

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา
ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา



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 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF FAMILY MOTIVATION INTERVIEWING PROGRAM ON
ALCOHOL CONSUMPTION IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS
WITH ALCOHOL DRINKING PROBLEM

Mrs. Printorn Pinsupha



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 2017

Copyright of Chulalongkorn University

พรินทร ปิ่นสุภา : ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา (THE EFFECT OF FAMILY MOTIVATION INTERVIEWING PROGRAM ON ALCOHOL CONSUMPTION IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH ALCOHOL DRINKING PROBLEM) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 154 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวในระยะก่อนและหลังการทดลอง และ 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราจำนวน 40 คน ซึ่งมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันราชนครินทร์ ได้รับการจับคู่กลุ่มตัวอย่างด้วยระดับปัญหาการดื่มสุรา แล้วถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (Family Motivation Interviewing) ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากการศึกษาของ Smeerdijk et al. (2009) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (ACA) และ 4) แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา (SOCRATES-8A) เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 4 พบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. หลังการทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777316136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: FAMILY MOTIVATIONAL INTERVIEWING / ALCOHOL CONSUMPTION / SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH ALCOHOL DRINKING PROBLEM

PRINTORN PINSUPHA: THE EFFECT OF FAMILY MOTIVATION INTERVIEWING PROGRAM ON ALCOHOL CONSUMPTION IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH ALCOHOL DRINKING PROBLEM.
ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIS, Ph.D., 154 pp.

The purpose of this Pretest-Posttest with a comparison group research design were to compare: 1) alcohol consumption of schizophrenic patients with alcohol drinking problem before and after received family motivational interviewing program (FMI), and 2) alcohol consumption of schizophrenic patients with alcohol drinking problem who received the FMI and those who received regular nursing care. The sample consisted of 40 schizophrenic patients with alcohol drinking problem who met the inclusion criteria and received services at the inpatient department, Galya Rajanagarindra Institute. They were matched-pairs with scores on alcohol drinking problem and then randomly assigned to either experimental or control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the FMI that applied from the study of Smeerdijk et al. (2009) whereas the control groups received regular nursing care. Research instruments comprised of: 1) FMI, 2) Demographic questionnaire, 3) The alcohol consumption assessment (ACA), and 4) The stage of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES-8A). All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 3rd instrument was reported by Pearson Coefficient as of .86. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent and independent t-tests.

The findings of this research are as follows:

1. the mean score on alcohol consumption of schizophrenic patients with alcohol drinking problem who received the FMI measured at post intervention was significantly lower than that before the intervention at p .05;
2. the mean score on alcohol consumption of schizophrenic patients with alcohol drinking problem who received the FMI measured at post intervention was significantly lower than those who received regular nursing care at p .05.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2017

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าให้คำแนะนำ คำปรึกษาซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ตลอดจนช่วยตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความ พุ่มเท เอาใจใส่ต่อผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตา ความเสียสละ ความเอื้ออาทร ที่ท่านอาจารย์มอบให้โดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐกมล ชาญสาธิตพร กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้ คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการ ปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ประสบการณ์ และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ตลอดระยะเวลาของการศึกษาที่ผ่านมา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ รวมถึงพี่ๆ และเพื่อนๆทุกคนที่คอยช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เจ้าหน้าที่กลุ่มงานผู้ป่วยใน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนขอขอบพระคุณ ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลา และความสุสบายส่วนตัวมาเข้าร่วมในการศึกษา วิจัย ซึ่งทุกท่านมีส่วนร่วมและเป็นส่วนสำคัญยิ่งในความสำเร็จในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณกรม สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่สนับสนุนทุนการศึกษาในระดับปริญญาโทมาบัดนี้ในครั้งนี้

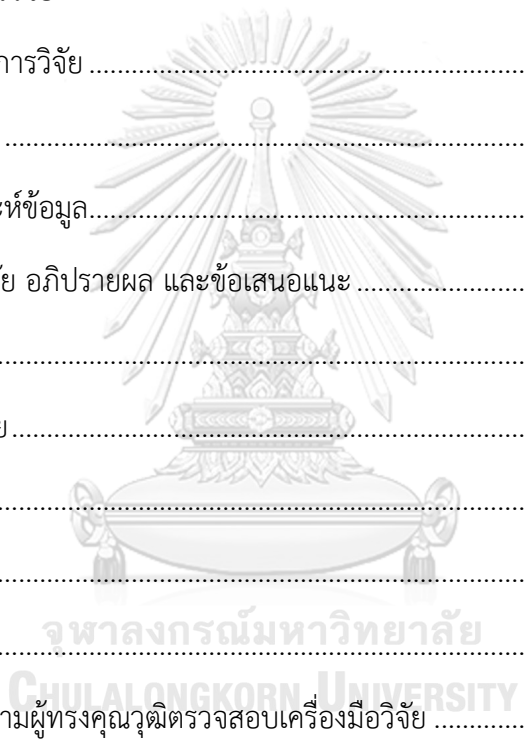
สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ และรำลึกถึงพระคุณของบิดามารดาผู้ให้กำเนิด และ ขอบคุณทุกคนในครอบครัว ที่เป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญยิ่งในความสำเร็จครั้งนี้ คุณค่าและ ประโยชน์ใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาท วิชา และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ท่านมีสุขภาพกายที่แข็งแรง มีพลังใจที่ เข้มแข็งต่อไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย	10
ขอบเขตการวิจัย	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท	14
2. ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	20
3. พฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท.....	22
4. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing).....	35
5. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (Family Motivational Intervention).....	43
6. โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว.....	45

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	52
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	56
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	59
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	69
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	89
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	99
สรุปผลการวิจัย.....	103
อภิปรายผลการวิจัย.....	103
ข้อเสนอแนะ.....	110
รายการอ้างอิง.....	112
ภาคผนวก.....	121
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	122
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา และการตรวจสอบความเที่ยง.....	124
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	127
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	151
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	154



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การประยุกต์แนวคิดสู่การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา(FMI) ของ Smeerdijk et al. (2009) บน พื้นฐานแนวคิดของ Miller & Rollnick (1991,2009).....	46
ตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่ม ควบคุม.....	58
ตารางที่ 3 กณฑ์การพิจารณาในการแปลผลค่าคะแนนของแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการ เปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A).....	67
ตารางที่ 4 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว.....	72
ตารางที่ 5 ระดับคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยจิต เภทในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (n=20).....	86
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้.....	91
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา.....	93
ตารางที่ 8 พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง.....	95
ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหา การดื่มสุราก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=20).....	97

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	54
ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงการประยุกต์ขั้นตอนตามรูปแบบ Family Motivation Interviewing ของ Smeerdijk et al. (2009) สู่กระบวนการบำบัดในการวิจัย	61
ภาพที่ 3 แผนภูมิแสดงสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย.....	88



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2556; Boyd, 2012) โดยข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการศึกษาเชิงระบาดวิทยาทั่วโลก พบความชุกของโรคจิตเภทในอัตราเฉลี่ย 15.2 คนต่อแสนประชากร (McGrath et al., 2008) ทำให้มีผู้ป่วยจิตเภททั่วโลกจำนวนมากกว่า 21 ล้านคน ซึ่งเป็นเพศชายประมาณ 12 ล้านคน และเพศหญิงประมาณ 9 ล้านคน (WHO, 2015) โดยพบอุบัติการณ์ของการเกิดโรคจิตเภทรายใหม่ประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Sadock and Sadock, 2016) ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจ และสังคมมากที่สุดเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านการประกอบอาชีพ และการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ (Wu et al., 2005) โดยผู้ป่วยเหล่านี้ร้อยละ 90 เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชน แต่ส่วนใหญ่ยังได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม (WHO, 2015) ทำให้แผนปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลกฉบับล่าสุด ได้สนับสนุนให้มีการมุ่งดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมากยิ่งขึ้น (WHO's Mental Health Action Plan 2013-2020)

