพยาบาล (Planning) ในการวางแผนทางการพยาบาลจำเป็นต้องมีการวางแผนให้มีความสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยที่ครอบคลุม จากการประเมินภาวะสุขภาพ และการวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยการวางแผนการให้การพยาบาลที่ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพสูงที่สุดนั้นต้องยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการคำนึงถึงความปลอดภัยระดับความรุนแรงของอาการทางจิตและอาการแสดงของภาวะถอนพิษของแอลกอฮอล์ (Halter, 2014)

2.8.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) ในการปฏิบัติการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในระยะแรกของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์นั้น พยาบาลจำเป็นต้องให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความปลอดภัยจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ สนับสนุนสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเล็งเห็นถึงคุณค่าในตัวเอง มีการให้ความรู้ และเสริมสร้างทักษะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจใช้รูปแบบในการบำบัดต่างๆ เช่น การบำบัดแบบสั้น (Brief intervention) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) เป็นต้น (Halter, 2014)

2.8.2.5 การประเมินผล (Evaluation) การประเมินผลสามารถเกิดขึ้นได้ในทุก ระยะของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลในด้านต่างๆ ทั้งอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมถึงปัญหาที่ พบในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการประเมินผลจะทำให้พยาบาลเล็งเห็นว่า ผู้ป่วยมีความพร้อม มีทักษะต่างๆ ในการนำไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมาะสมมาก น้อยเพียงใด ซึ่งจะส่งผลให้พยาบาลสามารถนำผลการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลมาวางแผนใน การให้การพยาบาลที่มีความชัดเจนมากขึ้นได้ (Halter, 2014)

โดยสรุปแล้วการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้ กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล จะทำให้พยาบาลสามารถ ให้การพยาบาลที่ครอบคลุมและมีความเป็นองค์รวมในทุกประเด็นปัญหาของผู้ป่วย

2.8.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลเช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการทั่วไป แต่จะเพิ่ม การบำบัดเฉพาะในด้านการบำบัดการดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด ผู้ป่วยทุกรายเมื่อเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในจะได้รับการพยาบาลในการดูแลรักษาด้วยยา และกลุ่ม กิจกรรมบำบัดในรูปแบบต่างๆ ที่ทางหอผู้ป่วยได้จัดเตรียมไว้ในแต่วัน โดยพยาบาลจะทำหน้าที่ ประเมินปัญหาของผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพและวางแผนการพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละรายตามอาการ ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนร่วมกันในการดูแลรักษาตลอดจนดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ กิจกรรมบำบัดตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วน เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบมีการรับรู้และการ ตัดสินใจดีขึ้น จะได้รับการประเมินคัดกรองจากพยาบาลประจำตึกที่ดูแลเพื่อส่งเข้ากลุ่มบำบัดเฉพาะ สำหรับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการบำบัดตามกระบวนการรักษา การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่ม แอลกอฮอล์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นรูปแบบการดำเนินกิจกรรมแบบรายกลุ่ม

โดยทำกลุ่มผู้ป่วยรวมทั้งผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดทุกชนิดและแอลกอฮอล์ ไม่ได้แบ่งกลุ่มเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 2 สัปดาห์ รายละเอียดกิจกรรมการพยาบาลมีดังนี้

2.8.3.1 สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรม

วันที่ 1 ในช่วงเข้าพยาบาลประจำหน่วยงานจิตเวชยาเสพติด จะทำการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดด้วยแบบประเมิน BPRS, TMSE, AUDIT, ASSIST, บสต.3, Socrates 8A, M.I.N.I. เพื่อประเมินอาการทางจิตและระดับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนนำเขาสู่การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ หากประเมินแล้วผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบและมีการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับมีปัญหาน้อยลงจะทำข้อตกลงในการเข้ากลุ่มบำบัดต่อไป สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ผ่านเกณฑ์ เช่น อาการทางจิตยังไม่สงบ และการดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้อยู่ในระดับที่มีปัญหาและแบบติดจะยังไม่ได้รับการบำบัดจากหน่วยจิตเวชยาเสพติดแต่ได้รับกิจกรรมบำบัดจากทางหอผู้ป่วยที่รักษา และในช่วงผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การประเมินจะเข้ากลุ่มสัมพันธ (Expressive Therapy / ART Therapy) โดยจิตแพทย์/นักสังคมสงเคราะห์

วันที่ 2 ในช่วงเข้าผู้ป่วยเข้ากิจกรรมกลุ่มแรงจูงใจสร้างได้โดยพยาบาลจิตเวชยาเสพติดเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ และในช่วงบ่ายให้ความรู้เรื่องสมองติดยา/แอลกอฮอล์ โดยจิตแพทย์/พยาบาลจิตเวชยาเสพติด

วันที่ 3 ในช่วงเข้าผู้ป่วยเข้ากิจกรรมกลุ่มพฤติกรรมเปลี่ยนได้โดยใช้ความคิดโดยนักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวชยาเสพติด เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยใช้กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ และในช่วงบ่ายเข้ากิจกรรมกลุ่มเครียดได้ก็หายได้ ครั้งที่ 1 โดยนักกายภาพบำบัดเพื่อสอนเทคนิคในการจัดการกับความเครียด

วันที่ 4 ในช่วงเข้าผู้ป่วยเข้ากลุ่มอาชีพะบำบัดเลือกงานที่เป็นเราโดยนักกิจกรรมบำบัดเป็นการฝึกทักษะและให้ลงมือปฏิบัติในการฝึกอาชีพอิสระ เช่น การทำพัดจากกระดาษลดเตอรี การทำเก้าอี้จากกระดาษหนังสือพิมพ์ เป็นต้น และในช่วงบ่ายเข้ากิจกรรมกลุ่มเลิกแอลกอฮอล์/สารเสพติดสบายสบายเมื่อใช้ยาของคุณหมอโดยเภสัชกร เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับกาารรับประทานยาในการรักษา

วันที่ 5 ในช่วงเข้ากิจกรรมกลุ่มรู้จักหลีกเลี่ยงทำให้เสี่ยงน้อยโดยพยาบาลจิตเวชยาเสพติด เป็นการให้ความรู้และเทคนิคในการหลีกเลี่ยงเมื่อเจอสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ดื่มแอลกอฮอล์ และในช่วงบ่ายพยาบาลจิตเวชยาเสพติดทำการประเมิน Socrates-8A เพื่อดูแรงจูงใจหรือขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษา ครั้งที่ 1

2.8.3.2 สัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรม

วันที่ 1 ในช่วงเข้าพยาบาลจิตเวชยาเสพติดประเมิน QOL /ประเมิน

ครอบครัว เพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสัมพันธภาพในครอบครัว และประเมิน Socrates-8A ก่อนดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 และในช่วงบ่ายเข้ากลุ่มให้ความรู้แอลกอฮอล์และ สารเสพติดเกี่ยวข้องกับโรคจิตเวชอย่างไรโดยจิตแพทย์/พยาบาลจิตเวชยาเสพติด

วันที่ 2 ในช่วงเช้าเข้ากิจกรรมกลุ่มดูดีได้ด้วยตัวฉันเองโดยพยาบาลจิตเวชยาเสพติด และในช่วงบ่ายเป็นกิจกรรมกลุ่มสืบทอด-เสริมทักษะชีวิตโดยพยาบาลจิตเวชยาเสพติด

วันที่ 3 ในช่วงเช้ากิจกรรมกลุ่มความหวังพลังใจโดยพยาบาลจิตเวชยาเสพติด และช่วงบ่ายกิจกรรมกลุ่มเครียดได้ก็หายได้ ครั้งที่ 2 โดยนักกายภาพบำบัด เป็นการฝึกการ ออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลายความเครียด

วันที่ 4 ในช่วงเช้ากิจกรรมกลุ่มตารางสร้างชีวิต โดยนักกิจกรรมบำบัด เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยวางแผนในการจัดตารางกิจกรรมการดำเนินชีวิตของตนเอง และในช่วงบ่ายประเมิน Socrates-8A เพื่อดูแรงจูงใจหรือขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษา ครั้งที่ 2

วันที่ 5 กิจกรรมกลุ่มอยู่อย่างไรให้เข้าใจกัน โดยพยาบาลจิตเวชยาเสพติดเป็นการให้ความรู้และแนวทางในการดำเนินชีวิตเมื่อกลับไปอยู่บ้านและชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ อยู่ร่วมกันกับผู้อื่นได้

เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมพยาบาลจิตเวชยาเสพติดและสหวิชาชีพจะมีการ ประชุมและประเมินผู้ป่วยที่ได้เข้ากลุ่มบำบัด หากพบว่ามีผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการ ดูและจะมีการส่งต่อข้อมูลและมีการบำบัดแบบรายบุคคลต่อไป

สรุปการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีรับบริการในแผนกผู้ป่วยในเป็นรูปแบบการ ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่ม ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 2 สัปดาห์ เนื้อหากิจกรรมประกอบด้วย การให้ คำสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม การให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ การฝึกทักษะการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ การป้องกันการกลับติดซ้ำ และการส่งเสริมทักษะชีวิต โดยสอดแทรกเข้าไปในระยะเวลาต่างๆ ของการทำ กิจกรรมกลุ่มบำบัด และมีการนัดติดตามอาการและการรักษาที่ต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ ตามนัด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ดังกล่าว พบว่าสิ่งสำคัญของการให้การพยาบาลคือ พยาบาลจำเป็นต้องมีการประเมิน และมีการวางแผนการ พยาบาลให้ครอบครัวในทุกประเด็นปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งต้องมีการช่วยเหลือติดตามดูแลต่อเนื่อง และเลือกรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่มีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์และไม่กลับมาดื่มซ้ำ

3. แนวคิดเกี่ยวกับความอยากดื่มแอลกอฮอล์

3.1 ความหมายของความอยากดื่มแอลกอฮอล์

นิชนันท์ คำลั่น (2547) ได้อธิบายความหมายของความอยากดื่มแอลกอฮอล์ว่า เป็นอาการที่ไม่สามารถทนใจแข็งในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ เพราะอาการอยากเป็นความต้องการด้านจิตใจที่เชื่อว่าถ้าได้ดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้หายเหนื่อย หายปวดเมื่อยและคลายความเครียด

Marlatt (1987) ได้อธิบายความอยากดื่มแอลกอฮอล์ว่า ความอยากดื่มจะถูกกระตุ้นจากการเผชิญหน้ากับสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของแอลกอฮอล์ทั้งทางบวกและลบจึงต้องการดื่มแอลกอฮอล์

Tiffany and Cynthia (2000) ได้อธิบายความอยากดื่มแอลกอฮอล์ว่า เกิดจากพื้นฐานกระบวนการทางความคิดของบุคคลต่อความคาดหวังถึงผลลัพธ์ทางบวกจากการดื่มแอลกอฮอล์ภายใต้สถานการณ์หรือประสบการณ์เดิม แล้วเกิดความคิดอัตโนมัติให้เกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์

สรุปได้ว่า ความอยากดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ความต้องการที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของแต่ละบุคคล โดยมีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากและการคาดหวังถึงผลลัพธ์จากการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดอาการทุกข์ทรมานจากการขาดแอลกอฮอล์

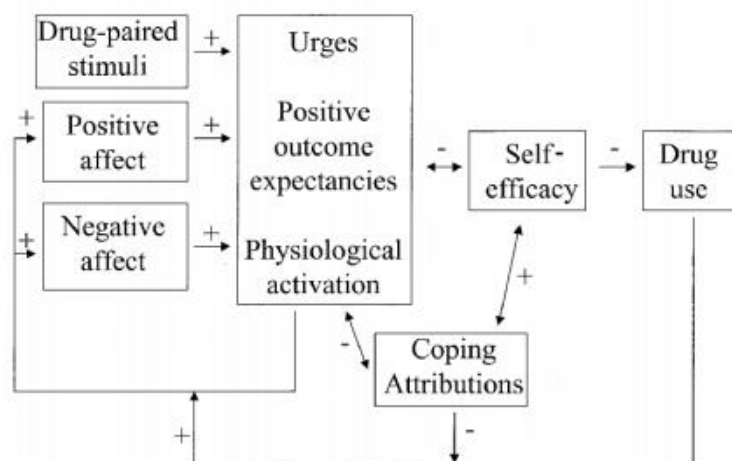
3.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความอยากดื่ม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีที่อธิบายความอยากดื่มแอลกอฮอล์พบว่า มีนักวิจัยหลายคนอธิบายไว้ ดังต่อไปนี้

Drummond et al (2000) ได้เสนอ Cue-reactivity model โดยอธิบายความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ว่ามาจากการถูกกระตุ้นจากสิ่งกระตุ้นบางอย่างทำให้เกิดการตอบสนองโดยอัตโนมัติ เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้นหรือน้ำลายไหลส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การช่วยเหลือผู้ติดแอลกอฮอล์ในกลุ่มนี้เน้นที่การค้นหาสิ่งกระตุ้นและหาวิธีจัดการกับสิ่งกระตุ้นเหล่านั้นเพื่อหยุดพฤติกรรมกรรมการดื่ม

Niaura (2000) ได้พัฒนา Dynamic regulatory model มาอธิบายความอยากดื่มแอลกอฮอล์ เป็นกระบวนการที่เกิดร่วมกันของการตอบสนองต่อสิ่งที่มีกระตุ้นร่วมกับความคาดหวังต่อผลที่ได้รับจากการดื่มแอลกอฮอล์ สิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลนั้น เช่น เมื่อพบหน้าเพื่อนที่เคยร่วมดื่มประจำในช่วงเวลาหลังเลิกงาน จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ขึ้นมาได้ เช่น น้ำลายไหล ใจเต้นแรงร่วมด้วย เป็นต้น นอกจากนี้ประสบการณ์ที่ได้รับจากการดื่มแอลกอฮอล์ก็เป็นสิ่งที่กระตุ้นความอยากดื่มได้ เช่น ประสบการณ์ที่ได้รับทางบวกจากการดื่ม ความรู้สึกสุขสบาย สนุกครึกครื้น หรือประสบการณ์ทางลบจากการลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่ม เช่น การเกิดภาวะถอนพิษ ที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เป็นต้น

กระบวนการดังกล่าวจะนำมาสู่ความสามารถในการเผชิญความอยากของแต่ละบุคคล หากบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากพอก็จะสามารถหยุดการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองได้ในทางตรงกันข้ามหากความอยากมีมากกว่าความสามารถในการจัดการและความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถจัดการได้ก็จะนำมาสู่การดื่มแอลกอฮอล์นั่นเอง ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 Dynamic regulatory model of cue-reactivity (Niaura, 2000)

Skinner & Aubin (2010) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดความอยากดื่มแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. แนวคิดพื้นฐานการวางเงื่อนไข (Conditioning-based model) เป็นการอธิบายความอยากตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไข ซึ่งพิจารณารูปแบบการใช้แอลกอฮอล์ว่าความอยากเป็นสิ่งสำคัญ เพราะนักทฤษฎีกลุ่มนี้ตั้งสมมติฐานว่าความอยากเป็นตัวกระตุ้นที่เกิดจากการขาดแอลกอฮอล์และขณะเดียวกันก็เป็นเหมือนตัวให้รางวัลโดยแบ่งเป็นแนวคิดย่อย 4 แนวคิด ดังนี้

1.1 Withdrawal model อธิบายถึงบุคคลที่ค้นหาการบริโภคมาเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้อยู่ในสถานการณ์ที่แย่มากเพื่อลดความไม่สบายจากการอาการถอน ความปรารถนาเกิดขึ้นโดยตรงจากประสบการณ์ในการถอนแอลกอฮอล์ และเป็นจุดเริ่มของผลจากการขาดยาซึ่งอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมที่ตัวกระตุ้นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งกลายมาเป็นเงื่อนไขของตัวกระตุ้น (Wikler, 1980; O'Brien et al., 1981) นอกจากนี้ Drummond et al. (2000) ได้อธิบายถึงประสบการณ์ความอยากดื่มแอลกอฮอล์ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มอาการถอนยา หลังจากที่ดื่มหนักเป็นประจำซึ่งคือกลิ่นของแอลกอฮอล์ (Conditioned stimuli) เกิดจากแอลกอฮอล์ลดลงในกระแสเลือดระหว่างที่หยุดดื่มและต่อมา Drummond et al. (2000) ได้เสนอสาเหตุของความอยากที่โดดเด่นสองสาเหตุ คือ ตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากกับอาการถอนซึ่งเป็นตัวทำให้เกิดความอยาก

1.2 Compensatory response model แนวคิดนี้อธิบายความอยากว่า ความอยาก เกิดขึ้นเพื่อหลีกเลี่ยงความรู้สึกไม่สุขสบายจากการที่ต้องอดทนกับบางสิ่งบางอย่าง ซึ่งการที่ต้องอดทน กับสิ่งที่ตนเองรู้สึกไม่ชอบจะเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยาก (Baker et al., 2012)

1.3 Opponent-process Model แนวคิดนี้อธิบายความอยากในผู้ที่ติดสารเสพติดว่า ความอยากเกิดขึ้นเพื่อกระตุ้นให้มีการใช้ยาพอกๆกับเพื่อบรรเทาความรู้สึกไม่สุขสบายจากความอยาก และอาการถอนพิษยา โดยมีตัวกระตุ้นจากอาการถอนพิษยา (Skinner and Aubin, 2010)

1.4 Incentive Model แนวคิดนี้อธิบายความอยากในผู้ที่ติดแอลกอฮอล์และสารเสพติด โดยให้ความสำคัญกับตัวกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรม ดังนั้นความอยากจึงเป็นภาวะที่เกิดการกระตุ้นอย่างรุนแรง ซึ่งสิ่งที่ทำให้เกิดความอยาก คือ ตัวกระตุ้นที่สัมพันธ์กับการใช้ยาแบบวางเงื่อนไข โดยมีสมมติฐานว่าการติดสารเสพติดทำให้เกิดแรงเสริมทางบวก เนื่องจากผลของการหลั่งสารสื่อประสาท Dopamine ทำให้ผู้เสพเกิดความรู้สึกพึงพอใจในการใช้สารเสพติด (Skinner and Aubin, 2010)

2. แนวคิดทางพุทธิปัญญา (Cognitive models) แนวคิดนี้อธิบายความอยากตีความว่าเป็นความคิดที่เกิดขึ้นจากการได้รับข้อมูล โดยเกิดจากแรงขับหรือความคิดอัตโนมัติ เช่น ความคาดหวังสมรรถนะแห่งตน และการเลียนแบบ (Tiffany, 1999) แบ่งเป็นแนวคิดย่อยๆ ดังนี้

2.1 Outcome expectancy model แนวคิดนี้อธิบายความอยากในผู้ติดแอลกอฮอล์ ว่า การกระตุ้นด้วยแอลกอฮอล์จะทำให้บุคคลเกิดความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของแอลกอฮอล์ทั้งทางด้าน บวกและด้านลบ ซึ่งมีอิทธิพลต่อความอยากและความต้องการโดยความอยากจะถูกกระตุ้นจากการ เผชิญหน้ากับสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์โดยจะกระตุ้นให้เกิดความหวังทางด้านบวกหรือบรรเทา อาการขาดแอลกอฮอล์ (Marlatt, 1987)

2.2 Cognitive processing model แนวคิดนี้อธิบายความอยากในผู้ที่ติดบุหรี่และแอลกอฮอล์ว่าความอยากเป็นความคาดหวังจากการตอบสนองทางคำพูดรวมทั้งการทำงานของอวัยวะภายในร่างกายและพฤติกรรม โดยมีอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถดื่มแอลกอฮอล์ได้ เช่น ความต้องการที่จะหยุดเสพหรือไม่สามารถหาสารเสพติดได้ สิ่งเหล่านี้เป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยาก ซึ่งมีสมมติฐานว่าความอยากไม่ได้เป็นแรงขับที่ทำให้เกิดการใช้ยาและไม่ใช่อุปสรรคสำหรับการใช้ยานั่นคือ ความอยากเกิดขึ้นได้โดยที่ไม่มีการใช้ยา และการใช้ยาสามารถมีได้แม้จะไม่เกิดความอยาก (Tiffany, 1999) แนวคิดนี้มองว่า การที่บุคคลเขาสู่วงจรการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องเป็นผลมาจากการที่บุคคลเผชิญหน้ากับตัวกระตุ้นที่มีลักษณะเฉพาะบางอย่างหรืออยู่ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ตัวกระตุ้นในแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับความเชื่อพื้นฐานและการทำงานของความคิดอัตโนมัติของบุคคลนั้น ความอยากและความต้องการแอลกอฮอล์ในผู้ที่มีปัญหาจากการใช้แอลกอฮอล์เป็นผลมาจากกระบวนการคิดของบุคคลที่มีต่อตัวกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก ตัวกระตุ้นภายใน

ได้แก่ ความวิตกกังวล อารมณ์เศร้า ความเครียด ความขัดแย้ง ความรู้สึกหิว ความเหนื่อย ส่วนตัวกระตุ้นภายในได้แก่ ความขัดแย้งระหว่างบุคคล เครื่องดื่มแอลกอฮอล์งานเลี้ยง โดยผลของการประมาณค่าตัวกระตุ้นเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อความเชื่อพื้นฐาน เช่น เชื่อว่าบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วทำให้หายเหนื่อย หายเครียด หายกังวล ซึ่งความคิดเหล่านี้เป็นผลจากความคิดอัตโนมัติ ต่อจากนั้นความอยากและความต้องการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะเกิดขึ้นตามมา (Skinner and Aubin, 2010)

3. แนวคิดเกี่ยวกับจิตชีววิทยา (Psychological models) แนวคิดนี้อธิบายความอยากดื่มด้วยปัจจัยทางจิตวิทยาที่เน้นเรื่องของแรงจูงใจโดยมีแนวคิดทางจิตวิทยาเป็นส่วนประกอบ ซึ่งมีแนวคิดในกลุ่มนี้ ดังนี้

3.1 Three-pathway psychobiological model แนวคิดนี้อธิบายถึงความอยากในผู้ติดสารเสพติดแอลกอฮอล์ไว้ว่าบุคลิกภาพ ชนิดของแรงจูงใจที่มีต่อการใช้สารเสพติดและความแตกต่างของสารสื่อประสาทในแต่ละบุคคลส่งผลให้เกิดความอยากยาตัวอย่างของความอยากตามแนวคิดนี้ได้แก่ ความอยากได้รางวัล ความอยากในการบรรเทา ความอยากซึ่งถูกครอบงำจิตใจ ซึ่งจะถูกกระตุ้นโดยความต้องการในผลลัพธ์ทางด้านบวกของสารเสพติดความต้องการการบรรเทาอาการ (Skinner and Aubin, 2010)

3.2 Incentive-sensitization model แนวคิดนี้อธิบายความอยากในผู้ติดแอลกอฮอล์ ว่าการใช้แอลกอฮอล์ในระยะยาวจะเป็นสาเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาของระบบประสาทในตัวบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและอาจเกิดขึ้นอย่างถาวร ดังนั้นเมื่อหยุดการดื่มแอลกอฮอล์จะเกิดความอยากขึ้นเพื่อให้เกิดการปรับสมดุลของสมองซึ่งมีตัวกระตุ้น คือความไม่สมดุลของสมองจากการหยุดการใช้สารเสพติดก่อนหน้านี้ ตามด้วยอาการถอนพิษแอลกอฮอล์และผลของความเครียดที่มีต่อความทรงจำที่แสดงออกทางระบบประสาทที่ควบคุมความอยาก (Skinner and Aubin, 2010)

3.3 Neuro-anatomical model แนวคิดนี้อธิบายความอยากในผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ว่า ระดับของความอยากจะเป็นมาจากปฏิกริยาต่อกันระหว่างความทรงจำและโครงสร้างของสมองซึ่งถูก กระตุ้นโดยความทรงจำตัวกระตุ้นคือ แอลกอฮอล์ที่รับเข้าไปและหรืออารมณ์รุนแรง (Anton, 1995)

4. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ (Motivational model) แนวคิดนี้มีพื้นฐานมาจากสมมติฐานที่ว่าความอยากดื่ม คือ องค์ประกอบของโครงสร้างที่สำคัญของการตัดสินใจ แนวคิดนี้อธิบายความอยากดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์ว่าแรงจูงใจในการดื่มแอลกอฮอล์อาจจะเป็นได้ทั้งการคิดถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พอๆ กับเป็นแรงขับของความต้องการหรือสิ่งเร้าที่มีต่อการดื่มและขึ้นอยู่กับระดับแรงจูงใจที่มากกระตุ้น (Skinner and Aubin, 2010)

3.3 การประเมินความอยากดื่มแอลกอฮอล์

3.4.1 แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) ของ Anton, Moak and Latham (1995) ซึ่งพัฒนาเป็นภาษาไทยโดย Suktrakul Sunisa et al. (2009) แบบวัดนี้เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ตอบทำการประเมินตนเอง โดยมีตัวเลือกให้เลือก 4 ตัวเลือก ตั้งแต่ 1-4 มีข้อความทั้งหมด 12 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ การไม่สามารถต่อต้านหรือควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้ ความกังวลหรือความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความย่ำคิดเกี่ยวกับการดื่ม และการรบกวนการทำงานและการทำหน้าที่ทางสังคม

3.4.2 แบบประเมินความรู้สึกลอยอยากแอลกอฮอล์ (Alcohol Craving Questionnaire Revised: ACQ-R) ที่พัฒนาเครื่องมือโดย Raabe et al. (2005) พัฒนาเป็นภาษาไทยโดยกมลจักร สอนลา (2554) แบบประเมินนี้วัดระดับความเห็นด้วยต่อความรู้สึกลอยอยากแอลกอฮอล์เป็นแบบวัดความคิดเห็น (Likert Scale) 7 ระดับ ระหว่าง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” กับ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” โดยให้คะแนน 1-7 คะแนน ซึ่งช่วงคะแนนที่มีความเป็นไปได้ มีค่าตั้งแต่ 30-210 คะแนน แปลความหมายของคะแนนความรู้สึกลอยอยากแอลกอฮอล์ออกเป็น 5 ระดับ คือ ช่วงคะแนน 174-210 หมายถึง ความรู้สึกลอยอยากแอลกอฮอล์อยู่ในระดับมากที่สุด ช่วงคะแนน 138-173 หมายถึง ความรู้สึกลอยอยากแอลกอฮอล์อยู่ในระดับมาก ช่วงคะแนน 102-137 หมายถึง ความรู้สึกลอยอยากแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 66-101 หมายถึง ความรู้สึกลอยอยากแอลกอฮอล์อยู่ในระดับน้อย และช่วงคะแนน 30-65 หมายถึง ความรู้สึกลอยอยากแอลกอฮอล์อยู่ในระดับน้อยมาก

3.4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์

จากการศึกษาถึงปัจจัยที่นำมาสู่ความอยากดื่มและนำไปสู่พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ต่อเนื่อง การวิเคราะห์ปัจจัยที่กระตุ้นความอยากดื่มโดยเฉพาะเจาะจงของแต่ละบุคคลจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จในการควบคุมความอยากดื่ม และนำมาซึ่งการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ลงได้ การพัฒนาแนวคิดเพื่อทำความเข้าใจความอยากดื่มที่มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีการศึกษาถึงปัจจัยที่นำมาสู่ความอยากดื่มและนำไปสู่การดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้สรุปไว้โดย Monti et al. (2000) ว่าประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่

- 1) ปัจจัยที่เพิ่มแรงจูงใจในการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ประสบการณ์ทางบวกจากการดื่ม ภาวะอารมณ์ทางลบและสภาวะทางร่างกายที่ต้องการดื่มแอลกอฮอล์
- 2) ปัจจัยที่ลดความตระหนักต่ออันตรายจากการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การขาดความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่ม ความคิดความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับการเกิดปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์
- 3) ปัจจัยที่ลดประสิทธิภาพการเผชิญปัญหาของบุคคล เช่น การขาดทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตและเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์จึงไม่สามารถ

หลีกเลี่ยงได้ การวิเคราะห์ปัจจัยที่กระตุ้นความอยากอย่างเฉพาะเจาะจงของแต่ละบุคคลจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จในการควบคุมความอยากและนำมาซึ่งการลดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ลงได้

ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้สรุปปัจจัยหลักของความอยากดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การได้รับความกดดันทางด้านอารมณ์จากบุคคลอื่น ทำให้เกิดความรู้สึกเสียใจหรือโกรธ (Councill, Halter and Dijulio, 2010) การไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการได้รับสิ่งกระตุ้นอื่นๆ จากสิ่งแวดล้อม เช่น บุคคลที่ร่วมดื่ม สถานที่ที่เคยดื่ม สิ่งของหรือภาชนะบรรจุแอลกอฮอล์ หรือช่วงเวลาที่เคยดื่มประจำ (Munro and Edward, 2008) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง (เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ, 2555; เพ็ญพิภคร์ ดารารณ อยุธยา, 2556) และยังมีปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (Craving) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาทางร่างกายเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีการดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปในร่างกายแล้ว จะมีการกระตุ้นสารซึ่งเป็นสารสื่อประสาทชนิดหนึ่งในบริเวณของวงจรมองส่วนอยาก (Brain reward system) โดยเซลล์ที่อยู่ในบริเวณของก้านสมองจะไปจับกับ Opioid receptors ส่งผลให้สมองมีการหลั่งของสารสื่อประสาทหลายชนิดได้แก่ Glutamate, norepinephrine และ dopamine ออกมาในปริมาณที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข และเกิดความรู้สึกพึงพอใจต่อการดื่มแอลกอฮอล์ แต่เมื่อระดับสารสื่อประสาทต่างๆ ในสมองลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสาร Dopamine จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยาก (Craving) และมีความต้องการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อตอบสนองความรู้สึกมีความสุข และพึงพอใจตามที่ต้องการ (Reinforcement) ทำให้เกิดความอยากดื่มและมีความต้องการที่จะดื่มแอลกอฮอล์นั้นต่อไป (Tiffany and Conklin, 2000) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์มักจะมีปัจจัยทางด้านแรงจูงใจภายในตัวบุคคลลดลง (Intrinsic motivation) เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในการจัดการกับความทุกข์ทรมานจากอาการทางจิตของตนเองที่กำลังอยู่บ่อยครั้ง จนทำให้เล็งเห็นแต่ผลดีของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และเกิดความล้าใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Baker et al., 2002; Martio and Kostas, 2002; Gregg, Barrowclough, and Haddock, 2007)

3.5 การจัดการความอยากดื่มแอลกอฮอล์

การดูแลช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหาความรู้สึกอยากแอลกอฮอล์ให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องใช้รูปแบบการดูแลที่คำนึงถึงหลายแนวคิดร่วมกัน ดังนั้นนอกจากการบำบัดด้วยยาจึงมีความจำเป็นในการใช้การบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบอื่นๆ เพิ่มเติมควบคู่ไปกับการบำบัดด้วยยาด้วย ดังนี้

3.5.1 การบำบัดด้วยยา วัตถุประสงค์ของการใช้ยาในการบำบัด ได้แก่ เพื่อลดอาการ withdrawal และ เพื่อป้องกันการเกิดความผิดปกติแทรกซ้อน เช่น Seizure หรือ Delirium ให้ยาโดยมุ่งให้ผู้ป่วยอาการสงบลงไม่วุ่นวาย อาการ Autonomic hyperarousal ลดลง แต่ก็ไม่มากจน

ผู้ป่วยง่วงซึมตลอดเวลาอาการ Alcohol withdrawal ที่ไม่รุนแรงนั้น แม้จะไม่ให้การรักษาด้วยยาอาการ ก็ทุเลาลงเองได้ (Whitfield, 1978) ปัจจุบันการบำบัดผู้ป่วยที่ติ่มแอลกอฮอล์เน้นการบำบัดด้วยยาเป็นหลัก ทำให้ยังไม่สามารถลดความรู้สึกลอยๆแอลกอฮอล์ให้หมดไปได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร และยังพบว่าผู้ป่วยที่ติ่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับการบำบัดด้วยยาส่วนใหญ่จะยังมีความทุกข์ทรมานจากความรู้สึกลอยๆแอลกอฮอล์หลงเหลืออยู่ (Posy, 2007, as cited in Skinner & Aubin, 2010) ในการรักษาด้วยยาที่ช่วยลดอาการอยากติ่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ Naltrexone, acamprosate, naltrexone เป็นยากลุ่มที่ต่อต้านสารที่มีอนุพันธ์ของฝิ่น (Opioid antagonist) ชนิดรับประทาน เชื่อว่าช่วยลดอาการอยากติ่มแอลกอฮอล์ สามารถป้องกันการกลับไปติดแอลกอฮอล์ซ้ำในผู้ติดแอลกอฮอล์ได้ ลดอาการอยากติ่มและลดปริมาณวันที่ติ่มลงได้ ยาชนิดนี้ได้ผ่านการพิจารณาจาก FDA ของสหรัฐอเมริกาให้ใช้รักษาในผู้ติดแอลกอฮอล์, ติดแอลกอฮอล์เรื้อรังได้ โดยใช้ขนาดยา 50 mg./day Acamprosate หรือ Calcium acetylhomotaurinate เป็นอนุพันธ์ของกรดอมิโน มีผลต่อระบบประสาท GABA และ Glutamate ซึ่งเชื่อว่าการออกฤทธิ์ต่อระบบสารสื่อประสาท Glutamate เป็นกลไกหลักของยาในการรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ ยานี้ได้ผ่านการรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ในประเทศแถบยุโรป ช่วยลดปริมาณการติ่มแอลกอฮอล์ลง ช่วยให้หยุดติ่มแอลกอฮอล์ได้มากขึ้น ช่วยลดระดับของเอนไซม์ gamma-glutamyltransfersae และหากใช้ Acamprosate ร่วมกับ Naltrexone จะทำให้เกิดประสิทธิภาพการรักษามากกว่าใช้เพียงตัวเดียว (Falk Kiefer & Karl Mann , 2005)

3.5.2 การบำบัดรักษาทางจิตสังคม การควบคุมความอยากติ่มแอลกอฮอล์เป็นภาวะที่ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานอยากการอยากติ่ม มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง สูญเสียความสัมพันธ์กับครอบครัว สูญเสียการทำงาน หรือมีปัญหาทางกฎหมาย และเสียชีวิตในที่สุด การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ติ่มแอลกอฮอล์ในด้านจิตใจและสังคมก็ย่อมมีความสำคัญ เพื่อฟื้นฟูสภาพทางจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ ส่งผลต่อการลดการติ่มแอลกอฮอล์ซ้ำ ถ้าสามารถทำให้ผู้ป่วยหยุดติ่มแอลกอฮอล์ได้นาน โอกาสติดแอลกอฮอล์ซ้ำก็จะยิ่งลดลง (อัจฉราพร นัตสาสาร, 2548) ดังนั้นการนำผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาแต่เนิ่นๆ เป็นสิ่งสำคัญ จะเป็นการช่วยป้องกันการติ่มแอลกอฮอล์ซ้ำ และป้องกันการโรคที่ตามมาอีกมากมายและเป็นการลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจได้เป็นอย่างมาก

4. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ

4.1 ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

พิชัย แสงชาญชัย (2553) ให้ความหมายไว้ว่าเป็นรูปแบบการบำบัดที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจแบบมีทิศทางเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการสำรวจและจัดการกับความรู้สึกลังเลใจ (Ambivalence) จนเกิดแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง

Miller and Rollnick (2002) ให้ความหมายไว้ว่าเป็นรูปแบบการสร้างแรงจูงใจโดยยึดผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาปัญหา จัดการกับความลังเลใจของตนเองและเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้

Westra and Aviram (2013) ให้ความหมายไว้ว่าเป็นรูปแบบการบำบัดที่ยึดผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเล็งเห็นถึงความสำคัญของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) เป็นรูปแบบของการสร้างแรงจูงใจรูปแบบหนึ่งที่เน้นผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งจะมีการกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตระหนักในปัญหาของตนเอง มีการจัดการกับความลังเลใจ จนเกิดการกระทำในพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม

4.2 แนวคิดและหลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้เริ่มคิดค้นการบำบัดในลักษณะนี้คือ Miller & Rollnick (2002) โดยได้แบ่งระยะการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Phase of Motivational Enhancement Therapy) เป็น 3 ระยะ ดังรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 คือ การให้สุขศึกษาและข้อมูลย้อนสะท้อนกลับ (Health education & feedback) เป็นการสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในปัญหา ลดความลังเลใจ และเสริมศักยภาพในตนซึ่งในระยะนี้ถือว่าเป็นระยะของการสนทนาเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Change talk) โดยผู้บำบัดจะมีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ในระยะนี้ผู้บำบัดควรมีลักษณะท่าที่เป็นมิตร สร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่เป็นจริง กระตุ้นให้ผู้ป่วยถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจและได้ข้อมูลที่ชัดเจน