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยก็พบว่าโรคจิตเภทเป็นปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากสถิติของกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศจำนวน 304,228 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุดถึง 24,879 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2560) อีกทั้งโรคจิตเภทยังเป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ใน 10 อันดับแรกของโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ในประชากรไทย (กรมสุขภาพจิต, 2560) และเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มีเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี เป็นเหตุให้โรงพยาบาลจิตเวชไม่สามารถรองรับผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโดยใช้ระยะเวลา ยาวนานได้ ด้วยเหตุนี้ประเทศไทยจึงมีนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลให้สั้นลง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการอาศัยและดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชนโดยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก (กรมสุขภาพจิต, 2554)

โรคจิตเภทจะมีการดำเนินของโรคในลักษณะเรื้อรังโดยมีอาการทางจิตกำเริบเป็นระยะๆ และอาการที่กำเริบบ่อยๆ เป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพพลภาพ (Disability) ในอัตราสูง อีกทั้งมีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากที่มีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการใช้สารเสพติดร่วมซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยจิตเภทมาก เนื่องจากอาจนำไปสู่การเกิดปัญหา

ในด้านต่างๆ ที่มีความรุนแรงมากขึ้นตามมา (Jablensky, 2000) ดังผลการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วมร้อยละ 27-58.9 (Addy et al., 2012) โดยมีพฤติกรรมการดื่มสุรามากเป็นอันดับที่หนึ่ง คือ ในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 53.1 (Latt et al., 2011) ส่วนในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วมสูงกว่าที่พบในประเทศสหรัฐอเมริกามาก คือ พบในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 92.5 ซึ่งสุรายังคงเป็นสารเสพติดที่ใช้ร่วมมากที่สุด (หทัยวัน สนั่นเอื้อ, 2551) และจากข้อมูลผลการสำรวจทั่วประเทศของกรมสุขภาพจิตปี 2555 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สุราในอัตราสูงถึงร้อยละ 62.3 (กรมสุขภาพจิต, 2555)

พฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Consumption) เป็นการคาดประมาณลักษณะของการดื่มสุราในแง่ของปริมาณ และความถี่ในการดื่มสุรา โดยเทียบเคียงเป็นดื่มมาตรฐานเพื่อให้มีความเป็นสากล (Suktrakul, 2009; Bellavia et al., 2014) โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2001) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดื่มสุราว่าเป็นลักษณะการดื่มของบุคคลแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ไม่ดื่มสุราเลย 2) กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinking) 3) กลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหา (Harmful Drinking) และ 4) กลุ่มที่ดื่มแบบติด (Alcohol Dependence) ซึ่ง Rane et al. (2012) ได้ใช้แนวคิดนี้ในการศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราจัดอยู่ในกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง กลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหา และกลุ่มที่ดื่มแบบติด ในอัตราร้อยละ 16.8, 5.7 และ 2.5 ตามลำดับ ซึ่งพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทอาจส่งผลกระทบต่อหลายด้าน เช่น กระทบต่อการทำงานของระบบประสาทและสมอง เช่น การมีระดับของสารซีโรโทนินที่ลดลง ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Heinz et al., 2001) และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายตามมาได้ (Hughes, 2009) นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านกระบวนการคิด การตัดสินใจ การวางแผน ตลอดจนมีความยับยั้งชั่งใจที่น้อยลง จนนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามมา (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556; จีระพรรณ สุริยงค์ และคณะ, 2557; Green et al., 2007) พฤติกรรมการดื่มสุรายังส่งผลต่อการรักษาด้วยยา คืออาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะข้างเคียงจากการใช้ยาเพื่อรักษาอาการทางจิต เช่น Extrapyrarnidal Side Effects (EPS) โดยเฉพาะ Tardive Dyskinesia ได้ในอัตราที่สูง (Hughes, 2009) ซึ่งส่งผลให้การรักษาด้วยยามีประสิทธิภาพน้อยลง (McCann, Boardman, and Clark, 2008; Hughes, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราจะประสบปัญหาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยา (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และนารัต เกษตรทัต, 2550) ทั้งนี้ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราจะมีปัญหาการให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาหรือมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อยู่ในระดับต่ำ (Batki et al., 2009) ซึ่งปัญหาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษานี้จะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามีอาการทางจิตกำเริบ และต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ในที่สุด โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราจะมีอัตรา

การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือน (Gerding et al., 1999; Bradizza et al., 2009) อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามักมีปัญหาคลับเป็นซ้ำบ่อยๆ ทำให้ส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนในอดีต ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัวมีภาระเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย (Hughes, 2009) นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาการกลับเป็นซ้ำสามารถส่งผลกระทบต่อในวงกว้างต่อระบบบริการสุขภาพ ทั้งในด้านของการวางระบบการดูแลที่ซับซ้อน และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งยังส่งผลให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องรับผิดชอบในการให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น (Drake and Mueser, 2002; Curran et al., 2008) ซึ่งข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าหากผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องสามารถส่งผลในระยะยาวทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มของตนเองได้ ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงทั้งจากภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความอยากใช้สารเสพติด (Craving) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสุขที่ได้ดื่ม Edward, 2008) อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยยังขาดแรงจูงใจทำให้เกิดความยากลำบากในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา (Martio, Carroll and Gregg, Barrowclough and Haddock, 2007; Carey et al., 2007) สอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา (2556) พบว่าการขาดแรงจูงใจในการเลิกดื่มอย่างแท้จริง รวมถึงขาดความตระหนักถึงผลเสียของการดื่มสุราเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเวช ส่วนปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การได้รับความกดดันทางด้านอารมณ์จากบุคคลอื่น การไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการได้รับการกระตุ้นอื่นๆ จากสิ่งแวดล้อม (เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ, 2555; เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา, 2556)

นอกจากปัจจัยเสี่ยงต่อการดื่มสุราข้างต้นแล้ว การที่ผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดจากขาดปัจจัยสนับสนุน โดยเฉพาะการได้รับยอมรับและสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งมีความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเลิกดื่มสุราได้ (ภาวดี โตท่าโรง และคณะ, 2551) สมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทหลักในการสนับสนุนด้านอารมณ์ให้ผู้ติดสุราหยุดดื่ม เนื่องจากเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ว่ามีคนคอยให้กำลังใจ เป็นห่วงห่วงดีใจ ดังนั้น การสนับสนุนจากครอบครัวจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดดื่มได้นานขึ้น (พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ribbe et al. (2011) พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเผชิญกับความเครียดหรือความกดดันด้านจิตใจได้ดีขึ้น จึงใช้วิธีการเผชิญกับปัญหาด้วยการดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติดอื่นๆ น้อยลง นอกจากนี้ ขวัญสุตา และคณะ (2556) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละคนมีเครือข่ายลำดับแรกๆ ที่ให้การช่วยเหลือ คือ แม่ พี่ชาย/พี่สาว พ่อ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bronowsky and Zaluska (2008) พบว่าครอบครัวเป็น

เครือข่ายให้การสนับสนุนที่ทำหน้าที่ค่อนข้างกว้าง เช่นเดียวกับการศึกษาของ บัญวดี เพชรรัตน์ และ เยาวนารถ สุวลักษณ์ (2003) พบว่าบุคคลในครอบครัวได้แก่ พ่อ แม่ และภรรยา เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่าบุคคลอื่น เพราะมีความผูกพันใกล้ชิดมากกว่า และสะท้อนให้เห็นถึงวัฒนธรรมไทยที่ครอบครัวยังคงดูแลบุคคลที่อ่อนแอเจ็บป่วย ไม่ทอดทิ้ง แม้จะต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลบุคคลกลุ่มนี้