ระยะที่ 2 คือ การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญา (Commitment strengthening) หรือการสนทนาเพื่อให้คำมั่นสัญญา (Commitment Talk) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยให้คำมั่นสัญญาที่จะหยุดดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักแน่นและมั่นคง บทบาทที่สำคัญของผู้บำบัดในระยะนี้คือต้องตรวจสอบความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อปัญหาของตนเองว่าเป็นปัญหาหรือไม่ หรือลังเลไม่แน่ใจ หรือเห็นว่าเป็นปัญหาอย่างมากต้องการแก้ไขอย่างจริงจัง หากทำให้ผู้ป่วยเห็นว่าเป็นปัญหาแล้วผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้

ผู้ป่วยได้ประกาศความมุ่งมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดสนับสนุนให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลง แก้ไขเสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหา

ระยะที่ 3 คือ การติดตามต่อเนื่อง (Follow through) ผู้บำบัดจะมีบทบาทในการติดตามความก้าวหน้า ทบทวนเป้าหมาย อุปสรรคที่เกิดขึ้น ตรวจสอบแรงจูงใจว่ายังมีมั่นคงหรือไม่

ผู้วิจัยได้นำขั้นตอนในแต่ละระยะการบำบัดมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม โดยโดยใช้รูปแบบการบำบัดแบบ Face to Face ร่วมกับการใช้โทรศัพท์ในการสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มและการลงมือปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 3 ระยะของการ เป็นการดำเนินการแก่ผู้ป่วยแบบรายบุคคลติดต่อกัน 5 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม 2 ครั้ง ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและอยู่ในระยะเตรียมจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายและการบำบัดต่อเนื่องทางโทรศัพท์ในครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 2 - 4 ดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ขณะผู้ป่วยรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยการบำบัดต่อเนื่องทางโทรศัพท์ครั้งละ 30 - 45 นาที และในสัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง ขณะผู้ป่วยมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยการนัดผู้ป่วยมาติดตามการเปลี่ยนแปลงและประเมินผลการบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

หลักการพื้นฐานของกระบวนการสร้างแรงจูงใจ ผู้บำบัดต้องมีการใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและทำให้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยคำนึงถึงหลักการพื้นฐานของการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Basic Motivation Interviewing Principles) ซึ่งประกอบไปด้วยหลัก 5 ประการ คือ (Miller and Rollnick, 2002)

4.2.1 การทำให้เห็นช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับปัจจุบัน (Develop discrepancy) คือ การทำให้ผู้บำบัดแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมสุขภาพของตนเองหรือสภาพการณ์ในปัจจุบันกับเป้าหมายในอนาคตที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งจะเป็นการผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

4.2.2 การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (Avoid argumentation) ในกระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ป่วยอาจเกิดความเครียดและไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง จะมีการแสดงออกโดยใช้กลไกทางจิตในการป้องกันตนเอง เช่น การปฏิเสธความจริง การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง หรือการมองปัญหาน้อยกว่าความจริงเป็นต้น เพื่อให้เกิดความรู้สึกสบายใจ และหากผู้บำบัดพยายามโต้แย้งหรือหาเหตุผลที่จะขัดแย้งกับผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยใช้กลไกทางจิตดังกล่าวเพิ่มขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นอุปสรรคที่จะส่งผลต่อความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

4.2.3 การหมุนตามแรงต้าน (Roll with resistant) การที่ผู้ป่วยมีการแสดงออกถึงการต่อต้านและการเกิดความลังเลใจ ซึ่งถือเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองที่สามารถเกิดขึ้นได้ในระหว่างการบำบัด ผู้บำบัดจะต้องเคารพในความคิดเห็น ปฏิกิริยาของผู้ป่วยและเข้าใจถึงความลังเลใจดังกล่าว

โดยผู้บำบัดอาจจะใช้วิธีการชักชวนเพื่อให้ผู้ป่วยมองปัญหานั้นในแง่มุมที่ต่างไปจากเดิม แต่ไม่ใช้การหาเหตุผลในการโต้แย้งผู้ป่วย

4.2.4 การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Express empathy) ผู้บำบัดควรใช้การสื่อสารที่แสดงถึงการให้เกียรติผู้ป่วย โดยมีการฟังอย่างตั้งใจ ยอมรับในปัญหาและการแสดงออกของผู้ป่วย แสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ ให้สิทธิในการเลือกและมีการตัดสินใจด้วยตัวของผู้ป่วยเองซึ่งสิ่งเหล่านี้จะสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4.2.5 การสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วย (Support self- efficacy) การที่ผู้บำบัดมีการส่งเสริมศักยภาพในตัวบุคคลจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเกิดความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นจึงถือว่าการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างหนึ่งของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ผู้วิจัยได้นำหลักการหลักการพื้นฐานของกระบวนการสร้างแรงจูงใจนำมาปรับใช้ในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละระยะของการบำบัด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้เล็งเห็นถึงความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองกับเป้าหมายในอนาคตที่ผู้ป่วยต้องการ จะเป็นการผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง และเกิดความตระหนักในปัญหา และส่งเสริมศักยภาพทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง จนเกิดแรงผลักดันตนเองให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์

4.3 เทคนิคที่ใช้ในการสร้างแรงจูงใจ

การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น สิ่งสำคัญที่ผู้บำบัดต้องมีการคำนึงถึงคือการกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้กล่าวถึงข้อความจูงใจตนเอง (Self - Motivation Statement: SMS) ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงความต้องการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง โดยเทคนิคพื้นฐานที่ใช้บ่อยในการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีรายละเอียดดังนี้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2553; เทิดศักดิ์ เดชคง, 2555; Miller and Rollnick, 2002)

4.4.1 การใช้คำถามปลายเปิด (Open-End-Question) จะมีส่วนช่วยในการกระตุ้นกระบวนการคิดของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ ให้มีการพิจารณาถึงปัญหาที่ตนเองไม่ได้ให้ความสนใจ ซึ่งจะเป็นวิธีการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจและผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้การใช้คำถามปลายเปิดจะช่วยให้ผู้บำบัดได้ค้นหาข้อมูลที่สำคัญในการบำบัดจากผู้ป่วยได้เช่นกัน

4.4.2 การยืนยันรับรอง (Affirmation) ผู้บำบัดจะมีการเสริมแรงและยืนยันรับรองในความคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกที่เหมาะสมของผู้ป่วย เพื่อช่วยเสริมสร้างทัศนคติทางบวกและเป็นการเสริมสร้างศักยภาพในตัวบุคคลของผู้ป่วย

4.4.3 การฟังอย่างตั้งใจและการสะท้อนความ (Reflective Listening) เป็นการที่ผู้บำบัดจะมีการสะท้อนให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญของตนเอง สิ่งที่เป็นแรงจูงใจในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือประสบการณ์ที่ผู้ป่วยมีความกังวลใจ และเป็นการสะท้อนถึงสิ่งที่เป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

4.4.4 การสรุปความ (Summarization) ผู้บำบัดควรมีการสรุปความเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และเห็นภาพรวมว่าปัญหาที่สำคัญคืออะไร เหตุผลที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแผนการที่วางไว้ใน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตนเอง นอกจากนี้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจจะมีการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้กล่าวถึงข้อความจูงใจตนเอง การที่ผู้บำบัดสรุปความก็จะเป็นการยืนยันให้ผู้ผู้ป่วยได้รับทราบถึงข้อความจูงใจของตนเองที่ชัดเจน

นอกจากเทคนิคพื้นฐาน “OARS” ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น Miller and Rollnick (2002) ยังกล่าวถึงเทคนิคที่สำคัญในกระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งประกอบด้วย 6 เทคนิค คือ (พิชัย แสงชาญชัย, 2553; Miller and Rollnick, 2002)

1. การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed Back) ผู้บำบัดจะมีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของการประเมินปัญหา การเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการสะท้อนถึงความรุนแรงของพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ของผู้ป่วย ซึ่งการให้ข้อมูลสะท้อนกลับจะทำให้ผู้ป่วยเล็งเห็นถึงผลเสียของพฤติกรรมสุขภาพของตนเองมากขึ้น

2. การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วย (Responsibility) ในกระบวนการบำบัดจะมีส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการเลือก มีการตัดสินใจถึงการกำหนดเป้าหมายและวิธีการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดรักษา และจะให้ความร่วมมือในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากขึ้น

3. การให้คำแนะนำ (Advice) การให้คำแนะนำที่ถูกต้องและชัดเจนถึงความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเช่น การอธิบายให้เห็นถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพ เป็นต้น

4. การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) การให้ทางเลือกในการปฏิบัตินั้นจะเริ่มจากการที่ให้ผู้ผู้ป่วยได้มีการตั้งเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ๆ เช่น การหยุดดื่มโดยเด็ดขาดหรือการลดปริมาณการดื่มลง และการให้ทางเลือกในการปฏิบัติ เพื่อดำเนินการตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งทางเลือกนั้นจะต้องมีไม่มากหรือน้อยเกินไปเช่นกัน

5. การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ผู้บำบัดใช้การสื่อสารที่แสดงถึงการให้เกียรติผู้ป่วย แสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยลดแรงต้านลงได้

6. การส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้ป่วย (Self-Efficacy) จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเกิดความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

ในปัจจุบันจะเห็นว่ารูปแบบในการบำบัดบุคคลที่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรม จะมีการใช้การสร้างแรงจูงใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งแนวคิดนี้จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของการสร้างแรงจูงใจมาช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมความอยากดื่มของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้เทคนิคต่างๆ มาปรับใช้โดยการใช้คำถามทั้งแบบปลายปิดและแบบปลายเปิด (Open-Ended Questions) เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินระดับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองก่อนเริ่มทำกิจกรรมทุกครั้ง ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากขึ้น พูดคุยถึงความตั้งใจและแผนการปฏิบัติที่ผู้ป่วยได้ทำไป สอบถามถึงการปฏิบัติเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ว่าผู้ป่วยได้ทำตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ สอบถามถึงปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นและร่วมกับผู้ป่วยหาวิธีการแก้ไขปัญหาและวางแผนการปฏิบัติต่อไป รวมทั้งผู้บำบัดต้องเสริมแรงจูงใจเข้าโดยการใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความจูงใจตนเอง การให้ผู้ป่วยได้พูดถึงผลดีผลเสียของการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ การทำให้ผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างเป้าหมายในอนาคตและสภาพปัจจุบันจะต้องตั้งประเด็นสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพอย่างชัดเจนว่าผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มเพื่อเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ โดยการตั้งประเด็นในครั้งนี้อาจทำได้ในหลายลักษณะ ได้แก่ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความที่กระตุ้นแรงจูงใจของตนเองหรือข้อความที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงตนเอง (Elicit self motivation) ผู้ดำเนินกิจกรรมจะต้องตอบสนองต่อผู้ป่วยโดยสะท้อนสิ่งที่ได้จากการฟัง (Resenting personal feedback) เพื่อเสริมประโยคที่สร้างแรงจูงใจหรือประโยคที่พูดถึงการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วย (Self motivation statement) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Express empathy) การค้นหาช่องว่างที่เป็นเป้าหมายในปัจจุบัน (Develop discrepancy) และการสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Support self-efficacy) หรือการให้ผู้ป่วยมองเห็นอนาคตของตนเองในวันข้างหน้าในวันที่ตนเองสามารถควบคุมความอยากดื่มได้สำเร็จแล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและมีกำลังใจต่อการเปลี่ยนแปลงตนเองนำไปสู่การวางแผนการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมความอยากดื่มได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรมการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งหมด 5 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม 2 ครั้งขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและอยู่ในระยะเตรียมจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายใช้เวลาครั้งละ 30-45 นาทีและการบำบัดต่อเนื่องทางโทรศัพท์ในครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 2-4 ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยการโทรศัพท์ครั้งละ 30-45 นาที และในสัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้งแบบผู้ป่วยนอกโดยการนัดผู้ป่วยมาติดตามผลการบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลใช้เวลาครั้งละ 20-30 นาที

4.4 การบำบัดโดยการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

ผู้วิจัยได้นำการบำบัดโดยการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากวิธีการบำบัดที่สะดวก ง่ายต่อการติดตาม และสามารถติดตามผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง ขณะที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

Shu, Mermina & Nystrom (1996) ให้นิยามการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์เป็นการให้คำแนะนำ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรวมไปถึงการประเมินผู้ป่วยในด้านการทำหน้าที่ต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

McBride & Rimer (1999) ได้อธิบายว่าการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำทางสุขภาพ การจัดการกับโรคและให้บริการส่งเสริมภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นการบริการที่สะดวกเน้นความเป็นส่วนตัวและรายบุคคล ในการการจัดการการกับพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ

Mckay et al. (2005) ได้อธิบายถึงการบำบัดดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ว่าเป็นการให้คำปรึกษาและการดูแลอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ โดยผู้บำบัดต้องจำเป็นต้องมีการฟังอย่างตั้งใจ การทำความเข้าใจให้ตรงกับผู้ป่วย และการทวนความ มีความไวต่อสิ่งที่ไม่คาดคิด การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยถาม การให้คำแนะนำ และที่สำคัญการจดบันทึกข้อมูลเพื่อให้การบำบัดเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเกิดประสิทธิผลสูงสุด

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ให้คำจำกัดความของการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ว่าเป็นการบำบัดดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์โดยการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมสามารถควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงจนถึงการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์

4.4.1 หลักสำคัญสำหรับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

การดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์เป็นวิธีการที่ใช้ได้ผลดี แต่การดูแลด้วยวิธีนี้เป็นวิธีที่ผู้บำบัดและผู้ให้บริการไม่ได้เห็นภาษาทางด้านร่างกาย จึงยากต่อการแปลความหมายของคำพูด น้ำเสียง ความรู้สึกหรือท่าทางและอารมณ์ของผู้ใช้บริการ ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาควรเป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ หนักแน่น มั่นคงและอดทนอย่างสูง มีจิตใจเมตตาต่อผู้อื่น ต้องได้รับการฝึกทักษะขั้นพื้นฐานของหลักสูตรให้คำปรึกษามาแล้วโดยบุคคลที่ทำหน้าที่ดังกล่าวควรมีคุณลักษณะ ดังนี้ 1) มีทักษะในการสื่อสารที่ดี 2) มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ใช้บริการ และ 3) มีการประยุกต์ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาได้ ซึ่ง McKay et al. (2005) ได้เสนอหลักในการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ โดยผู้บำบัดต้องมีเทคนิคดังนี้

4.4.1.1 Active listening คือ การฟังอย่างตั้งใจและการถามรายละเอียดเพื่อข้อมูลที่ชัดเจน

4.4.1.2 การทำความเข้าใจให้ตรงกับผู้ป่วยและการทวนความเพื่อตรวจสอบให้มั่นใจว่าผู้บำบัด และผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้องและสอดคล้องไปในทางเดียวกัน

4.4.1.3 มีความไวต่อสิ่งที่ผิดปกติ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยนั้นมีโทนน้ำเสียงที่เปลี่ยนไป

4.4.1.4 การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยถามควรมีช่องว่างหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ซักถาม เพื่อเป็นการตรวจสอบในสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจ เป็นการตรวจสอบอีกทางหนึ่งว่าผู้ป่วยเข้าใจตรงกันกับผู้บำบัดหรือไม่นำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมต่อไป

4.4.1.5 การให้คำแนะนำ คือ การร่วมกับผู้ป่วยในการวางแผนแนวทางการปฏิบัติต่างๆ การให้คำแนะนำมิใช่การบังคับให้ผู้ป่วยทำตาม ควรยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้ข้อมูลที่เป็นจริงมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย

4.4.1.6 การจดบันทึกข้อมูลในการบำบัดทุกครั้ง ควรมีการจดบันทึกทั้งทางด้านผู้บำบัดและผู้ป่วย เพื่อให้การบำบัดเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

การดูแลต่อเนื่องโทรศัพท์ก็ยังมีข้อจำกัด คือ ผู้บำบัดไม่สามารถมองเห็นลักษณะท่าทางของผู้ที่เราพูดด้วยได้ วิธีการประเมินทางโทรศัพท์อาจจะไม่ได้คำตอบจริงๆ เพราะไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง และให้บริการได้เฉพาะกลุ่มผู้รับบริการที่มีโทรศัพท์เท่านั้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาในการติดต่อสื่อสารในเรื่องของสัญญาณไม่ชัดเจน เครือข่ายขัดข้อง เป็นต้น (Nicklin, 1986) ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำหลักการการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์มาใช้ในการพูดคุยทุกครั้ง คือในการโทรศัพท์แต่ละครั้งจะต้องมีการทบทวนการพูดคุยในสัปดาห์ก่อนหน้า เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันและสอดคล้องไปในทางเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีความแอลกอฮอล์ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้บำบัดได้คุยกับผู้ป่วยโดยตรง ประเมินจากการสอบถามข้อมูลในสัปดาห์ก่อนถึงข้อมูลของผู้บำบัดและผู้ป่วยได้พูดคุยมีความไวต่อสิ่งผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีความแอลกอฮอล์ เช่น น้ำเสียงหรือจังหวะการพูดคุย มีช่องว่างหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ซักถาม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดหรือระบายความในใจ ผู้บำบัดควรเป็นผู้ฟังที่ดี ตลอดจนมีการจดบันทึกการพูดคุยทุกครั้ง เพื่อนำมาให้การบำบัดมีประสิทธิภาพสูงสุด

5. การพัฒนาโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์

โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2002) โดยมีหลักการสำคัญ Client centered counseling เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยมีรูปแบบการบำบัดแบบ Face to Face ร่วมกับการใช้โทรศัพท์ในการสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มอย่างต่อเนื่อง โดยมีหลักการการฟังอย่างตั้งใจและถามรายละเอียดเพื่อข้อมูลที่ชัดเจนเข้าใจให้ตรงกับผู้ป่วย มีการทวนความเพื่อตรวจสอบให้มั่นใจว่ามีความเข้าใจที่ถูกต้องและสอดคล้องไปในทางเดียวกันและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามอีกทั้งต้องไวต่อสิ่งที่ผิดปกติ เช่น น้ำเสียงที่เปลี่ยนไปขณะสนทนา และที่สำคัญมีการจดบันทึกข้อมูลในการบำบัดทุกครั้งเพื่อให้การบำบัดเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีลำดับขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 สรุปรูปการพัฒนาโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์

กิจกรรมในโปรแกรม ๑	แนวคิด	การพัฒนาโปรแกรม
สัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ Face to Face Session (2 ครั้ง)	แนวคิดการสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2002) ระยะที่ 1 คือ การสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่จริง กระตุ้นให้เกิดความเข้าใจและได้ข้อมูลที่ชัดเจน และการให้สุขศึกษาและข้อมูลสะท้อนกลับ (Health education & feed back) เป็นการสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในปัญหา ลดความลังเลใจ และเสริมศักยภาพในตนเอง	ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมโดยใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2002) ในระยะที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและพร้อมที่จะให้ข้อมูล และการให้สุขศึกษาและข้อมูลสะท้อนกลับ (Health education & feed back) การให้ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของการดื่มแอลกอฮอล์ และผลกระทบต่างๆ ให้ผู้ป่วยสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงตนเอง จากนั้นสะท้อนสิ่งที่ได้จากการฟังเพื่อเสริมประโยคที่สร้างแรงจูงใจหรือ ประโยคที่พูดถึงการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วย (SMS)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กิจกรรมในโปรแกรม ฯ	แนวคิด	การพัฒนาโปรแกรม
<p>สัปดาห์ที่ 2 การบำบัด ดูแลต่อเนื่องทาง โทรศัพท์โดยเน้นการ สร้างแรงจูงใจเพื่อ ควบคุมความอยากดื่ม แอลกอฮอล์ (โทรศัพท์ ครั้งที่ 1, 2)</p>	<p>แนวคิดการสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2002) ระยะที่ 2 คือ การทำให้มั่นคง ใน คำ มั่น สัญ ญา (Commitment strengthening) หรือการ สนทนาเพื่อให้คำมั่นสัญญา (Commitment talk) เพื่อ ช่วยให้ผู้ป่วยให้คำมั่นสัญญาที่ จะหยุดดื่มแอลกอฮอล์อย่าง หนักแน่นและมั่นคง</p>	<p>พัฒนากิจกรรมตามแนวคิดของ Miller & Rollnick (2002) ในระยะที่ 2 ผู้วิจัย ดำเนินกิจกรรมโดยใช้โทรศัพท์เป็น ช่องทางในการติดต่อกับผู้ป่วย เน้นเรื่อง เทคนิคของการดูแลอย่างต่อเนื่องทาง โทรศัพท์ คือ การจับสังเกตน้ำเสียง การ สะท้อนข้อมูลที่ได้เพื่อให้เข้าใจตรงกัน และการไวต่อสิ่งผิดปกติต่างๆ ร่วมกับ ดำเนินกิจกรรมโดยเน้นการสร้าง แรงจูงใจ มุ่งมั่นในขั้นลงมือปฏิบัติกับการ จัดการกับปัจจัยภายในและภายนอกที่ เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มเมื่อผู้ป่วย กลับไปอยู่ในชุมชน สร้างความตั้งใจที่จะ ควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ให้มี ความหนักแน่นมั่นคง หาแนวทางที่ เหมาะสมในการป้องกันและแก้ไข พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง</p>
<p>สัปดาห์ที่ 3 การบำบัด ดูแลต่อเนื่องทาง โทรศัพท์โดยเน้นการ สร้างแรงจูงใจเพื่อ ควบคุมความอยากดื่ม แอลกอฮอล์ (โทรศัพท์ ครั้งที่ 3, 4)</p>	<p>แนวคิดการสร้างแรงจูงใจของ ระยะที่ 3 คือ การติดตาม ต่อเนื่อง (Follow through) ติดตามความก้าวหน้า ทบทวนเป้าหมาย อุปสรรคที่ เกิดขึ้น ตรวจสอบแรงจูงใจว่า ยังมั่นคงดีหรือไม่</p>	<p>ผู้วิจัยได้พัฒนากิจกรรมตามแนวคิดของ Miller & Rollnick (2002) ในระยะที่ 3 โดยเน้นการตรวจสอบแรงจูงใจให้คงอยู่ใน ระยะลงมือปฏิบัติ การทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุม ความอยากดื่ม จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากขึ้น สอบถามถึงปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น และร่วมกับผู้ป่วยหาวิธีการแก้ไขปัญหา และวางแผนการปฏิบัติต่อไป</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กิจกรรมในโปรแกรม ฯ	แนวคิด	การพัฒนาโปรแกรม
สัปดาห์ที่ 4 การบำบัด ดูแลต่อเนื่องทาง โทรศัพท์ โดยเน้นการมี ส่วนร่วมของครอบครัว (โทรศัพท์ครั้งที่ 5)		ให้ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดของผู้ป่วยเข้า มามีส่วนร่วม เพื่อช่วยสนับสนุนการสร้าง แรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องของ ผู้ป่วย พร้อมทั้งเสริมแรงและสร้างความ ตระหนักให้กับญาติ ถึงผลกระทบและ ความรุนแรงของปัญหาที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ให้ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดรับรู้บทบาท และมองเห็นความสำคัญของตนเองที่จะ มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถควบคุม ความอยากดื่ม เพื่อลดหรือเลิกดื่ม แอลกอฮอล์ตามเป้าหมายต่อไป
สัปดาห์ที่ 5 Face to Face Session สรุปลผล และสะท้อนผลทางบวก		วิธีการแก้ไขปัญหา และวางแผนการ ปฏิบัติต่อไป ผู้บำบัดต้องเสริมแรงจูงใจ ซ้ำโดยการใช้คำถาม กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูด ข้อความจูงใจตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมองเห็น ความแตกต่างระหว่างเป้าหมายใน อนาคตและปัจจุบัน ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการสรุปลผลทำให้ การดูแลต่อเนื่องและกระตุ้นให้ผู้ป่วย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ ให้ดีขึ้น อีกทั้งให้ผู้ป่วยวางแผนในอนาคต เพื่อดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตและ การควบคุมความอยากดื่มอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยจะทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและติ่มแอลกอฮอล์ในระดับที่มีปัญหา ซึ่งได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยในพร้อมทั้งได้รับการบำบัดแอลกอฮอล์ตามโปรแกรมการดูแลของโรงพยาบาล หลังจากนั้นจะนำเข้ากลุ่มศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมในการควบคุมความอยากติ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากโรงพยาบาล โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจะประกอบไปด้วย 3 ระยะของการบำบัดดำเนินการแก่ผู้ป่วยแบบรายบุคคลติดต่อกัน 5 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม 2 ครั้งในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและอยู่ในระยะเตรียมจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายและการบำบัดต่อเนื่องทางโทรศัพท์ในครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 2-4 ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งขณะผู้ป่วยรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยการบำบัดต่อเนื่องทางโทรศัพท์ครั้งละ 30 - 45 นาที และในสัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้งขณะผู้ป่วยรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยการนัดผู้ป่วยมาติดตามผลการบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล เนื้อหากิจกรรมมุ่งเน้นการจัดการกับปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความอยากติ่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ บุคคล สถานที่ สิ่งของ ช่วงเวลารวมถึงประสบการณ์ทางบวกและทางลบที่เคยติ่มแอลกอฮอล์และปัจจัยภายใน ได้แก่ สภาวะอารมณ์ความรู้สึก เช่น ดีใจ เสียใจรวมถึงความรู้สึกอยากติ่ม โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะมีปัจจัยกระตุ้นที่ต่างกัน รวมถึงวิธีลงมือปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงเพื่อจัดการปัจจัยเหล่านี้ที่แตกต่างกันออกไป รายละเอียดกิจกรรมดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากติ่มแอลกอฮอล์ Face to Face Session (2 ครั้ง) ดำเนินการในช่วงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในอยู่ในระยะเตรียมจำหน่ายเพื่อสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ไม่เพิกเฉยต่อปัญหาการติ่ม มองเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและหมดความลังเลใจ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยได้ค้นหาบุคคลในครอบครัวที่จะคอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ โดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินเปลี่ยนแปลงครั้งนี้โดยการให้ความรู้ความเข้าใจในโรคและอาการและให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการควบคุมความอยากติ่มแอลกอฮอล์ เพราะในระยะนี้ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีระดับของความตั้งใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกัน ผู้บำบัดจึงต้องสร้างให้เกิดแรงจูงใจที่เข้มแข็งและมั่นคงที่จะเริ่มต้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Change talk) รวมถึงมีแผนในการควบคุมความอยากติ่มโดยการจัดการกับปัจจัยภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับความอยากติ่มของตัวเองอย่างต่อเนื่อง ผู้บำบัดต้องประเมินให้ได้ว่าผู้ป่วยมีแรงจูงใจเป็นอย่างไร มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นหรือไม่ ผู้ป่วยอยู่ในขั้นตอนไหนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้ผู้บำบัดสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยให้ขยับไปสู่แรงจูงใจในขั้นถัดไปจนสามารถลงมือปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงได้

ระยะที่ 2 ระยะการนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 2 การบำบัดดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (โทรศัพท์ครั้งที่ 1, 2) เน้นการสร้างแรงจูงใจมุ่งมั่นในชั้นลงมือปฏิบัติการจัดการกับปัจจัยภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน สร้างความตั้งใจที่จะควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ให้มีความหนักแน่นมั่นคง โดยให้ผู้ป่วยร่วมวิเคราะห์ถึงสิ่งกระตุ้นความอยากดื่มของตนเอง ว่าผู้ป่วยยอมรับว่าเป็นปัญหาหรือยังลงเลใจหรือเห็นว่าเป็นปัญหาอย่างมากต้องการแก้ไขอย่างจริงจัง และร่วมกันหาแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันและแก้ไข โดยให้โอกาสผู้ป่วยที่จะเลือกว่าจะหลีกเลี่ยงหรือมีวิธีการจัดการกับสิ่งกระตุ้นความอยากดื่มของตนเองอย่างไร โดยใช้เทคนิคต่างๆ ในการทำให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงความแตกต่างในปัจจุบัน การหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย การหมั่นตามแรงต้าน พุดคุยถึงข้อดีและข้อเสียของการดื่มแอลกอฮอล์และการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการแสดงความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแสดงคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเองออกมา พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Support self-efficacy)

ระยะที่ 3 ระยะกลยุทธ์การติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 3 การบำบัดดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (โทรศัพท์ครั้งที่ 3, 4) เน้นการตรวจสอบแรงจูงใจให้คงอยู่ในระยะลงมือปฏิบัติ มีการเสริมแรงซ้ำและย้ำคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมที่ได้ลงมือปฏิบัติไป โดยการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากขึ้น ด้วยการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยได้พบกับผู้บำบัดครั้งสุดท้าย พุดคุยถึงความตั้งใจและแผนการปฏิบัติที่ผู้ป่วยได้ทำไปแล้วในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยสอบถามถึงการปฏิบัติเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ว่าผู้ป่วยได้ทำตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ ถ้าผู้ป่วยทำได้เหมาะสมตามเป้าหมายผู้บำบัดให้การยืนยันรับรองพฤติกรรมนั้น แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ตามแผน สอบถามถึงปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น และร่วมกับผู้ป่วยหาวิธีการแก้ไขปัญหาและวางแผนการปฏิบัติต่อไป ผู้บำบัดต้องเสริมแรงจูงใจซ้ำโดยใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพุดข้อความจูงใจตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างเป้าหมายในอนาคตและสภาพปัจจุบัน

สัปดาห์ที่ 4 การบำบัดดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว (โทรศัพท์ครั้งที่ 5) ให้ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อช่วยสนับสนุนการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดสอบถามบุคคลสำคัญหรือบุคคลใกล้ชิดถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มให้

สำเร็จ พร้อมทั้งเสริมแรงและสร้างความตระหนักให้กับญาติ ถึงผลกระทบและความรุนแรงของ ปัญหาที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ให้ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดรับรู้บทบาทและมองเห็นความสำคัญของตนเองที่ จะมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถควบคุมความอยากดื่มเพื่อลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ตาม เป้าหมายต่อไป ทำให้ญาติเชื่อมั่นในสิ่งที่ผู้ป่วยกระทำอยู่ว่าสามารถทำได้และหาหนทางร่วมในการ ดูแลผู้ป่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มได้สำเร็จและต่อเนื่องในระยะ ยาว

สัปดาห์ที่ 5 Face to Face Session เป็นการนัดผู้ป่วยและครอบครัวหรือคน ใกล้ชิดมาที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อสรุปผลและสะท้อนผลทางบวก อีกทั้งให้ผู้ป่วยวางแผนในอนาคตเพื่อ ดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตและการควบคุมความอยากดื่มอย่างต่อเนื่อง

การติดตามและประเมินผลการบำบัดเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์จะติดตามผลเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 5 และในอีก 4 สัปดาห์ ต่อมาเพื่อติดตามพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่อง

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเกี่ยวข้องในประเทศ

อัจฉราพร นัตสาสาร (2548) ศึกษาสาเหตุของการกลับไปเสพติดแอลกอฮอล์ซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาจากศูนย์บำบัดรักษาเสพติด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ซ้ำและเข้ารับการบำบัดรักษาแอลกอฮอล์ ณ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดเชียงใหม่ ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป จำนวน 90 คน ผลการศึกษาพบว่าสาเหตุของการกลับไปเสพติดแอลกอฮอล์ซ้ำ โดยรวมทุกด้านมีความชัดเจนอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 61.1 รองลงมาอยู่ในระดับมากร้อยละ 26.7 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าสาเหตุด้านตัวบุคคลคือ มีอาการอยากสรุปเป็นสาเหตุที่มีความ ชัดเจนอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 42.2 สาเหตุด้านสิ่งแวดล้อมคือแหล่งจำหน่ายแอลกอฮอล์ ในชุมชนเป็นสาเหตุที่มีความชัดเจนอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 81.2)

สุนทรี ศรีโกไสย (2552) ศึกษาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการลดปัญหาการดื่ม แอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับการติดตามทุก 2 และทุก 4 สัปดาห์ที่โรงพยาบาล สวนปรุง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคติดแอลกอฮอล์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 56 คน ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีผลต่อการลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ลด ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่ม เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของขั้นตอนความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา ของผู้ติดแอลกอฮอล์ได้

Suktrakul Sunisa et al. (2009) ศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ เพื่อเปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ ระหว่างผู้เข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์กับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันยาเสพติดตัญญูรักษ์ นวน 61 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 32 คนและกลุ่มควบคุม 29 คน ผลการศึกษาพบว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยของการบริโภคแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ ที่เข้าร่วมโปรแกรมควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Tinakon et al. (2011) ทำการศึกษาผลของการใช้การให้การดูแลทางโทรศัพท์ในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์: การศึกษานำร่อง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol abuse) จำนวน 60 ราย โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการให้การดูแลทางโทรศัพท์ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการให้จิตบำบัดแบบประคับประคองกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ อาสาสมัครในกลุ่มทดลองจะได้รับจิตบำบัดดังกล่าวสัปดาห์ละหนึ่งครั้งๆ ละ 30-45 นาทีเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับจดหมายส่งเสริมสุขภาพสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง ผลการศึกษาพบว่าเมื่อครบ 18 สัปดาห์อาสาสมัครจำนวน 54 ราย จาก 60 ราย อยู่จนครบกำหนดการวิจัย ในสัปดาห์ที่ 6 พบว่าจำนวนวันที่ดื่มโดยเฉลี่ยในหนึ่งสัปดาห์ในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ คิดเป็นร้อยละ 37.3 ของกลุ่มทดลองลดปริมาณการดื่มลงได้ ในขณะที่กลุ่มควบคุมลดการดื่มลงคิดเป็นร้อยละ 11.8 ในด้านความถี่หรือจำนวนวันที่ดื่มในหนึ่งสัปดาห์ลดลงในกลุ่มทดลองมากกว่าในกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 6

สุมิตรา ศรสวรรณ และคณะ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้แอลกอฮอล์ร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทชายที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุงที่มีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมจำนวน 60 คน โดยมีการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2002) ซึ่งมีการบำบัดแบบรายบุคคลจำนวนทั้งหมด 5 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีจำนวนร้อยละวันที่ดื่มหนักต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยเกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Baker et al. (2002) ทำการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาทางจิตที่มีปัญหาการสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชและมีประวัติการใช้สารเสพติดหรือมีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วย จำนวน 160 คน กลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นรายบุคคล ตามแนวคิดของ Miller & Rollnick (1991) มีการติดตามประเมินผลภายหลังการบำบัดในเดือนที่ 3, เดือนที่ 6 และเดือนที่ 12 ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มที่

ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะ 3 เดือนแรกมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Graeber et al. (2003) ศึกษาความแตกต่างระหว่างการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจกับการให้สุขภาพจิตศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 30 คน โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจกลุ่มควบคุมได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา ซึ่งผลการศึกษาพบว่าหลังจากการให้การทดลองในสัปดาห์ที่ 4, 8 และสัปดาห์ที่ 24 กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจมีจำนวนวันในการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Baker et al. (2012) ศึกษาโดยการทบทวนอย่างเป็นระบบเรื่องการบำบัดทางจิตสังคม เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาทางจิต โดยมีการทบทวนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในฐานข้อมูลต่างๆ จากการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น การบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตได้ แต่การบำบัดที่มีการใช้ระยะเวลายาว เช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ชัดเจนมากขึ้น

McKay et al. (2005) ทำการศึกษาการดูแลต่อเนื่องโดยให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์และ/หรือโคเคนที่ผ่านกระบวนการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์การแพทย์ทหารผ่านศึก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์และ/หรือโคเคนจำนวน 359 คน โดยในกลุ่มทดลองได้รับการดูแลทางโทรศัพท์รายสัปดาห์และการให้คำปรึกษาแบบสั้นๆ รวมกับการประชุมกลุ่มสนับสนุนเป็นรายสัปดาห์ในช่วง 4 สัปดาห์แรก (TEL) และการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในสองครั้งต่อสัปดาห์ (RP) และกลุ่มควบคุมได้รับการให้คำปรึกษาสัปดาห์ละสองครั้ง (STND) ติดตามเป็นระยะเวลา 24 เดือนผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มที่มีแนวโน้มกลับไปติดแอลกอฮอล์ซ้ำมีผลการรักษาดีกว่าหากได้รับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ อย่างต่อเนื่องเมื่อเทียบกับวิธีการรักษาตามมาตรฐาน

Brown et al. (2007) ทำการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เป็นระยะเวลา 3 เดือน ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 400 คน โดยในกลุ่มทดลองจำนวน 199 คนได้รับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ แต่ในกลุ่มควบคุมจำนวน 201 คนได้รับแผ่นพับการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าปริมาณการดื่มในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยการดื่มในช่วงเวลา 28 วันที่ผ่านมา พบว่าสัดส่วนของจำนวนวันที่ดื่มแบบเสี่ยงในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้สนใจในการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจ เพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัญหาหรือตัวแปรที่ต้องการศึกษาคือพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ในการจัดการกับปัญหานี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม โดยใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2002) ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะการสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจ ระยะที่ 2 ระยะการนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญา และระยะที่ 3 ระยะกลยุทธ์การติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วย ร่วมค้นหาตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และผลักดันให้ผู้ป่วยมีการวางแผนสร้างแนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มในระยะยาว โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม

ระยะที่ 1 ระยะการสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 1 ระยะการสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจเพื่อการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (Face to Face Session 2 ครั้งขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน)

ระยะที่ 2 ระยะการนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 2 ระยะการนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยการจัดการกับปัจจัยกระตุ้นภายในและภายนอก (การบำบัดดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 2 ครั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่บ้าน)

ระยะที่ 3 ระยะกลยุทธ์การติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 3 ระยะกลยุทธ์การติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เน้นการตรวจ สอบแรงจูงใจให้คงอยู่ในระยะลงมือปฏิบัติ วิเคราะห์แก้ไข ปัญหาและอุปสรรคและการเสริมแรง (การบำบัดดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 2 ครั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่บ้าน)

สัปดาห์ที่ 4 การมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (การบำบัดดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยและครอบครัว 1 ครั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่บ้าน)

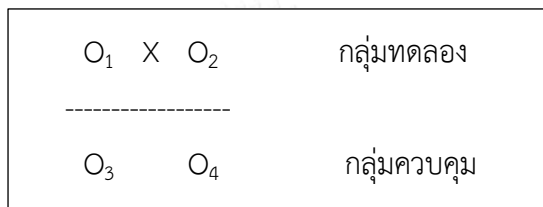
สัปดาห์ที่ 5 สรุปผลและสะท้อนผลทางบวก (Face to Face Sessionแบบผู้ป่วยนอก)

พฤติกรรม
การดื่ม
แอลกอฮอล์

แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน (Nonequivalent Comparison-Group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยวัดผลหลังสิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ 4 มีรูปแบบของการทดลอง ดังนี้



- O_1 หมายถึง พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม
- O_2 หมายถึง พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม
- X หมายถึง โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม
- หมายถึง ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทั้งสองกลุ่ม
- O_3 หมายถึง พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O_4 หมายถึง พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และมีการตีพิมพ์แอลกอฮอล์อยู่ในระดับที่มีปัญหา ที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และตีพิมพ์แอลกอฮอล์ในระดับที่มีปัญหา ที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สังกัดกรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) และตีพิมพ์แอลกอฮอล์อยู่ในกลุ่มที่มีปัญหาและแบบติด ประเมินโดยแบบประเมินพฤติกรรมการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ (AUDIT) มีระดับคะแนน ≥ 16 คะแนนที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยในและอยู่ในระยะเตรียมจำหน่ายที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. มีอาการทางจิตสงบ ประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) มีระดับคะแนนประเมินน้อยกว่า 36 คะแนน
3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. ผู้ป่วยต้องไม่ใช่บุคคลที่อาศัยอยู่เพียงลำพังต้องมีผู้ดูแลหลัก
6. ญาติหรือผู้ดูแลหลักต้องมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป (วัยผู้ใหญ่) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้และให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่กำหนด
2. กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรงระหว่างการดำเนินการวิจัย
3. ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายรุนแรง เช่น ตับแข็ง ตับอักเสบ และมะเร็งตับ ซึ่งอาจมีผลต่อการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้หลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มต้องแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการวิจัยแบบทดลองจำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติ (Normality) มากที่สุดสามารถอ้างอิงกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burn & Grove, 2001) แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุดและเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการวิจัยและป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผลจากการดำเนินการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีการ Drop out จำนวน 2 คน กลุ่มควบคุม Drop out จำนวน 1 คน เนื่องจากต้องกลับมารักษาไข้ในโรงพยาบาล ด้วยสาเหตุการกลับไปใช้สารเสพติดร่วม ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 37 คน ซึ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 18 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 19 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียนที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นจิตเภทและดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่มีปัญหา

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) มีระดับคะแนนประเมินน้อยกว่า 36 คะแนน พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย พัฒนาโดย Overall and Gorham (1962) แปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2549) มีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .87 ในแบบประเมินประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 18 ข้อ แต่ละข้อมีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน มีการแปลผลดังนี้

คะแนน 18 - 36	หมายถึง	มีอาการทางจิตในระดับน้อย
คะแนนมากกว่า 36	หมายถึง	มีอาการทางจิตระดับมาก

สำหรับแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ได้มีการนำแบบประเมินนี้มาใช้จำนวนมากในงานวิจัยที่ผ่านมา ในการศึกษาครั้งนี้มีการใช้แบบประเมินอาการทางจิตในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เกณฑ์พิจารณาคือมีคะแนนระดับน้อยกว่า 36 คะแนน

3. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-Paired) เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเกินที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ระดับปัญหาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์จากแบบประเมิน AUDIT โดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา (คะแนน 16-19 คะแนน) จำนวน 8 คน และกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการดื่มแอลกอฮอล์แบบติด (คะแนน 20 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 12 คน ดังแสดงในตารางที่ 2 และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกันจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และอัตราการกลับไปดื่มซ้ำที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kurita, 2013)

4. ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการจับฉลากเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดี และมีความครอบคลุมลักษณะของประชากร ดังแสดงในตารางที่ 2

5. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 3-6

ตารางที่ 2 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์แบ่งตามระดับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	คะแนนปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์		ระดับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์
	กลุ่มทดลอง (n = 20)	กลุ่มควบคุม (n = 20)	
1	16	16	การดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา
2	18	18	การดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา
3	16	16	การดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา
4	16	16	การดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา
5	27	26	การดื่มแอลกอฮอล์แบบติด
6	27	26	การดื่มแอลกอฮอล์แบบติด
7	21	21	การดื่มแอลกอฮอล์แบบติด
8	20	20	การดื่มแอลกอฮอล์แบบติด
9	22	21	การดื่มแอลกอฮอล์แบบติด
10	20	20	การดื่มแอลกอฮอล์แบบติด
11	16	16	การดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา
12	18	17	การดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา
13	16	16	การดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา
14	17	16	การดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา
15	18	19	การดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา
16	16	16	การดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา
17	16	16	การดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา
18	20	20	การดื่มแอลกอฮอล์แบบติด
19	21	20	การดื่มแอลกอฮอล์แบบติด
20	16	16	การดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ และสถานภาพ

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=19)		รวม (n=37)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	18	100	19	100	37	100
อายุ						
20-30 ปี	4	22.2	11	57.9	15	40.5
31-40 ปี	11	61.1	6	31.6	17	45.9
41-50 ปี	3	16.7	2	10.5	5	13.5
อายุเฉลี่ย (ปี)	$\bar{X} = 31.78$ SD = 7.34		$\bar{X} = 30.68$ SD = 6.12		$\bar{X} = 31.22$ SD = 6.67	
สถานภาพ						
โสด	14	77.8	11	57.9	25	67.6
คู่	4	22.2	7	36.8	11	29.7
หม้าย	-	-	1	5.3	1	2.7

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n = 19)		รวม (n = 37)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	8	44.4	6	31.6	14	37.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	33.3	7	36.8	13	35.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	11.1	3	15.8	5	13.5
ปริญญาตรี	2	11.1	3	15.8	5	13.5
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	38.9	8	42.1	15	40.5
รับจ้าง	10	55.6	9	47.4	19	51.4
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	1	5.6	2	10.5	3	8.1
รายได้ต่อเดือน						
< 5,000 บาท	10	55.6	12	63.2	22	59.5
5,001–10,000 บาท	5	27.8	5	26.3	10	27.0
10,001–15,000 บาท	2	11.1	2	10.5	4	10.8
> 25,001 บาท	1	5.6	-	-	1	2.7

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาที่เจ็บป่วย และระยะเวลาในการบริโภคแอลกอฮอล์

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n = 19)		รวม (n = 37)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย						
0-5 ปี	12	66.7	12	63.2	24	64.9
6-10 ปี	6	33.3	5	26.3	11	29.7
11-15 ปี	-	-	1	5.3	1	2.7
16-20 ปี	-	-	1	5.3	1	2.7
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (ปี)	$\bar{X} = 3.67$		$\bar{X} = 5.68$		$\bar{X} = 4.70$	
	SD = 2.77		SD = 4.64		SD = 3.93	
ระยะเวลาในการบริโภคแอลกอฮอล์						
0 – 6 เดือน	1	5.6	-	-	1	2.7
6 เดือน – 1 ปี	2	11.1	-	-	2	5.4
3 – 4 ปี	3	16.7	1	5.3	4	10.8
5 – 6 ปี	4	22.2	7	36.8	11	29.7
7 – 8 ปี	1	5.6	2	10.5	3	8.1
9 – 10 ปี	7	38.9	3	15.8	10	27.0
>11 ปีขึ้นไป	-	-	6	31.6	6	16.2

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก สาเหตุการบริโภคแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติดร่วม

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n = 19)		รวม (n = 37)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก						
10-15 ปี	5	27.8	1	5.3	6	16.2
16-20 ปี	11	61.1	13	68.4	24	64.9
21-25 ปี	1	5.6	5	26.3	6	16.2
26-30 ปี	1	5.6	-	-	1	2.7
อายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ ครั้งแรก (ปี)	$\bar{X} =$	19.33	$\bar{X} =$	19.84	$\bar{X} =$	19.59
	SD =	3.55	SD =	2.41	SD =	2.99
สาเหตุการบริโภคแอลกอฮอล์						
ดื่มเพราะความรู้สึกอยากดื่ม	14	77.8	9	47.4	23	62.2
ดื่มเพราะทุกข์/เครียด/เศร้า/เบื่อ	3	16.7	3	15.8	6	16.2
ดื่มเพราะมีความสุข/ครื้นเครง	13	72.2	7	36.8	20	54.1
ดื่มเพื่อเข้าสังคม/งานเลี้ยง	7	38.9	14	73.7	21	56.8
เพื่อน/บุคคลที่เคยดื่มชักชวน	14	77.8	19	100	33	89.2
การใช้สารเสพติดร่วม						
บุหรี่	15	83.3	15	78.9	30	81.1
กัญชา	2	11.1	3	15.8	5	13.5
ยาบ้า	3	16.7	6	31.6	9	24.3

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อวันที่ 25 มกราคม 2560 (ดังเอกสารในภาคผนวก จ)

งานวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงการดำเนินการอย่างรอบคอบเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวเอง โดยการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งมีการชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ และในระหว่างการดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่าง ไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยจนครบตามระยะเวลาที่กำหนด สามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มี ความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผลจากการดำเนินการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการ drop out โดยมีสาเหตุมาจากการที่ต้องกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ จำนวนทั้งหมด 3 ราย ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยอมรับและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนที่ได้ชี้แจงไปตั้งแต่ขั้นตอนดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างยอมรับและเข้าใจในการ Drop out ของตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม ประกอบด้วย

1.1 คู่มือดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์

1.2 คู่มือผู้ป่วยในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์

1.3 แบบวัดการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS)

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมการตีมีแอลกอฮอล์ (AUDIT)

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด มีดังนี้

1. เครื่องมือทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากตีมี ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2002) มาดำเนินการในรูปแบบการบำบัดแบบรายบุคคล มีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบดังนี้

1.1 ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องของกระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจ การดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ และเนื้อหาในประเด็นที่ครอบคลุมถึงปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการตีมีและความอยากตีมีแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภท

1.2 สร้างโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากตีมีสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ตีมีแอลกอฮอล์ โดยนำแนวคิดทฤษฎีที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเลือกใช้แนวคิดของ Miller & Rollnick (2002) ในการสร้างโปรแกรมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากตีมีเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการตีมีแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ตีมีแอลกอฮอล์ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายบุคคล จะดำเนินกิจกรรมติดต่อกัน 5 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม 2 ครั้ง ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และอยู่ในระยะเตรียมจำหน่าย เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายและการบำบัดต่อเนื่องทางโทรศัพท์ในครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 2-4 ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน โดยการบำบัดต่อเนื่องทางโทรศัพท์ และในสัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง ขณะผู้ป่วยรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยการนัดผู้ป่วยมาเพื่อสรุปผลการให้การดูแลต่อเนื่อง และสะท้อนผลทางบวกที่ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติมาตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรม ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมกันสรุปสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงที่ได้รับโปรแกรม อีกทั้งให้ผู้ป่วยวางแผนในอนาคตเพื่อดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตและการควบคุมความอยากตีมีอย่างต่อเนื่อง ผลการบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ในแต่ละครั้งใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 30-45 นาที รายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด มีดังนี้

1.2.1 คู่มือดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากตีมีสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ตีมีแอลกอฮอล์

ระยะที่ 1 ระยะการสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ระยะเวลา 30 – 40 นาที

สาระสำคัญ การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากตีมีแอลกอฮอล์ Face to Face Session (2 ครั้ง) ดำเนินการในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะเตรียมจำหน่าย (รายบุคคล) เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ไม่เพิกเฉยต่อปัญหาการตีมีแอลกอฮอล์ มองเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

และหมดความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เพราะในระยะนี้ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีระดับของความตั้งใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกัน ผู้บำบัดจึงต้องประเมินแรงจูงใจและสร้างแรงจูงใจที่เข้มแข็งและมั่นคงที่จะเริ่มต้นในการเปลี่ยนแปลง รวมถึงประเมินและมีแผนในการควบคุมความอยากดื่มโดยการจัดการกับปัจจัยภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาคู่มือผู้ป่วยเพื่อใช้ประกอบการทำกิจกรรมทุกครั้ง โดยรายละเอียดของกิจกรรมประกอบไปด้วย

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กำหนดระยะเวลาที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพประมาณ 30 นาที ผู้วิจัยเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพโดยการกล่าวทักทายแนะนำตนเอง ว่าเป็นใครมาจากไหน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย พร้อมทั้งชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายหลังจากการชี้แจงผู้บำบัดบอกถึงข้อตกลงของการทำกิจกรรม ได้แก่ สถานที่ เวลาที่จะพบปะเพื่อทำกิจกรรม ระยะเวลาของการทำกิจกรรม แต่ละครั้ง จำนวนที่วันต่อสัปดาห์ วันอะไรบ้าง และระยะเวลานานเท่าใด รวมถึงข้อตกลงในการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ เพื่อป้องกันการเกิดความวิตกกังวลเมื่อต้องสิ้นสุดสัมพันธภาพ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

ครั้งที่ 2 การสร้างแรงจูงใจในการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ผู้บำบัดเริ่มจากประเมินระดับแรงจูงใจของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยว่าอยู่ในขั้นตอนไหน ผู้บำบัดจะพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องของพฤติกรรมควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยในปัจจุบัน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่พึงเฉยต่อปัญหาหมดความลังเลใจและเกิดความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มของตนเอง ผู้บำบัดจะต้องสร้างให้เกิดแรงจูงใจที่เข้มแข็งและมั่นคงที่จะเริ่มต้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้ผู้ป่วยคิดถึงผลทางบวกที่จะเกิดขึ้นหากควบคุมความอยากและลดปริมาณการดื่มลงได้ ให้ผู้ป่วยประเมินปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ผู้บำบัดให้ความรู้และแนวทางการจัดการปัจจัยกระตุ้นความอยากดื่มที่หลากหลาย แล้วให้ผู้ป่วยพิจารณาเลือกวิธีการและให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการจัดการที่เหมาะสมกับตนเอง รวมถึงให้ผู้ป่วยวิเคราะห์อุปสรรคและตัวช่วยที่จะสนับสนุนให้ควบคุมความอยากดื่มได้สำเร็จ ผู้บำบัดเน้นการสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Support self – efficacy) และนัดหมายการติดตามทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยในครั้งต่อไป โดยอธิบายถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องทำในระหว่างที่กลับไปอยู่ที่บ้าน ได้แก่ การจดบันทึกเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นความอยากดื่มและการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง แล้วนำมาพูดคุยกับผู้บำบัดในวันที่โทรศัพท์ติดตาม พร้อมทั้งให้บุคคลในครอบครัวที่จะคอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้โดยการให้ความรู้เรื่องโรคอาการ การรักษาและบทบาทการ

สนับสนุนผู้ป่วยในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และรับทราบถึงกระบวนการในการบำบัดครั้งนี้ด้วย

ระยะที่ 2 ระยะการนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน

ระยะเวลา 30 – 40 นาที

สาระสำคัญ การติดตามทางโทรศัพท์โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (โทรศัพท์ครั้งที่ 1, 2) เน้นการสร้างแรงจูงใจให้มุ่งมั่นในชั้นลงมือปฏิบัติ การจัดการกับปัจจัยภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่ม สร้างความตั้งใจที่จะควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ให้มีความหนักแน่นมั่นคง โดยเน้นย้ำผลทางบวกที่ผู้ป่วยต้องการ ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สิ่งกระตุ้นความอยากดื่มของตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ร่วมกันทบทวนความรู้และทักษะการจัดการที่ฝึกไว้ หาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน โดยผู้บำบัดใช้เทคนิคต่างๆ ของการสร้างแรงจูงใจ (MI Techniques) ระหว่างการสนทนาได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิด (Open question) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) การให้คำแนะนำ (Advice) ในการทำให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงความแตกต่างระหว่างปัจจุบันกับสิ่งที่มุ่งหวังในอนาคต รวมถึงการแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย (Empathy) ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาและการเปลี่ยนแปลงในด้านกระบวนการคิด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแสดงคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเองในการที่จะลงมือปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองออกมา พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Support self-efficacy) ผู้บำบัดเน้นย้ำความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการลงมือปฏิบัติเปลี่ยนแปลง (Responsibility) และให้อิสระในการเลือกวิธีปฏิบัติที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วย (Menu) โดยรายละเอียดของกิจกรรมประกอบไปด้วย

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยประเมินระดับแรงจูงใจของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยยังมีแรงจูงใจมุ่งมั่นในชั้นลงมือปฏิบัติการจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่ม หากผู้ป่วยมีระดับขั้นที่ถดถอยลงคือ อาจกลับไปยังขั้นลึกลงใจ ผู้บำบัดต้องแสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจผู้ป่วย รับฟังผู้ป่วยด้วยความเห็นใจ และต้องตระหนักว่าความลึกลงเป็นสิ่งปกติ ผู้บำบัดจะต้องสร้างแรงจูงใจ ผลักดันให้ผู้ป่วยยังคงมีแรงจูงใจในการดำเนินตามแผนของตนเองต่อไป โดยการวิเคราะห์หาปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจลดลง นำผู้ป่วยกลับเข้าสู่โปรแกรมการบำบัดต่อไป และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าถึงการปฏิบัติตามแผนการของตนเองในตลอดระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่กลับไปอยู่ที่บ้าน

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยประเมินระดับแรงจูงใจของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยยังมีแรงจูงใจในชั้นลงมือปฏิบัติการจัดการกับปัจจัยภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่ม ผู้บำบัดถามถึงสิ่งที่ผู้ป่วยไปเขียนเป็นการบ้านมา

วิเคราะห์ร่วมกันกับผู้บำบัด สังเกตถึงความคิดและทัศนคติของผู้ป่วย ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยเขียนถึงคำสัญญาของตนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลงในสมุดจดบันทึกในหน้าแรกสุด เพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักและนึกถึงคำมั่นสัญญาของตนเองอยู่เสมอ ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยนำสิ่งที่บันทึกไว้เกี่ยวกับการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ทั้งผลลัพธ์ในทางบวกและปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดำเนินการตามแผนการเปลี่ยนแปลงมาเล่าให้ฟัง ผู้บำบัดกล่าวชื่นชมยอมรับในตัวผู้ป่วย (Affirmations) และให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติต่อไป ส่วนในด้านปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจกลับไปดื่มหรือไม่สามารถควบคุมความอยากดื่มได้ ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากเป็น อาจจะเป็นการพูดคุยให้ผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถควบคุมความอยากดื่มได้ผลที่ตามมาคือยังคงมีพฤติกรรมการดื่มอย่างต่อเนื่อง ผู้บำบัดต้องยอมรับแรงต้านที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Roll with resistant) และหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย (Avoid argumentation) แต่ควรหาวิธีอื่นๆ ที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามหลังการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตนเอง ตลอดจนการสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) นำปัญหาอุปสรรคนั้นมาคิดหาทางแก้ไขร่วมกับผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขด้วยตนเอง (Menu) สรุปแนวทางการแก้ไขให้ชัดเจนและเข้าใจตรงกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย จดบันทึกเกี่ยวกับรายละเอียดการสนทนาทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัด

ระยะที่ 3 ระยะกลยุทธการติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

ระยะเวลา 30 – 40 นาที

สาระสำคัญ การติดตามทางโทรศัพท์โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (โทรศัพท์ครั้งที่ 3, 4) เน้นการตรวจสอบแรงจูงใจให้คงอยู่ในระยะลงมือปฏิบัติ มีการเสริมแรงซ้ำและการย้ำคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ได้ลงมือปฏิบัติไป โดยใช้เทคนิคคำถามปลายเปิด (Open question) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) การให้คำแนะนำ (Advice) การสรุปความ (Summary) โดยการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากขึ้น การทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยได้พบกับผู้บำบัดครั้งสุดท้าย พูดคุยถึงความตั้งใจและแผนการปฏิบัติที่ผู้ป่วยได้ทำไปแล้วในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยสอบถามถึงการปฏิบัติเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ว่าผู้ป่วยได้ทำตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ ถ้าผู้ป่วยทำได้เหมาะสมตามเป้าหมายผู้บำบัดให้การยืนยันรับรองพฤติกรรมนั้น แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทำตามแผน ผู้บำบัดสอบถามถึงปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นและร่วมกับผู้ป่วยหาวิธีการแก้ไขปัญหาและวางแผนการปฏิบัติต่อไป รวมทั้งผู้บำบัดต้องคอยเสริมแรงจูงใจซ้ำๆ โดยการใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความจูงใจตนเอง การให้ผู้ป่วยได้พูดถึงผลดีผลเสียของการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ การทำให้ผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างเป้าหมายในอนาคตและสภาพปัจจุบัน โดยการใช้เทคนิคต่างๆ ของการ

บำบัดเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ เช่น การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ การยืนยันรับรองความคิดหรือพฤติกรรมที่เหมาะสม การให้ผู้ป่วยได้เปลี่ยนมุมมองใหม่ การทำให้คำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยมีความหนักแน่นมั่นคงเช่นเดียวกับการบำบัดในระยะที่ 2 ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองจะทำได้สำเร็จ

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าถึงการปฏิบัติตามแผนการของตนเองในตลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับการควบคุมความอยากดื่มของตนเองพร้อมทั้งประเมินระดับแรงจูงใจของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยยังอยู่ในขั้นลงมือปฏิบัติ โดยการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่ม พูดคุยถึงความตั้งใจและแผนการปฏิบัติที่ผู้ป่วยได้ทำไปแล้วในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยสอบถามถึงการปฏิบัติเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ว่าผู้ป่วยได้ทำตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ ถ้าผู้ป่วยทำได้เหมาะสมตามเป้าหมายผู้บำบัดให้การยืนยันรับรองพฤติกรรมนั้น แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทำตามแผน ผู้บำบัดสอบถามถึงปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นและร่วมกับผู้ป่วยหาวิธีการแก้ไขปัญหาและวางแผนการปฏิบัติต่อไป

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 4 ผู้บำบัดจะมีบทบาทเป็นผู้ให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Support self-efficacy) โดยผู้บำบัดส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วยด้วยการสะท้อนผลทางบวกและให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะทำได้สำเร็จต่อไป กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นหลังจากที่สำเร็จตามแผนการเปลี่ยนแปลง กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ตนเอง และย้ำคำมั่นสัญญาของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างเป้าหมายในอนาคตและสภาพปัจจุบัน เพื่อสร้างความหวังและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองจะทำได้สำเร็จ

สัปดาห์ที่ 4 การติดตามทางโทรศัพท์โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว (โทรศัพท์ครั้งที่ 5)

ระยะเวลา 30 – 40 นาที

สาระสำคัญ ให้ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อช่วยสนับสนุนการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดต้องประเมินเพื่อค้นหาบุคคลสำคัญหรือบุคคลใกล้ชิดที่จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มให้สำเร็จ ด้วยการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวหรือคนใกล้ชิดและผู้บำบัด สร้างความตระหนักให้กับครอบครัวหรือคนใกล้ชิด ถึงผลกระทบและความรุนแรงของปัญหาที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ให้ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดรับรู้บทบาทและมองเห็นความสำคัญของตนเองที่จะมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถควบคุมความอยากดื่มเพื่อลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ตามเป้าหมาย โดยเน้นให้ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเห็นว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ ทำให้ครอบครัวหรือคน

ใกล้ชิดเชื่อมั่นในสิ่งที่ผู้ป่วยกระทำอยู่ว่าสามารถทำได้และหาหนทางร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มได้สำเร็จและต่อเนื่องในระยะยาว

สัปดาห์ที่ 5 Face to Face Session สรุปผลและสะท้อนผลทางบวก

ระยะเวลา 30 – 40 นาที

สาระสำคัญ เป็นการนัดผู้ป่วยและครอบครัวหรือคนใกล้ชิดมาที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อสะท้อนผลทางบวกที่ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติมาตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรม โดยผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมกันสรุปสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงที่ได้รับโปรแกรม อีกทั้งให้ผู้ป่วยวางแผนในอนาคตเพื่อดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตและการควบคุมความอยากดื่มอย่างต่อเนื่อง ในการประเมินผลจะประเมินความอยากดื่มโดยใช้แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของ Anton, Moak & Latham (1995) แปลเป็นภาษาไทยโดยสุจินดา สุขตระกูล และคณะ (2552) หลังจากนั้นจะรายงานผลให้ผู้ป่วยทราบและย้าให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้นนัดหมายเพื่อประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) ของผู้ป่วยอีกครั้งใน 4 สัปดาห์ต่อมา

1.2.2 **คู่มือผู้ป่วยในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์** เป็นคู่มือสำหรับผู้ป่วยที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้นำกลับไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ เพื่อให้ผู้ป่วยได้จัดการปัญหาความอยากดื่มแอลกอฮอล์อันเป็นเหตุให้กลับไปดื่มซ้ำ ภายในคู่มือผู้ป่วยเล่มนี้จะเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองได้สำเร็จ ขอบเขตเนื้อหาภายในคู่มือประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ การดูแลตนเองเบื้องต้น ปัจจัยกระตุ้น การจัดการกับความเครียดที่นำไปสู่ความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และการสร้างแรงจูงใจและการตั้งเป้าหมายในการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ที่พัฒนาขึ้นไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้พร้อมทั้งทำการปรับปรุงภาษาและโครงสร้างของกิจกรรมในโปรแกรมฯ ให้มีความเหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 คนและอาจารย์พยาบาลจำนวน 2 คน (ตั้งรายนามผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก) เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบของเนื้อหากิจกรรม ความตรงเชิงโครงสร้างในแต่ละกิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 คน โดยในการตรวจสอบจะมีระดับของการ ให้คะแนนความสอดคล้องเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับคะแนน 4 หมายถึง มีความสอดคล้องมาก ระดับ คะแนน 3 หมายถึง ค่อนข้างมี

ความสอดคล้อง ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีความสอดคล้องน้อย และ ระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้อง

จากการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขรายละเอียดเนื้อหา และภาษาที่ใช้ในโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีความเหมาะสมทั้งด้าน เนื้อหาและด้านภาษาที่ใช้ก่อนจะนำไปใช้ดำเนินการวิจัยจริง ประเด็นของการปรับแก้มีดังนี้

1) มีการปรับแก้เนื้อหากิจกรรมในแต่ละระยะใหม่ให้ชัดเจนมากขึ้นว่าในแต่ละระยะทำอะไรบ้าง จากเดิมผู้วิจัยเขียนแบบสรุปรวมกันในแต่ละระยะไม่ได้แยกว่าในแต่ละระยะมีการทำกิจกรรมกี่ครั้ง ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงเนื้อหารายละเอียดของกิจกรรมในแต่ละระยะ โดยการแยกให้เห็นถึงความชัดเจนในแต่ละระยะว่าทำกิจกรรมใดบ้าง จำนวนกี่ครั้ง รายละเอียดเนื้อหากิจกรรมมีอะไรบ้าง ใช้ระยะเวลาเท่าไร และตัดเนื้อหากิจกรรมที่มากเกินไปจนความจำเป็นเพื่อให้เนื้อหาในคู่มือมีความละเอียดชัดเจนและเหมาะสมในการนำไปใช้จริง

2) ส่วนกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 การติดตามทางโทรศัพท์โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ทรงคุณวุฒิได้แนะนำในการนิยามครอบครัวผู้ป่วยว่าควรเป็นใคร ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงโดยกำหนดเกณฑ์ของครอบครัวดังนี้ สมาชิกครอบครัวหรือคนใกล้ชิดต้องมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีระยะเวลาในการดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วย 6 เดือนขึ้นไป และให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

3) ในกิจกรรมที่ 3.1 แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้มีการเพิ่มเติมรายละเอียดการดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละวัน แต่ละสัปดาห์ที่ติดตามแล้วนำมาเปรียบเทียบกัน เพื่อที่จะได้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยชัดเจนมากขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงรายละเอียดของกิจกรรมตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้แนะนำเพิ่มเติมเพื่อความครอบคลุมในการประเมินผู้ป่วย

4) ในกิจกรรมที่ 3.4 เป้าหมายในการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ ได้มีการเพิ่มเติมใบกิจกรรมในการวางเป้าหมายในการควบคุมการดื่มของผู้ป่วยเพิ่มเติมขึ้นมา เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าตนเองมีเป้าหมายในการลด/เลิกดื่มแอลกอฮอล์อย่างไร

จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ที่ได้รับการปรับปรุงและแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 3 คน ที่เป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวชของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยใช้กระบวนการ เนื้อหา คู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มจนครบทุกขั้นตอน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากการนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทดลองสามารถดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการต่างๆ ที่ได้วางไว้ได้ดี สามารถเข้าใจในเนื้อหากิจกรรม ให้ความร่วมมือและสามารถนำคู่มือไปใช้ได้อย่างถูกต้อง

1.2.3 แบบวัดการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) ของ Anton, Moak and Latham (1995) ซึ่งพัฒนาโดย Suktrakul Sunisa et al. (2009) เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ตอบทำการประเมินตนเอง โดยมีตัวเลือกให้เลือก 5 ตัวเลือก ตั้งแต่ 0 - 4 มีข้อความทั้งหมด 12 ข้อ ผลคะแนนรวมตั้งแต่ 0-48 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

- 1) การไม่สามารถต่อต้านหรือควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้
- 2) ความกังวลหรือความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความย่ำคิดเกี่ยวกับการดื่ม
- 3) การรบกวนการทำงานและการทำหน้าที่ทางสังคม

ซึ่งมีเกณฑ์การกำกับการทดลองคือหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมฯ ต้องมีคะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หากพบว่ามีระดับคะแนนการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น ผู้วิจัยจะประเมินร่วมกับผู้ช่วยเพื่อค้นหาสาเหตุและแก้ไขตามสาเหตุที่พบ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) ของ Anton, Moak and Latham (1995) ซึ่งพัฒนาโดย Suktrakul Sunisa et al. (2009) ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 คน และอาจารย์พยาบาล จำนวน 2 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) โดยในการตรวจสอบมีระดับของการให้คะแนนความสอดคล้อง 4 ระดับ ได้แก่

- ระดับคะแนน 4 หมายถึง มีความสอดคล้องมาก
- ระดับคะแนน 3 หมายถึง ค่อนข้างมีความสอดคล้อง
- ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีความสอดคล้องน้อย
- ระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้อง

จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลของข้อความที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ระดับคะแนน 3 และ 4 มาใช้ในการประกอบการคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ในการวิจัยครั้งนี้พบค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .91 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ของการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) ของ Anton, Moak and Latham (1995) ซึ่งพัฒนาโดย Suktrakul Sunisa et al. (2009) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่ศึกษาจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) สำหรับในการวิจัยครั้งนี้พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .88 (รายละเอียดในภาคผนวก ข)

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคจิตเภท ระยะเวลาในการบริโภคแอลกอฮอล์ สาเหตุการบริโภคแอลกอฮอล์ ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก ประวัติการใช้สารเสพติดร่วม ผู้ดูแลหลักและเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก แปลเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุ์ณา กิตติรัตน์ ไพบุลย์ (2553) มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เกี่ยวกับปริมาณและความถี่ของการดื่ม อาการของการดื่มแอลกอฮอล์ และปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องมือนี้มีลักษณะคำถามเป็นแบบ Rating scale โดยแต่ละข้อคำถามจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน และผลคะแนนรวมตั้งแต่ 0-40 คะแนน มีเกณฑ์แปลผลดังนี้

ระดับคะแนน 0-7 หมายถึง การดื่มที่มีความเสี่ยงน้อย

ระดับคะแนน 8-15 หมายถึง การดื่มที่มีความเสี่ยง (Hazardous drinking)

ระดับคะแนน 16-19 หมายถึง การดื่มแบบมีปัญหา (Harmful drinking)

ระดับคะแนนตั้งแต่ 20 ขึ้นไป หมายถึง การดื่มแบบติด (Alcohol dependence)

แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder Identification Test : AUDIT) มีการนำแบบประเมินนี้มาใช้จำนวนมากในงานวิจัยที่ผ่านมา เช่นในการศึกษาของพัชรารัตน์ กนกจรรยา (2554) มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) .80 และ

ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .71 ในแบบประเมินนี้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์จะต้องได้คะแนนระดับตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปตามเกณฑ์การคัดเข้า เนื่องจากผู้ดื่มแบบอันตรายและผู้ดื่มแบบติดเป็นผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง (พินธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552) และเป็นผู้ที่เหมาะสมต่อการได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจด้วย (สุนทร ศรีโกสัย, 2552)

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้จำแนกออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารต่างๆ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศร่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา มีการอบรมภาคทฤษฎีและฝึกทักษะในการปฏิบัติการเสริมสร้างสร้างแรงจูงใจในหลักสูตร “การอบรมเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ” ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีระยะเวลาทั้งสิ้น 3 วัน และฝึกประสบการณ์การให้คำปรึกษาโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจในหอผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้เกิดความชำนาญและนำไปใช้จริง

1.2 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาโดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา สถานที่

1.3 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยมีการดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้ป่วยจะได้รับการประเมินคัดกรองจากพยาบาลประจำตึกที่ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการบำบัดตาม

กระบวนการรักษา เป็นรูปแบบการดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่ม โดยทำกลุ่มผู้ป่วยรวมทั้งผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดทุกชนิดและแอลกอฮอล์ ไม่ได้แบ่งกลุ่มเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 2 สัปดาห์ เนื้อหากิจกรรมประกอบด้วย การให้คำสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม การให้ความรู้เกี่ยวกับ แอลกอฮอล์ การฝึกทักษะการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ การป้องกันการกลับติดซ้ำ และการส่งเสริมทักษะชีวิต โดยสอดแทรกเข้าไปในระยะเวลาต่างๆ ของการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด และมีการนัดติดตามอาการ และการรักษาที่ต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ตามนัด รายละเอียดกิจกรรมการพยาบาลมีดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรม

วันที่ 1 ในช่วงเข้าพยาบาลประจำหน่วยงานจิตเวชยาเสพติด จะทำการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดด้วยแบบประเมิน BPRS, TMSE, AUDIT, ASSIST, บสต.3, Socrates 8A, M.I.N.I. และในช่วงบ่ายเข้ากลุ่มสัมพันธ์ (Expressive Therapy / ART Therapy) โดยจิตแพทย์/นักสังคมสงเคราะห์

วันที่ 2 ในช่วงเช้าผู้ป่วยเข้ากิจกรรมกลุ่มแรงจูงใจสร้างได้โดยพยาบาลจิตเวชยาเสพติด และในช่วงบ่ายให้ความรู้เรื่องสมองติดยา/แอลกอฮอล์ โดยจิตแพทย์/พยาบาลจิตเวชยาเสพติด

วันที่ 3 ในช่วงเช้าผู้ป่วยเข้ากิจกรรมกลุ่มพฤติกรรมเปลี่ยนได้โดยใช้ความคิดโดยนักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวชยาเสพติด และในช่วงบ่ายเข้ากิจกรรมกลุ่มเครียดได้ก็หายได้ ครั้งที่ 1 โดยนักกายภาพบำบัด

วันที่ 4 ในช่วงเช้าผู้ป่วยเข้ากลุ่มอาชีพบำบัดเลือกงานที่เป็นเราโดยนักกิจกรรมบำบัด และในช่วงบ่ายเข้ากิจกรรมกลุ่มเลิกแอลกอฮอล์/สารเสพติดสบายสบายเมื่อใช้ยาของคุณหมอโดยเภสัชกร

วันที่ 5 ในช่วงเช้ากิจกรรมกลุ่มรู้จักหลีกเลี่ยงทำให้เสียน้อยโดยพยาบาลจิตเวชยาเสพติด และในช่วงบ่ายพยาบาลจิตเวชยาเสพติดทำการประเมิน Socrates-8A ครั้งที่ 1

สัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรม

วันที่ 1 ในช่วงเข้าพยาบาลจิตเวชยาเสพติดประเมิน QOL /ประเมินครอบครัว และประเมิน Socrates-8A ก่อนดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 และในช่วงบ่ายเข้ากลุ่มให้ความรู้แอลกอฮอล์และสารเสพติดเกี่ยวข้องกับโรคจิตเวชอย่างไรโดยจิตแพทย์/พยาบาลจิตเวชยาเสพติด

วันที่ 2 ในช่วงเช้าเข้ากิจกรรมกลุ่มคู่มือได้ด้วยตัวฉันเองโดยพยาบาลจิตเวชยาเสพติด และในช่วงบ่ายเป็นกิจกรรมกลุ่มสืบทอด-เสริมทักษะชีวิตโดยพยาบาลจิตเวชยาเสพติด

วันที่ 3 ในช่วงเช้ากิจกรรมกลุ่มความหวังพลังใจโดยพยาบาลจิตเวชยา
เสพติด และช่วงบ่ายกิจกรรมกลุ่มเครียดได้ก็หายได้ ครั้งที่ 2 โดยนักกายภาพบำบัด

วันที่ 4 ในช่วงเช้ากิจกรรมกลุ่มตารางสร้างชีวิต โดยนักกิจกรรมบำบัด
และในช่วงบ่ายประเมิน Socrates-8A ครั้งที่ 2

วันที่ 5 กิจกรรมกลุ่มอยู่อย่างไรให้เข้าใจกัน โดยพยาบาลจิตเวชยาเสพ
ติด

2.1.2 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของ
ผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) ในสัปดาห์ที่ 9 และแจ้งให้กลุ่ม
ควบคุมทราบว่าสิ้นสุดการติดตามผล กรณีที่พบผู้ป่วยมีปัญหาการควบคุมพฤติกรรมการดื่ม ผู้วิจัยให้
คำปรึกษาและร่วมวางแผนการจัดการสิ่งกระตุ้นความอยากดื่มกับผู้ป่วยและมอบคู่มือให้ผู้ป่วย แล้ว
ส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก พร้อมทั้งขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีการดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภท
โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) และแบบวัดความอยากดื่ม (OCDS) ก่อน
การทดลอง (Pre-test)

2.2.2 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุม
ความอยากดื่มโดยมีการดำเนินกิจกรรมติดต่อกัน 5 สัปดาห์ๆ ที่ 1-3 ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2
ครั้ง และสัปดาห์ที่ 4-5 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 30-45 นาที โดยในสัปดาห์แรกทำขณะที่ผู้ป่วยอยู่
ในสัปดาห์ก่อนจำหน่ายและในวันจำหน่าย ณ แผนกผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ
เจ้าพระยา และอีก 4 สัปดาห์เป็นโทรศัพท์ติดตามขณะที่ผู้ป่วยออกไปอยู่ที่บ้าน โดยการโทรศัพท์
พูดคุยเป็นเวลา 3 สัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้งๆ ละ 30-45 นาที ดังตารางรายละเอียดที่ 7

2.2.3 ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมการบำบัดในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการกำกับการ
ทดลอง โดยใช้แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของ Anton, Moak and Latham (1995) และ
แจ้งให้กลุ่มทดลองทราบผล พร้อมนัดหมายกับกลุ่มทดลองเกี่ยวกับการประเมินอีกครั้งในอีก 4
สัปดาห์ต่อมา ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) อีกครั้ง และแจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่าสิ้นสุดการติดตามผล

ตารางที่ 7 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม

สัปดาห์ ที่	กิจกรรม	วันที่	วิธีการดำเนิน กิจกรรม	สถานที่
1	การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจเพื่อการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์	1 สัปดาห์ก่อนผู้ช่วยจำหน่ายกลับบ้าน	การดำเนินการแบบรายบุคคล 2 ครั้ง (Face to Face session)	แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
2	การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยการจัดการกับปัจจัยภายในและภายนอก	สัปดาห์ที่ 2 (หลังจำหน่าย 3 และ 7 วัน)	การดำเนินการแบบรายบุคคล โดยการใช้โทรศัพท์เป็นสื่อกลางในการสื่อสาร	-
3	การติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ตรวจสอบแรงจูงใจให้คงอยู่ในระยะลงมือปฏิบัติ วิเคราะห์แก้ไข ปัญหาและอุปสรรค	สัปดาห์ที่ 3 (หลังจำหน่าย 10 และ 14 วัน)	การดำเนินการแบบรายบุคคล โดยการใช้โทรศัพท์เป็นสื่อกลางในการสื่อสาร	-
4	การมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง	สัปดาห์ที่ 4 (หลังจำหน่าย 21 วัน)	การดำเนินการแบบรายบุคคล โดยการใช้โทรศัพท์เป็นสื่อกลางในการสื่อสาร	-
5	การสรุปผลและสะท้อนผลทางบวก และ สิ้นสุดสัมพันธภาพ	สัปดาห์ที่ 5 (หลังจำหน่าย 28 วัน)	การดำเนินการแบบรายบุคคล (Face to Face session)	แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

รายละเอียดกิจกรรมและการประเมินผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ดังต่อไปนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (ระยะที่ 1 ระยะการสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อประเมินสัมพันธภาพและความไว้วางใจที่ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีความเข้าใจในวัตถุประสงค์และรูปแบบของการดำเนินกิจกรรม
3. เพื่อประเมินขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์แสดงความไว้วางใจและให้ความร่วมมือกับพยาบาล
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์สามารถประเมินความพร้อมในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองได้

การดำเนินกิจกรรม

ในขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการเตรียมความพร้อมในการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ จากนั้นจะซักถามประวัติส่วนบุคคลและประวัติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย มีการประเมินระดับแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มก่อนจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมโดยการใช้ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม รวมถึงการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ บอกถึงข้อตกลงของการร่วมกิจกรรม ได้แก่ สถานที่ เวลาที่จะพบปะเพื่อสนทนา ระยะเวลาของการสนทนาแต่ละครั้ง จำนวนที่วันต่อสัปดาห์ วันอะไรบ้าง และในระยะเวลาานานเท่าใด ข้อตกลงในการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ เพื่อป้องกันการเกิดความวิตกกังวลเมื่อต้องสิ้นสุดสัมพันธภาพ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดำเนินวิจัยครั้งนี้ โดยมีกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (10 นาที) ผู้บำบัดสร้างบรรยากาศในการบำบัด เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจในการสื่อสาร ด้วยการทักทาย โดยการเรียกชื่อ แสดงความเป็นมิตร ยิ้มแย้มและสบตาขณะสนทนา แนะนำตนเอง สร้างบรรยากาศการพูดคุยอย่างเป็นกันเองด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและยิ้มแย้ม พร้อมทั้งบอกวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการบำบัดครั้งนี้

รวมถึงรายละเอียดข้อตกลงในการดำเนินโปรแกรมการพยาบาลครั้งนี้ ได้แก่ สถานที่ เวลาที่จะพบปะ เพื่อสนทนา ระยะเวลาของการสนทนาแต่ละครั้ง จำนวนที่วันต่อสัปดาห์ วันอะไรบ้าง และในระยะเวลา นานเท่าใด รวมถึงข้อตกลงในการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ รวมถึงแสดงท่าทีเป็นห่วงผู้ป่วย ชักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพปัญหา และอาการ ณ. ปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความห่วงใยจากผู้ บำบัด

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม (15 นาที) เป็นการ ประเมินระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่ม ผู้บำบัดให้ผู้ป่วย ประเมินตนเองถึงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) เพื่อนำมาประมวลผลและใช้ประกอบการให้ข้อมูลในครั้งต่อไป และผู้ บำบัดประเมินระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่ม โดยใช้ไม้บรรทัด วัดแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มเป็นแบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง เพื่อประเมินให้ ทราบว่าผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระดับใด เมื่อประเมินแล้วพบว่า ผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ใช่ระดับของการลงมือกระทำ ผู้บำบัดจะต้อง นำผู้ป่วยกลับเข้าสู่ขั้นตอนของการลงมือกระทำ เมื่อผู้ป่วยกลับมาอยู่ในขั้นตอนของการกระทำการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แล้วพยาบาลจะให้ข้อมูลในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 สรุปผลการทำกิจกรรม (5 นาที) ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยสรุปถึงสิ่งที่ได้พูดคุยกันในวัน นี้ พร้อมทั้งผู้บำบัดเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจชัดเจนมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งให้ กำลังใจผู้ป่วย และนัดหมายวัน เวลาในการพูดคุยครั้งต่อไป

สื่อ/อุปกรณ์

1. แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT)
2. ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม

การประเมินผล

1. การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ เมื่อดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้บำบัด เกิดความไว้วางใจต่อผู้บำบัดซึ่งประเมินได้ จากสีหน้า ท่าทาง และความร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลของตนเองแก่ผู้บำบัด และจากตัวอย่าง คำพูดของผู้ป่วยดังนี้

“ผมยินดีร่วมงานวิจัยครั้งนี้ครับ ผมอยากให้คุณพยาบาลช่วยผมครับ”

“ผมอยากเลิกให้ได้ครับ”

“ผมยินดีให้ข้อมูลครับ ผมอยากให้ที่บ้านรู้ว่าผมทำได้”

“คุณพยาบาลจะมาพบผมอีกใช่ไหมครับ”

2. การประเมินแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม จากการประเมินระดับแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มโดยใช้ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจ ผู้ป่วยได้ให้ความร่วมมืออย่างดีในการประเมินจากการประเมินพบว่าผู้ป่วยทุกคนมีระดับแรงจูงใจของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มอยู่ในระดับขั้นลงมือกระทำ มีระดับคะแนน 7-10 คะแนน

3. ความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยทุกคนมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงตนเองในการควบคุมความอยากดื่มในระดับลงมือกระทำตั้งแต่ในครั้งแรกทุกคน ซึ่งทุกคนสะท้อนถึงแรงจูงใจที่อยากเปลี่ยนแปลงตนเองออกมาเป็นคำพูดที่แสดงให้เห็นถึงความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้

“ผมอยากเลิกให้ได้ครับ ไม่อยากถูกจับมานอนโรงพยาบาลอีก”

“ผมอยากเลิกเพราะว่าอยากทำให้แม่สบายใจ”

“ผมกลัวเหมือนกันนะว่าจะเลิกไม่ได้ แต่ผมจะพยายาม อย่างน้อยก็อาจจะค่อยๆลด”

“ผมคงต้องเลิกดื่มแล้ว เพราะไม่จ้านคงไม่มีอนาคตแน่นอน ต้องอยู่แต่ในโรงพยาบาล”

และนอกจากนั้นยังพบการแสดงพฤติกรรมที่สื่อถึงความพร้อม เช่น การพยักหน้า แสดงสายตามุ่งมั่นในการกระตือรือร้นในการร่วมกิจกรรมที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม

กิจกรรมครั้งที่ 2 การสร้างแรงจูงใจในการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (ระยะที่ 1 ระยะการสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีความเข้าใจและเกิดความตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มแอลกอฮอล์
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ตระหนักในปัญหาการควบคุมความอยากดื่ม ไม่เพิกเฉยมองเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและหมดความลังเลใจในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ตัดสินใจและมีแผนในการควบคุมความอยากดื่มโดยจัดการกับปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้
3. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถบอกเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้

การดำเนินกิจกรรม

ในขั้นตอนการการสร้างความแรงจูงใจในการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยจะเริ่มจากประเมินระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยว่าอยู่ในระดับขั้นตอนไหน เพื่อประเมินความพร้อมก่อนดำเนินโปรแกรมทุกครั้ง เมื่อผู้ป่วยมีแรงจูงใจอยู่ในขั้นลงมือกระทำ พยาบาลต้องให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ สร้างให้เกิดแรงจูงใจที่เข้มแข็งและมั่นคงที่จะเริ่มต้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงมีแผนในการควบคุมความอยากดื่มโดยการจัดการปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่ม พร้อมทั้งให้การบ้านผู้ป่วยในการติดตามครั้งต่อไป โดยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายของผู้ป่วยให้ชัดเจน สิ่งที่ต้องทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย อุปสรรคที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่บรรลุเป้าหมาย และตัวช่วยที่จะทำให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมาย และนัดหมายการติดตามทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยในครั้งต่อไป พร้อมทั้งให้บุคคลในครอบครัวที่จะคอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ โดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินเปลี่ยนแปลงครั้งนี้โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจโรคและอาการและให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และรับทราบถึงกระบวนการในการบำบัดครั้งนี้ร่วมด้วย โดยมีกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม (15 นาที) โดยใช้ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มเป็นแบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง เพื่อประเมินให้ทราบว่าผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระดับใด เพื่อที่ผู้บำบัดจะต้องนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ในการทำกิจกรรม เมื่อประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ใช่ระดับของการลงมือกระทำ ผู้บำบัดจะต้องนำผู้ป่วยกลับเข้าสู่ขั้นตอนของการลงมือกระทำ

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (10 นาที) ผู้บำบัดประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ และให้ผู้ป่วยสำรวจตนเองถึงพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ตนเอง เพื่อใช้ประกอบการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมทั้งให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และดื่มมาตรฐาน (Health Educations) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเบื้องต้น และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในปัญหามากขึ้นเพื่อชี้ให้เห็นถึงความสอดคล้องและผลกระทบต่อโรคและการเจ็บป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การให้ความรู้เรื่องผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ (15 นาที) ผู้บำบัดให้ความรู้เรื่องผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Health educations) และอภิปรายร่วมกันถึงผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ ชี้ให้เห็นถึงความสอดคล้องและผลกระทบต่อโรคและการเจ็บป่วย โดยให้ผู้ป่วยเขียนผลกระทบของการดื่มและนำสิ่งที่เขียนมาพูดคุยกัน พร้อมทั้งตั้งประเด็นที่ได้จาก

สอบถามถึงผลกระทบนำมาวิเคราะห์ถึงข้อดีและข้อเสีย (Pros and cons) นำมาสู่การให้ข้อมูลและการเสริมแรงให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ (Motivation) ที่จะควบคุมความอยากดื่ม

ขั้นตอนที่ 4 ค้นหาปัจจัยกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจในการจัดการกับปัจจัยกระตุ้นนั้นๆ (10 นาที) ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยนึกถึงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุดโดยใช้คำถามปลายเปิด (Open questions) จากนั้นร่วมกันวิเคราะห์และหาสาเหตุของการเกิดปัจจัยกระตุ้นนั้นๆ รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดถึงข้อความที่สร้างแรงจูงใจของตนเอง (SMS) ในการทำงานที่จะจัดการกับปัจจัยกระตุ้นเพื่อควบคุมความรู้สึกอยากดื่มของตนเอง จากนั้นผู้บำบัดสะท้อน (Feed back) เน้นให้ผู้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนตนเองได้ตามแผนที่วางไว้ โดยให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ถึงปัจจัยกระตุ้นความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองอีกครั้ง พร้อมทั้งให้วางเป้าหมายที่ตนเองต้องการในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวด้วย (Affirmation) และผู้บำบัดให้ผู้ผู้ป่วยเขียนถึงคำสัญญาของตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลงในคู่มือผู้ป่วย เพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยตระหนักและนึกถึงคำมั่นสัญญาของตนเองอยู่เสมอในขณะที่ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม (Responsibility)

ขั้นตอนที่ 5 สรุปผลการทำกิจกรรม (5 นาที) ผู้บำบัดให้ผู้ผู้ป่วยสรุปถึงสิ่งที่ได้พูดคุยกันในวันนี้ (Summary) พร้อมทั้งผู้บำบัดเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจชัดเจนมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วย และนัดหมายวัน เวลาในการพูดคุยครั้งต่อไป รวมถึงเน้นย้ำสิ่งที่ผู้ป่วยต้องนำไปปฏิบัติ

สื่อ/อุปกรณ์

1. ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม
2. ใบความรู้ที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับแอลกอฮอล์และดื่มมาตรฐาน
3. ใบความรู้ที่ 2 ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์
4. ใบกิจกรรมที่ 2.1 ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์
5. ใบกิจกรรมที่ 2.2 ข้อดีและข้อเสีย

การประเมินผล

1. การตระหนักในปัญหาและไม่เพิกเฉย ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์รับทราบและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง และโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยเองมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่บ้างแล้ว สามารถบอกและประเมินตนเองได้ว่าตนเองมีระดับการดื่มระดับใด จากการประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจ ผู้ป่วยได้ให้ความร่วมมืออย่างดีในการประเมิน จากการประเมินพบว่าผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มอยู่ในระดับขั้นลงมือกระทำ ระดับคะแนน 7-10 คะแนน

ผู้ป่วยสามารถบอกถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองและบุคคลรอบข้างจากพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองได้ จากการทำไปกิจกรรมที่ 2.1 ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ จะพบว่าผู้ป่วยทุกรายล้วนได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ และหลังจากนั้นนำสิ่งที่เขียนมาพูดคุยกัน และให้ผู้ป่วยเขียนถึงข้อดีและข้อเสียของการดื่มแอลกอฮอล์ (ไปกิจกรรมที่ 2.2) พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมืออย่างดีและสามารถเขียนถึงข้อดีข้อเสียของการดื่มของตนได้ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

ข้อดี หากยังดื่มแอลกอฮอล์อยู่

“กระชุ่มกระชวย” “สดชื่น มีเรี่ยวมีแรง”

“มีความสุข ไม่เครียด” “คลายเครียด มีเพื่อนเยอะ”

ข้อเสีย หากลด/เลิกดื่มแอลกอฮอล์

“มันรู้สึกกระหาย กระวนกระวาย” “มันหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี”

“รู้สึกอยาก เบรียวกปาก” “มือสั่น ไม่มีแรง”

ข้อเสีย หากยังดื่มแอลกอฮอล์อยู่

“เสียเงิน เสียสุขภาพ” “ติดเหล้า เป็นขี้เมา ทะเลาะกับคนในบ้าน/เพื่อน”

“ป่วย มีปัญหาสุขภาพ” “ไปทำงานไม่ไหว เม้าค้าง”

ข้อดี หากลด/เลิกดื่มแอลกอฮอล์

“สุขภาพดีขึ้น ทำให้ไม่ต้องนอน รพ.บ่อยขึ้น” “ชีวิตมีความสุข”

“มีเงินเก็บ ลดค่าใช้จ่าย” “ลดการเกิดอุบัติเหตุ”

“ลูกเมียกล้าเข้าใกล้” “ไม่ต้องทะเลาะกับคนอื่น”

2. การตัดสินใจและมีแผนในการควบคุมความอยากดื่ม จากการทำกิจกรรมพบว่าผู้ป่วยสามารถบอกถึงแผนการในการจัดการกับปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากดื่มและวางเป้าหมายในการควบคุมความอยากดื่มในอนาคตได้ชัดเจน ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

“ผมว่ามันยากมากเลย กลับไปก็เจอแต่คนชวนดื่ม”

“บางที่ทำงานมาเหนื่อยมันอยากนะหมอ”

“มันว่างนะหมอ คิดว่ากินนิดหน่อยคงไม่เป็นไร”

“บางที่มันเครียด มันเหนื่อย”

“เวลาเลิกงาน เพื่อนมันก็ชวนตลอดนะ”

3. เป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังจากการทำกิจกรรมตามคู่มือผู้บำบัดเน้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนตนเองตามแผนที่วางไว้ ผู้บำบัดสะท้อนให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงปัจจัยกระตุ้นความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองอีกครั้ง พร้อมทั้งให้วางเป้าหมายที่ตนเองต้องการทั้งในระยะสั้นและระยะยาวด้วย ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

“ผมทำได้แน่นอน ผมตั้งเป้าไว้ว่า ผมจะเลิกดื่มไปตลอดชีวิต”

“ผมขอค่อยๆลดปริมาณลงได้ไหมครับ และถ้าทำได้ผมจะเลิกดื่มไปเลย”

“ผมจะเลิกดื่มเพื่อแม่ของผมครับ”

“ผมจะเลิกดื่มแล้วจะเก็บเงินที่จะเอาไปซื้อเหล้ามาเป็นเงินเก็บแทนครับ”

โทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 1 การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ระยะที่ 2 ระยะการนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มั่นใจต่อแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองขณะกลับไปอยู่ในชุมชน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์เกิดความพร้อมและมั่นใจในความสามารถของตนเองในการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ขณะกลับไปอยู่ในชุมชน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ที่จะทำให้กลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำขณะกลับไปอยู่ในชุมชน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ขณะกลับไปอยู่ในชุมชน
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกในการปฏิบัติได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสมขณะกลับไปอยู่ในชุมชน
3. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถบอกทางเลือกในการจัดการตัวกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ได้ขณะกลับไปอยู่ในชุมชน
4. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์เขียนคำมั่นสัญญาต่อตนเองในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้ชัดเจนขณะกลับไปอยู่ในชุมชน

การดำเนินกิจกรรม

ในกิจกรรมในครั้งนี้เป็นขั้นตอนของการนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจมุ่งมั่นในชั้นลงมือปฏิบัติการจัดการกับปัจจัยภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่ม สร้างความตั้งใจที่จะควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ให้มีความหนักแน่นมั่นคง โดยให้ผู้ป่วยร่วมวิเคราะห์ถึงสิ่งกระตุ้นความอยากดื่มของตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และร่วมกันหาแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันและแก้ไข (Menu) โดยให้ออกาสผู้ป่วยที่จะเลือกว่าจะหลีกเลี่ยงหรือมีวิธีการจัดการกับสิ่งกระตุ้นความอยากดื่มของตนเองอย่างไร โดยใช้เทคนิคต่างๆในการทำให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงความแตกต่างในปัจจุบัน (Develop

discrepancy) รวมถึงการแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย (Express empathy) ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาและการเปลี่ยนแปลงในด้านกระบวนการคิด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแสดงคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเองออกมา (SMS) พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Support self-efficacy) ถ้าผู้ป่วยคิดและยอมรับว่ามีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากดื่มเป็นปัญหา ผู้บำบัดต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้เริ่มต้นวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่ม โดยการสะท้อนกลับและยืนยันรับรองในสิ่งที่เหมาะสม (Feed back and affirmation) เน้นย้ำความรับผิดชอบของผู้ป่วย และให้อิสระในการเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วย (Menu) โดยมีกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม (5 นาที) เป็นการประเมินระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่ม โดยใช้ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มเป็นแบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง เพื่อประเมินให้ทราบว่าผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระดับใด เพื่อที่ผู้บำบัดจะต้องนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ ในการทำกิจกรรม เมื่อประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ใช่ระดับของการลงมือกระทำ ผู้บำบัดจะต้องนำผู้ป่วยกลับเข้าสู่ขั้นตอนของการลงมือกระทำ

ขั้นตอนที่ 2 การเรียนรู้และการจัดการเกี่ยวกับตัวกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ (5 นาที) นำผู้ป่วยเข้าสู่การคิดหาสิ่งกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ (Open Questions) โดยผู้บำบัดร่วมกันคิดกับผู้ป่วยถึงบุคคล สิ่งของ สถานที่ หรือสิ่งใดก็ตาม ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ

ขั้นตอนที่ 3 การทบทวนและวางแผนการเพื่อควบคุมความอยากดื่ม (5 นาที) ทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยคิดมาวิเคราะห์และหาแนวทางจัดการร่วมกัน โดยใช้วิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งกระตุ้น นำแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มที่ได้ประเมินตนเองมาวิเคราะห์ร่วมกันกับผู้บำบัด สังเกตถึงความคิดและทัศนคติของผู้ป่วย ร่วมกันคิดกับผู้ป่วยถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนั้น หลังจากนั้นจัดทำแผนการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้ป่วยคิดมาสร้างความชัดเจนในการควบคุมความอยากดื่ม ได้แก่ การทำเป้าหมายของผู้ป่วยให้ชัดเจนสิ่งที่ผู้ป่วยต้องทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย อุปสรรคที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่บรรลุเป้าหมายและตัวช่วยที่จะทำให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดต่อเกี่ยวกับทางที่จะทำให้การควบคุมนั้นประสบผลสำเร็จโดยนำข้อมูลในแผนการมาคิด ในขั้นนี้ผู้บำบัดจะช่วยผู้ป่วยโดยการเสนอทางเลือก (Menu) ในการเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วยพิจารณาโดยที่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจในแนวทางปฏิบัติด้วยตนเองที่ถูกต้อง รวมถึงการเสนอทางเลือกต่างๆ ให้ผู้ป่วยพิจารณา

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (5 นาที) ให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่ม เมื่อผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติได้ด้วยตนเองได้แล้ว เน้นเรื่องการสร้างเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Support self – efficacy) ของผู้ป่วยโดยผู้บำบัดสร้างความหวังและกำลังใจให้ผู้ป่วย เช่น การยกตัวอย่างบุคคลที่สามารถทำได้สำเร็จ ให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงตนเองเมื่อทำได้สำเร็จดังที่ตนเองวางแผนไว้

ขั้นตอนที่ 5 การประกาศคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง (5 นาที) เมื่อผู้ป่วยตระหนักและมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเขียนถึงคำสัญญาของตนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลงในคู่มือผู้ป่วยอีกครั้ง เพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักและนึกถึงคำมั่นสัญญาของตนเองอยู่เสมอ (Responsibility)

ขั้นตอนที่ 6 สรุปผลการทำกิจกรรม (5 นาที) ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยสรุปถึงสิ่งที่ได้พูดคุยกันในวันนี้ พร้อมทั้งผู้บำบัดเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจชัดเจนมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วย และนัดหมายวัน เวลาในการพูดคุยครั้งต่อไป รวมถึงเน้นย้ำสิ่ง que ผู้ป่วยต้องนำไปปฏิบัติ

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์
2. โทรศัพท์
3. ใบความรู้ที่ 3 ปัจจัยกระตุ้น
4. ใบกิจกรรมที่ 3.1 แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม (ครั้งที่1)
5. ใบกิจกรรมที่ 3.2 แผนการจัดการสิ่งกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยง (ครั้งที่1)
6. ใบกิจกรรมที่ 3.3 การประกาศคำมั่นสัญญา

การประเมินผล

1. การวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ของตนเองได้ดี หลังจากทีกลับไปอยู่บ้านพบว่าระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจ ผู้ป่วยทุกคนมีระดับแรงจูงใจของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มอยู่ในระดับขั้นลงมือกระทำมีระดับคะแนน 7-10 คะแนน และผู้ป่วยยังคงสามารถควบคุมความอยากดื่มของตนได้ ถึงแม้ว่าจะมีสถานการณ์ความเสี่ยง/ปัจจัยกระตุ้นแต่ผู้ป่วยสามารถนำเทคนิคที่ได้รับการสอนนำไปใช้ได้สำเร็จ จากการทำใบกิจกรรมที่ 3.1 แผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ครั้งที่1) พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 2 รายที่มีตัวกระตุ้นในการอยากดื่ม ซึ่งสามารถสรุปสิ่งกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ได้ดังนี้

“กลับไปก็เจอแต่คนชวนดื่ม”

“บางที่ทำงานมาเหนื่อยมันก็รู้สึกอยากนะหมอ”

“อยู่บ้านเฉยๆมันว่างนะหมอ”

“บางที่มันเครียด มันเหนื่อย”

“เวลาเลิกงาน เพื่อมันก็ชวนตลอดนะ”

2. การตัดสินใจเลือกทางเลือกในการจัดการสิ่งกระตุ้น ผู้บำบัดพบทวนถึงปัจจัยกระตุ้นต่างๆรวมถึงสิ่งที่ผู้ป่วยคิดนำมาวิเคราะห์และหาแนวทางจัดการร่วมกัน โดยใช้วิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ที่ผู้ป่วยเผชิญมา เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีทางเลือกในการปฏิเสธและสามารถควบคุมความอยากดื่มได้ สังเกตได้จากคำพูดของผู้ป่วย เช่น

“ผมจะลองใช้วิธีของหมอดูนะ”

“ผมจะต้องใจแข็งมากขึ้น ต้องกล้าพูดมากขึ้น”

“ดิฉันที่ผมห้ามใจตัวเองได้”

3. การจัดการตัวกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยง จากการให้ผู้ป่วยนำแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มที่ได้ประเมินตนเองมาวิเคราะห์ และร่วมกันคิดถึงเป็นไปได้ในการปฏิบัติและให้ผู้ป่วยจัดทำแผนการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้ป่วยคิดมา พบว่า ผู้ป่วยสามารถจัดทำแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่ม (ใบกิจกรรมที่ 3.1) ได้ตามเป้าหมายของตนเองได้ มีความชัดเจนในการควบคุมความอยากดื่ม ได้แก่ การทำตามเป้าหมาย การจัดการอุปสรรคที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่บรรลุเป้าหมาย และตัวช่วยที่จะทำให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมาย

4. การเขียนคำมั่นสัญญาต่อตนเอง ผู้ป่วยมีกำลังใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มมากขึ้น สามารถรับรู้ถึงอุปสรรคปัญหาของตนและสามารถจัดอุปสรรคในการอยากดื่มได้สำเร็จ และสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติได้ด้วยตนเองได้อีกทั้งยังมีความสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถลด/เลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้ในอนาคต ผู้ป่วยมีคำมั่นสัญญาต่อตนเองและเขียนแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้ชัดเจน สังเกตได้จากคำพูดของผู้ป่วย เช่น “ผมสัญญาว่า ตลอดกิจกรรมครั้งนี้ ผมจะไม่ดื่มมันเลย” “ผมสัญญาว่าผมจะเลิกดื่มเพื่อแม่ของผมครับ” “ผมสัญญาว่าผมจะเลิกเด็ดขาด จะไม่กลับไปกินอีก”

โทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 2 การปฏิบัติตามเป้าหมายในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง (ระยะที่ 2 ระยะการนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีกำลังใจในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง

2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีความรู้ความเข้าใจสามารถค้นพบปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นและจัดการกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นในขณะที่กลับไปอยู่ในชุมชนจริง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถดำเนินการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถบอกถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้เมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนจริง

3. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถวางแผนการแก้ปัญหาจัดการกับอุปสรรคนั้นๆ ได้

การดำเนินกิจกรรม

ในขั้นตอนนี้ ผู้บำบัดเน้นถึงการปฏิบัติตามเป้าหมายในการควบคุมความอยากดื่มที่ได้วางแผนไว้ว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้จริงหรือไม่ หรือมีปัญหาอุปสรรคเกิดขึ้นอย่างไรในการปฏิบัติจริง โดยผู้บำบัดถามถึงสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไปเขียนเป็นการบ้านมาวิเคราะห์ร่วมกันกับผู้บำบัด (Open Questions) สังเกตถึงความคิดและทัศนคติของผู้ป่วยในการปฏิบัติจริง ให้ผู้ป่วยตระหนักและมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเขียนถึงคำสัญญาของตนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลงในสมุดจดบันทึกในหน้าแรกสุด เพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักและนึกถึงคำมั่นสัญญาของตนเองอยู่เสมอ ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยนำสิ่งที่บันทึกไว้เกี่ยวกับการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมดกลับไปทางบวกและปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดำเนินการตามแผนการเปลี่ยนแปลงมาแล้วให้ฟัง เมื่อผู้ป่วยเล่าเสร็จผู้บำบัดจะสรุปพฤติกรรมที่ดีของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นตลอดสัปดาห์ ผู้บำบัดกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจผู้ติดตามในการดำเนินการปฏิบัติต่อไป ส่วนในด้านปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจกลับไปดื่มหรือไม่สามารถควบคุมความอยากดื่มได้ ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากเป็น (Develop Discrepancy) อาจจะเป็นการพูดคุยให้ผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถควบคุมความอยากดื่มได้ผลที่ตามมาคือยังคงมีพฤติกรรมการดื่มอย่างต่อเนื่อง โดยผู้บำบัดต้องยอมรับแรงต้านที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Roll with resistant) และหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย (Avoid argumentation) แต่ควรหาวิธีอื่นๆที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามหลังการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตนเอง ตลอดจนการสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self efficacy) นำปัญหาอุปสรรคนั้นมาคิดหาทางแก้ไขร่วมกับผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจ (Menu) สรุปแนวทางการแก้ไขให้ชัดเจนและเข้าใจตรงกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย (Summary) จดบันทึกเกี่ยวกับรายละเอียดการสนทนาทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัด โดยมีกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม (5 นาที) เป็นการประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มเป็นแบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง เพื่อประเมินให้ทราบว่าผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระดับใด เพื่อที่ผู้บำบัดจะต้องนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ในการทำกิจกรรม เมื่อประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ใช่ระดับของการลงมือกระทำ ผู้บำบัดจะต้องนำผู้ป่วยกลับเข้าสู่ขั้นตอนของการลงมือกระทำ

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามเป้าหมายในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (5 นาที) ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์การควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในสัปดาห์ที่ผ่านมาว่า เป็นอย่างไรบ้าง สามารถทำได้ตามแผนการจัดการที่วางไว้หรือไม่ ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก เช่น ภูมิใจ ดีใจ ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำเร็จที่ตนเองทำได้เพื่อให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการปัญหาและอุปสรรค (10 นาที) ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงประเด็นที่ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ เมื่อผู้ป่วยพูดถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ในลักษณะของการพูดบรรยายตามความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย ผู้บำบัดฟังอย่างตั้งใจ คิดวิเคราะห์เพื่อสรุปเป็นประเด็นให้เข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้นและเหมาะสมต่อการนำไปวางแผนการจัดการปัญหาผู้บำบัดพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยสรุปประเด็นปัญหาด้วยตนเอง โดยอาจเป็นไปได้ในลักษณะเกริ่นนำ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้นเมื่อผู้ป่วยสรุปประเด็นปัญหาได้แล้ว ให้จดบันทึกปัญหาที่เกิดขึ้นไว้ในสมุดคู่มือผู้ป่วย แล้วจัดลำดับความสำคัญในปัญหาที่สำคัญที่สุดเพื่อนำมาวางแผนการแก้ไขปัญหาวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหานั้น โดยให้ผู้ป่วยพยายามคิดวิธีการแก้ปัญหาลงในสมุดคู่มือผู้ป่วย และเลือกวิธีการแก้ปัญหายด้วยตนเอง จากนั้นให้บันทึกแนวทางการแก้ไขปัญหาลงในสมุดคู่มือผู้ป่วย และนำวิธีการแก้ปัญหานั้นไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แล้วให้บันทึกสมุดทุกครั้งเมื่อตนเองปฏิบัติตามแผนการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น บันทึกทั้งสิ่งที่ทำสำเร็จและไม่สำเร็จพร้อมทั้งเขียนสาเหตุประกอบ