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจและการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามีพฤติกรรมการดื่มน้อยลงได้ เนื่องจากสามารถจัดการกับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหานี้ ทั้งจากปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเอง ด้วยการส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการลดพฤติกรรมการเสพยา รวมทั้งจัดการกับปัจจัยภายนอกที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ด้วยการส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในต่างประเทศ พบว่า Smeerdijk et al. (2009) ได้พัฒนารูปแบบการบำบัดที่เรียกว่า Family Motivational Intervention (FMI) ซึ่งมีพื้นฐานจากแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) ทั้งนี้เพื่อลดพฤติกรรมการใช้กัญชาของผู้ป่วยจิตเภท โดยองค์ประกอบสำคัญของการบำบัดคือการเสริมสร้างพลังให้ครอบครัวด้วยการสอนให้ครอบครัวเกิดทักษะในการเสริมสร้างแรงจูงใจและการมีปฏิสัมพันธ์ (motivational interviewing and interaction skills) กับผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยา และพบว่าการบำบัดในรูปแบบนี้สามารถลดการใช้กัญชาของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่ามีการนำแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (1991, 2002) มาใช้ในผู้ป่วยจิตเภท และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้ เช่น การศึกษาของจันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ สุกฤติยา กุลศรี และวัฒนาภรณ์ พิบูลย์อาลักษณ์ (2556) ศึกษาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และการศึกษาของรัชณี อุทัยพันธ์ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2556) ที่ศึกษาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในผู้ป่วยจิตเภทชุมชน รวมถึงการศึกษาของกฤติยา แสวงทรัพย์ (2557) ในเรื่องของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม แต่ยังไม่พบการนำการบำบัดที่มุ่งสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (FMI) มาใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาที่มีปัญหาการดื่มสุราในประเทศไทย ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงสนใจพัฒนาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวตามแนวคิดการบำบัดในรูปแบบ Family Motivational Intervention (FMI) โดยประยุกต์จากขั้นตอน Family Motivational Intervention (FMI) จากการศึกษาของ Smeerdijk et al. (2009,

2011, 2015) เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถใช้ทักษะในเรื่องของการเสริมสร้างแรงจูงใจ และนำเทคนิคนั้นไปใช้เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ การมีพฤติกรรมติ่มสุรา สู้อ่อนแอหรือกระทำ (Action) ตลอดจนขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) รวมถึงลดการกลับไปมีพฤติกรรมเดิมที่ไม่พึงประสงค์คือการติ่มสุราซ้ำ (Relapse) ได้อย่างยั่งยืน อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมติ่มสุราลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในที่สุด

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีพฤติกรรมติ่มสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างกันหรือไม่
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีพฤติกรรมติ่มสุราแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมติ่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมติ่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การติ่มสุราเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภท โดยพบในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 62.3 (กรมสุขภาพจิต, 2555) โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีพฤติกรรมติ่มสุราอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีกระบวนการคิด และการตัดสินใจที่บกพร่อง ส่งผลต่อการขาดความร่วมมือในการรักษาและการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และคณะ, 2550) นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สุราติดต่อกันเป็นระยะเวลานานๆ มีผลทำให้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงาน และเกิดอาการทางจิตเพิ่มขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาต่ำ (Green et al., 2007) มีอาการแฉ่งหลังใช้สุรา รวมทั้งมีภาวะไร้บ้าน มีอัตราการป่วยซ้ำ และกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูง (Swartz, Swanson and Wagner, 2006) ส่งผลกระทบต่อครอบครัว และชุมชนตามมา

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมติ่มสุราอย่างต่อเนื่องมีหลายปัจจัย จากการศึกษาของ Heinz and Wong, 2003 พบว่าสุรามีผลต่อ Dopamine และ Serotonin คือทำให้ผู้

ดื่มเคลิบเคลิ้ม (Euphoria) และมีความอยากดื่ม (Craving) ดังนั้นบุคคลจึงดื่มสุราซ้ำๆ เพื่อให้ได้รับความสุขดังกล่าว ขณะเดียวกันผลของการดื่มสุราจะช่วยลดความวิตกกังวล และความทุกข์เศร้าหมอง ขณะที่เมื่อหยุดดื่มก็ทำให้มีอาการขาด เช่น ทุกขี้ใจ ซึมเศร้า อาการเหล่านี้จะทำให้บุคคลกลับไปดื่มซ้ำจนทำให้เกิดอาการติดสุรา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิชนันท์ คำล้าน (2547) พบว่าอาการอยากยาเป็นปัจจัยทางด้านร่างกายที่สำคัญ ที่ทำให้ผู้ติดสุราไม่สามารถทนใจแข็งที่จะปฏิเสธการดื่มสุราได้ เพราะอาการอยากเป็นความต้องการด้านจิตใจที่เกิดจากความคิดและความเชื่อว่าถ้าได้ดื่มสุราจะทำให้รู้สึกหายเหนื่อย หายปวดเมื่อย และคลายความเครียด ส่วนปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมติดสุรา ได้แก่ การมีแรงจูงใจภายในตัวบุคคลลดลง (Martio, Carroll and Kostas, 2002; Gregg, Barrowclough and haddock, 2007) ดังผลการศึกษาของ Carey et al. (2007) พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราส่วนใหญ่จะมีแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมติดสุราอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติดสุรา สอดคล้องกับการศึกษาของ Twamley et al. (2003) พบว่าลักษณะด้อยที่ชัดเจนของผู้ป่วยสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วม คือ การคิดและความจำเสื่อมลง (Cognitive impairment) มีการดำรงอยู่ได้ในสังคมแย่ง (Impairment in social functioning) และแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุราลดลง (DiClemente et al., 2008) ดังนั้น การจัดการกระทำโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจจึงมีความสำคัญต่อกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีพฤติกรรมติดสุราที่ลดลงได้ (Santa Ana et al., 2007; Martino and Santa Ana, 2013) นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจ มีกำลังใจ และมีความเชื่อมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใช้สารเสพติดของตนเอง และสามารถลดการใช้สารเสพติดรวมถึงลดการใช้สุราลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ, 2550; ภาวดี โตท่าโรง และคณะ, 2551; Smeerdijk, 2015)

จากเหตุผลข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติดได้อย่างมั่นคง โดยประยุกต์จากรูปแบบการบำบัด Family Motivational Intervention (FMI) ของ Smeerdijk et al. (2009) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเริ่มจากการฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการสร้างทักษะเบื้องต้นในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่ครอบครัวที่จะนำไปใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติดสุราให้กับผู้ป่วยจิตเภทจนถึงขั้นลงมือกระทำ (Action) ได้อย่างต่อเนื่อง จนไปสู่ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) ช่วยลดการกลับไปมีพฤติกรรมเดิมซ้ำ (Relapse) ได้อีกด้วย

โดยรูปแบบการบำบัด FMI ของ Smeerdijk et al. (2009) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนได้แก่ 1) การฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interaction Skills Training) และ 2) การฝึกทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing training) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้

ปรับปรุงเนื้อหากิจกรรมที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับการแก้ปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการทางจิตรบกวน การขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวในการดูแล และขาดการสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราให้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (อรรชรณ ฮ่องต้อ, 2550; Higashi et al., 2013) ดังนั้น การมุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง (Smeerdijk et al., 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Olson et al. (1993) พบว่าระบบครอบครัวมีหน้าที่หลัก 3 ด้านคือ ความผูกพันทางอารมณ์หรือความห่วงใยต่อกัน การปรับตัว และการสื่อสาร หากครอบครัวสามารถทำหน้าที่หลักดังกล่าวได้ จะเข้าใจความรู้สึกของกันและกัน มักใช้เวลาาร่วมกัน และมีสัมพันธภาพที่ดีร่วมกัน นอกจากนี้ครอบครัวยังได้รับการเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และให้ความรู้เบื้องต้นในเรื่องของการเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งมีความจำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย

รูปแบบการบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจะช่วยเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และทักษะให้กับครอบครัวในเรื่องของการเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ประกอบด้วยการแบ่งกิจกรรมเป็น 2 ระยะ ดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มๆ ละ 3-5 ครอบครัว เนื่องจากการสนับสนุนกันภายในกลุ่มช่วยให้เกิดการเรียนรู้ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เร็วยิ่งขึ้น (Santa, Wulfert and Nietert, 2007; Stauder, 2012) โดยในระยะที่ 1 มี 5 กิจกรรม เป็นการดำเนินกิจกรรมกับครอบครัวและผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆละ 60-90 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และระยะที่ 2 มี 1 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมโดยใช้วิธีโทรศัพท์ติดตามหลังผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้านครบ 1 สัปดาห์ เพื่อสอบถามว่าครอบครัวมีการนำความรู้ และทักษะของการเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้กับผู้ป่วยจริงหรือไม่ รวมถึงการสอบถามถึงประเด็นปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเพื่อที่ผู้วิจัยกับครอบครัวจะได้ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเมื่อนำโปรแกรมไปใช้จริงกับผู้ป่วยที่บ้าน รวมระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ติดต่อกัน โดยโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีสาระสำคัญในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งที่คาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดื่มสุราที่ลดลง ดังนี้

ระยะที่ 1

กิจกรรมที่ 1 ความสัมพันธ์ และศักยภาพของครอบครัว

กิจกรรมนี้มีจุดประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่องของโรคจิตเภท พฤติกรรมการดื่มสุรา รูปแบบการรักษาต่างๆ มีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา บทบาทหน้าที่ของครอบครัว และทฤษฎีหน้าต่างพฤติกรรม ซึ่งจากการศึกษาของ Pitschel-Walz et al. (2006) พบว่า

การให้ความรู้จะทำให้ผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Addington, Mc-Cleery and Addington, 2005) อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลลดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแล และยอมรับในการทำบทบาทหน้าที่ของตนเอง (จิราพร รักการ, 2549) สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีมากขึ้นเพราะมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย (Dixon et al., 2001) นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และเรื่องต่างๆ ที่จำเป็นจะส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากมีความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น (Razali and Yayah, 1995)

กิจกรรมที่ 2 ทักษะการสื่อสาร และการประเมินระดับแรงจูงใจ

ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลในเรื่องทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว ตามเทคนิค Interaction Skills Training (IST) ของ Kuiper (2003) ซึ่งประกอบด้วยหลักการ 3 ประการดังนี้ 1) การฟังอย่างตั้งใจ (Active listening) 2) การส่งสัญญาณที่ชัดเจน (sending clear signals) และ 3) การรักษาขอบเขต (maintaining boundaries) รวมถึงให้ความรู้และทักษะแก่ครอบครัวในเรื่องของทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือ Stage of Change ของ Prochaska & DiClemente แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเฝ้าเฉย (Pre-contemplation) 2) ขั้นลังเลใจ (Contemplation) 3) ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination) 4) ขั้นลงมือกระทำ (Action) 5) ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) 6) ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) สิ่งที่สำคัญคือระดับของแรงจูงใจนั้นมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จำเป็นที่จะต้องได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม ครอบครัวต้องให้ความช่วยเหลือ และสร้างความเข้มแข็งให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิม และดึงผู้ป่วยกลับสู่หนทางแห่งการหยุดดื่มให้เร็วที่สุด (recovery process)

กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างแรงจูงใจ : เรื่องง่ายๆ เราทำได้

กิจกรรมนี้มีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในรายละเอียดของรูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดคำพูดจูงใจตนเอง (Change talk) มีการวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Change Plan) ประกอบด้วยเนื้อหาหลัก 2 ส่วน คือ ส่วนที่หนึ่ง จิตวิญญานของการเสริมสร้างแรงจูงใจหรือ spirit of MI ได้แก่ 1) Evocation การกระตุ้นเร้าให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ มีการคิดพิจารณา และลงมือกระทำในที่สุด 2) Autonomy การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วย ได้เลือก ตัดสินใจ และกระทำด้วยตนเอง และ 3) Collaboration มีการร่วมมือกัน มากกว่าการสั่งการ ส่วนที่สอง การเสริมสร้างแรงจูงใจ หรือ Motivation Interviewing (MI) ตามทฤษฎีของ (Miller & Moyers, 2006) ได้แก่ 1) OARS: การใช้คำถามปลายเปิด การชื่นชมยืนยันรับรอง การฟังอย่างตั้งใจ และการสรุปความ 2) DARES: ความแตกต่างระหว่างเป้าหมายกับปัจจุบัน อย่าวัดแย้ง ผู้ป่วย แรงต้านเป็นเรื่องปกติ มีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และสนับสนุนว่าผู้ป่วยสามารถทำได้ และ

3) FRAMES: มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบตนเอง แนะนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เสนอทางเลือก แสดงความสนใจว่าการเลิกไม่ใช่เรื่องง่าย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นถึงศักยภาพของตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 4 เทคนิคที่ใช้ เราไม่ควรลืม

กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้ให้แก่ผู้ดูแลในการประยุกต์ใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจที่บ้าน (Smeerdijk, 2009) โดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้ซึ่งเป็นลักษณะของการสนทนาที่ควรใช้ ได้แก่ การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation) การเปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริง (Exploring feeling) การแสดงออกในด้านบวก (Expressing optimism) และการกระตุ้นเร้าให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ (Evocation) การคิดพิจารณาและลงมือกระทำ การฟังอย่างเข้าใจและสะท้อนความ (Reflective listening) มีการร่วมมือกัน มากกว่าการสั่งการ (Collaboration) มีความสอดคล้องกัน ทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างสถานการณ์ปัจจุบันกับเป้าหมายที่ผู้ป่วยอยากจะเป็น (Develop Discrepancy) การหมุนไปกับแรงต้าน (Rolling with resistance) มีความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ (Global Empathy)

กิจกรรมที่ 5 ไม่สร้างสรรค์ ฉันทไม่ใช้

ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในเรื่องลักษณะของการสนทนาที่ไม่ควรใช้ (Smeerdijk, 2009) ได้แก่ การโต้เถียง (Arguing) การกล่าวโทษ (Blaming) การติดตรา (Labeling) การถามซ้ำ (Information gathering) การกำหนดระเบียบต่าง ๆ (Following own agenda) และการทำตัวเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Expert)

ระยะที่ 2 ดำเนินกิจกรรมหลังจากผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน 1 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 6 จูงใจที่บ้าน ปัญหาเบาลง

ผู้วิจัยติดตามการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจที่บ้าน (Smeerdijk, 2009) โดยใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์ มีเป้าหมายเพื่อสนับสนุน และสอบถามถึงสถานการณ์ของการสนทนาที่เป็นปัญหา และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (Family Motivational Intervention: FMI) ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดของ Smeerdijk et al. (2009) ทั้ง 2 ระยะ 6 กิจกรรมจะช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามีระดับคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มสุร่าหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุร่าหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มสุร่าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Design with a comparison group) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุร่าของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุร่า ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD -10) แต่ละครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวมทั้งหมดครอบครัวละ 2 คน จำนวน 40 ครอบครัว

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดื่มสุร่าของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุร่า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุร่า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และมีปัญหาการดื่มสุร่าที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุร่าร่วมด้วย ประเมินโดยใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุร่า (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) โดยเป็นกลุ่มที่มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 8-15 คะแนน (กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง: Hazardous Drinking) กลุ่มที่มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 16-19

คะแนน (กลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหา: Harmful Drinking) และกลุ่มที่มีระดับคะแนนมากกว่า 20 คะแนน (กลุ่มที่มีการดื่มแบบติดสุรา: Alcohol Dependence)

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยคำนึงถึง ชนิดของสุราที่ดื่ม ปริมาณเฉลี่ยของการดื่มสุรา (จำนวนดื่มมาตรฐาน) และความถี่ของการดื่มสุรา (จำนวนวันของการดื่มสุรา) ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (The Alcohol Consumption Assessment: ACA) พัฒนาโดย Suktrakul et al. (2009)