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างแรงจูงใจและการตั้งเป้าหมายในการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ (10 นาที) ผู้บำบัดสร้างแรงจูงใจและการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อควบคุมความอยากดื่มเพื่อเสริมแรงและสร้างความเชื่อมั่นในตนเองให้กับผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 5 วางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในสัปดาห์ต่อไป (5 นาที) ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยวางแผนการในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองในสัปดาห์ต่อไป

ขั้นตอนที่ 6 สรุปผลการทำกิจกรรม (5 นาที) ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยสรุปถึงสิ่งที่ได้พูดคุยกันในวันนี้ พร้อมทั้งผู้บำบัดเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจชัดเจนมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วย และนัดหมายวัน เวลาในการพูดคุยครั้งต่อไป รวมถึงเน้นย้ำสิ่งที่ผู้ป่วยต้องนำไปปฏิบัติ

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์

2. โทรศัพท์
3. ใบความรู้ที่ 4 การสร้างแรงจูงใจและการตั้งเป้าหมายในการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์
4. ใบกิจกรรมที่ 3.1 แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (ครั้งที่1)
5. ใบกิจกรรมที่ 3.2 แผนการจัดการสิ่งกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยง (ครั้งที่1)

การประเมินผล

1. การควบคุมความอยากดื่มได้อย่างต่อเนื่อง จากการประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยทุกคนมีระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มอยู่ในระดับขั้นลงมือกระทำ ระดับคะแนน 7-10 คะแนน ไม่มีผู้ป่วยกลับไปดื่มซ้ำในการติดตามครั้งนี้

2. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ความอยากดื่มแอลกอฮอล์เมื่อกลับไปอยู่บ้านครบ 1 สัปดาห์ จากใบกิจกรรมที่ 3.1 แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าผู้ป่วยทุกคนสามารถทำได้ตามเป้าหมายของตนในการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ไม่มีการกลับไปดื่มซ้ำในการติดตามครั้งนี้ ส่วนใบกิจกรรมที่ 3.2 แผนการจัดการสิ่งกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยงผู้ป่วยผู้ป่วยบางคนไม่มีสถานการณ์/ปัจจัยกระตุ้นใดๆ มีจำนวน 3 รายที่บอกว่ามีเพื่อนชวนไปดื่มแต่ตนสามารถปฏิเสธเพื่อนได้และสามารถบอกถึงแนวทางในการควบคุมความอยากดื่มได้อย่างชัดเจน อีกทั้งยังเกิดความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถทำได้ตามที่ตั้งเป้าไว้ ซึ่งสามารถสรุปสิ่งกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ได้ดังนี้

“เพื่อนมันมาเยี่ยมมันชวนไปกินอีกแล้วหมี แต่ผมก็บอกมันแล้วนะว่ากินยังไม่ได้”

“อยู่คนเดียวไม่มีไรทำ บางทีมันก็เปรี้ยวปาก แต่ก็พยายามนะ ไม่อยากกลับมาอนในโรงพยาบาลอีก โศครุทรมานเลย”

“บางทีมันก็รู้สึกอยากเองนะหมี ทำใจยากๆ เมื่อกี้ค่อยเตือนตลอด”

“พอเลิกงานผมก็รีบกลับบ้านเลยครับ กลัวเจอเพื่อชวนดื่ม”

3. แผนการแก้ปัญหาจัดการกับอุปสรรค ผู้บำบัดสร้างแรงจูงใจและการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อควบคุมความอยากดื่ม เพื่อเสริมแรงและสร้างความเชื่อมั่นในตนเองให้กับผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มของตนเองได้อย่างชัดเจน เกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถกระทำได้สำเร็จ ผู้ป่วยสามารถเขียนแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในสัปดาห์ต่อไปของตนเองได้ และมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติตามแผนการเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์

โทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 3 การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ระยะที่ 3 ระยะกลยุทธ์การติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถปฏิบัติตามแผนการจัดการสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ที่วางแผนไว้ได้
3. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถเขียนแผนการจัดการปัญหาและอุปสรรคอื่นๆ ที่ค้นพบอีกได้

การดำเนินกิจกรรม

ครั้งนี้อยู่ในระยะที่ 3 ระยะกลยุทธ์การติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 3 ผู้บำบัดจะให้ผู้ป่วยเล่าถึงการปฏิบัติตามแผนการของตนเองในตลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับการควบคุมความอยากดื่มของตนเอง พร้อมทั้งประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยยังอยู่ในขั้นลงมือปฏิบัติ โดยการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากขึ้น ด้วยการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยได้พบกับผู้บำบัดครั้งสุดท้ายตลอดจนเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน พูดคุยถึงความตั้งใจและแผนการปฏิบัติที่ผู้ป่วยได้ทำไปแล้วในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยสอบถามถึงการปฏิบัติเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ว่าผู้ป่วยได้ทำตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยมุ่งเน้นในประเด็นการจัดการปัญหาหรือสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ เพื่อนำสิ่งที่พบมาวิเคราะห์หาสาเหตุและหาแนวทางการป้องกันแก้ไขในเหตุนั้น ถ้าผู้ป่วยทำได้เหมาะสมตามเป้าหมายผู้บำบัดให้การยืนยันรับรองพฤติกรรมนั้น แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ตามแผน ผู้บำบัดสอบถามถึงปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นและร่วมกับผู้ป่วยหาวิธีการแก้ไขปัญหาและวางแผนการปฏิบัติต่อไป

การดำเนินกิจกรรมในระยะนี้เน้นการนำเทคนิคต่างๆ ในการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยยังคงอยู่ในขั้นตอนของการลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความ

อยากดี เช่น การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Express empathy) การค้นหาช่องว่างที่เป็นเป้าหมายในปัจจุบัน (Develop discrepancy) และการสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Support self-efficacy) โดยการหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย (Avoid argumentation) และการยอมรับแรงต้านที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อน (Roll with resistant) รวมถึงการสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Support self-efficacy) ร่วมกับการใช้หลักการดูแลอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ที่สำคัญ คือ การฟังอย่างตั้งใจ การตรวจสอบความเข้าใจในข้อมูลที่ตรงกัน ไวต่อสิ่งผิดปกติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามและการจดบันทึกข้อมูลลงในคู่มือของผู้ป่วยและคู่มือของผู้ดำเนินกิจกรรมเองด้วยทุกครั้ง โดยมีกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดี (5 นาที) เป็นการประเมินระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดีเป็นแบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง เพื่อประเมินให้ทราบว่าผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระดับใด เพื่อที่ผู้บำบัดจะต้องนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ในการทำกิจกรรม เมื่อประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ใช่ระดับของการลงมือกระทำ ผู้บำบัดจะต้องนำผู้ป่วยกลับเข้าสู่ขั้นตอนของการลงมือกระทำ

ขั้นตอนที่ 2 สสำรวจการดำเนินชีวิตและการเปลี่ยนแปลงหลังการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ (รวมถึงการกลับดื่มซ้ำ ถ้ามี) (10 นาที) ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงการดำเนินชีวิตและการเปลี่ยนแปลงหลังการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในสัปดาห์ที่ผ่านมา ว่าเป็นอย่างไรบ้างสามารถทำได้ตามแผนการจัดการที่วางไว้หรือไม่ หากทำได้ตามแผนมีอุปสรรคใดที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถจัดการได้

ขั้นตอนที่ 3 ทบทวนแผนการและการปฏิบัติเพื่อควบคุมความอยากดีแอลกอฮอล์ (10 นาที) ผู้บำบัดทบทวนแผนการและการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงตนเองในการควบคุมความอยากดีแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่ผ่านมา เพื่อเป็นการทบทวนว่าที่ผ่านมาผู้ป่วยมีปัจจัยกระตุ้นตัวใดบ้างที่มีผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยและผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัจจัยกระตุ้นได้สำเร็จหรือไม่ จากนั้นร่วมกันอภิปรายถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และหาแนวทางร่วมกันในการจัดการกับตัวกระตุ้นโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก เช่น ภูมิใจ ดีใจ ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำเร็จที่ตนเองทำได้ เพื่อให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ

ขั้นตอนที่ 4 เสนอแนวทางในการป้องกันการหวนกลับและความรู้สึกอยากดี (5 นาที) ผู้บำบัดอภิปรายร่วมกันกับผู้ป่วยถึงแนวทางในการป้องกันการหวนกลับและความรู้สึกอยากดีซ้ำ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยนึกทบทวนถึงเหตุการณ์ทั้งหมดที่เคยประสบผ่านมาและทบทวนถึงแนวทางที่ตนเคยทำได้สำเร็จ

ขั้นตอนที่ 5 สรุปผลการทำกิจกรรม (5 นาที) ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยสรุปถึงสิ่งที่ได้พูดคุยกันในวันนี้ พร้อมทั้งผู้บำบัดเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจชัดเจนมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยและนัดหมายวัน เวลาในการพูดคุยครั้งต่อไป รวมถึงเน้นย้ำสิ่งที่ผู้ป่วยต้องนำไปปฏิบัติ

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์
2. โทรศัพท์
3. ใบกิจกรรมที่ 3.1 แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (ครั้งที่2)
4. ใบกิจกรรมที่ 3.2 แผนการจัดการสิ่งกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยง (ครั้งที่2)

การประเมินผล

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง จากการประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจ พบว่าผู้ป่วยทุกคนมีระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มอยู่ในระดับขั้นลงมือกระทำ ระดับคะแนน 7-10 คะแนน จากการพูดคุยติดตามผลและจากใบกิจกรรมที่ 3.1 แผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบว่ามีผู้ป่วย 4 รายมีการกลับไปดื่มซ้ำเนื่องจากไม่สามารถควบคุมความอยากดื่มของตนเองได้จนทำให้ต้องกลับไปดื่มซ้ำ พบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วย 4 ที่กลับไปดื่มซ้ำจากการพูดคุยได้ข้อมูลดังนี้

“ก็เพื่อนมันคะยั้นคะยอเนะหมอ ให้ทำไง ผมก็กินนิดเดียวเองนะ ไม่ได้กินเยอะ”

“เวลาเลิกงานมันเคยกินทุกวันเนะหมอ บางที่ทำงานเหนื่อยๆเดินผ่านร้านประจำก็เลยห้ามใจไม่ไหวจริงๆ แต่ผมกินน้อยลงกว่าเดิมนะ”

“มันว่างเนะหมอ อยู่บ้านมันเบื่อๆเซงๆ แล้วมันก็อยากของมันเอง”

“เพื่อนชวนไปงานเลี้ยงเนะหมอ ดื่มนิดเดียว”

2. การปฏิบัติตามแผนการจัดการสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ผู้บำบัดสะท้อนกลับถึงปัจจัยกระตุ้น/สถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความอยากดื่มได้ พร้อมทั้งทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อต้องเจอปัจจัยกระตุ้น/สถานการณ์เสี่ยงต่างๆ เพื่อที่จะจัดการกับปัจจัยนั้นๆ พร้อมทั้งเสนอเมนูทางเลือกให้กับผู้ป่วยได้นำไปปฏิบัติหากต้องกลับไปเจอปัจจัยกระตุ้น/สถานการณ์เสี่ยงเหล่านั้นอีกครั้ง

พยาบาล : คุณกำลังบอกว่าเป็นเพราะเพื่อนเป็นตัวกระตุ้นในการกลับไปดื่มของคุณใช่ไหมคะ

ผู้ป่วย : ก็ประมาณนั้นละครับ ผมกลับมาตั้งหลายวันยังไม่กินเลย มันมาชวนตั้งแต่เช้ามันก็คะยั้นคะยอ เลยอดใจไม่ไหว

พยาบาล : เราลองกลับมาทบทวนเทคนิคในการปฏิเสธคำชวนจากเพื่อนดีไหมคะ ในคู่มือที่พยาบาลให้คุณไป จะมีคำแนะนำและทางเลือกที่คุณสามารถนำไปใช้ได้เมื่อเกิดเหตุการณ์แบบนี้อีก คุณลองดูนะค่ะ

ผู้ป่วย : ครับ เจอแล้วครับ

พยาบาล : คุณคิดว่าถ้าในครั้งต่อไป คุณต้องเจอสถานการณ์แบบนี้อีก คุณจะควบคุมความอยากดื่มของคุณได้ไหมคะ

ผู้ป่วย : ผมคิดว่าผมน่าจะทำได้นะครับ ผมคิดไว้แล้วว่า จะปฏิเสธแบบไหน ถ้าไม่ได้จริงผมคิดว่าไว้ว่าอาจต้องเลี่ยงเจอเพื่อนคนนี้ครับ เพราะผมไม่อยากให้ตัวเองแ่ไปกว่านี้ครับ สงสารคนที่บ้าน ที่ต้องเหนื่อยกับผม

พยาบาล : ดิฉันเห็นถึงความตั้งใจจริงของคุณนะค่ะ ดิฉันเชื่อมั่นว่าคุณสามารถทำได้ ดิฉันจะเป็นกำลังใจให้อีกทางค่ะ

3. แผนการจัดการปัญหาและอุปสรรคอื่นๆ จากใบกิจกรรมที่ 3.2 แผนการจัดการสิ่งกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยง ผู้ป่วยทุกคนสามารถทบทวนถึงแผนการจัดการสถานการณ์เสี่ยงที่ตนเองต้องเผชิญได้ และมีแนวทางในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงนั้นๆ ของตนเองได้อีกและพร้อมจะนำไปปฏิบัติจริงหากเกิดสถานการณ์นี้ขึ้นมา

โทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 4 การสนับสนุนและส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองและมั่นใจในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่อง (ระยะที่ 3 ระยะกลยุทธ์การติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง

2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ และสามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ ได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถปฏิบัติตามแผนการจัดการสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ที่วางแผนไว้ได้

3. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถเขียนแผนการจัดการปัญหาและอุปสรรคอื่นๆ ที่ค้นพบอีกได้

การดำเนินกิจกรรม

การติดตามในครั้งนี้อุบายจะมีบทบาทเป็นผู้ให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Support self-efficacy) โดยผู้บำบัดส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วยด้วยการให้ความหวังและกำลังใจ ให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะทำได้สำเร็จ กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นหลังจากที่สำเร็จตามแผนการเปลี่ยนแปลง ให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ตนเอง และย้ำคำมั่นสัญญาของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างเป้าหมายในอนาคตและสภาพปัจจุบัน เพื่อสร้างความหวังและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองจะทำได้สำเร็จ

ในการดำเนินกิจกรรมในระยะนี้จะเน้นการนำเทคนิคต่างๆ ในการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยยังคงมีแรงจูงใจอยู่ในขั้นตอนของการลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่ม เช่น การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Express empathy) การค้นหาช่องว่างที่เป็นเป้าหมายในปัจจุบัน (Develop discrepancy) และการสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Support self-efficacy) โดยการหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ติดสุรา (Avoid argumentation) และการยอมรับแรงต้านที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อน (Roll with resistant) รวมถึงการสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Support self-efficacy) ร่วมกับการใช้หลักการดูแลอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ที่สำคัญ คือ การฟังอย่างตั้งใจ การตรวจสอบความเข้าใจในข้อมูลที่ตรงกัน ไวต่อสิ่งผิดปกติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม และการจดบันทึกข้อมูลลงในคู่มือของผู้ป่วยและคู่มือของผู้ดำเนินกิจกรรมเองด้วยทุกครั้ง โดยมีกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม (5 นาที) เป็นการประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มเป็นแบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง เพื่อประเมินให้ทราบว่าผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระดับใด เพื่อให้ผู้บำบัดจะต้องนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ ในการทำกิจกรรม เมื่อประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยมีระดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ใช่ระดับของการลงมือกระทำ ผู้บำบัดจะต้องนำผู้ป่วยกลับเข้าสู่ขั้นตอนของการลงมือกระทำ

ขั้นตอนที่ 2 สืบหาปัญหาอย่างอื่นที่เกี่ยวข้องกับการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ (5 นาที) ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยทบทวน วิเคราะห์และร่วมอภิปรายถึงอุปสรรคหรือปัญหาจากแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ที่ตนเองได้นำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองและทบทวนเป้าหมายในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (5 นาที) ผู้บำบัดร่วมกันกับผู้ป่วยทบทวนถึงแผนการในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่ผ่านมา เพื่อเป็นการทบทวนว่าที่ผ่านมาผู้ป่วยมีปัจจัยกระตุ้นตัวใดบ้างที่มีผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยและผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัจจัยกระตุ้นได้สำเร็จ

หรือไม่ ร่วมกันอภิปรายถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และหาแนวทางร่วมกันในการจัดการกับตัวกระตุ้น โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก เช่น ภูมิใจ ดีใจ ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำเร็จที่ตนเองทำได้ เพื่อให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ

ขั้นตอนที่ 4 สร้างความเชื่อมั่นให้กำลังใจและส่งเสริมความมั่นใจในการไปถึงเป้าหมาย ในการควบคุมความอยากดื่มต่อเนื่อง (5 นาที) ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยสรุปถึงแนวทางที่ชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการควบคุมความอยากดื่มและแนวทางการจัดการกับอุปสรรคที่ชัดเจนอีกครั้ง โดยบันทึกลงในคู่มือและเน้นย้ำในเป้าหมายในการควบคุมความอยากดื่มของตนเอง และการเน้นย้ำถึงการทบทวนเนื้อหาต่างๆ ในคู่มือ เพราะเป็นตัวช่วยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มของตนเองได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้

ขั้นตอนที่ 5 ให้ข้อมูลสะท้อนกลับและชี้แจงถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (5 นาที) ผู้บำบัดให้ข้อมูลสะท้อนกลับและชี้แจงถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ผ่านมา หลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมบำบัดครั้งนี้ โดยสรุปผลการประเมินโดยสะท้อนให้เห็นทั้งผลทางบวก และด้านลบ (ถ้ามี) ที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยได้ทราบและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แนะนำและให้ข้อมูลเพิ่มเติมในความสามารถที่เห็นว่าเหมาะสมกับผู้ป่วยที่น่าจะฝึกปฏิบัติต่อไปเพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุมความอยากดื่มให้ดียิ่งขึ้นและส่งผลต่อการลดปริมาณการดื่มที่ดีด้วย ให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจในการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อสุขภาพและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยเอง

ขั้นตอนที่ 6 สรุปผลการทำกิจกรรม (5 นาที) ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยสรุปถึงสิ่งที่ได้พูดคุยกันในวันนี้ พร้อมทั้งผู้บำบัดเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจชัดเจนมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วย และนัดหมายวัน เวลาในการพูดคุยครั้งต่อไป รวมถึงเน้นย้ำสิ่งที่คุณป่วยต้องนำไปปฏิบัติ

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์
2. โทรศัพท์
3. ใบกิจกรรมที่ 3.1 แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (ครั้งที่2)
4. ใบกิจกรรมที่ 3.2 แผนการจัดการสิ่งกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยง (ครั้งที่2)
5. ใบกิจกรรมที่ 3.4 เป้าหมายในการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์

การประเมินผล

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มอย่างต่อเนื่อง จากการประเมินระดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจ พบว่าผู้ป่วย 19 รายมีระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มอยู่ในระดับขั้นลงมือกระทำ ระดับคะแนน 7-10 คะแนน

2. การปฏิบัติตามแผนการจัดการสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ จากการพูดคุยติดตามผลและจากใบกิจกรรมที่ 3.1 แผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพบว่าผู้ป่วยจำนวน 16 คนสามารถควบคุมความอยากดื่มของตัวเองได้สำเร็จตลอด 2 สัปดาห์ที่ไม่มีการกลับไปดื่มซ้ำ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองได้อย่างต่อเนื่องและปฏิบัติตามแผนการจัดการสถานการณ์เสี่ยงที่วางแผนไว้ได้ อีกทั้งผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้นกับการควบคุมความอยากดื่มของตนเองและสามารถจัดการปัจจัยกระตุ้นที่ค้นพบอื่นๆ ได้ และมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติตามแผนการนั้นได้ สังเกตได้จากการทำใบกิจกรรมที่ 3.2 แผนการจัดการสิ่งกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยง สามารถบอกเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมาหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมบำบัดครั้งนี้ได้ และสามารถประเมินตนเองได้โดยสะท้อนผลทางบวกและด้านลบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติต่อไป จากการพูดคุยดังนี้

“ผมรู้สึกว่ตั้งแต่เข้าร่วมกิจกรรมนี้ มันคุ้มค่ามากครับ”

“ผมเข้าร่วมโครงการนี้จะหนึ่งเดือน ผมสามารถควบคุมตัวเองได้มากขึ้น ไม่อยากดื่มเลย”

“ผมจะเอาความรู้ที่ได้นี้มาใช้ต่อเนื่องครับ มันคงช่วยผมได้มากขึ้น”

“ผมตัดสินใจถูกที่ทำกิจกรรมกับหมอ ผมเลิกดื่มได้”

ในสัปดาห์นี้ติดตามผลผู้ป่วย 4 รายที่มีการกลับไปดื่มซ้ำในการติดตามครั้งที่แล้ว พบว่าในผู้ป่วย 1 รายกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ อีก 3 รายพยายามในการที่จะจัดการกับปัจจัย/สถานการณ์เสี่ยงที่เกิดขึ้นเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำอีก พบว่าผู้ป่วย 2 รายสามารถควบคุมความอยากของตนได้สำเร็จ ผู้ป่วยสามารถจัดการปัจจัยกระตุ้นความอยากได้ตามที่วางแผนไว้ได้สำเร็จ ส่วนผู้ป่วยอีกหนึ่งรายไม่สามารถทนต่อความอยากดื่มได้ พบว่ายังคงกลับไปดื่มซ้ำต่อเนื่องเพียงแต่ลดปริมาณการดื่มลงจากเดิมที่เคยดื่ม 4-5 วัน/สัปดาห์ เป็น 1-2 วัน/สัปดาห์ จากการพูดคุยกับผู้ป่วยรายนี้เพื่อสะท้อนกลับถึงปัจจัยกระตุ้น/สถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความอยากดื่มได้สำเร็จ พร้อมทั้งทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อต้องเจอปัจจัยกระตุ้น/สถานการณ์เสี่ยงต่างๆ เพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยที่จะนำไปจัดการกับปัจจัยนั้นๆ หากต้องกลับไปเจอปัจจัยกระตุ้น/สถานการณ์เสี่ยงเหล่านั้นอีกครั้ง และสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มให้ผู้ป่วยและการสร้างความเชื่อมั่นในตนเองที่จะสามารถควบคุมความอยากดื่มให้ได้ พอสรุปได้ดังนี้

พยาบาล : คุณคิดว่าเพราะสาเหตุใด ถึงทำให้คุณยังคงกลับไปดื่มซ้ำอีกคะ

ผู้ป่วย : ผมเบื่อ เครียด คนในบ้านชอบบ่นผม ผมไม่รู้จะทำไง ทำดีไปก็เท่านั้น แเค้ไม่เห็นจะว่าผมดีเลย

พยาบาล : คุณรู้สึกอย่างไรบ้างคะที่คนในบ้านคิดแบบนี้กับคุณ

ผู้ป่วย : ผมรู้สึกน้อยใจ ผมอุตส่าห์จะเลิกเหล้าให้เค้าดีใจ มันเลิกยากนะหมอ ผมเคยกินเกือบทุกวัน นี่ผมก็ลดปริมาณลงตั้งเยอะ แเค้ยังไม่พอใจอีก บ่นผมทุกวัน ผมก็เบื่อเป็นนะ

พยาบาล : พยาบาลเข้าใจในสิ่งที่คุณกำลังรู้สึกนะค่ะ และรู้สึกภูมิใจที่อย่างน้อยคุณก็สามารถลดปริมาณการดื่มลงได้มาก ซึ่งมันเป็นสิ่งที่ดีมาก

ผู้ป่วย : ใช่ ลดลงมากเลยแหละ ตอนออกจากโรงพยาบาลแรกๆก็ไม่อยากมาก แต่หลังๆแทบจะทนไม่ไหวเหมือนกัน พอถึงเวลาเคยกินมันก็อยาก แต่ก็พยายามอดทน วันไหนไม่ไหวจริงถึงจะกินแต่ก็กินนิดเดียวแหละ พอให้รู้รสชาติ

พยาบาล : ดิฉันเห็นถึงความตั้งใจจริงของคุณนะค่ะ ที่อยากจะเลิกให้เด็ดขาด แต่เนื่องจากมันยังมีปัจจัยกระตุ้นเราหลายอย่างเลยนะค่ะ ดิฉันว่าเรามาลองทบทวนกันดูใหม่ว่าหลักๆที่เรากลับไปดื่มเพราะอะไร

ผู้ป่วย : ก็เพราะที่บ้านนั้นแหละบ่นทุกวัน ผมรำคาญ

พยาบาล : คุณคิดว่าเป็นเพราะคนที่บ้านทำให้คุณต้องกลับมาดื่มซ้ำอีกใช่ไหมคะ

ผู้ป่วย : ก็ไม่ทั้งหมดหรอกนะ ตัวเองด้วยแหละที่ยังกลับไปดื่มเพราะมันว่าง พอมาเจอที่บ้านบ่นผมก็เลยยิ่งรำคาญ เลยกินประทัดเลย

พยาบาล : ถ้าอย่างนั้นแสดงว่าเป็นเพราะจริงๆแล้วช่วงนี้คุณมีเวลาว่างเยอะใช่ไหมคะ

ผู้ป่วย : ครับ ผมว่าคงเป็นแบบนี้

พยาบาล : ถ้าอย่างนั้นแบบนี้ดีไหมคะ คุณลองทบทวนในคู่มือที่พยาบาลให้ไป จะมีวิธีการหลายอย่างที่อาจจะสามารถช่วยให้คุณควบคุมความอยากดื่มได้ อย่างน้อยที่ผ่านมายุ่งยังสามารถลดปริมาณการดื่มลงได้มาก พยาบาลคิดว่าการที่คุณจะหยุดดื่มให้ได้สำเร็จนั้นคุณก็สามารถทำได้เช่นกันค่ะ

ผู้ป่วย : ผมจะลองดูอีกสักตั้งนะครับหมอ ผมเชื่อหมอนะ ผมอยากให้ที่บ้านเข้าใจผม อยากให้เค้ามีความสุข

พยาบาล : ดิฉันให้กำลังใจคุณในความตั้งใจครั้งนี้ค่ะ ดิฉันคิดว่าคุณสามารถทำได้แน่นอน เดี่ยวครั้งหน้าที่เราจะเจอกันที่โรงพยาบาล ดิฉันคงได้รับฟังข่าวดีจากคุณนะค่ะ

ผู้ป่วย : ครับ ผมต้องทำให้ได้ ผมจะพิสูจน์ตนเอง ผมสัญญาว่าจะเลิกให้สำเร็จ

3. เขียนแผนการจัดการปัญหาและอุปสรรคอื่นๆ ผู้ป่วยมีกำลังใจและความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองเพิ่มมากขึ้น จากการทำใบกิจกรรมที่ 3.4 เป้าหมายในการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมทั้งผู้ป่วยยังสนใจในรายละเอียดเนื้อหาต่างๆในคู่มือ ซึ่งจะเป็นตัวช่วยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มของตนเองได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้

ในระหว่างการติดตามครั้งนี้พบว่าผู้ป่วย 1 รายกลับมานอนโรงพยาบาลก่อนกำหนดเนื่องจากอาการทางจิตกำเริบจากการใช้สารเสพติด

โทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 5 การติดตามทางโทรศัพท์โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว (การติดตามทางโทรศัพท์โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีกำลังใจในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ให้สำเร็จ
2. เพื่อให้ญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดสถานการณ์เสี่ยงต่างๆที่ส่งผลให้เกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์
3. เพื่อให้ญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ช่วยสังเกตและเน้นย้ำในการปฏิบัติของผู้ป่วยในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีส่วนช่วยให้กำลังใจในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ให้สำเร็จ
2. ญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดสถานการณ์เสี่ยงต่างๆที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และสามารถเป็นแรงผลักดันช่วยให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติได้สำเร็จ

การดำเนินกิจกรรม

ในขั้นตอนนี้ จะเป็นการดำเนินการกับครอบครัวหรือคนใกล้ชิดของผู้ป่วยโดยการติดต่อทางโทรศัพท์ ผู้บำบัดให้ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อช่วยสนับสนุนการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดต้องประเมินเพื่อค้นหาบุคคลสำคัญหรือบุคคลใกล้ชิดที่จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มให้สำเร็จ ด้วยการสร้างสัมพันธ์ระหว่างญาติและผู้บำบัด สร้างความตระหนักให้กับญาติ ถึงผลกระทบและความรุนแรงของปัญหาที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ให้ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดรับรู้บทบาทและมองเห็นความสำคัญของตนเองที่จะมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถควบคุมความอยากดื่มเพื่อลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ตามเป้าหมาย โดยเน้นให้ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเห็นว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ ทำให้ญาติเชื่อมั่นในสิ่งที่ผู้ป่วยกระทำอยู่ว่าสามารถทำได้และหาหนทางร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มได้สำเร็จและต่อเนื่องในระยะยาว โดยมีกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มและการสนับสนุนของครอบครัว (15 นาที) ผู้บำบัดสอบถามถึงพฤติกรรมในการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจากญาติ รวมทั้งปัจจัยหรือสถานการณ์เสี่ยงที่เข้ามากระตุ้นผู้ป่วยจนทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกลอยๆหรือ

ควบคุมความอยากไม่ได้ (ถ้ามี) แนวทางในการสนับสนุนของญาติที่มีต่อผู้ป่วยในการช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความอยากดื่มได้สำเร็จ

ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมและสนับสนุนการตัดสินใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย (10 นาที) ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ญาติพูดถึงการจูงใจผู้ป่วยในการควบคุมการดื่ม โดยการแสดงความตระหนักในการควบคุมการดื่มของผู้ป่วย ความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นจากการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อครอบครัว ให้ข้อมูลสะท้อนกลับของญาติด้วยท่าทีห่วงใยในตัวผู้ป่วยและญาติ การมองเชิงบวก เห็นอกเห็นใจในตัวผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งแนะนำญาติในการสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงได้มาก

ขั้นตอนที่ 3 สรุปผลการดำเนินกิจกรรม (5 นาที) ผู้บำบัดสรุปถึงรายละเอียดที่ได้กล่าวถึงในเบื้องต้น พร้อมทั้งทบทวนแนวทางต่างๆที่ญาติผู้ป่วยจะนำกลับไปใช้ดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจพร้อมทั้งสร้างความเชื่อมั่นให้กับญาติของผู้ป่วยถึงความสามารถที่ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมการดื่มได้อย่างต่อเนื่อง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. โพรคัทท์

การประเมินผล

1) การให้กำลังใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการพูดคุยกับผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยพบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่คุณดูแลมองว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ล้วนอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความอยากดื่มได้ พอสรุปได้ดังนี้

“ที่เห็นก่อนหน้านี้เวลาเค้าเครียดเค้าก็จะดื่ม”

“เลิกงานก็ดื่มทุกวันจะหมอ ห้ามไม่ฟัง”

“ฉันว่าเพื่อนมันแหละตัวดี ชวนกินกันทุกวัน”

“มันคงอยากนะหมอ”

จากการพูดคุยสอบถามถึงปัจจัย/สถานการณ์เสี่ยงที่อาจนำพาผู้ป่วยให้กลับไปดื่มซ้ำ และสอบถามถึงการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในการควบคุมการดื่ม พบว่าผู้ดูแลหลักทุกคนมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นเรื่องการดูแลตนเอง การรับประทานยา การปฏิบัติตัวต่างๆรวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ โดยการคอยสังเกต ตักเตือน ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถทำได้สำเร็จ ไม่ซ้ำเติมหรือตำหนิเมื่อผู้ป่วยพลั้งเผลอ ตัวผู้ดูแลหลักเองมีกำลังใจในการดูแลและมีความมั่นใจในศักยภาพผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้สำเร็จ พอสรุปได้ดังนี้

“ฉันทิใจนะที่เค้าทำได้สำเร็จ ทุกคนในบ้านรู้สึกเป็นห่วงถ้าเค้ายังกินอยู่กลัวโรคที่เค้าเป็นจะกำเริบ”

“ดีใจมากค่ะ เค้าเลิกได้ ก่อนหน้านั้นเคยอยากเลิก แต่ก้อทำได้ไม่เกิน 2 อาทิตย์ แต่นี้เค้าทำได้จริงๆ”

“ดีใจ ที่เค้าทำได้จริงๆ เพราะทุกครั้งทีกลับมาก็มีแอบกินบ้าง แต่ครั้งนี้กลับมาเค้าไม่กินเลย บอกพยาบาลโทรมาตามบ่อย”

“ดีมากเลยคะ ถึงจะมีแอบกลับไปกินบ้างแต่แค่ครั้งสองครั้ง หลังจากนั้นที่พยาบาลโทรมาเตือนเค้าก็หักห้ามใจตนเอง”

2) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ผู้ดูแลหลักมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยพลังเพลอกลับไปดื่มซ้ำได้อีก ผู้ดูแลหลักได้ทราบแนวทางในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ และการผลักดันให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จตามแผนที่วางไว้

ในระหว่างการติดตามครั้งนี้พบว่าผู้ป่วย 1 รายกลับมาอนโรงพยาบาลก่อนกำหนดเนื่องจากกลับไปไม่รับประทานยาและกลับไปใช้สารเสพติดทำให้อาการทางจิตกำเริบ

การสรุปผลและสะท้อนผลทางบวก และสิ้นสุดสัมพันธภาพ

FACE TO FACE: การสรุปผลและสะท้อนผลทางบวก และสิ้นสุดสัมพันธภาพ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีความมั่นใจในศักยภาพของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่อง

การดำเนินกิจกรรม

ในขั้นตอนนี้ จะเป็นการดำเนินการในขั้นตอนสุดท้ายของการบำบัด เป็นการนัดผู้ป่วยและครอบครัวหรือคนใกล้ชิดมาที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อสรุปผลการให้การดูแลต่อเนื่อง และสะท้อนผลทางบวกที่ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติมาตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมกันสรุปสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงที่ได้รับโปรแกรมฯ อีกทั้งให้ผู้ป่วยวางแผนในอนาคตเพื่อดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตและการควบคุมความอยากดื่มอย่างต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม (5 นาที) เป็นการประเมินระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มเป็นแบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง เพื่อประเมินให้ทราบว่าผู้ป่วยยังมีระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระดับขั้นตอนของการลงมือกระทำ

ขั้นตอนที่ 2 การทบทวนกิจกรรมและการสรุปผลการบำบัด (10 นาที) ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยนำคู่มือผู้ป่วยมาด้วยพร้อมทั้งร่วมกันสรุปสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงที่ได้รับโปรแกรมฯ ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยทำแบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) เพื่อประเมินความอยากดื่มแอลกอฮอล์ หลังจากประเมินเสร็จจะรายงานผลให้ผู้ป่วยได้ทราบ และย้ำให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 3 ส่งเสริมความมั่นใจ ให้กำลังใจพร้อมเน้นย้ำการควบคุมความอยากดื่มอย่างต่อเนื่อง (5 นาที) ผู้บำบัดให้กำลังใจและเน้นย้ำถึงศักยภาพที่มีอยู่ของผู้ป่วยที่จะทำให้แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ถูกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 ยุติสัมพันธภาพ (5 นาที) ผู้บำบัดทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติในการยุติการบำบัดระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ผู้บำบัดชี้แจงผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องถึงแม้จะสิ้นสุดโปรแกรมฯ โดยที่ผู้ป่วยสามารถรับการดูแลและได้รับความช่วยเหลือจากโรงพยาบาล เช่นเดิม และหากต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้บำบัด สามารถติดต่อผ่านหน่วยงานใดได้บ้าง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์
2. แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์

การประเมินผล

1. แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมความอยากดื่ม จากการประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจ พบว่าผู้ป่วย 18 รายมีระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มอยู่ในระดับขั้นลงมือกระทำ มีระดับคะแนน 8 -10 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งแรกที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินกับครั้งสุดท้ายของการประเมิน โดยมีผู้ป่วยจำนวน 15 คน มีระดับแรงจูงใจเพิ่มขึ้น และอีก 3 คน ระดับแรงจูงใจเท่าเดิม แต่ผู้ป่วยทุกคนสามารถควบคุมพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มได้อย่างต่อเนื่องทุกคน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง

2. ความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ผู้บำบัดสรุปผลการให้การดูแลต่อเนื่อง และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบผลที่เกิดขึ้นจากการได้รับโปรแกรมก่อนจะประเมินผล ให้ผู้ป่วยนำคู่มือที่ได้ไปมาด้วยร่วมกันสรุปสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงที่ได้รับโปรแกรม ประเมินความอยากดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้แบบวัดความอยาก

ดื่มแอลกอฮอล์ (The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) หลังจากประเมินเสร็จ รายงานให้ผู้ป่วยทราบผล และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีคะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์น้อย และจากการพูดคุยถึงประเด็นและกิจกรรมต่างๆที่ผู้ป่วยได้นำไปปฏิบัติจากในคู่มือผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีและผู้ป่วยแต่ละคนสามารถรับรู้ถึงปัจจัยกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยงของตนเองและสามารถจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงนั้นๆของตนได้ รวมถึงเมื่อประสบปัจจัยกระตุ้นและสถานการณ์ ถึงแม้ผู้ป่วยบางรายจะมีการพลั้งเผลอ แต่ผู้ป่วยก็สามารถรับรู้และสามารถนำแนวทางที่ได้เรียนรู้นำไปปฏิบัติใช้จริงและได้ผล

3. ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ในการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ผู้ป่วยได้ในการเข้าร่วมกิจกรรม จากจำนวนผู้ป่วย 20 คน สามารถอยู่ร่วมจนจบโปรแกรมได้จำนวน 18 คน อีก 2 คน มีการกลับมา admit ในโรงพยาบาลซ้ำ และจากการสรุปผลการบำบัด สะท้อนผลทางบวกและแจ้งการสิ้นสุดสัมพันธภาพ พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อีกทั้งยังมีความเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้นว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้ต่อไปเรื่อยๆ

ผู้บำบัดทบทวนกิจกรรมต่างๆที่ได้ทำมา พร้อมเน้นย้ำให้กำลังใจและเน้นการควบคุมความอยากดื่มอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีแรงจูงใจในการกระทำต่อเนื่อง เห็นได้จากคำพูดเหล่านี้

“ผมสัญญาว่าผมจะเลิกตลอดชีวิตครับ”

“ผมดีใจมากครับที่ทำได้ ผมจะเลิกให้เด็ดขาด ผมต้องทำได้ ทำมาตั้ง 1 เดือนล่ะ”

“ขอบคุณหมอมากเลยนะครับ ที่ช่วยเหลือผมทุกอย่าง ผมอยากเลิกมานานละ อยากทำให้ที่บ้านเค้าเห็นว่าผมทำได้”

“ในที่สุดผมก็ทำได้ ขอบคุณหมอมาก ผมจะนึกถึงคำที่หมอบอก ผมจะเอาคู่มือที่ให้มาไปใช้ต่อ”

หลังจากสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มของตนเองได้สำเร็จ และสามารถค้นหาปัจจัยกระตุ้นที่แท้จริงและสามารถจัดการสถานการณ์เสี่ยงของตนเองได้อย่างชัดเจน รวมถึงผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองที่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางที่วางแผนไว้

การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยกำกับการทดลองด้วยแบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (OCDS) เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อประเมินความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่ม

แอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองต้องมีระดับคะแนนที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดโดยต้องมีคะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง Drop out จำนวน 2 คน เนื่องจากต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุการกลับไปใช้สารเสพติดร่วม ทำให้เหลือกลุ่มทดลองจำนวน 18 คน ซึ่งผลกำกับการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองทุกคนหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม มีระดับคะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ของการกำกับการทดลอง ที่กำหนดไว้โดยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองต้องมีระดับคะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมจึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด รายละเอียดดังที่แสดงในตารางที่ 8



ตารางที่ 8 ระดับคะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์

คนที่	ระดับคะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่างคะแนน
1	22	12	-10
2	30	16	-14
3	18	10	-8
4	18	10	-8
5		Drop out	
6	32	17	-15
7	24	14	-10
8	20	10	-10
9	20	10	-10
10	20	10	-10
11	20	12	-8
12	32	17	-15
13	32	20	-12
14	30	15	-15
15	30	17	-13
16	28	12	-16
17	28	12	-16
18		Drop out	
19	32	17	-15
20	28	13	-15
\bar{X}	25.8	13.6	-12.2

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีรายละเอียดดังนี้

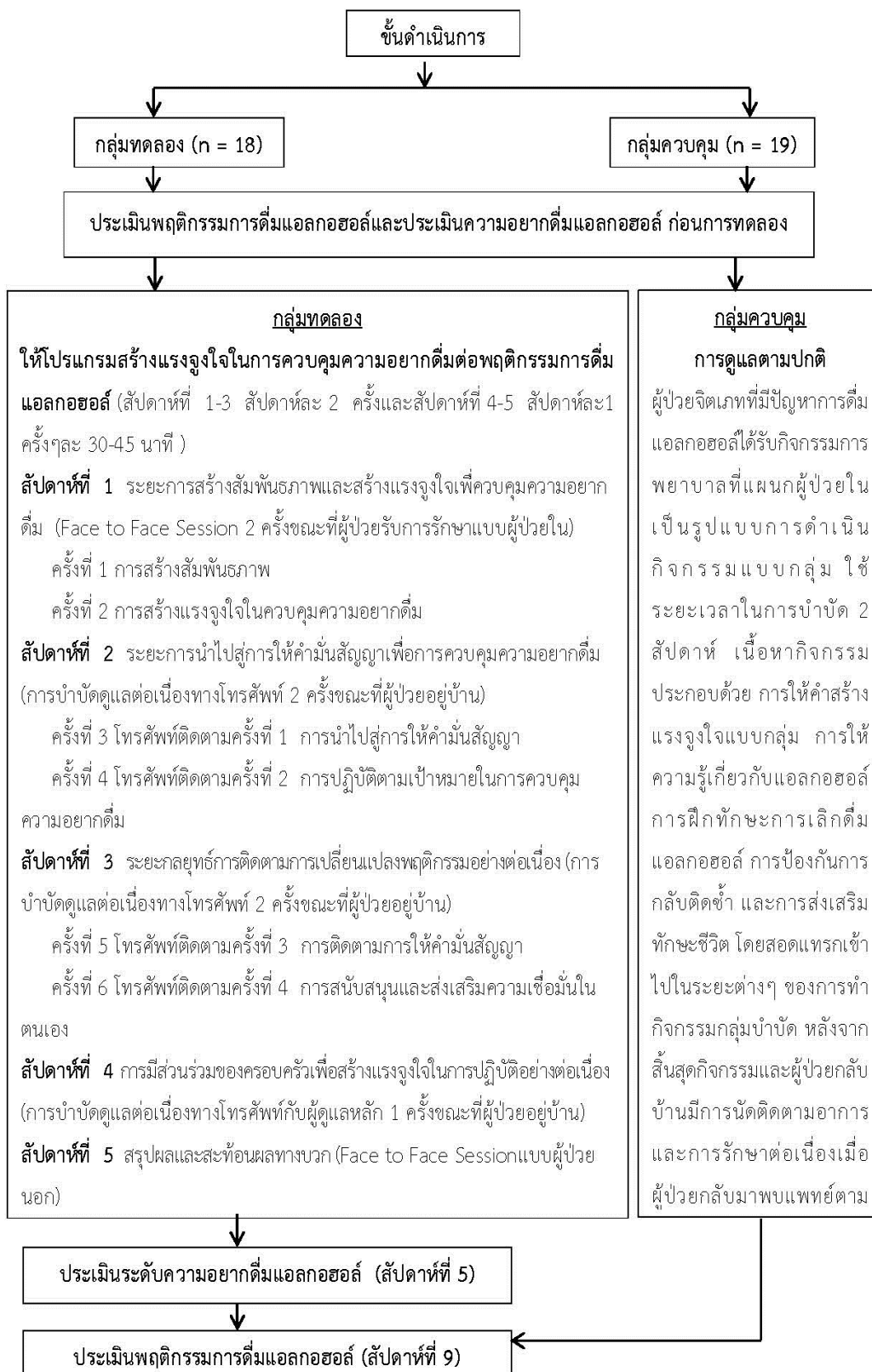
1. ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Audit) และวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (OCDS) ก่อนการทดลอง (Pre-test)
2. ผู้วิจัยประเมินความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยแบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (OCDS) หลังการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 5 และอีก 4 สัปดาห์ถัดมาประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Audit) (Post-test)
3. ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง Drop out จำนวน 2 คน กลุ่มควบคุม Drop out จำนวน 1 คน เนื่องจากต้องกลับมารักษาไข้ในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุการกลับไปใช้สารเสพติดร่วม ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 37 คน ซึ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 18 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 19 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive analysis) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละ
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โทรศัพท์ในการควบคุมความอยากดื่ม โดยใช้สถิติทดสอบที่ (Dependence t-test) มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โทรศัพท์ในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที่ (Independence t-test) มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังแสดงในแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน (Nonequivalent Comparison-Group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่มีปัญหา ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน ผู้วิจัยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน (Matched Paired) ด้วยระดับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์จากแบบประเมิน AUDIT เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเกินที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่งการทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน มีการประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยทุกรายในระยะก่อนการทดลองและประเมินความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในสัปดาห์ที่ 5 และประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หลังจากนั้นอีก 4 สัปดาห์ จากการประเมินติดตามผลการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง Drop out จำนวน 2 คน กลุ่มควบคุม Drop out จำนวน 1 คนเนื่องจากต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุการกลับไปใช้สารเสพติดร่วม ทำให้คงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 37 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 18 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 19 คน

นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุม

ตารางที่ 9 จำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมรายบุคคล ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

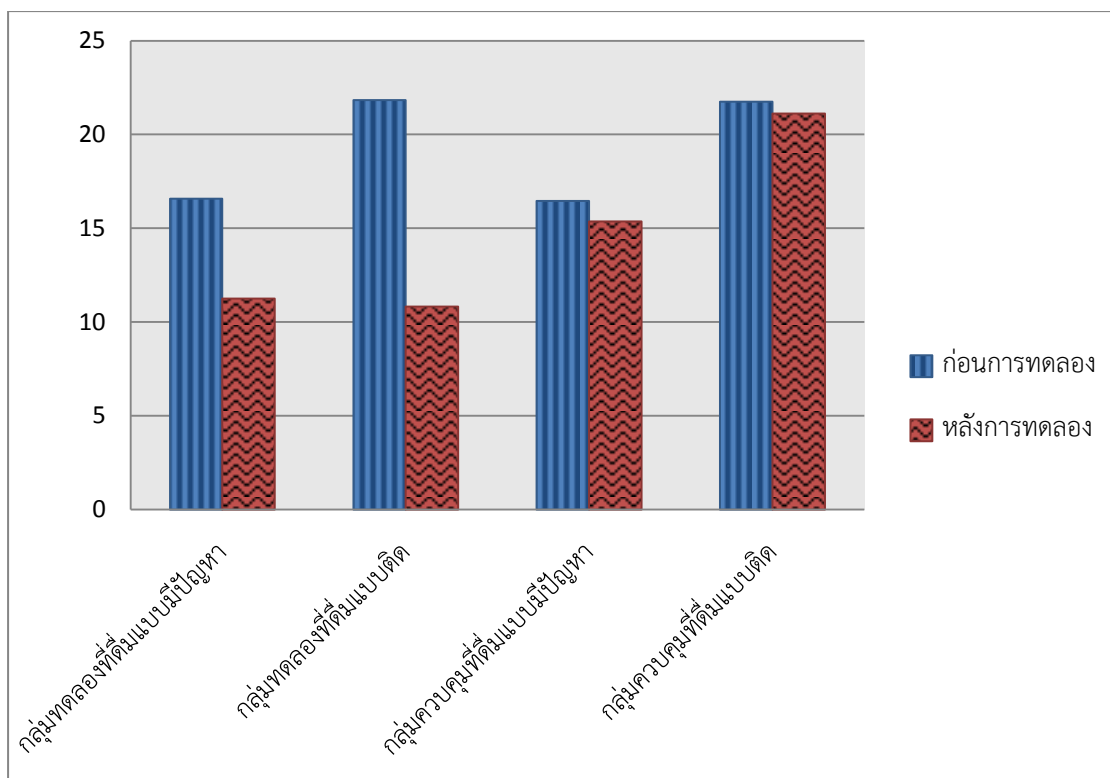
คู่ที่	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=19)	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
การดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา				
1	16	8	16	10
2	18	8	18	19
3	16	10	16	16
4	16	10	16	18
5	16	16	16	10
6	18	15	Drop out	
7	16	10	16	10
8	17	16	16	12
9	18	10	19	18
10	16	8	16	18
11	16	14	16	18
12	16	10	16	20
\bar{X}	16.58	11.25	16.45	15.36
SD	0.90	3.11	1.03	4.01
การดื่มแอลกอฮอล์แบบติด				
13	Drop out	13	26	22
14	27	14	26	26
15	21	15	21	20
16	20	16	20	20
17	22	17	21	17

ตารางที่ 9 (ต่อ)

คู่ที่	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=19)	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
18	20	18	20	24
19	Drop out	19	20	18
20	21	20	20	22
\bar{X}	21.83	10.83	21.75	21.12
SD	2.64	2.56	2.66	3.00
รวมทั้งสองกลุ่ม				
\bar{X}	18.33	11.11	18.68	17.79
SD	3.01	2.87	3.25	4.58

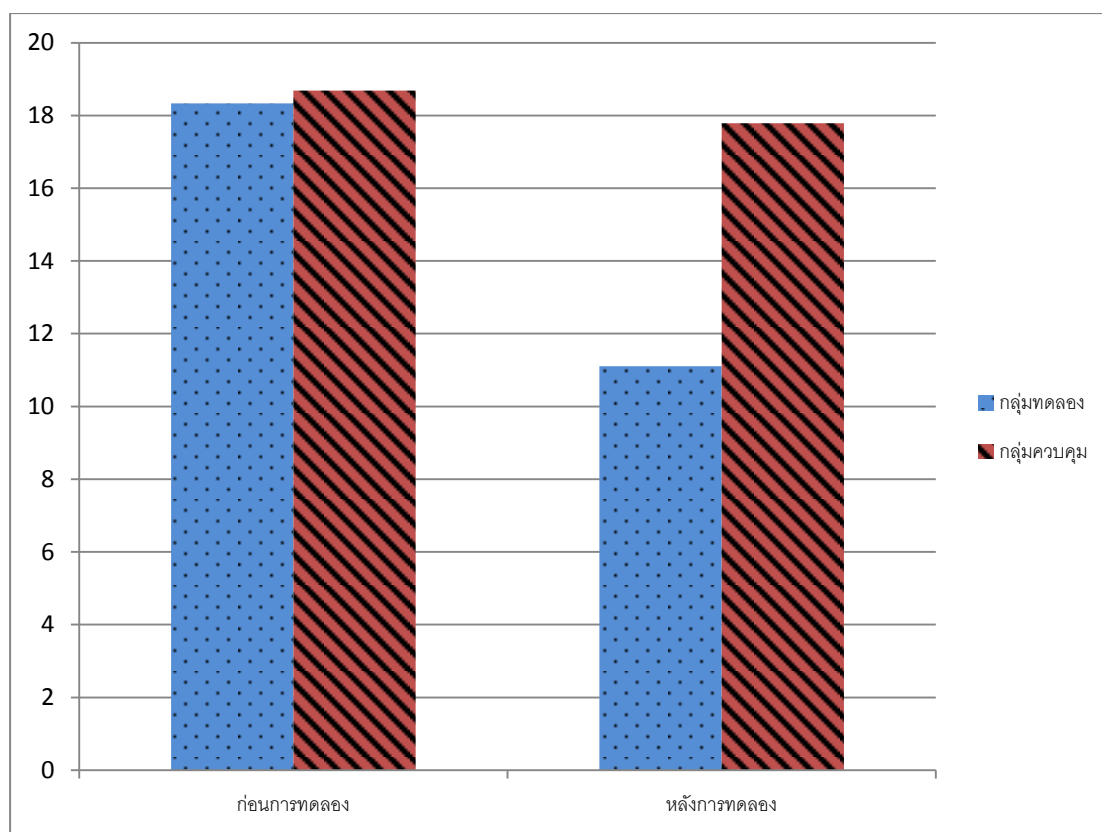
จากตารางที่ 9 พบว่า

- 1) ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มเฉลี่ยในระย่ก่อนทดลองและหลังทดลอง เท่ากับ 16.58 และ 11.25 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มเฉลี่ยในระย่ก่อนทดลองและหลังทดลอง เท่ากับ 16.45 และ 15.36 ตามลำดับ
- 2) ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ดื่มแบบติดขงกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มเฉลี่ยในระย่ก่อนทดลองและหลังทดลอง เท่ากับ 21.83 และ 10.83 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มเฉลี่ยในระย่ก่อนทดลองและหลังทดลอง เท่ากับ 21.75 และ 21.12 ตามลำดับ
- 3) เมื่อรวมทั้งสองกลุ่มพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มเฉลี่ยในระย่ก่อนทดลองและหลังทดลอง เท่ากับ 18.33 และ 11.11 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มเฉลี่ยในระย่ก่อนทดลองและหลังทดลอง เท่ากับ 18.68 และ 17.79 ตามลำดับ



แผนภาพที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการตี้ออกฮอลล์ตามระดับปัญหาการตี้ออกฮอลล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ตี้ออกฮอลล์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากแผนภาพที่ 4 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ตี้ออกฮอลล์แบบมีปัญหและแบบติดของกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการตี้ออกฮอลล์ลดลงอย่างชัดเจนในระยะหลังการทดลอง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มที่ตี้ออกฮอลล์แบบมีปัญหและแบบติดมีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการตี้ออกฮอลล์ที่ดีหลังจากได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากตี้ออกฮอลล์ และจากการเปรียบเทียบแนวโน้มและค่าคะแนนของแผนภูมิแท่งนี้ จะเห็นได้ว่ากลุ่มทดลองที่มีระดับปัญหาการตี้ออกฮอลล์แบบมีปัญหและแบบติดที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากตี้ออกฮอลล์จะมีคะแนนพฤติกรรมการตี้ออกฮอลล์เฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม



แผนภาพที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์
ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากแผนภาพที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มเฉลี่ยลดลงในระยะหลังการทดลอง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มที่ดีหลังจากได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มและได้รับการพยาบาลปกติ แต่จากการเปรียบเทียบแนวโน้มและค่าเฉลี่ยคะแนนของแผนภูมิแท่งนี้ จะเห็นได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มจะมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างชัดเจน

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์

	\bar{X}	SD	df	t	p
คะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม	18.33	3.01	17	14.50	.000
คะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม	8.56	3.50			

จากตารางที่ 10 พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.33 คะแนน ส่วนหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.56 คะแนน โดยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์หลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มดีขึ้น

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

	N	\bar{X}	SD	df	t	p
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม	18	18.33	3.01	35	.340	.736
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	19	18.68	3.25			
หลังการทดลอง						
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม	18	8.56	3.50	35	6.027	.000
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	19	16.42	4.36			

จากตารางที่ 11 พบว่า ก่อนการทดลองพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.33 คะแนน ส่วนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.68 คะแนน โดยพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภททั้งสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.56 คะแนน ส่วนคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.42 คะแนน โดยพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่ำกว่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน (Nonequivalent Comparison-Group Design) โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มในระลอกทดลองและหลังการทดลอง และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระลอกทดลองและหลังการทดลอง มีการตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์หลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มดีขึ้น
2. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่มีปัญหา ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่มีปัญหา ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สังกัดกรมสุขภาพจิต ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกทั้งเพศชายและเพศหญิงจำนวน 40 คน

ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-Paired) เพื่อควบคุมตัวอิทธิพลตัวแปรเกินที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์จากแบบประเมิน AUDIT โดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญห (คะแนน 16-19 คะแนน) และกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการดื่มแอลกอฮอล์แบบติด (คะแนน 20 คะแนนขึ้นไป) จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการจับฉลากเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดี และมีความครอบคลุมลักษณะของประชากรกลุ่มละ 20 คน จากการประเมินติดตามผลการทดลอง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง Drop out จำนวน 2 คน กลุ่มควบคุม Drop out จำนวน 1 คน เนื่องจากต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุการกลับไปใช้สารเสพติดร่วม ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 37 คนซึ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 18 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 19 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม ประกอบด้วย
 - 1.1 คู่มือดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์
 - 1.2 คู่มือผู้ป่วยในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์
 - 1.3 แบบวัดการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS)
2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT)

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด มีดังนี้

1. **เครื่องมือทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม
 - 1.1 โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Miller and Rollnick (2002) ในการสร้างโปรแกรมครั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายบุคคล ดำเนินกิจกรรมติดต่อกัน 5 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม 2 ครั้ง ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและอยู่ในระยะเตรียมจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายและการบำบัดต่อเนื่องทางโทรศัพท์ในครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 2-4 ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้านโดยการบำบัดต่อเนื่องทางโทรศัพท์ และในสัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้งขณะผู้ป่วยกลับมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ในแต่ละครั้งใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 30 – 45 นาที รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม **สัปดาห์ที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ Face to Face Session (2 ครั้ง) ดำเนินการในช่วงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในอยู่ในระยะเตรียมจำหน่ายเพื่อสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยไม่เพิกเฉยต่อปัญหาการดื่ม มองเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและหมดความลังเลใจ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยได้ค้นหาบุคคลในครอบครัวที่จะคอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมได้ โดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินเปลี่ยนแปลงครั้งนี้โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจในโรคและอาการและให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ เพราะในระยะนี้ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีระดับของความตั้งใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกัน ผู้บำบัดจึงต้องสร้างให้เกิดแรงจูงใจที่เข้มแข็งและมั่นคงที่จะเริ่มต้นในการลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงมีแผนในการควบคุมความอยากดื่มโดยการจัดการกับปัจจัยภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 ระยะการนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน **สัปดาห์ที่ 2** การบำบัดดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (โทรศัพท์ครั้งที่ 1, 2) เน้นการสร้างแรงจูงใจมุ่งมั่นในชั้นลงมือปฏิบัติการจัดการกับปัจจัยภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน สร้างความตั้งใจที่จะควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ให้มีความหนักแน่นมั่นคง โดยให้ผู้ป่วยร่วมวิเคราะห์ถึงสิ่งกระตุ้นความอยากดื่มของตนเองและร่วมกันหาแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันและแก้ไข โดยให้ออกาสผู้ป่วยที่จะเลือกว่าจะหลีกเลี่ยงหรือมีวิธีการจัดการกับสิ่งกระตุ้นความอยากดื่มของตนเองอย่างไร โดยใช้เทคนิคต่างๆในการทำให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงความแตกต่างในปัจจุบัน การหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย การหมั่นตามแรงต้าน พุดคุยถึงข้อดีและข้อเสียของการดื่มแอลกอฮอล์ และการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการแสดงความคิดเห็นที่เห็นใจ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแสดงคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเองออกมา พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง(support self-efficacy)

ระยะที่ 3 ระยะกลยุทธ์การติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง **สัปดาห์ที่ 3** การบำบัดดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (โทรศัพท์ครั้งที่ 3, 4) เน้นการตรวจสอบแรงจูงใจให้คงอยู่ในระยะลงมือปฏิบัติ มีการเสริมแรงซ้ำและย้ำคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมที่ได้ลงมือปฏิบัติไป โดยการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์จะทำ

ให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากขึ้น ด้วยการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยได้พบกับผู้บำบัดครั้งสุดท้าย พุดคุยถึงความตั้งใจและแผนการปฏิบัติที่ผู้ป่วยได้ทำไปแล้วในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยสอบถามถึงการปฏิบัติเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ว่าผู้ป่วยได้ทำตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ ถ้าผู้ป่วยทำได้เหมาะสมตามเป้าหมายผู้บำบัดให้การยืนยันรับรองพฤติกรรมนั้น แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ตามแผน สอบถามถึงปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นและร่วมกับผู้ป่วยหาวิธีการแก้ไขปัญหาและวางแผนการปฏิบัติต่อไป ผู้บำบัดต้องเสริมแรงจูงใจซ้ำโดยการใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพุดข้อความจูงใจตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างเป้าหมายในอนาคตและสภาพปัจจุบัน

สัปดาห์ที่ 4 การบำบัดดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว (โทรศัพท์ครั้งที่ 5) ให้ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อช่วยสนับสนุนการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดสอบถามบุคคลสำคัญหรือบุคคลใกล้ชิดถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มให้สำเร็จ พร้อมทั้งเสริมแรงและสร้างความตระหนักให้กับญาติ ถึงผลกระทบและความรุนแรงของปัญหาที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ให้ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดรับรู้บทบาทและมองเห็นความสำคัญของตนเองที่จะมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถควบคุมความอยากดื่มเพื่อลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ตามเป้าหมายต่อไป ทำให้ญาติเชื่อมั่นในสิ่งที่ผู้ป่วยกระทำอยู่ว่าสามารถทำได้และหาหนทางร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มได้สำเร็จและต่อเนื่องในระยะยาว

สัปดาห์ที่ 5 Face to Face Session เป็นการนัดผู้ป่วยและครอบครัวหรือคนใกล้ชิดมาที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อสรุปผลและสะท้อนผลทางบวก อีกทั้งให้ผู้ป่วยวางแผนในอนาคตเพื่อดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตและการควบคุมความอยากดื่มอย่างต่อเนื่อง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยพบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

1.2 คู่มือผู้ป่วยในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ เป็นคู่มือสำหรับผู้ป่วยที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้นำกลับไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ เพื่อให้ผู้ป่วยได้จัดการปัญหาความอยากดื่มแอลกอฮอล์อันเป็นเหตุให้กลับไปดื่มซ้ำ ภายในคู่มือผู้ป่วยเล่มนี้จะเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองได้สำเร็จ ขอบเขตเนื้อหาภายในคู่มือประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ การดูแลตนเองเบื้องต้น ปัจจัยกระตุ้น การจัดการกับความเครียดที่นำไปสู่ความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และการสร้างแรงจูงใจและการตั้งเป้าหมายในการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์

1.3 แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) ของ Anton, Moak and Latham (1995) ซึ่งพัฒนาโดย Suktrakul Sunisa et al. (2009) เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ตอบทำการประเมินตนเอง โดยมีตัวเลือกให้เลือก 5 ตัวเลือก ตั้งแต่ 0 - 4 มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ผลคะแนนรวมตั้งแต่ 0-40 คะแนน ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) พบค่าเท่ากับ .98 และมีการตรวจสอบความเที่ยงโดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธู์ภา กิตติรัตน์ ไพบุลย์ (2553) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) .80 และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .71 ในแบบประเมินนี้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์จะต้องได้คะแนนระดับตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปตามเกณฑ์การตัดเข้า เนื่องจากผู้ดื่มแบบอันตรายและผู้ดื่มแบบติดเป็นผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง (พันธู์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, 2552) และเป็นผู้ที่เหมาะสมต่อการได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจด้วย (สุนทรี ศรีโกสัย, 2552)

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 เตรียมความพร้อมในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท

1.2 เตรียมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์พร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยที่ผ่านความเห็นชอบแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาโดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา สถานที่

1.3 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ขั้นดำเนินการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามส่วนบุคคลและประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) และแบบวัดความอยากดื่ม (OCDS) ก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.2 ในการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ ประเมินอาการ

ด้านร่างกายด้านจิตใจ การให้คำแนะนำตามปัญหา และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มโดยมีการดำเนินกิจกรรมติดต่อกัน 5 สัปดาห์ๆที่ 1- 3 ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งและสัปดาห์ที่ 4-5 สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 30-45 นาที โดยในสัปดาห์แรกทำขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในสัปดาห์ก่อนจำหน่ายและในวันจำหน่าย ณ แผนกผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และอีก 4 สัปดาห์เป็นโทรศัพท์ติดตามขณะที่ผู้ป่วยออกไปอยู่ที่บ้าน โดยการโทรศัพท์พูดคุยเป็นเวลา 3 สัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้งๆ ละ 30-45 นาที

3. ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประเมินความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (OCDS) เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 และหลังจากนั้น 4 สัปดาห์ประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้แบบประเมิน AUDIT

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive analysis) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละ มีการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependence t-test) และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independence t-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์หลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มดีขึ้น

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลแบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 1 ดังนี้

รูปแบบการบำบัดด้วยโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาตามแนวคิดของแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) โดยมีหลักการสำคัญ Client centered counseling เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วยตนเอง แก้ไขความลังเลใจของผู้ป่วย ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางและมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจภายในเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมเพิ่มขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้คือ เพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย โดยมีกระบวนการภายในการบำบัดแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะที่ 2 ระยะการนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และระยะที่ 3 ระยะกลยุทธ์การติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาเสร็จสิ้นและได้รับการจำหน่ายกลับไปสู่ชุมชน จะพบว่าเมื่ออัตราการกลับไปเสพซ้ำสูง เมื่อศึกษาปัจจัยของการกลับไปดื่มซ้ำพบว่าเมื่อกลับไปสู่ชุมชนจะเกิดความลังเลใจ เมื่อมีสิ่งยั่วยุต่างๆ เช่น เพื่อน สังคมและสิ่งแวดล้อมเดิมๆ ความลังเลใจ ความอยากดื่ม ขาดทักษะในการจัดการกับความอยากดื่มของตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้ขาดแรงจูงใจที่จะเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉราพร นัตสาสาร (2548) ที่พบว่าสาเหตุของการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำคือ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านความอยากดื่มแอลกอฮอล์ การขาดกำลังใจและแรงกระตุ้นในการเลิกดื่มอย่างต่อเนื่อง และการขาดการได้รับคำปรึกษาในการเลิกดื่ม และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Baker et al. (2002) ที่พบว่าประสิทธิภาพของ Motivation Interview สามารถช่วยเพิ่มความต้านทานในผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์และร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นเช่นกัน และการศึกษาโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่ม

แอลกอฮอล์ ได้นำรูปแบบของการติดต่อทางโทรศัพท์มาเป็นเครื่องมือในการดำเนินโปรแกรมกับผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายบุคคล และโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม นี้ได้ใช้งานวิจัยของของ McKay et al. (2005) ที่กล่าวถึง การดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ที่มีหลักการการฟังอย่างตั้งใจ ถามรายละเอียดเพื่อข้อมูลที่ชัดเจนเข้าใจให้ตรงกับผู้ป่วย มีการทวนความเพื่อตรวจสอบให้มั่นใจว่ามีความเข้าใจที่ถูกต้องและสอดคล้องไปในทางเดียวกัน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามอีกทั้งต้องไวต่อสิ่งที่ผิดปกติ เพื่อให้การบำบัดเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

เมื่อดำเนินการให้การพยาบาลแบบดูแลต่อเนื่องตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าในระยะเริ่มต้นของการดำเนินโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม โดยการประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่มีระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในขั้นลงมือกระทำ ผู้ป่วยมีความพร้อมในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มของตนเอง และมีแรงจูงใจในการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองทุกคน ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยทุกคนมีคะแนนระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงอยู่ในขั้นลงมือกระทำ ซึ่งจากการศึกษาและพูดคุยกับผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเก่าที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้งและโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยบางรายผ่านการเข้ากลุ่มบำบัดแอลกอฮอล์มาบ้างแล้ว และผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ถึงปัญหาของตนเองในการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเหตุผลเหล่านี้จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยแต่ละคนมีความพร้อมที่อยากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง เมื่อเริ่มให้การพยาบาลตามโปรแกรมฯ โดยใช้เทคนิคต่างๆ ของการสร้างแรงจูงใจพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์บางคนสามารถที่จะปกครองตนเองให้อยู่ในระดับขั้นของการลงมือกระทำ แต่ยังมีผู้ป่วยบางคนยังมีมีความคิดลังเล ไม่มั่นใจ และขาดแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มจนทำให้กลับไปดื่มซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญพักตร์ดารากร ณ อยุธยา (2556) และ Gregg et al. (2007) ที่กล่าวถึง ปัจจัยของการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตไว้ว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตจะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อจัดการกับความทุกข์ทรมานจากอาการทางจิตของตนเองจนทำให้เล็งเห็นแต่ผลดีของการดื่มแอลกอฮอล์ และเกิดความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม จนเป็นสาเหตุให้ขาดแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ในการดำเนินการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มนี้ มีการคำนึงถึงการใช้เทคนิค DARES ได้แก่ การทำให้เห็นช่องว่างระหว่างเป้าหมายในอนาคตกับปัจจุบัน (Develop discrepancy) การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (Avoid argumentation) การหมุ่นตามแรงต้าน (Roll with resistant) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Express empathy) และการสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพในตัวบุคคล (Support self-efficacy) ประกอบกับการใช้การดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ที่มีหลักการการฟังอย่างตั้งใจ และถามรายละเอียดเพื่อข้อมูลที่ชัดเจนเข้าใจให้ตรงกับ

ผู้ป่วย มีการทวนความเพื่อตรวจสอบให้มั่นใจว่ามีความเข้าใจที่ถูกต้องและสอดคล้องไปในทางเดียวกัน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามอีกทั้งต้องไวต่อสิ่งที่ผิดปกติ ในการดำเนินกิจกรรมซึ่งมีส่วนช่วยในการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลงได้ และสามารถเพิ่มระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน เห็นได้จากเมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิดความลังเลใจความไม่มั่นใจ และทำให้มีพฤติกรรมกลับไปดื่มซ้ำเกิดแรงต้านเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยมีการใช้เทคนิคหมุนตามแรงต้าน การหลีกเลี่ยงข้อโต้แย้ง การแสดงความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การแสดงความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์แสดงออกพร้อมทั้งมีการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเล็งเห็นถึงศักยภาพของตนเอง ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์เกิดความมั่นใจ ไม่ลังเล ว่างใจ มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังพร้อมที่จะเปิดใจรับฟังข้อมูลต่างๆ และทำให้มีการแสดงออกถึงการต่อต้านในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่น้อยลงได้

เมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นลงมือกระทำ ในด้านการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ นี้ยังมีการใช้กระบวนการ FRAME ได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) การเน้นความรับผิดชอบที่ตัวผู้ป่วย (Responsibility) การแนะนำ (Advice) การให้ทางเลือก (Menu) การเห็นอกเห็นใจ (Empathic style) และการสนับสนุนศักยภาพของผู้ป่วย (Support self-efficacy) ร่วมกับการใช้การดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ซึ่งมีส่วนสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์เกิดแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ชัดเจนและมีความเหมาะสมมากขึ้น โดยสามารถคิดและวางแผนดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง และสามารถนำแผนที่วางไว้มาปฏิบัติและสามารถกระทำได้ตามแผนที่วางไว้ จากการศึกษาจะเห็นได้ชัดว่าในด้านการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งผู้วิจัยได้รับข้อมูลต่างๆ จากผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สถานการณ์ต่างๆ ในการดำเนินชีวิต สิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์การดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนที่วางไว้ การพบเจอสิ่งกระตุ้นต่างๆ / สถานการณ์เสี่ยงอีกทั้งอารมณ์ความรู้สึกต่อความอยากดื่ม จากนั้นผู้วิจัยมีการใช้เทคนิคการให้ข้อมูลสะท้อนกลับโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์เกิดความตระหนักต่อความรับผิดชอบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มของตนเอง พร้อมทั้งให้คำแนะนำและร่วมหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อให้การดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปด้วยดี และในขณะเดียวกันผู้วิจัยมีการแสดงออกถึงความเข้าใจในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ เข้าใจในความลังเลใจของผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปเจอปัจจัย/สถานการณ์เสี่ยงที่กระตุ้นทำให้เกิดความอยากดื่มต่างๆ และมีการให้กำลังใจ กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในคำมั่นสัญญาและเป้าหมายของผู้ป่วยเป็นระยะ และสนับสนุนให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยถึง

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่ม ซึ่งการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดนี้เป็นไปตามกระบวนการของการสร้างแรงจูงใจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีแผนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มของตนเอง มีแนวทางที่มีความเหมาะสมกับตนเองในการจัดการกับปัจจัย/สถานการณ์เสี่ยงที่กระตุ้น รวมถึงส่งผลให้เกิดความมั่นใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีการออกแบบโดยการคำนึงถึงความแตกต่างของระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ และธรรมชาติของแรงจูงใจที่สามารถลดลงหรือเพิ่มมากขึ้นและสามารถเปลี่ยนแปลงระดับขึ้นได้จากปัจจัยหลายอย่าง โดยจะมีการประเมินระดับแรงจูงใจในช่วงของการดำเนินกิจกรรมในทุกครั้ง และใช้กระบวนการผลักดันให้ผู้ป่วยมีระดับของแรงจูงใจอยู่ในขั้นที่ลงมือกระทำเสมอก่อนที่จะดำเนินกิจกรรมต่อไป ซึ่งการออกแบบกิจกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับ Wagner and Ingersoll (2013) ที่กล่าวว่า ในการดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างแรงจูงใจจำเป็นต้องมีการตรวจสอบแรงจูงใจของผู้ป่วยให้มีความใกล้เคียงกันหรือให้มีความเหมาะสมกับเนื้อหาของกิจกรรม เพื่อให้การดำเนินการบำบัดมีประสิทธิภาพสูงสุด และ Miller and Rollnick (2002) เชื่อว่า ระดับแรงจูงใจของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการตรวจสอบระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อกระบวนการผลักดันให้เป็นไปตามขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินการโดยเทคนิคการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ร่วมด้วย ซึ่งผลจากการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทำให้สามารถติดตามให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีความสะดวก รวดเร็ว อีกทั้งยังสามารถให้การช่วยเหลือ แนะนำ ส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจ และที่สำคัญกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ดำเนินตามแผนที่ได้วางไว้ใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากได้อย่างต่อเนื่องและทันที่กับสถานการณ์ในชีวิตจริงที่เผชิญอยู่ นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ให้ความร่วมมือในการให้การดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์เป็นอย่างดี เห็นได้จากการโทรไปพูดคุยในแต่ละครั้งตามรูปแบบโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม ผู้ป่วยจะให้ข้อมูลที่เพียงพอและครบถ้วนเสมอ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นไปตามแผนที่ได้วางไว้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ McKay et al. (2005) ที่พบว่ากลุ่มผู้ที่มีแนวโน้มในการกลับไปติดแอลกอฮอล์ซ้ำมีผลการรักษาดีกว่าหากได้รับการกระตุ้นและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องเมื่อเทียบกับวิธีการรักษาแบบมาตรฐานและการศึกษาของ Tinakon et al. (2011) ที่พบว่าทำให้การดูแลทางโทรศัพท์ในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์พบว่ามีจำนวนวันดื่มความถี่และปริมาณการดื่มโดยเฉลี่ยลดลงมากกว่าการดูแลตามปกติ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการใช้โทรศัพท์ดูแลต่อเนื่อง

จากกระบวนการของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม ที่กล่าวมาข้างต้น ในการศึกษาครั้งนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่มีปัญหา ซึ่งแบ่งตามระดับพฤติกรรมการดื่มแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับที่มีปัญหา (Harmful drinking) และผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับติด (Alcohol dependence) โดยทั้ง 2 กลุ่มได้รับการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม ที่มีรูปแบบและเนื้อหาเหมือนกัน และผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ในระยะหลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีระดับความอยากดื่มแอลกอฮอล์ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเมื่อติดตามพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์พบว่าลดลงเช่นกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า หากเมื่อกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถลดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ลงแล้ว พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก็จะสามารถลดลงไปด้วยเช่นกัน

จากที่กล่าวมาข้างต้นสนับสนุนได้ว่า โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 2 ดังนี้

ผู้วิจัยได้มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเกินที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยครั้งนี้ คือ ระดับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched Paired) แล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยในระยะก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (\bar{X} = 18.33 และ 18.68 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ, $p > .05$) แต่ในระยะหลังจากการทดลองพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม ช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถควบคุมความอยากดื่มได้ และนำไปสู่การลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลงได้ ซึ่งมีความแตกต่างกับการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับ กล่าวคือ การพยาบาลตามปกติเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับจากหอผู้ป่วยดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มบำบัด มีระยะเวลาเวลา 2 สัปดาห์ ลักษณะการดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษารายบุคคลและรายครอบครัว การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การบำบัดการสร้างแรงจูงใจ การให้สุขศึกษาในเรื่องต่างๆ และเมื่อสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาลจะได้พบแพทย์จะมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในการรักษาอาการทางจิตรวมถึงการปฏิบัติตัวเบื้องต้น และมีการติดตาม

พฤติกรรมการณ์ที่ดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงมีการให้คำปรึกษาในระยะสั้น ซึ่งรูปแบบดังกล่าวเป็นเพียงการดูแลที่มีความเกี่ยวเนื่องกับปัญหาทางจิตที่เกิดขึ้นเท่านั้นยังไม่ครอบคลุมถึงระดับของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จำเป็นต้องดำเนินการให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์บางส่วนยังคงมีพฤติกรรมการณ์ที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง การใช้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม นี้จะมีการใช้หลักการของการสร้างแรงจูงใจ ซึ่งจะมีส่วนช่วยผลักดันและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีระดับแรงจูงใจที่เพิ่มขึ้น สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่องโดยการใช้รูปแบบโทรศัพท์ในการติดตามต่อเนื่องสามารถอภิปรายกระบวนการในแต่ละครั้งของการดำเนินกิจกรรมบำบัดตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม ได้ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ในขั้นตอนการสำรวจความสมัครใจเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพโดยการกล่าวทักทาย กำหนดระยะเวลาที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย พร้อมทั้งชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายหลังจากการชี้แจงผู้วิจัยบอกถึงข้อตกลงของการสร้างสัมพันธภาพ มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบของการบำบัด เพื่อป้องกันการเกิดความวิตกกังวลเมื่อต้องสิ้นสุดสัมพันธภาพ ซึ่งเห็นได้ชัดว่ากิจกรรมดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์เกิดความผ่อนคลายในการดำเนินกิจกรรม เกิดความไว้วางใจ และยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล มีปฏิสัมพันธ์กับผู้วิจัย ซึ่งถือเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้เป็นอย่างมาก รูปแบบการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวนี้มีความสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติของสมบัติ ธิยาพันธ์ (2552) ที่กล่าวว่ากระบวนการสร้างสัมพันธภาพจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจต่อการรักษาพยาบาล และยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่จะเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาพยาบาลได้มากขึ้น

ครั้งที่ 2 การสร้างแรงจูงใจในการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยเริ่มจากการซักประวัติส่วนบุคคลและการซักประวัติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการณ์ที่ดื่มแอลกอฮอล์ และประเมินระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยว่าอยู่ในขั้นตอนไหนก่อนได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม ผู้วิจัยจะพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องของพฤติกรรมการณ์ที่ดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยในปัจจุบัน รวมไปถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจากผลการศึกษาผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในโทษของการดื่มแอลกอฮอล์และการควบคุมความอยากดื่มของตนเอง แต่บางคนยังมีความลังเลใจในการที่จะควบคุมความอยากดื่มของตนเอง ผู้วิจัยจะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและหมดความลังเลใจ ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองไม่เพิกเฉยต่อปัญหา ผู้วิจัย

จะต้องสร้างให้เกิดแรงจูงใจที่เข้มแข็งและมั่นคงที่จะเริ่มต้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งกระบวนการสร้างความตระหนักและลดความลังเลใจในการดำเนินการครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพัชชราวลัย กนกจรรยา (2554) และสาวิตรี สุริยะฉาย (2556) ที่พบว่าในช่วงต้นของการดำเนินกิจกรรมหากผู้ป่วยมีความตระหนักในปัญหาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จะทำให้ผู้ป่วยมีความเต็มใจ และมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในระยะต่อไปเป็นอย่างดี และมีความพร้อมในการเรียนรู้สร้างความเข้าใจ และสร้างความตระหนักแล้วพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเมื่อได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และได้วิเคราะห์ถึงข้อดีข้อเสียของการดื่มแอลกอฮอล์แล้วผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองมากขึ้นรวมถึงมีแผนในการควบคุมความอยากดื่ม โดยการสอบถามถึงปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อที่จะได้จัดการกับปัจจัยภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มอย่างต่อเนื่อง

เมื่อสร้างความตระหนักแล้วก็จะเป็นการดำเนินการในขั้นตอนให้ผู้ป่วยค้นหาช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับสิ่งที่เป็นอยู่ปัจจุบัน (Develop discrepancy) ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสามารถสามารถบอกถึงเป้าหมายในอนาคตของตนเองได้อย่างชัดเจน พร้อมทั้งมีแผนในการดำเนินการ ผู้วิจัยจะเน้นในเรื่องการสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Support self-efficacy) ผู้วิจัยจะช่วยผู้ป่วยโดยการเสนอทางเลือก (Menu) ในการเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วยได้มีทางเลือกในการพิจารณาและเป็นผู้ตัดสินใจในแนวทางปฏิบัติด้วยตนเอง และเพื่อให้ผู้ป่วยไม่เพิกเฉยต่อปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ มองเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและหมดความลังเลใจ ตลอดจนมีแผนในการควบคุมความอยากดื่มโดยการจัดการกับปัจจัยภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่มอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 ระยะการนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1 เป็นขั้นตอนการนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน ตามแนวคิดของ Miller and Rollnick (2002) เชื่อว่า ระดับแรงจูงใจของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการตรวจสอบระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อกระบวนการผลักดันให้เป็นไปตามขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นในการศึกษาผู้วิจัยเริ่มต้นประเมินระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยว่าอยู่ในขั้นตอนไหนก่อนได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม พบว่าผู้ป่วยยังคงให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี มีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นลงมือกระทำ (Action) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพัชชราวลัย กนกจรรยา (2554) กล่าวว่าหากผู้ติดแอลกอฮอล์มีระดับของแรงจูงใจอยู่ในขั้นลงมือกระทำจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต่อเนื่องได้ดี

กิจกรรมในครั้งนี้มุ่งเน้นเน้นการสร้างแรงจูงใจมุ่งมั่นในชั้นลงมือปฏิบัติการจัดการกับปัจจัยภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่ม สร้างความตั้งใจที่จะควบคุมความอยากดื่ม แอลกอฮอล์ให้มีความหนักแน่นมั่นคง โดยให้ผู้ป่วยร่วมวิเคราะห์ถึงสิ่งกระตุ้นความอยากดื่มของตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและร่วมกันหาแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันและแก้ไข โดยให้ออกาสผู้ป่วยที่จะเลือกว่าจะหลีกเลี่ยงหรือมีวิธีการจัดการกับสิ่งกระตุ้นความอยากดื่มของตนเองอย่างไร โดยใช้เทคนิคต่างๆของการสร้างแรงจูงใจ (MI Techniques) ได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิด (Open question) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) การให้คำแนะนำ (Advice) ในการทำให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงความแตกต่างในปัจจุบัน รวมถึงการแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย (Empathy) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาและการเปลี่ยนแปลงในด้านกระบวนการคิด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีการแสดงคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเองออกมา พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (support self-efficacy) ถ้าผู้ป่วยคิดและยอมรับว่ามีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากดื่มเป็นปัญหา (Responsibility) ผู้บำบัดต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้เริ่มต้นวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่ม โดยการสะท้อนกลับและยืนยันรับรองในสิ่งที่เหมาะสม เน้นย้ำความรับผิดชอบของผู้ป่วย และให้อิสระในการเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วย (Menu) จาก การติดตามผลพบว่าการทำไปกิจกรรมที่ 3.1 ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สะท้อนให้เห็นภาพของการควบคุมความอยากดื่มได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ทุกคนสามารถปฏิบัติได้ตามแผนที่วางไว้ ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ยังไม่มีปัจจัยกระตุ้นทำให้อยากกลับไปดื่ม ยังคงสามารถควบคุมความอยากดื่มได้สำเร็จ การใช้เทคนิคต่างๆ ของการเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นมีส่วนช่วยอย่างมากในการผลักดันผู้ป่วยให้มีแรงจูงใจในการกระทำนั้น และเล็งเห็นผลดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มมากขึ้น ซึ่งสามารถเพิ่มระดับแรงจูงใจให้อยู่ในระดับที่เพิ่มขึ้นได้ ส่งผลให้เกิดคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างชัดเจน โดยในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านกระบวนการคิด การมองปัญหาส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยสามารถกล่าวคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเองออกมา ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความคิดเห็นอย่างไรต่อปัญหา และเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ชัดเจน (Miller and Rollnick, 2002)

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 ในการติดตามครั้งนี้ผู้วิจัยจะยังคงประเมินระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยว่าอยู่ในขั้นตอนใดก่อนได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม พบว่าผู้ป่วยยังยังคงให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี มีระดับแรงจูงใจอยู่ในชั้นลงมือกระทำ (Action) เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยยังมุ่งมั่นในชั้นลงมือปฏิบัติการจัดการกับปัจจัยภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับความอยากดื่ม จากการติดตามผลการปฏิบัติตัวจากไปกิจกรรมที่ 3.1 และ 3.2 สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยทุกคนสามารถทำได้ตามเป้าหมาย

ของตนในการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ไม่มีการกลับไปดื่มซ้ำในครั้งนี้อีก ถึงแม้ผู้ป่วยบางคนมีสถานการณ์/ปัจจัยกระตุ้นใดๆ เข้ามาเกี่ยวข้องแต่ตนสามารถปฏิเสธและสามารถบอกถึงแนวทางในการควบคุมความอยากดื่มได้อย่างชัดเจน อีกทั้งยังเกิดความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถทำได้ตามที่ตั้งเป้าไว้ ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยเขียนถึงคำสัญญาของตนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักและนึกถึงคำมั่นสัญญาของตนเองอยู่เสมอ ซึ่งใบกิจกรรมที่ 3.3 และ 3.4 จะเป็นสิ่งที่ย่อยง่ายเตือนผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความอยากดื่มของตนเองให้สำเร็จพร้อมทั้งกล่าวชื่นชมยอมรับในตัวผู้ป่วย (Affirmations) และให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติต่อไป ส่วนในด้านปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจกลับไปดื่มหรือไม่สามารถควบคุมความอยากดื่มได้ ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากเป็น อาจจะเป็นการพูดคุยให้ผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถควบคุมความอยากดื่มได้ผลที่ตามมาคือยังคงมีพฤติกรรมการดื่มอย่างต่อเนื่อง ผู้บำบัดต้องยอมรับแรงต้านที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Roll with resistant) และหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย (Avoid argumentation) แต่ควรวางวิธีอื่นๆ ที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามหลังการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตนเอง ตลอดจนการสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) นำปัญหาอุปสรรคนั้นมาคิดหาทางแก้ไขร่วมกับผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขด้วยตนเอง (Menu) สรุปแนวทางการแก้ไขให้ชัดเจนและเข้าใจตรงกัน

ผู้บำบัดสร้างแรงจูงใจและการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อควบคุมความอยากดื่ม เพื่อเสริมแรงและสร้างความเชื่อมั่นในตนเองให้กับผู้ป่วย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มของตนเองได้อย่างชัดเจน เกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถกระทำสำเร็จและมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติตามแผนการเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์

ระยะที่ 3 ระยะกลยุทธ์การติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 3 เป็นระยะกลยุทธ์การติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมในครั้งนี้จะมุ่งเน้นการตรวจสอบแรงจูงใจให้คงอยู่ในระยะลงมือปฏิบัติ มีการเสริมแรงซ้ำ และการย้ำคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมที่ได้ลงมือปฏิบัติไป โดยใช้เทคนิคคำถามปลายเปิด (Open question) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) การให้คำแนะนำ (Advice) การสรุปความ (Summary) โดยการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากขึ้น ผู้วิจัยจะยังคงประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยว่าอยู่ในขั้นตอนใดก่อนได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มจากการประเมินพบว่าผู้ป่วยทุกคนมีระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มอยู่ในระดับขั้นลงมือกระทำ จากการพูดคุยติดตามผลและการทำกิจกรรมตามแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ได้นำไปปฏิบัติพบว่า

เมื่อดำเนินกิจกรรมผ่านมา 2 สัปดาห์ผู้ป่วยยังคงมีคะแนนแรงจูงใจในการควบคุมความอยากในระดับลงมือกระทำ ซึ่งจากการสังเกตถึงคำพูดและจากใบกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้ทำจะพบว่ามีความขัดแย้งกันกับการบอกถึงแรงจูงใจของตนเองที่อยู่ในขั้นลงมือกระทำ และพบว่าผู้ป่วยบางคนมีการกลับไปดื่มซ้ำเนื่องด้วยไม่สามารถควบคุมความอยากดื่มของตนเองได้จนทำให้ต้องกลับไปดื่มซ้ำ ซึ่งสาเหตุที่ผู้ป่วยกลับไปดื่มซ้ำได้ข้อมูลดังนี้ “ก็เพื่อนมันเคยนั่งคย่นะหมอมอ ให้ทำไง ผมก็กินนิดเดียวเองนะ ไม่ได้กินเยอะ” “เวลาเลิกงานมันเคยกินทุกวันนะหมอมอ บางทีทำงานเหนื่อยๆ เดินผ่านร้านประจำก็เลยห้ามใจไม่ไหวจริงๆ แต่ผมกินน้อยลงกว่าเดิมนะ” “มันว่างนะหมอมอ อยู่บ้านมันเบื่อกๆ เเซงๆ แล้วมันก็อยากของมันเอง” และ“เพื่อนชวนไปงานเลี้ยงนะหมอมอ ดื่มนิดเดียว” “ผมรู้สึกกังวลใจกลัวห้ามตัวเองไม่ได้” ซึ่งจะเห็นได้ว่าแรงจูงใจนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยทบทวนเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นพร้อมทั้งให้วิเคราะห์ถึงสิ่งกระตุ้นของตนเอง และร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสมโดยใช้ใบกิจกรรมที่ 3.2 ให้ผู้ป่วยได้ค้นหาสาเหตุและค้นหาแนวทางในการจัดการกับปัจจัยกระตุ้นของตนเองให้ได้ โดยที่ผู้ป่วยเลือกแนวทางที่ตนเองคิดว่าสามารถทำได้สำเร็จและมีความเป็นไปได้มากที่สุด ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมพบว่าปัจจัยกระตุ้นดังกล่าวข้างต้น นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้เทคนิค FRAME มีส่วนช่วยอย่างมากในการสร้างแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสม ซึ่งจะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับปัญหาของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านมา สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสังเกตเห็นถึงสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ชัดเจนมากขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยยังได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ และเกิดแนวทางในการปฏิบัติที่ใช้จัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ที่ชัดเจนจากเนื้อหาความรู้ที่ได้จากผู้วิจัยการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวถือเป็นการส่งเสริมศักยภาพในตัวเองของผู้ป่วยทำให้เกิดเชื่อมั่นใจต่อการกระทำการควบคุมความอยากดื่มได้และช่วยคงระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ได้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Carey et al. (2007) ที่พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นตัดสินใจ และขั้นลงมือกระทำทำให้มีความสำคัญกับการจัดการกับอุปสรรคต่างๆ รวมถึงทักษะในการเผชิญความเครียดเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นที่จะส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ประสบความสำเร็จมากขึ้น

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 4 ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะมีบทบาทเป็นผู้ให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Support self- efficacy) มีความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้น ด้วยการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยได้พบกับผู้วิจัยครั้งสุดท้าย โดยผู้บำบัดส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วยด้วยการให้ความหวังและกำลังใจ ให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะทำได้สำเร็จ พูดคุยถึงความตั้งใจและแผนการปฏิบัติที่ผู้ป่วยได้ทำไปแล้วในช่วงที่ผ่านมา โดยเริ่มจากการประเมินระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยว่าอยู่ในขั้นตอนใดก่อนได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมฯ จากการประเมินพบว่าผู้ป่วยทุกคนมีระดับขั้นของการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มอยู่ในระดับขั้นลงมือกระทำ จากนั้นติดตามผลการปฏิบัติเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ว่าผู้ป่วยได้ทำตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ พบว่าพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถควบคุมความอยากของตนได้สำเร็จ สามารถจัดการปัจจัยกระตุ้นความอยากได้ตามที่วางแผนไว้ได้สำเร็จ ส่วนผู้ป่วยบางคนไม่สามารถทนต่อความอยากดื่มได้ พบว่ายังคงกลับไปดื่มซ้ำต่อเนื่องเพียงแต่ลดปริมาณการดื่มลงจากเดิม จากการพูดคุยกับผู้ป่วยรายนี้เพื่อสะท้อนกลับถึงปัจจัยกระตุ้น/สถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความอยากดื่มได้สำเร็จ พร้อมทั้งทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่อต้องเจอปัจจัยกระตุ้น/สถานการณ์เสี่ยงต่างๆ เพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยที่จะนำไปจัดการกับปัจจัยนั้นๆ หากต้องกลับไปเจอปัจจัยกระตุ้น/สถานการณ์เสี่ยงเหล่านั้นอีกครั้ง และสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มให้ผู้ป่วยและการสร้างความเชื่อมั่นในตนเองที่จะสามารถควบคุมความอยากดื่มให้ได้ ให้กำลังใจผู้ป่วยและถ้าผู้ป่วยทำได้เหมาะสมตามเป้าหมายผู้วิจัยให้การยืนยันรับรองพฤติกรรมนั้น แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ตามแผน ผู้บำบัดสอบถามถึงปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นและร่วมกับผู้ป่วยหาวิธีการแก้ไขปัญหาและวางแผนการปฏิบัติต่อไป

การกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นหลังจากที่สำเร็จตามแผนการเปลี่ยนแปลงให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ตนเอง และย้ำค้ำมั่นสัญญาของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างเป้าหมายในอนาคตและสภาพปัจจุบัน เพื่อสร้างความหวังและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองจะทำได้สำเร็จ ซึ่งการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นพูดคุยถึงความตั้งใจและแผนการปฏิบัติที่ผู้ป่วยได้ทำไปแล้วในช่วงที่ผ่านมา รวมทั้งผู้บำบัดต้องคอยเสริมแรงจูงใจซ้ำๆ โดยการใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความจริงใจตนเอง การให้ผู้ป่วยได้พูดถึงผลดีผลเสียของการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ โดยการใช้เทคนิคต่างๆ ของการบำบัดเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ เช่น การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ การยืนยันรับรองความคิดหรือพฤติกรรมที่เหมาะสม การให้ผู้ป่วยได้เปลี่ยนมุมมองใหม่ การทำให้ค้ำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยมีความหนักแน่นมั่นคงเช่นเดียวกับการบำบัดในระยะที่ 2 เพื่อสร้างความหวังและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองจะทำได้สำเร็จ

ในการพูดคุยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติของตนเองพบว่าผู้ป่วยมีการแสดงออกมาหลากหลายลักษณะ เช่น การแสดงออกถึงความลึกลับใจ หรือการแสดงออกถึงความเชื่อมั่นภาคภูมิใจว่าตนเองสามารถทำได้ เป็นต้น ผลที่ได้เกิดจากการจับลักษณะของน้ำเสียง ลักษณะการพูดคุยตามเทคนิคการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ของ McKay et al. (2005) แล้วนำสิ่งที่พบมาวิเคราะห์ เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยในการพูดคุยใช้เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจ ของ Miller and Rollnick (2002) ได้แก่ การมีช่องว่างหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ซักถาม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดหรือระบายความในใจจากการตรวจสอบในสิ่งที่ผู้ป่วยคิดและรู้สึกและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกถึงสิ่งที่เป็ปัญหาที่เกิดขึ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยาก

ดื่มของตนเองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นำไปสู่การวิเคราะห์ประเด็นปัญหาให้ชัดเจนและวางแผนร่วมกัน โดยที่ในการพูดคุยทางโทรศัพท์ในครั้งนี้สามารถดำเนินไปได้ด้วยดีและผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มของตนเองและแผนการจัดการปัญหาและอุปสรรคของตนเองเป็นอย่างดี

สัปดาห์ที่ 4 การติดตามทางโทรศัพท์โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว (โทรศัพท์ ครั้งที่ 5)

ในขั้นตอนนี้เป็นการดำเนินกิจกรรมกับบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดของผู้ป่วย โดยการให้เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อช่วยสนับสนุนการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยต้องประเมินบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดของผู้ป่วยเพื่อค้นหาบุคคลสำคัญหรือบุคคลใกล้ชิดที่จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มให้สำเร็จ ด้วยการสร้างสัมพันธ์ระหว่างญาติและผู้บำบัด สร้างความตระหนักให้กับญาติถึงผลกระทบและความรุนแรงของปัญหาที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ให้ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดรับรู้บทบาทและมองเห็นความสำคัญของตนเองที่จะมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถควบคุมความอยากดื่มเพื่อลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ตามเป้าหมาย โดยเน้นให้ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเห็นว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ ทำให้ญาติเชื่อมั่นในสิ่งที่ผู้ป่วยกระทำอยู่ว่าสามารถทำได้และหาหนทางร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มได้สำเร็จและต่อเนื่องในระยะยาว จากการติดตามผลครั้งนี้พบว่าบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดของผู้ป่วยทุกคนมีความพร้อมความรู้ความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มของผู้ป่วย อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็งและแรงจูงใจในการปฏิบัติต่อไปได้ต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 5 Face to Face Session: สรุปผลและสะท้อนผลทางบวก

การดำเนินกิจกรรมในส่วนนี้เป็นการนัดผู้ป่วยและครอบครัวหรือคนใกล้ชิดมาที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อสรุปผลการให้การดูแลต่อเนื่อง และสะท้อนผลทางบวกที่ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติมาตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันสรุปสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงที่ได้รับโปรแกรมฯ อีกทั้งให้ผู้ป่วยวางแผนในอนาคตเพื่อดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตและการควบคุมความอยากดื่มอย่างต่อเนื่อง ในการประเมินผลจะประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของ Anton, Moak and Latham (1995) หลังจากนั้นจะรายงานผลให้ผู้ป่วยทราบและย้าให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จะมีการประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) ของผู้ป่วยอีกครั้งใน 4 สัปดาห์ต่อมา โดยจากการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในระยะหลังการทดลองทันทีด้วยแบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของ Anton, Moak and Latham (1995) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองได้มากขึ้น ได้อย่างชัดเจนและหลังจากนั้น 4 สัปดาห์ประเมินพฤติกรรมการดื่ม

แอลกอฮอล์ (AUDIT) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ยังสามารถลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลงได้อย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McKay et al. (2005) ที่พบว่ากลุ่มผู้ที่มีแนวโน้มในการกลับไปติดแอลกอฮอล์ซ้ำมีผลการรักษาดีกว่าหากได้รับการกระตุ้นและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องเมื่อเทียบกับวิธีการรักษาแบบมาตรฐานและการศึกษาของ Tinakon et al. (2011) ที่พบว่าทำให้การดูแลทางโทรศัพท์ในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์พบว่าจำนวนวันดื่ม ความถี่และปริมาณการดื่มโดยเฉลี่ยลดลงมากกว่าการดูแลตามปกติ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการใช้โทรศัพท์ดูแลต่อเนื่อง

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ในแต่ละสัปดาห์ของกิจกรรมจะมีการประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยที่ผู้ป่วยยังคงมีแรงจูงใจอยู่ในขั้นของการลงมือกระทำ เพื่อให้มีความพร้อมในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเมื่อพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีการลังเลใจเกิดขึ้นพยาบาลต้องเสริมแรงและกระตุ้นให้ผู้ป่วยจัดความลังเลใจนั้น โดยการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) โดยต้องไม่มีการสร้างความขัดแย้ง (Avoid argumentation) แต่ใช้การยอมรับแรงต้าน (Roll with resistant) ตอบสนองต่อแรงต้านนั้นโดยการโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเกิดความคิดใหม่ไปในแนวทางที่เหมาะสม พร้อมทั้งย้ำคำมั่นสัญญากระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม

สำหรับการสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มจะยึดหลักของการดูแลอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ของ McKay et al. (2005) คือ การฟังอย่างตั้งใจ การถามรายละเอียด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน มีการทวนความทุกครั้งเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกับผู้ป่วย ต้องจับลักษณะที่ผิดปกติของผู้ป่วยจากน้ำเสียง หรือการแสดงออกอื่นๆ และหาสาเหตุของลักษณะที่ผิดปกติไปของผู้ป่วยเพื่อทำการแก้ไข มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ตลอดจนมีการจดบันทึกข้อมูลในการดำเนินกิจกรรมทุกครั้งเพื่อให้การดำเนินกิจกรรมเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด และจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มสามารถช่วยควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ลงได้และส่งผลให้พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยลดลงไปด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

จากผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ไปใช้ตามบริบทของโรงพยาบาลในพื้นที่ที่แตกต่างกันหรือกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตที่แตกต่างกัน พยาบาลสามารถปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม เช่น ในการฝึกทักษะต่างๆ ในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น หรือการร่วมอภิปรายในการหาแนวทางเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ หากพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถบอกแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นหรือไม่สามารถบอกแนวทางในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมได้ พยาบาลสามารถเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมได้

1.2 การสร้างแรงจูงใจนี้เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับแรงจูงใจภายในเพิ่มขึ้นจนสามารถลงมือกระทำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้ ซึ่งการที่จะบ่งบอกได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มที่ต่อเนื่องนั้นต้องใช้ระยะเวลานานกว่า 6 เดือน ดังนั้นจึงควรมีการติดตามต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์

2.2 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์เมื่อกลับไปใช้ชีวิตในสังคม เพื่อเป็นการเพิ่ม ศักยภาพของพยาบาลในการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม หลังการบำบัดใน ระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เนื่องจากระดับแรงจูงใจของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงแนวโน้มและข้อมูลเชิงคุณภาพของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อควบคุมความอยากดื่มของผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบเนื้อหาของกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีระดับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกันให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด
3. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพของการวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีปัญหาการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ หรือมีปัจจัยและข้อจำกัดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มหรือไม่
4. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมความอยากดื่มไม่สำเร็จในและต้องกลับไปดื่มซ้ำในระยะที่ 2 เพื่อวิเคราะห์หาแนวทางในการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต. (2556). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2556. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

โกสม เสรษฐวงศ์, ปาหนัน บุญหลง, พิจิตรา ชัยสิงห์ประสาท, สมดี งามสูงเนิน และสุวรรณ สุวรรณผล. (2545). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภรใจ เจริญสุข, บรรณาธิการ. (2556). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ฉบับปรับปรุง) เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธาเพลส.

ทรงเกียรติ ปิยะกะ. (2545). เวชศาสตร์โรคจิตวิทยาสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: ลิมบราเตอร์การพิมพ์.

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

นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และนารัต เกษตรทัต. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 52 (4): 412-218.

นิชนันท์ คำล้าน. (2547). การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาเสพติด. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บรรจง สืบสมาน. (2536). โรคจิตสารเสพติดและโรคพิษสุราเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: 619, อ้างถึงใน: เกษม ต้นติผลาชีวะ, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

บุญศิริ จันศิริมงคล, ลูกจันทร์ วิทยถาวรวงศ์, เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา, สาวิตรี สุริยะฉาย และเกษม กรกำจายฤทธิ์. (2556). Psychiatric comorbidity among in-patients with alcohol use disorders. รายงานการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่12, หน้า 54.

บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ. (2553). รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2553. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.

- ประไพ ทายุทธ. (2545). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตจากสุรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธ์ุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2553). AUDIT แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราแนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: บริษัททานตะวันเปเปอร์.
- เปรมฤทัย ไชยชนะ. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ที่มีโรคจิตเวชร่วม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พงศธร เนตราคม. (2549). เภสัชวิทยาของสารเสพติด. อ้างถึงใน พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนภาพร หิรัญวิวัฒน์กุล, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด, หน้า 61-73. กรุงเทพมหานคร: บางกอกบล็อก.
- พิชชาราวลัย กนกจรรยา. (2554). ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบผสมผสานแบบสั้นโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพติดสุรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พันธ์ุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: ไอแอมออเกนในเซอร์ แอนด์ แอ็ดเวอร์ไทซิง.
- พันธ์ุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, บรรณาธิการ. (2552). คู่มือสำหรับผู้อบรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้น สำหรับบุคลากรสุขภาพ. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานานนท์, บรรณาธิการ. (2552). ตำราโรคจิตเภท Textbook of schizophrenia. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2547). การประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โรงพยาบาลสวนปรุง: เชียงใหม่.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2553). คู่มือสำหรับผู้อบรมการให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- เพ็ญพักตร์ดารากร ณ อยุธยา. (2556). ความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วม. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 27: 1-15.
- พุดพิชชาดา จันทะคุณ. (2556). ผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4.

กรุงเทพมหานคร: ปียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.

มัทนา กิตติพิรัช. (2551). การศึกษาความสัมพันธ์ของการดื่มสุรา การติดสุราต่ออาการทางคลินิก และขนาดยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา วรสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา 2(1): 13-25.

ยุวดี วงษ์แสง. 2548. ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิชชุดา ยะสินธุ์, สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์, กนกรัตน์ สุขะตุงคะ และเจียรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2554). ลักษณะพยาธิสภาพทางจิตของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 56(2): 167-178.

ศรinya บุณนาค และอำนาจ อินทสโร. (2552). รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นนักดื่มสุรา ของนักศึกษาชายมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. (2557). ฐานข้อมูลรายงานสถิติประจำปี 2557 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. กรุงเทพมหานคร.

สมบัติ ตรีประเสริฐสุข. (บรรณาธิการ). (2550). ศาสตร์และศิลป์ของการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพมหานคร.

สมบัติ รียาพันธ์. (2552). การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด : แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลจิตเวช. วารสารกองการพยาบาล 36(2): 68-76.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สาวิตรี สุริยะฉาย. (2556). การบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ประสบความสำเร็จ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 27(2): 1-15.

สาวิตรี อัญฉงค์กรชัย. (2552). การทบทวนองค์ความรู้เรื่องการคัดกรองผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา: แผนงานการพัฒนาระบบรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ. เชียงใหม่: วนิตการพิมพ์.

สุภัทรา ก้อนคำดี. (2556). ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 12 ประจำปี 2556.

สุวัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย. (2541). ยาและสารเสพติดให้โทษ. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.

- สุนทร ศรีโกไสย. (2552). ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจต่อการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการติดตามทุก 2 และทุก 4 สัปดาห์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 54(3): 259-272.
- สมิตรา ศรสุวรรณ, สุนทร ศรีโกไสย และพัทธยา สอาดอาวุธ. (2555). ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุราร่วม. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 20: 144-153.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณ 3.
- เสาวลักษณ์ ยิ้มเอื้อน, ถนอมศรี อินทนนท์ และวันดี สุทธิรังสี. (2554). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในโรงพยาบาลสวนสราญรมณ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 25(1): 28-41.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉราพร นัตสสาร. (2548). สาเหตุของการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาจากศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ต่างประเทศ
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th ed., text revision). Washington: American Psychiatric Association.
- Anton, R., Moak, D.H., and Latham, P. (1995). The Obsessive Compulsive Drinking Scale: A Self-Rated Instrument for the Quantification of Thoughts about Alcohol and Drinking Behavior. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 19(1): 92-99.
- Baker, J.A. et al. (2002). Developing psychosocial care for acute psychiatric ward. Journal of Psychiatric and Mental health Nursing 7: 95-100.
- Baker, A. L., Hiles, S. A., Hide, T. L., and Lubman, D. I. (2012). A systematic review of psychological intervention for excessive alcohol consumption among people with psychotic disorder. Acta psychiatrica scandinavica 126: 243-255.
- Batki, S. L. et al. (2009). Medical comorbidity in patients with schizophrenia and alcohol dependence. Schizophrenia Research 107: 139-146.