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาล แก่ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล เฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ และทักษะในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลด ละ เลิกการดื่มสุรา โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ด้วยการประยุกต์จากโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวของ Smeerdijk et al. (2009) ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมแก่ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว มีการดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมขณะที่ผู้ป่วยยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 ความสัมพันธ์และศักยภาพของครอบครัว หมายถึง กิจกรรมที่มีผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในเรื่องของโรคจิตเภท โรคสมองตื้อยา ปัญหาการดื่มสุรา รูปแบบของการบำบัดรักษา และบทบาทหน้าที่ของครอบครัว

กิจกรรมที่ 2 ทักษะการสื่อสาร และการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ หมายถึง กิจกรรมที่มีผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ และพัฒนาทักษะในเรื่องของการสื่อสารภายในครอบครัว ทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีการประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างแรงจูงใจ : เรื่องง่ายๆที่เราทำได้ หมายถึง กิจกรรมที่มีผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรม มีการให้ความรู้ และพัฒนาทักษะในเรื่องของจิตวิญญาณของการเสริมสร้างแรงจูงใจ และเทคนิคที่ใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจได้แก่ OARS, DARES, FRAMES

กิจกรรมที่ 4 เทคนิคที่ใช้เราไม่ลืม หมายถึง กิจกรรมที่มีผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรม มีการให้ความรู้ และทักษะในเรื่องของเทคนิคการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่ควรนำไปใช้ ได้แก่

Affirmation, Exploring feeling, Expressing optimism, Evocation, Reflective listening, Collaboration, Develop Discrepancy, Rolling with resistance, Global Empathy

กิจกรรมที่ 5 ไม่สร้างสรรค์ ฉันทไมใช้ หมายถึง กิจกรรมที่มีผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรม มีการให้ความรู้ในเรื่องของเทคนิคของการสนทนาที่ไม่ควรใช้ ได้แก่ Arguing, Blaming, Labeling, Information gathering, Following own agenda, Expert และมีการฝึกทักษะของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

ระยะที่ 2 ขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลกลับไปใช้หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจที่ได้เรียนรู้และฝึกหัด เพื่อกลับไปให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 6 จูงใจที่บ้าน ปัญหาเบาสมอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ดูแลนำเอาเทคนิคของการมีปฏิสัมพันธ์ และการเสริมสร้างแรงจูงใจกลับไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยผู้วิจัยใช้การติดตามทางโทรศัพท์

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราได้รับขณะรักษาตัวแบบผู้ป่วยในที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ได้แก่ การประเมินสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่มเกี่ยวกับโรคทางจิตเภท และสารเสพติด รวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา และอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในการรักษาอาการทางจิต

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชนจากกระบวนการที่สนับสนุนให้ครอบครัวมีการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา โดยใช้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้นานมากขึ้น
3. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลแก้ไขปัญหาพฤติกรรมดื่มสุรา เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา” ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เพื่อประกอบการดำเนินการวิจัย โดยมีเนื้อหาและสาระสำคัญ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อโรคจิตเภท
 - 1.3 อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท
 - 1.4 การดำเนินโรคจิตเภท
 - 1.5 การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย
 - 1.6 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว
 - 2.2 บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. พฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.1 ความหมายของพฤติกรรมการดื่มสุรา
 - 3.2 ปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.3 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา
 - 3.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.5 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดรวมถึงการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา
 - 3.7 แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา
 - 3.8 แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา
4. แนวคิดและหลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจ
 - 4.1 ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

- 4.2 แนวคิดพื้นฐานของการเสริมสร้างแรงจูงใจ และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- 4.3 เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจ
- 4.4 ประเภทและรูปแบบของการเสริมสร้างแรงจูงใจ
5. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการดำเนินการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว
 - 5.1 ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว
 - 5.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว
6. โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมาย

World Health Organization (1992) กล่าวไว้ในเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (The International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem 10th Revision: ICD-10) ว่าโรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ ความคิด การรับรู้ ที่มีลักษณะจำเพาะ มีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม มีสติสัมปชัญญะ และความสามารถด้านเชาว์ปัญญาดีถึงแม้ว่าจะสูญเสียการรับรู้

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน กล่าวไว้ในการจำแนกโรคของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition : DSM-V (2013) ว่าโรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีลักษณะของอาการความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การพูด พฤติกรรม และอาการอื่นๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคม และการประกอบอาชีพ โดยมีอาการติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน และรวมถึงมีอาการกำเริบรุนแรงอย่างน้อย 1 เดือน

พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์ (2552) กล่าวว่า โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติที่มีอาการหลายด้าน ทั้งความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม โดยมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยนานมากกว่า 6 เดือน และไม่มีอาการด้านอารมณ์เด่นชัด

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติของความคิดซึ่งเป็นลักษณะเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยไม่มีอาการทางกายหรือการสูญเสียการทำงานของสมองส่วนใดมาเกี่ยวข้อง

สรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ การพูด และพฤติกรรม ซึ่งเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ความผิดปกติดังกล่าวไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย และสมอง

1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคจิตเภท

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเกิดโรคจิตเภท แต่พบปัจจัยที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทดังนี้ (Kaplan and Sadock, 1998)

1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factor) ได้แก่

1.2.1.1 พันธุกรรม (Genetic factor) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติของสารพันธุกรรม ซึ่งสามารถถ่ายทอดผ่านทางพันธุกรรมได้ โดยพบว่าโครโมโซม X, 22q11, 1q42/11q14 ของผู้ป่วยจิตเภทผิดปกติซึ่งสามารถถ่ายทอดผ่านทางพันธุกรรมได้ (พิเชษฐ์ อดุมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนานนท์, 2552)

1.2.1.2 สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factor) ตามสมมุติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ post-synaptic receptor (D₂ receptor) (นันทวีช สิทธิรักษ์ และคณะ, 2558) นอกจากนี้สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทอื่น ได้แก่ Serotonin, Norepinephrine, Glutamate Acetylcholine และ Nicotine (Sadock and Sadock, 2016)

1.2.1.3 ด้านกายวิภาคของสมอง (Anatomy of brain) พบความผิดปกติของสมองในส่วน Ventricular มีขนาดใหญ่ขึ้นทำให้ปริมาณและส่วนประกอบของสมองส่วนอื่นๆ เล็กลง โดยเฉพาะ limbic และ thalamus (Sadock and Sadock, 2016) อีกทั้งมีการทำงานของกระแสไฟฟ้าในสมองลดลง และ Limbic system ผิดปกติ (Antonova et al., 2004)

1.2.1.4 ด้านประสาทสรีรวิทยา (Neurophysiology) พบว่ามีเลือดไปเลี้ยงสมองส่วน cerebral ลดลง และมี Glucose metabolism บริเวณสมองส่วน Frontal ในส่วน prefrontal cortex ลดลง (Antonova et al., 2004) และบางรายพบว่ามีความผิดปกติระดับเซลล์บริเวณ limbic และ periventricle (Sadock and Sadock, 2016)

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factor) โรคจิตเภทเกิดจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพในวัยเด็กที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีการตอบสนองต่อความเครียดไม่ดีและมีความขัดแย้งในจิตใจที่เกิดจากสาเหตุภายนอกทำให้เกิดความลึกลับไม่แน่ใจ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าความผิดปกติในการทำหน้าที่ของ Ego และภาวะความเครียดทางด้านจิตใจนั้นเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536)

1.2.3 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Socio-culture factor) การเกิดโรคจิตเภท มักพบในประชากรที่มีฐานะยากจน และพบว่าการเลี้ยงดูในครอบครัวมีความขัดแย้งกัน และมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง รวมทั้งอยู่ในสภาพทางสังคมที่กดดัน (Sadock and Sadock, 2016)

ถึงแม้ขณะนี้ยังไม่ทราบปัจจัยชัดเจนที่ส่งผลต่อการเกิดโรคจิตเภท แต่ปัจจุบันมีแนวคิดล่าสุดมองว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านพัฒนาการทางระบบประสาท และพบความผิดปกติในการทำงานของสมองหลายบริเวณ (นันทวัช สิริธีรภัทร์ และคณะ, 2558) นอกจากนี้อีกแนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ stress-diathesis model ที่เชื่อว่าผู้ป่วยมีจุดอ่อนบางอย่างอยู่ และเมื่อพบสภาพกดดันจึงทำให้มีอาการของโรคเกิดขึ้น โดยอาจเป็นปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือหลายปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคจิตเภทร่วมกัน (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคณิษฐ์, 2552)

1.3 อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท

อาการของโรคจิตเภทแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2553)

1.3.1 กลุ่มอาการทางบวก (Positive symptoms) ประกอบด้วย อาการ 2 ลักษณะ ได้แก่ Psychotic dimension คือ อาการความคิดหลงผิด (Delusion) และอาการประสาทหลอน (Hallucination) และ Disorganized dimension คือ ความผิดปกติของพฤติกรรม (disorganized behavior) และความผิดปกติของคำพูด (disorganized speech)

1.3.2 กลุ่มอาการทางลบ (Negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดหรือลดลงอย่างมากในสิ่งที่คนทั่วไปควรมีซึ่งเป็นลักษณะพื้นฐานความเป็นมนุษย์ ได้แก่ ความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ โดยพบอาการแสดงออก ดังนี้ พูดน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด

1.4 การดำเนินโรคจิตเภท

โรคจิตเภทสามารถแบ่งตามการดำเนินโรคออกเป็น 3 ระยะตามลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคณิษฐ์, 2552)

1.4.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงซึ่งมักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือสัมพันธภาพ มีพฤติกรรม ความคิด และคำพูดที่เปลี่ยนแปลงไป อาจมีความสนใจเกี่ยวกับความเชื่อไสยศาสตร์ ศาสนา หรือสนใจบางอย่างที่ไม่เคยสนใจมาก่อน หากเป็นวัยเรียนจะพบว่ามีการเรียนต่ำลง ความสนใจตนเองลดลง โดยเฉลิยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ ในผู้ป่วยบางรายอาจมีระยะเริ่มมีอาการที่ไม่ชัดเจน

1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ในระยะนี้จะพบความผิดปกติอย่างชัดเจนซึ่งมีอาการที่พบได้บ่อย ดังนี้ อาการหลงผิด (delusion) อาการประสาทหลอน (hallucination) ความผิดปกติทางพฤติกรรมและอารมณ์ โดยผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการ

ขึ้นไปนาน 1 เดือน ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน พุดผิดปกติสับสน มีพฤติกรรมสับสน อย่างชัดเจน การเคลื่อนไหวผิดปกติ หรือมีอาการทางลบ

1.4.3 ระยะเวลาการหลงเหลือ (Residual phase) ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายกับระยะ เริ่มมีอาการ โดยอาจมีอาการทางจิตเหลืออยู่ เช่น หลงผิด ประสาทหลอน แต่อาจจะไม่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมากเท่ากับระยะเริ่มมีอาการ

1.5 การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย

หลักการวินิจฉัยโรคจิตเภทตามระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (The International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem 10th Revision : ICD-10) มีเกณฑ์การวินิจฉัย ดังนี้

1) ผู้ป่วยต้องมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการ เป็นระยะเวลา 1 เดือน ทั้งนี้ ระยะเวลาอาจน้อยกว่า 1 เดือนในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา ได้แก่

- อาการหลงผิด
- อาการประสาทหลอน
- มีความผิดปกติของคำพูด
- มีพฤติกรรมวุ่นวายหรือมีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว
- มีอาการทางด้านลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย ไม่ดูแลตนเองหรือไม่

ทำกิจกรรมทุกชนิด

2) อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านอาชีพการงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือการดูแลตนเอง

3) ผู้ป่วยมีอาการติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

4) ผู้ป่วยไม่มีอาการของโรคจิตชนิดอื่น

5) อาการต่างๆ ไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติด หรือโรคทางกาย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทของระบบการจำแนกโรคของ องค์การอนามัยโลก (The International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem 10th Revision : ICD - 10) เพื่อให้เหมาะสมกับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เลือกใช้เกณฑ์ดังกล่าว

1.6 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีการบำบัดรักษาด้วยรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่สงบและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุทธิชัย, 2555)

1.6.1 การรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน มีความจำเป็นในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตรุนแรง หรือมีปัญหาสำคัญเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางด้านจิตเวช

1.6.2 การรักษาด้วยยา แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.6.2.1 ระยะเฉียบพลัน (acute phase) มีเป้าหมายเพื่อช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยให้สงบโดยเร็ว และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยในการใช้ยา ซึ่งยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับโดปามีนในสมอง ทำให้อาการแสดงของโรคโดยเฉพาะอาการทางบวกลดลง โดยจะเห็นผลชัดเจนประมาณ 2-3 สัปดาห์ ทั้งนี้ต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยจากอาการข้างเคียงของยาด้วย

1.6.2.2 ระยะทำให้คงที่ (stabilization phase) ในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มจะมีอาการต่างๆทุเลาลง แต่ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการ โดยยารักษาโรคจิตที่ผู้ป่วยได้รับควรมีขนาดเท่าเดิมต่อไปอีกประมาณ 6 เดือน เนื่องจากการลดปริมาณยาอย่างรวดเร็วหรือการหยุดใช้ยาในระยะนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบได้ (นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ, 2558)

1.6.2.3 ระยะคงที่ (maintenance phase) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตสงบแล้วแต่ผู้ป่วยยังคงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำไปมีอาการกำเริบได้อีก โดยปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับจะต่ำกว่าระยะแรก สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการรับประทานยานั้นแพทย์อาจพิจารณาให้ยาชนิดประเภทออกฤทธิ์นาน (Long Acting) ทุก 2-3 สัปดาห์ (Shade, 2003 อ้างใน นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ, 2558)

1.6.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy : ECT) ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือมีข้อบ่งชี้ชัดเจน ได้แก่ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ซึมเศร้ามาก (severe depression) เคลื่อนไหวแบบค้างแข็ง (catatonic) โดยจะรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการใช้ยา โดยผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 6 ครั้ง

1.6.4 การบำบัดรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment) เป็นส่วนสำคัญของการรักษาควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา โดยบุคลากรทางสุขภาพควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย มีการดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม และให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ โดยเลือกรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ดังนี้

1.6.4.1 จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และใช้ศักยภาพของตนให้มากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพ เกิดความไว้วางใจผู้อื่น และลดปัญหาการแยกตัว

1.6.4.2 สุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) เป็นการให้ความรู้ และคำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับโรคจิตเภท ตลอดจนการดูแลตนเองต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้ความเข้าใจ และใช้เป็นพื้นฐานในการดูแลตนเองได้

1.6.4.3 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมระหว่างผู้ป่วย

เพื่อฝึกทักษะการเข้าสังคม เน้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และให้คำแนะนำแก่กัน

1.6.4.4 นิเวศบำบัด (milieu therapy) โดยการจัดสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลให้มีความผ่อนคลาย เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมความมั่นใจ และควมมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องหลายด้านดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจึงควรนำแนวคิดการพยาบาลต่างๆมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

1.7.1 หลักการพยาบาลทั่วไป (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) ครอบคลุมดังนี้

1.7.1.1 การพยาบาลด้านร่างกาย โดยการส่งเสริมสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะบกพร่องในการดูแลตนเอง

1.7.1.2 การพยาบาลด้านความคิด โดยการค้นหาความหมายของความคิดของผู้ป่วยจากการสนทนา การสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก และการให้ข้อมูลที่เป็นจริงแก่ผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความเป็นจริง

1.7.1.3 การพยาบาลด้านจิตใจ โดยพยาบาลต้องเข้าใจและยอมรับต่ออารมณ์ที่ผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภท ควรเสริมสร้างพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสมต่อเหตุการณ์