- Bellavia, A., Bottai, M., Wolk, A., and Orsini, N. (2014). Alcohol consumption and mortality : a dose-response analysis in terms of time. Annals of Epidemiology 24(4): 291-296.
- Bradizza, C. M., Maisto, S. A., Vincent, P. C., Connors, G.J., and Mercer, N. D. (2009). Predicting post treatment-Initiation alcohol use among patients with severe mental illness and alcohol use disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology 77: 1147–1158.
- Bronw RL, Sauders LA, Bobula JA, Mundt MP, Koch PE. (2007). Randomized – controlled trial of a telephone and mail intervention for alcohol use disorders : three – month drinking outcome. Alcohol Clinical Experimental Research 31(8): 1372–9.
- Boyd, M. A. (2012). Psychaitric Nursing Contemporary Prctice. 5th ed. America: Wolter Kluwer Health.
- Burns, N. and Grove, S. (2001). The practice of nursing research: conduct, critique and utilization (4th ed). Philadelphia: W.B.Saunders.
- Carey, K. B., Leontieva, L., Dimmock, J., Maisto, S. A., and Batki, S. L. (2007). Adapting motivational interventions for comorbid schizophrenia and alcohol use disorders. Clinical Psychology Science and Practice 14(1): 39-57.
- Chambers, R.A., Krystal, J.H. and Self, D.W. (2001). A Neurobiological Basis for Substance Abuse Comorbidity in Schizophrenia. Biological of Psychiatry 50(2): 71–83.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. Psychosomatic Medicine. 38: 300-314.
- Cohen, Sheldon., Underwood, Lynn G., & Gottlieb, Benjamin, H. (2000). Social Support Measurement and Intervention. Oxford University.
- Councill, J., Halter, M. J., and Dijulio, K. S. (2010). Addictive disorders. In Varcarolis, and Halter (ed.), Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing, pp. 402-432. America: Amy Buxton.
- Curran, G. M. et al. (2008). The association of psychiatric comorbidity and use of emergency department among persons with substance use disorder : An observational cohort study. BMC Emergency Medicine 8: 17.

- Dimeff, L., Marlatt, G. (1998). Preventing relapse and maintaining change in addictive behaviors. Clinical Psychology: Science and Practice 5: 513-525.
- Drake, R. and Mueser, K .T. (2002). Co-Occurring Alcohol use disorder and schizophrenia. Alcohol Research and Health 26: 99-102.
- Drummond et al. (2000). Craving research:future directions, Addiction 95 (suppl. 2) S247-S255.
- Falk, K., and Karl, M. 2005. New achievements and pharmacotherapeutic approaches in the treatment of alcohol dependence. European Journal of Pharmacology 526(1-3): 163-171.
- Foeles. (1992). Schizophrenia: Diathesis-Stress Revisited. Annual Review of Psychology 43: 303-336.
- 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: 189-202.
- Gregg, L., Barrowclough, C., and Haddock, G. (2007). Reasons for increased substance use in psychosis. Clinical Psychology Review 27: 494-510.
- Gottlieb, Benjamin. (1983). Social Support Strategies Guideline for Mental Health Practice. USA: SAGE.
- Hales, G.M., Yudofsky, C., and Gabbard, O. (2008). Textbook of psychiatry (5th ed.). Washington: American Psychiatric Press.
- Halter, M. J. (2014). Varcarolis' foundations of psychiatric mental health nursing: a clinical approach. 7 th Ed. United States of America: Jeff Patterson.
- Heinz, A., Mann, K., Weinberger, D. R., and Goldman, D. (2001). Serotonergic dysfunction, negative mood states, and response to alcohol. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 25(4): 487-495.
- Hughes, E. (2009). Dual Dagnosis: An integrated approach to care for people with co-occurring mental health and substance use problems. In Newell, R. and Gournay, K., Mental Health Nursing : An evidence-based approach, pp. 131-150. London: Churchill livingstone.

- John, U. R., Driessen, D., Wetterling, M., and Dilling, H. (2003). Motivational intervention: An individual counseling vs a group treatment approach for alcohol-dependence in-patients. Alcohol and Alcoholism 38: 263-269.
- Khantzian, E.J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. Harvard Review of Psychiatry. 4(5): 231-444.
- Kuria, M.W. (2013). Factors associated with relapse and remission of alcohol dependent persons after community based treatment. Open Journal of Psychiatry 3: 264-272
- Lapham, S.C., et al., (1998). Prevalence of alcohol problems among emergency room patient in Thailand. Addiction 93(8): 1231-1239
- Latt et al. (2011). Alcohol and substance use by patients with psychosis presenting to an emergency department: changing patterns. Australasian Psychiatry 19(4): 354-359.
- Luciana et al. (2013). Efficacy of the telephone-based Brief Motivational Intervention for alcohol problems in Brazil. Revista Brasileira de Psiquiatria 35: 254–261.
- Marlatt, G. A. (1987). Craving for alcohol, loss of control and relapse: a cognitive behavioral analysis, in: NATHAN, Marlatt, & LABERG. (Eds) Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment pp. 271-314.
- McBride, C.M. and Rimer, B.K. (1999). Using the telephone to improve health behavior and health service delivery. Patient Education Counseling 37(1): 3-18.
- Mccann, T. V., Boardman, G., and Clark, E. (2008). Risk profiles for non-adherence to antipsychotic medication. Journal of Psychiatric and Mental Nursing 15: 622-629.
- McKay, Lynch, KG., Shepard, DS., and Pettimati, H.M. (2005). The effectiveness of telephone – based continuing care for alcohol and cocaine dependence : 24 – months outcome. Archives of General Psychiatry 62(2): 199-207.
- Miller,W.R.and Rollnick,S. (2002). Motivation interviewing: Preparing people for change. Newyork: Guilford Press.

- Martio, S., Carroll, K., and Kostas, D. (2002). Dual Diagnosis motivational intervention: a modification of motivational interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. Journal of Substance Abuse Treatment 23: 297-308.
- Martino, S. and Santa Ana, E. J. (2013). Motivation interviewing Groups for dually diagnosis. In Wagner, C. C. and Ingersoll, K. S., Motivational Interviewing in group, pp. 297-313. America: Guilford Press.
- Mohamed, S., Bondi, M. W., Kasckow, J. W., Golshan, S., and Jeste, D. V. (2006). Neurocognitive functioning in dually diagnosed middle aged and elderly patients with alcoholism and schizophrenia. International Journal of Geriatric Psychiatry 21: 711-718.
- Monti et al. (2000). Toward bridging the gap between biological and psychosocial models of alcohol craving. Addiction, Supplement. Research Perspectives on Alcohol Craving; Abingdon 95: S229-S236.
- Munro, T. and Edward, K. L. (2008). Mental illness and substance use : An Australian perspective. International Journal of mental Health Nursing 17: 255-260.
- Mueser, K. T, Drake, R. E. and Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. Addiction Behaviors 23(6): 717-34.
- Nicklin, W. M. (1986). Post discharge concerns of cardiac patients as presented via a telephone callback system. Heart Lung. 15: 268 – 272.
- O'Brien, C., Ternes, J., Grabowski, J., Ehrman, R., (1981). Classically conditioned phenomena in human opiate addiction. In: Thompson, T., Johnson, C. (Eds.), Behavioral pharmacology in human opiate addiction, Washington: Us Government Printing.
- Overall, J. E., and Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. Psychological Report 10: 790-812.
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., and Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: Prevalence and burden of disease. Population Health Metrics 24: 1-8.
- Poikolainen, K. (2000). Risk factors for alcohol dependence: a case-control study. Alcohol & Alcoholism 35 (2): 190 – 196.

- Potvin, S., Stip, E., Roy, J.Y. (2003). Schizophrenia and addiction: An evaluation of the self-medication hypothesis. Encephale 29: 193-203.
- Ralevski et al. (2012). Cognitive deficits in schizophrenia and alcoholism: A review of the evidence and findings on the effects of treatment on cognitive functioning in patients with dual diagnoses. Journal of Dual Diagnosis 8: 205–217.
- Rassool, G. H. (2010). Addiction for Nurse. United Kingdom: Blackwell Publishing.
- Raymond Niaura. (2000). Cognitive social learning and related perspectives on drug craving. Addiction, Supplement. Research Perspectives on Alcohol Craving; Abingdon 95: 155-163.
- Roth R., Brunette, M. F. and Green, A. I. (2005). Treatment of substance use disorders in schizophrenia: A unifying neurobiological mechanism?. Psychiatry Report 7: 283–291.
- Sadock, B. J., and Sadock, V. A. (2005). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott willium and wilkins.
- Santa Ana, E. J., Wulfert, E., and Nietert, P. J. (2007). Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. Journal of Consulting and Clinical Psychology 75: 816-822.
- Shu, E., Mermina, Z., and Nystrom, K. (1996). Telephone reassurance program for elderly home care clients after discharge. Home Healthcare Nurse 14: 155–161.
- Skinner. M. D., and Aubin, J. (2010). Craving's place inf addiction theory: Contribution of the major models. Neuroscience and Biobehavioral Reviews 34: 606-623.
- Stein, K. D., Goldman, M. S., and Del Boca, F. K. 2000. The influence of alcohol expectancy priming and mood manipulation on subsequent alcohol consumption. Journal of Abnormal Psychology 109 (1): 106 – 115
- Suktrakul, S., Yunibhand, J., and Chaiyawat, W. (2009). The effect of alcohol craving control program on alcohol consumption in alcohol dependence. Doctoral dissertation. Nursing science Faculty of nursing of Philosophy Program in Nursing Science. Chulalongkorn University.

- Talamo, A., Centorrino, F., Tondo, L., Dimitri, A., and Hennen, J. (2006). Comorbid substance-use in schizophrenia: Relation to positive and negative symptoms. Schizophrenia Research 86: 251–255.
- Thornton, L. K., Baker, A. L., Johnson, M. P., Lambkin, F. P., and Lewin, T. J. (2012). Reason for substance use among people with psychotic disorder: Method triangulation approach. Psychology of addictive behavior 26: 279-288.
- Tiffany, S. T. (1999). Cognitive Concepts of Craving. Alcohol Research and Health 23: 215-224.
- Tiffany, S. T., and Cynthia, A. C. (2000). A cognitive processing model of alcohol craving and compulsive alcohol use. Addiction, Supplement. Research Perspectives on Alcohol Craving; Abingdon 95(8): 145 –153.
- Tinakon, W., et al. (2011). The Effect of Telephone-Based Intervention (TBI) in Alcohol Abusers: A Pilot Study. Journal of Medical Association Thailand 94(7): 849-56.
- Tizabietal, Y., Copeland, R. L., Louis, V. A., and Taylor, R. E. (2002). Effects of combined systemic alcohol and central nicotine administration into ventral tegmental area on dopamine release in the nucleus accumbens. Alcohol Clinic Experimental Research 26(3): 394–399.
- Videbeck, S. L. (2014). Psychiatric mental health nursing. 6 th Ed. China: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.
- Wagner, C. C. and Ingersoll, K. S. (2013). Foundation of motivation interviewing groups. In Wagner, C. C. and Ingersoll, K. S., Motivational interviewing in group, pp. 297-313. America: Guilford Press.
- Walton, M. A., Blow, F. C., Bingham, C. R., and Chermack, S. T. (2003). Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. Addictive Behavior 28(4): 627–642.
- Warren, Jazmin I; Stein, A Judith; & Grella, Christine E. (2007). Role of Social Support and Self-efficacy in Treatment Outcomes among Clients with Co-occurring Disorders. Drug and Alcohol Dependence 89: 267-274
- Westra, H. A. and Aviram, A. (2013). Core Skill in Motivational Interviewing. Psychotherapy 50: 273-278.

- Whitfield CL, Thomson G, Lamb A, Spencer V, Pfeifer M, and Browning-Ferrando M. (1978). Detoxification of 1024 alcoholic patients without psychoactive drugs. JAMA 239: 1409-1410.
- Wikler, A., (1980). Opioid dependence: Mechanisms and treatment. New York. Prenum Press.
- Wobrock, T., Czesnik, D., and Malchow, B. (2011). Schizophrenia and comorbid substance abuse-pathophysiological and therapeutic approaches. In M.S. Ritsner (ed), Handbook of schizophrenia Spectrum Disorder pp. 231-235. New York: Springer Science Business.
- World Health Organization. (2013). Schizophrenia. [online]. Available from: <http://www.who.int/topics/schizophrenia/en/>. [2014, January 4]





ภาคผนวก

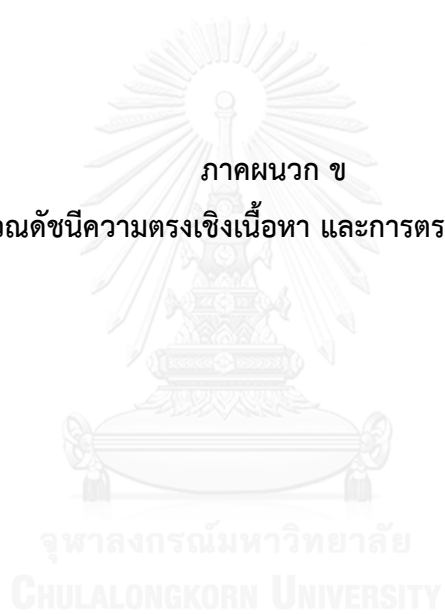
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์นพดล วาณิชฤดี	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม	อาจารย์ภาควิชาครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
4. นางอุ๋นจิตร คุณารักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
5. นางสาวศิริ สุริยะฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ภาคผนวก ข
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา และการตรวจสอบความเที่ยง



การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

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

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

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความอยากดื่ม (OCDS)

$$CVI = \frac{11}{12} = 0.91$$



**การตรวจสอบความเที่ยง
ของแบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์
(The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS)**

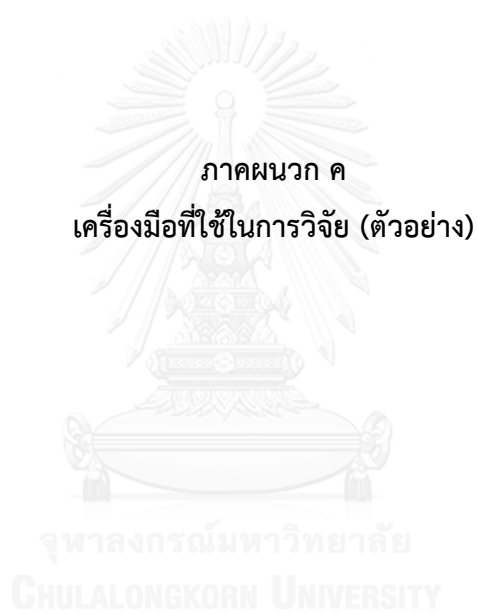
เมื่อนำข้อมูลของแบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .88 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังนี้

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.878	12

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
A1	14.40	65.145	.525	.871
A2	14.53	69.499	.254	.884
A3	14.00	63.379	.497	.873
A4	14.20	64.028	.492	.873
A5	13.97	62.240	.598	.867
A6	14.03	60.447	.689	.861
A7	14.03	58.723	.711	.859
A8	14.17	62.420	.603	.866
A9	14.17	61.592	.703	.861
A10	13.67	63.885	.454	.876
A11	14.30	62.907	.621	.866
A12	14.30	62.769	.749	.860



เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมาย (X) ลงหน้าข้อความที่คุณเลือก หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพ โสด คู่ หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลาย ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา
ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป
- 5.อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม รับจ้าง ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย
 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ อื่นๆระบุ.....
- 6.รายได้ต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท 5,001 – 10,000 บาท
 10,001 – 15,000 บาท 15,001 – 20,000 บาท
 20,001 – 25,000 บาท มากกว่า 25,001 บาท
7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี.....เดือน
8. ระยะเวลาในการบริโภคแอลกอฮอล์ 0 – 6 เดือน 6 เดือน – 1 ปี
 1 – 2 ปี 3 – 4 ปี 5 – 6 ปี
 7 – 8 ปี 9 – 10 ปี >11 ปี
9. สาเหตุการบริโภคแอลกอฮอล์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ต้มเพราะความรู้สึกอยากดื่ม
 ต้มเพราะมีทุกข์/เครียด/เศร้า/เบื่อ ต้มเพราะมีความสุข/ครื้นเครง
 ต้มเพื่อเข้าสังคม/งานเลี้ยง เพื่อน/บุคคลที่เคยดื่มชักชวน สิ่งของ/อุปกรณ์
 เดิมๆที่เคยใช้ดื่ม สถานที่เดิมๆที่เคยดื่ม เวลาเดิมๆที่เคยดื่ม ภาวะการเจ็บป่วย
 ทางจิตเวช อื่นๆระบุ.....

12. ผู้ดูแลหลักชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น.....

13. เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น

จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวช.....ครั้ง

คะแนนปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT)คะแนน

แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์

(The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS)

คำชี้แจง : คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการดื่มและความพยายามในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของคุณ กรุณาทำเครื่องหมาย X ลงบนตัวเลขหน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของคุณมากที่สุด

1. ใน 1 วันคุณใช้เวลาคิดถึงและนึกเห็นภาพเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์บ่อยแค่ไหน

- (0) ไม่เลย (1) น้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน
 (2) 1 – 3 ชั่วโมงต่อวัน (3) 4 – 8 ชั่วโมงต่อวัน (4) มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน

2. คุณคิดถึงการดื่มแอลกอฮอล์ บ่อยแค่ไหน

- (0) ไม่เลย (1) ไม่เกิน 8 ครั้งต่อวัน
 (2) มากกว่า 8 ครั้งต่อวัน แต่ใช้เวลาคิดถึงแต่ละครั้งไม่นานมากนัก
 (3) มากกว่า 8 ครั้งต่อวัน และคิดถึงวนเวียนอยู่เกือบตลอดเวลา
 (4) คิดถึงบ่อยมากที่สุดจนไม่สามารถนับได้

3. การคิดถึงหรือนึกเห็นภาพเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์รบกวนการดำเนินชีวิตหรือการทำงานของ ของคุณ

- (0) ไม่เลย (1) เล็กน้อยไม่กระทบการดำเนินชีวิตและการทำงาน
 (2) รบกวนอย่างแน่นนอนแต่สามารถจัดการได้ (3) รบกวนและก่อให้เกิดปัญหา
 (4) รบกวนและก่อให้เกิดปัญหาอย่างมาก

12. คุณควบคุมการดื่มได้

- (0) ควบคุมได้อย่างแน่นนอน (1) ควบคุมได้
 (2) ควบคุมได้ยาก (3) ควบคุมได้อย่างยากลำบาก และทำได้เพียงแค่ช่วงเวลาเริ่มดื่มให้ช้าลง
 (4) ควบคุมได้น้อยมาก และทำได้เพียงชั่วขณะเท่านั้น

คะแนนรวม.....

คู่มือดำเนินกิจกรรม

โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์
ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จัดทำโดย

นางสาวอรุณรัตน์ คำสอนทา

รศ.ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์

อาจารย์.ดร. สุนิศา สุขตระกูล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์

แนวคิดและสมมติฐาน

โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อจัดการปัญหาความอยากดื่มแอลกอฮอล์อันเป็นเหตุให้กลับไปดื่มซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทถือว่าเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน หากผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง จะส่งผลกระทบต่อทั้งตัวบุคคล ครอบครัวและสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกระบวนการคิด การตัดสินใจบกพร่องอาจก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามมา (Ralevski et al., 2012) อีกทั้งยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาและการรับประทายาลดน้อยลง (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และคณะ, 2550) ซึ่งนำไปสู่การที่ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ (Drake and Mueser, 2002)

ในการบำบัดรักษาที่จะต้องให้ความสำคัญทั้งการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลง (Munro and Edward, 2008) สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์คือ ขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Martiol and Kostas, 2002) โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยหวนกลับไปมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำคือ การขาดแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง (Niaura, 2000)

จากการศึกษาพบว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควบคู่ไปกับการเรียนรู้การจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึอยากดื่มแอลกอฮอล์ (Craving) จะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น (Santa Ana et al., 2007; Martino and Santa Ana, 2013) โดยผู้วิจัยได้พัฒนาระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วมโดยการติดต่อทางโทรศัพท์อย่างมีรูปแบบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจอย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่อง

โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2002) ที่มุ่งส่งเสริมให้บุคคลมีแรงจูงใจภายในเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมเพิ่มขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้คือ เพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะประกอบด้วย 3 ระยะของการบำบัด ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะการสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะที่ 2 ระยะการนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

และระยะที่ 3 ระยะกลยุทธ์การติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมให้กลับไปอยู่ในชุมชนได้

ในแต่ละระยะของการสร้างแรงจูงใจจะต้องมีการประเมินระดับของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเองว่ามีแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับใด และเกิดความตระหนักในการขับเคลื่อนและผลักดันตนเองให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งการบำบัดผ่านทางโทรศัพท์มีหลักสำคัญ คือ ผู้บำบัดต้องมีหลักการการฟังอย่างตั้งใจ และถามรายละเอียดเพื่อข้อมูลที่ชัดเจนเข้าใจให้ตรงกับผู้ป่วย มีการทวนความเพื่อตรวจสอบให้มั่นใจว่ามีความเข้าใจที่ถูกต้องและสอดคล้องไปในทางเดียวกัน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม อีกทั้งต้องไวต่อสิ่งที่ผิดปกติ เช่น น้ำเสียงที่เปลี่ยนไปขณะสนทนา และที่สำคัญมีการจดบันทึกข้อมูลในการบำบัดทุกครั้งเพื่อให้การบำบัดเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมที่ดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ มีรูปแบบการบำบัดแบบ Face to Face ร่วมกับการใช้โทรศัพท์ในการสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มอย่างต่อเนื่อง ดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยแบบรายบุคคลติดต่อกัน 5 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม 2 ครั้งขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและอยู่ในระยะเตรียมจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายใช้เวลาครั้งละ 30-45 นาทีและการบำบัดต่อเนื่องทางโทรศัพท์ในครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 2-4 ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยการโทรศัพท์ครั้งละ 30 - 45 นาที และในสัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้งแบบผู้ป่วยนอกโดยการนัดผู้ป่วยมาติดตามผลการบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลใช้เวลาครั้งละ 20-30 นาที ดังรายละเอียดดังนี้

.....

**แผนการดำเนินโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม
ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์**

ระยะที่ 1 ระยะการสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์

สถานที่ หอผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลา 30 นาที

รูปแบบ การดำเนินกิจกรรมแบบรายบุคคล

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อประเมินสัมพันธภาพและความไว้วางใจที่ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีความเข้าใจในวัตถุประสงค์และรูปแบบของการดำเนินกิจกรรม
3. เพื่อประเมินขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์แสดงความไว้วางใจและให้ความร่วมมือกับพยาบาล
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถประเมินความพร้อมในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองได้

สาระสำคัญ

ในขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการเตรียมความพร้อมในการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ จากนั้นจะซักถามประวัติส่วนบุคคลและประวัติต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยมีการประเมินระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน จะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมโดยการใช้ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม รวมไปถึงถึงการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ บอกถึงข้อตกลงของการสร้างสัมพันธภาพ ได้แก่ สถานที่ เวลาที่จะพบปะเพื่อสนทนา ระยะเวลาของการสนทนาแต่ละครั้ง จำนวนที่วันต่อสัปดาห์ วันอะไรบ้าง และในระยะเวลาานานเท่าใด ข้อตกลงในการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ เพื่อป้องกันการเกิดความวิตกกังวลเมื่อต้องสิ้นสุดสัมพันธภาพ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดำเนินวิจัยครั้งนี้

สื่อ/อุปกรณ์

1. แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT)
2. ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์เกิดความไว้วางใจต่อพยาบาลประเมินจากสีหน้า ท่าทาง และความร่วมมือการเปิดเผยข้อมูลของตนเอง
2. ผู้บำบัดทราบถึงระดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (30 นาที)

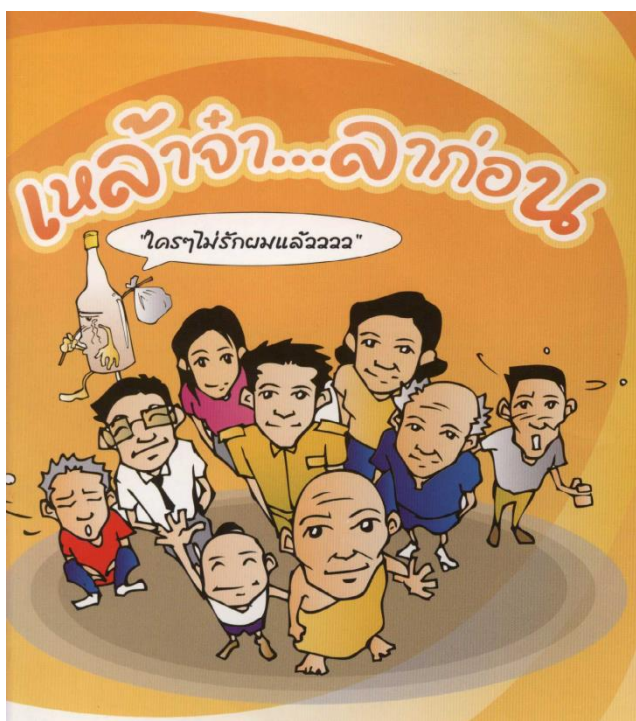
กระบวนการพยาบาล	แนวทางการปฏิบัติ / ตัวอย่างการปฏิบัติ	เครื่องมือ/สื่อ
<p>การสร้างสัมพันธภาพ (10 นาที)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้บำบัดสร้างบรรยากาศในการบำบัด เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจในการสื่อสาร ด้วยการทักทาย โดยการเรียกชื่อ แสดงความเป็นมิตร ยิ้มแย้ม และสบตาขณะสนทนา - ผู้บำบัดแนะนำตนเอง สร้างบรรยากาศการพูดคุยอย่างเป็นกันเองด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และยิ้มแย้ม - บอกวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการบำบัดครั้งนี้ - ผู้บำบัดต้องบอกถึงรายละเอียดข้อตกลงในการดำเนินโปรแกรมการพยาบาลครั้งนี้ ได้แก่ สถานที่ เวลาที่จะพบปะเพื่อสนทนา ระยะเวลาของการสนทนาแต่ละครั้ง จำนวนที่วันต่อสัปดาห์ วันอะไรบ้าง และในระยะเวลาอันนานเท่าใด รวมถึงข้อตกลงในการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ - ชักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพปัญหา และอาการ ณ. ปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความห่วงใยจากผู้บำบัด 	<p>“สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ.....เป็นพยาบาลวิชาชีพ ประจำอยู่ที่รพ..... ตอนนี้ดิฉันกำลังสนใจศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์</p> <p>“ สำหรับการดำเนินโปรแกรมการดูแลจะเป็นไปในลักษณะของการพูดคุยทั้งคุยแบบต่อหน้าและคุยทางโทรศัพท์ หลังจากที่คุณกลับไปอยู่ที่บ้านสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในแต่ละครั้งจะมีการทำกิจกรรมบ้างเล็กน้อย ใช้เวลาในแต่ละครั้งประมาณ 30 – 45 นาที คุณมีอะไรสงสัยหรือไม่คะ”</p> <p>“วันนี้เป็นอย่างไรบ้างคะ มีอาการผิดปกติอะไรบ้างไหม”</p> <p>“มีปัญหอะไรที่ต้องการให้ช่วยเหลือตอนนี้บ้างไหมคะ”</p>

กระบวนการพยาบาล	แนวทางการปฏิบัติ / ตัวอย่างการปฏิบัติ	เครื่องมือ/สื่อ
<p>การประเมิน</p> <p>Stage of change (15 นาที)</p>	<p>- ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยประเมินตนเองถึงพฤติกรรมที่ผิดและผลกระทบบที่เกิดขึ้น โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมที่ผิด (AUDIT) เพื่อนำมาประมวลผลและใช้ประกอบการให้ข้อมูลในครั้งต่อไป</p> <p>- ผู้บำบัดสรุปผลการประเมินพฤติกรรมที่ผิดจากแบบประเมินพฤติกรรมที่ผิด (AUDIT) พร้อมทั้งให้ข้อมูลสะท้อนกลับจากการประเมินดังกล่าวเป็นรายบุคคล</p> <p>- ผู้บำบัดประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มเป็นแบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง เพื่อประเมินให้ทราบว่าผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระดับขั้นตอนใด เพื่อที่ผู้บำบัดจะต้องนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป</p>	<p>แบบประเมินพฤติกรรมที่ผิด (AUDIT)</p> <p>คู่มือผู้ป่วย (ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม หน้า 4)</p>

กระบวนการพยาบาล	แนวทางการปฏิบัติ / ตัวอย่างการปฏิบัติ	เครื่องมือ/สื่อ
สรุปผลการทำกิจกรรม (5 นาที)	<p>- ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยสรุปถึงสิ่งที่ได้พูดคุยกันในวันนี้ พร้อมทั้งผู้บำบัดเพิ่มเติมในส่วนที่ขาด</p> <p>- ผู้บำบัดกล่าวขอบคุณที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วย และนัดหมายวัน เวลาในการพูดคุยครั้งต่อไป</p>	<p>“จากที่เราใช้เวลาทั้งมาทั้งหมด นาที ขอให้คุณช่วยสรุปให้ฟังหน่อยว่า เราพูดคุยเรื่องอะไรกันไปบ้าง”</p> <p>แนวทางสรุปผลการทำกิจกรรม หน้า 15</p>



คู่มือผู้ป่วย
ในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์



โดย

นางสาวอรุณรัตน์ คำสอนทา

รศ.ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์

อาจารย์.ดร. สุนิศา สุขตระกูล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับแอลกอฮอล์

แอลกอฮอล์คืออะไร??

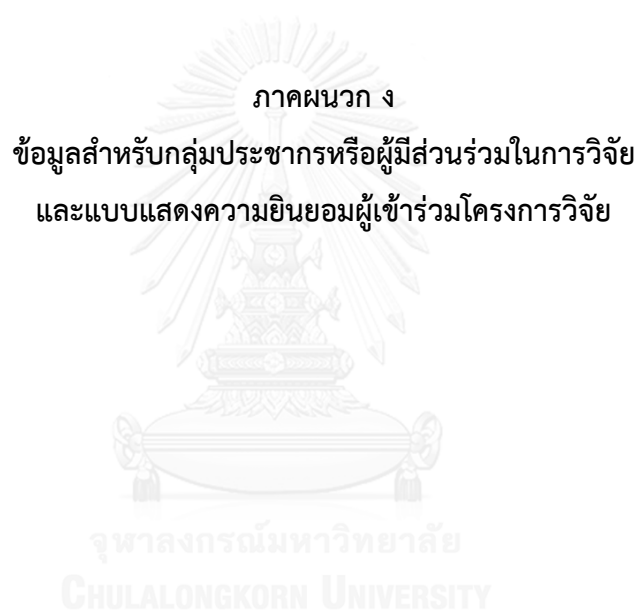
แอลกอฮอล์ เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง เกิดจากหมักผัก ผลไม้ หรือเมล็ดพืชชนิดต่างๆ รสหรือกลิ่นในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมาจากส่วนประกอบในการหมักและการแต่งกลิ่น



หลายคนเข้าใจผิดว่าแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่ช่วยกระตุ้นประสาท เพราะเมื่อเริ่มดื่มไปสัก 2-3 ดื่มแล้วจะรู้สึกสดชื่น ผ่อนคลาย กล้าพูด กล้าแสดงออก แต่ความจริงแอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์กดประสาททำให้ สมองทำงานช้า พูดอ้อแอ้ เดินไม่ตรง ความคิดสับสนรู้สึกว่ามีคนควบคุมตัวเองไม่ได้ หากดื่มอย่างรวดเร็วในปริมาณมากๆ แอลกอฮอล์จะกดทางเดินหายใจทำให้เข้าขั้นโคม่าและเสียชีวิตได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY





เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวอรุณรัตน์ คำสอนทา นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	112 ถนนสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ คลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600
โทรศัพท์ (มือถือ)	09-5252-9228 E-mail Address nu_ying77@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และมีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) และมีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในกลุ่มที่มีปัญหาและแบบติด ประเมินโดยแบบประเมินพฤติกรรมการดื่ม

แอลกอฮอล์มีระดับคะแนน ≥ 16 คะแนนที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในและอยู่ในระยะเตรียมจำหน่ายที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2. มีอาการทางจิตสงบ ประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) มีระดับคะแนนประเมินน้อยกว่า 36 คะแนน

3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้ป่วยต้องไม่ใช่บุคคลที่อาศัยอยู่เพียงลำพังต้องมีผู้ดูแลหลัก

6. ญาติหรือผู้ดูแลหลักต้องมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป (วัยผู้ใหญ่) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่กำหนด

2. กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรงระหว่างการดำเนินการวิจัย

3. ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายรุนแรง เช่น ตับแข็ง ตับอักเสบและมะเร็งตับ ซึ่งอาจมีผลต่อ

การวิจัย

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ดังนี้

กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่จัดขึ้นแก่ผู้ป่วยจิตเภทเป็นการบำบัดแบบรายกลุ่ม ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ รูปแบบการบำบัด คือ โปรแกรม ICOD-R ซึ่งประกอบไปด้วยเนื้อหาหลัก 4 อย่าง คือ (1) การให้คำปรึกษารายบุคคลและครอบครัว (2) การฝึกทักษะการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ระยะเริ่มต้น (3) การป้องกันการกลับติดยา (4) การให้ความรู้แก่ครอบครัว โดยสอดแทรกเข้าไปในระยะเวลาต่างๆของการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด

กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม ประกอบด้วย 3 ระยะของการบำบัด โดยดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมให้กลับไปอยู่ในชุมชนได้ เป็นการดำเนินการแก่ผู้ป่วยแบบรายบุคคลติดต่อกัน 5 สัปดาห์ โดยจะดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม 2 ครั้งในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในและอยู่ในระยะเตรียมจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายและการบำบัดต่อเนื่องทางโทรศัพท์ในครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 2-4 ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งขณะผู้ป่วยรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยการบำบัดต่อเนื่องทางโทรศัพท์และในสัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้งขณะผู้ป่วยรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยการนัดผู้ป่วยมาติดตามผลการบำบัดที่แผนกผู้ป่วย

นอกของโรงพยาบาล ในแต่ละครั้งใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 30–45 นาที

6. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือขอถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการได้รับการดูแลรักษาจากเจ้าหน้าที่แต่ประการใด

7. การใช้เวชระเบียนได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและจากตัวผู้ป่วยเอง

8. การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย คือ เป็นแนวทางสำหรับพัฒนาการให้บริการของพยาบาลจิตเวชในชุมชน โดยการฟื้นฟูสุขภาพทางจิตและสุขภาพทางกายของผู้ป่วยจิตเภทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

9. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้โดยติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบโดยเร็ว

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

11. การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ เลขาธิการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

หนังสือแสดงความยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการทำวิจัย

ทำที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เลขที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวอรุณรัตน์ คำสอนทา ที่อยู่ 112 ถนนสมเด็จพระยา คลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ

งานวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้มีต่อการพัฒนารูปแบบการบำบัดและความรู้ทางการแพทย์ อันจะส่งผลต่อข้าพเจ้า บุคคลผู้เกี่ยวข้องและผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้าคือผู้เข้าร่วมวิจัยหนึ่งใน 40 คู่ ที่ต้องเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมครั้งละประมาณ 30-45 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ข้าพเจ้าต้องตอบแบบสอบถามในการศึกษา ได้รับการติดตามผลอย่างต่อเนื่องจากผู้วิจัยโดยการติดต่อทางโทรศัพท์และเข้ารับการติดตามผลที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาภายหลังการจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 5 และจากนั้นอีก 4 สัปดาห์ถัดมา

ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลเก็บรักษาข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ โดย ผู้วิจัยมีวิธีการป้องกันการเก็บรักษาข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย เมื่อใดก็ได้โดยการถอนตัวนั้นจะไม่มีผลกระทบต่อตัวข้าพเจ้าและการบำบัดรักษาที่ได้รับ

ข้าพเจ้าได้รับทราบว่าขณะเข้าร่วมวิจัยข้าพเจ้าสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่คุณอรุณรัตน์ คำสอนทา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา หรือทางโทรศัพท์มือถือ 09-5252-9228 ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นทั้งหมดและยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจและได้ลงนามในท้ายเอกสารนี้

.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

(.....)

พยาน





เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

- โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โทรศัพท์ในการควบคุมความอยากดื่ม
ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์
- ผู้ดำเนินการวิจัยโดย : นางสาวอรุณรัตน์ คำสอนทา
- สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
- ระยะเวลาดำเนินการ : มกราคม ๒๕๖๐ - มกราคม ๒๕๖๑
- เอกสารที่อนุมัติ
๑. โครงการวิจัย
 ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 ๓. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาอนุมัติ
ในแง่จริยธรรมการวิจัยแล้วนั้น จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

(นายแพทย์ พิชิต วาณิชชิตี)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ วิชาการราชการแทน
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เอกสารรับรองโครงการที่ ๐๑๐/ ๒๕๖๐ วันที่อนุมัติ 25 ม.ค. 2560

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอรุณรัตน์ คำสอนทา เกิดวันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2529 ที่จังหวัดขอนแก่น สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยมหิดล หลังจากจบการศึกษาเข้ารับราชการตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติหน้าที่ ณ.แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชและประสาทศัลยศาสตร์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