1.7.1.4 การพยาบาลด้านสังคม พยาบาลควรประเมินและส่งเสริมความสามารถที่มีอยู่ของผู้ป่วยให้เกิดการพัฒนาทักษะทางสังคมที่ถูกต้อง

1.7.2 การใช้กระบวนการพยาบาล (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1.7.2.1 การประเมินสภาพปัญหา เป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และสัมพันธภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรม และนำไปวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

1.7.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล โดยข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย

1.7.2.3 การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วยการวางแผนระยะสั้นที่เน้นการดูแลผู้ป่วยในระยะแรกซึ่งเป็นระยะที่มีอาการ และการวางแผนระยะยาวที่เน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.7.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่ได้วางแผนไว้ และปรับให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน

1.7.2.5 การประเมินผล โยนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นการปฏิบัติการพยาบาลมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผลที่กำหนดไว้ เพื่อประเมินว่าปัญหานั้นได้รับการแก้ไขแล้วทั้งหมดหรือปัญหานั้นยังคงอยู่

1.7.3 การพยาบาลยึดหลัก 4 มิติ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) ได้แก่

1.7.3.1 การส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น มีแนวทางการปฏิบัติคือทำให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต ทำให้ผู้ป่วยมีพื้นฐานจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆได้ดี สามารถอยู่ในสังคมและทำประโยชน์แก่ตนเองและสังคมได้

1.7.3.2 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เน้นการป้องกันที่กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ดูแลมีความเสี่ยงสูงต่อการปัญหาสุขภาพจิต

1.7.3.3 การบำบัดรักษา เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระดับที่สอง เพื่อไม่ให้เกิดหรือลดการสูญเสีย แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลคือการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจเข้มแข็งเช่นเดิม

1.7.3.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระดับที่สาม เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการที่ดีขึ้น แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

ดังนั้นในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว

สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัวมีความสำคัญในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกด้าน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามิใช่ผู้ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวไว้ ดังนี้

Davis (1992) กล่าวว่าหมายถึงญาติหรือบุคคลที่ช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

Horowitz and Reinhard (1995) กล่าวว่า มี 2 ลักษณะโดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแล และเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

Ross and Mackenzie (1996) กล่าวว่า หมายถึง ผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่างๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันทางเครือญาติ

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) กล่าวว่า หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ ให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทน โดยการดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือชุมชนแหล่งที่อยู่อาศัย

สรุปได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านหรือชุมชน ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติหรือเพื่อนโดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนในการดูแล

2.2 บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงสมาชิกทุกคนในครอบครัวควรมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความเมตตากรุณาและอดทนต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้จากการศึกษาของ ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แบ่งบทบาทของผู้ดูแลออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (care provider role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพอนามัยของร่างกาย และตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วย โดยยึดแนวทางการรักษาเป็นหลัก เช่น การดูแลให้รับประทานอาหารและยา เป็นต้น ซึ่งเป็นการดูแลทางด้านร่างกายเท่านั้น มักจะละเอียดต่อการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ และการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นในสังคม

3. พฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมายของพฤติกรรมการดื่มสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิชาการหลายท่านที่ให้ความหมายของพฤติกรรมการดื่มสุรา ดังนี้

พันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ (2549) เป็นพฤติกรรมการดื่มสุราของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยปริมาณ และความถี่ของการดื่มสุรา บุคคลที่มีส่วนร่วมในการดื่มสุรา และผลเสียที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา

พุฒิชาดา จันทะคุณ (2556) เป็นลักษณะการดื่มสุราของบุคคลที่ประกอบด้วยปริมาณ และความถี่ในการดื่มสุรา

Sutrakul (2009) เป็นลักษณะการดื่มสุราของบุคคลที่สามารถวัด และประเมินได้จากชนิดของสุราที่ดื่ม ปริมาณการดื่มสุรา และความถี่ของการดื่มสุรา

Andreasson, Danieleleon, and Hallgren (2013) เป็นการคาดประมาณเกี่ยวกับปริมาณ และความถี่ของการดื่มสุราโดยเฉลี่ยในช่วงระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งมีการเทียบเคียงปริมาณการดื่มเป็นดื่มมาตรฐาน (Standard Drink)

Bellavia et al. (2014) เป็นลักษณะการคาดประมาณการดื่มของบุคคลเกี่ยวกับความถี่ของการดื่มสุรา และปริมาณการดื่มสุราโดยเฉลี่ยใน 1 วัน ซึ่งไม่ว่าจะเป็นเบียร์ ไวน์ หรือสุราชนิดต่างๆ จะมีการเทียบเคียงปริมาณการดื่มเป็นดื่มมาตรฐาน

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Consumption) หมายถึง ลักษณะของการดื่มสุราของบุคคลที่ประกอบด้วยชนิดของสุรา ปริมาณของการดื่มสุรา และความถี่ของการดื่มสุรา ซึ่งจะมีการเทียบเคียงปริมาณการดื่มเป็นดื่มมาตรฐาน

3.2 ปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้เกิดผลกระทบในด้านต่างๆ ที่รุนแรงมากขึ้นได้ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา สามารถสรุปได้ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2546; กรมสุขภาพจิต, 2547; สมบัติ ตรีประเสริฐ, 2550; Hughes, 2009; Rassool, 2010)

3.2.1 ผลกระทบต่อปัญหาด้านร่างกาย สุราสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางด้านประสาทสัมผัสเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการทำงานของกล้ามเนื้อที่มีลักษณะไม่สัมพันธ์กัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกโดยการสูญเสียการทรงตัว นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมตนเองลดน้อยลง มีภาวะสับสน ง่วงซึม หากมีพฤติกรรมการดื่มสุราในปริมาณที่มากอาจส่งผลให้มีภาวะหมดสติได้ (พงศธร เนตราคม, 2549) นอกจากนั้นยังก่อให้เกิด

ผลกระทบในระยะเรื้อรัง ซึ่งจะมีผลต่อการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย เช่น ระบบทางเดินอาหาร ระบบหัวใจและหลอดเลือด และระบบประสาท เป็นต้น

3.2.2 ผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพจิต สุราเป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งจะมีผลต่อการทำงานของสมอง โดยมีความเกี่ยวเนื่องกับการทำงานของระบบสารสื่อประสาทในสมองโดยเฉพาะสาร Dopamine, Serotonin และ Glutamate ซึ่งถือว่าเป็นสารสื่อประสาทที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภทมากที่สุด

เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทจะพบความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของสมองในส่วนของการทำงานของวงจรสมองส่วนอยาก (Brain Reward Pathway) ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของสาร Dopamine ในสมองเพิ่มมากขึ้น และหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้สมองมีการทำงานที่ผิดปกติมากขึ้น โดยสุราจะกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร Dopamine ออกมาในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม ซึ่งจะทำให้มีอาการทางจิตกำเริบได้ง่าย และการที่อาการทางจิตกำเริบบ่อยครั้ง จะมีความสัมพันธ์กับระดับความบกพร่องของสมาธิ สติปัญญา คุณภาพของการตัดสินใจ รวมถึงมีความบกพร่องในด้านความคิดและการทำหน้าที่ทางจิตสังคมมากขึ้นเช่นกัน (Bellack and DiClemente, 1999; Mohamed et al., 2006)

3.2.3 ผลกระทบต่อปัญหาด้านครอบครัว เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้มีความบกพร่องต่อการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ทั้งทางด้านกระบวนการคิด และการตัดสินใจ นอกจากนี้พฤติกรรมการดื่มสุราจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้อาการทางจิตกำเริบได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียดขึ้นได้ และอาจเป็นภาระในการดูแล (Burden) ได้มากขึ้นเช่นกัน (Mohamed et al., 2006; Kitchen et al., 2012)

จากผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้นจะพบว่าหากผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนในการดูแลรักษา ดังนั้นรูปแบบของการบำบัดต้องมีการวางแผนให้ครอบคลุม ทั้งการบำบัดรักษาด้วยยา และการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งจะต้องมีลักษณะที่มีการดำเนินไปพร้อมๆกันในทุกปัญหาของผู้ป่วย (พิชัยแสงชาญชัย, 2553)

3.3 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิชาการที่ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราดังนี้

Drake and Mueser (2002) ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและมีปัญหาในด้านอื่นๆร่วมด้วย ได้แก่ การมีพฤติกรรมการดื่มสุรา หรือมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในทางที่ผิด (Alcohol and Substance Misuse) ร่วมกับการมีปัญหาด้านสติปัญญา

หรือมีปัญหาทางด้านจิตเวชอื่นๆ ซึ่งมักเรียกผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่าเป็นกลุ่มผู้มีโรคร่วม (Comorbid Disorder)

Hughes (2009) ให้ความหมายว่า เป็นบุคคลที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชร่วมกับการมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในทางที่ผิด ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพต่างๆ ตามมามากขึ้นได้

Council, Halter, and Dijulio (2010) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดหรือมีพฤติกรรมที่มึนสุรา

Bostrom (2011) เป็นบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และมีปัญหาทางด้านการใช้สารเสพติดหรือมีการดื่มสุรา

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร่วมกับการที่มีพฤติกรรมที่มึนสุรา

3.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่มึนสุราในผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่มึนสุราในผู้ป่วยจิตเภทมีรายละเอียด ดังนี้ (พิชัย แสงชาญชัย, พงศกร เนตราคม และนภาพร หิรัญวิวัฒน์กุล, 2549; Hughes, 2009; Rassool, 2010; Boyd, 2012)

3.4.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological Factors)

3.4.1.1 ระบบสารชีวเคมีในสมอง เมื่อมีการดื่มสุราหรือมีการใช้สารเสพติดเข้าไปในร่างกายแล้ว จะมีกลไกการออกฤทธิ์ที่วงจรสมองส่วนอยาก (Brain Reward System) โดยเซลล์ที่อยู่บริเวณก้านสมองจะไปจับกับ Opioid Receptors ส่งผลให้สมองมีการหลั่งของสารสื่อประสาทหลายชนิดได้แก่ Glutamate, Norepinephrine และ Dopamine ออกมาในปริมาณที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข และเกิดความรู้สึกพึงพอใจต่อพฤติกรรมที่มึนสุราหรือการใช้สารเสพติดนั้นๆ แต่เมื่อระดับของสารสื่อประสาทนั้นๆ ในสมองลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสาร Dopamine จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยาก (Craving) และมีความต้องการในการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดนั้นๆ ต่อไป เพื่อตอบสนองความรู้สึกมีความสุข และเพื่อให้เกิดความพึงพอใจตามที่ต้องการ

ในการศึกษาของ Tiffany, Carter, and Singleton (2000) กล่าวว่าความรู้สึกอยากดื่มสุรา (Craving) มีสาเหตุสืบเนื่องมาจากการที่บุคคลมีกระบวนการทางความคิดอัตโนมัติ โดยมุ่งหวังผลลัพธ์ทางบวกที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา ซึ่งเมื่อบุคคลได้ประสบกับสถานการณ์ต่างๆ จากสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติเกี่ยวกับการดื่มสุรา จะส่งผลให้บุคคลเกิดความอยากดื่มสุราขึ้นได้ และอาจกลับมาเป็นพฤติกรรมที่มึนสุราในรูปแบบเดิมได้ในที่สุด

ความอยากดื่มสุรา (Craving) มีความสัมพันธ์กับหลากหลายปัจจัย โดยสามารถสรุปได้ดังนี้ (Tiffany et al., 2000; Crits-Christoph et al., 2015)

- 1) การควบคุมตนเอง (Compulsivity) โดยพบว่าในบุคคลที่สามารถควบคุมตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดี จะส่งผลให้มีความอยากดื่มสุราที่รุนแรงน้อยลงได้
- 2) ความคาดหวัง และจุดมุ่งหมาย (Expectancy and Purposefulness) ระดับความรุนแรงของความอยากดื่มสุราจะมีความสัมพันธ์กับความมุ่งหวังผลลัพธ์ทางบวกและความตั้งใจที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ซึ่งหากบุคคลมีความมุ่งหวังผลลัพธ์ทางบวกมากขึ้นเท่าใด จะส่งผลให้มีความรู้สึกอยากดื่มสุรามากขึ้นเท่านั้น
- 3) ระดับความรุนแรงของการดื่มสุรา (Severity of Alcohol Used) โดยมักพบว่าผู้ที่มีระดับความรุนแรงของการดื่มสุราที่แตกต่างกันจะมีความอยากดื่มสุราที่รุนแรงต่างกันโดยเฉพาะกลุ่มที่ดื่มแบบติดสุรามักจะมีความอยากดื่มสุราที่มีระดับรุนแรงกว่ากลุ่มอื่นๆ จนเป็นสาเหตุให้บุคคลนั้นกลับมาดื่มสุราได้ในที่สุด (Tiffany et al., 2000) ถือว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาเชิงทำนายของ Crits-Christoph et al. (2015) ที่กล่าวว่า ระดับปัญหาการดื่มสุรา และความรู้สึกอยากดื่มสุราสามารถทำนายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของบุคคลได้

3.4.2 ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (Psychological Factors)

3.4.2.1 มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติด เพื่อบรรเทาอาการทางจิต (Self-Medication Hypothesis) โดยแนวคิดนี้กล่าวว่า สุราและสารเสพติดจะสามารถช่วยบรรเทาอาการแสดงทางด้านลบของโรคจิตเภทได้ แต่ในขณะเดียวกันการดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีการกำเริบของกลุ่มอาการแสดงทางด้านบวกได้เช่นเดียวกัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Baker et al. (2012) ที่มีการศึกษาถึงสาเหตุของการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าสาเหตุหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเพื่อช่วยบรรเทาอาการแสดงทางด้านลบของตนเอง

3.4.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดมากกว่าบุคคลทั่วไป โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการทำงานของสมอง มีบุคลิกภาพ และสภาพจิตใจที่ไม่มั่นคง และมักจะมองตนเองในด้านลบ ส่งผลให้มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ (Councill et al., 2010) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีความบกพร่องทางความคิด และการตัดสินใจ (Impaired Thinking and Judgment) จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดที่เพิ่มสูงขึ้น(Boyd, 2012)

3.4.2.3 ปัจจัยด้านแรงจูงใจภายในตัวบุคคลลดลง(Intrinsic Motivation) ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีความผิดปกติในการจัดการกับความทุกข์ทรมานจากอาการทางจิตของตนเองที่กำลังกำเริบอยู่บ่อยครั้ง จนทำให้สังเกตเห็นแต่ผลดีของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และเกิดความลืมนึกถึงต่อ

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการติ่มสุรา เป็นเหตุให้ขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราตามมาได้ (Martio Carroll and Kostas, 2002; Gregg et al., 2007)

3.4.3 ปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (Sociocultural Factors)

3.4.3.1 ในทฤษฎีทางด้านสังคม อธิบายไว้ว่าปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการติ่มสุรา และใช้สารเสพติดขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมและสังคมของบุคคลนั้นๆ กล่าวคือ บางพื้นที่จะมีความเชื่อที่ว่ากรรมการติ่มสุราส่งผลในด้านการเสริมแรงบวก (Reinforcement) ได้แก่ กรรมการติ่มสุราจะส่งผลให้ได้รับความสนใจ และได้รับการยอมรับจากบุคคลในสังคม (Dimeff and Marlatt, 1998) จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราเพื่อช่วยในการเข้าสังคม และพบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับแรงกดดันทางสังคม ได้รับการเลี้ยงดูในครอบครัวที่ไม่เหมาะสม การที่ภายในครอบครัวมีการใช้การแสดงออกทางด้านอารมณ์สูง จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราเพื่อลดความกดดันทางด้านอารมณ์ดังกล่าว (Counsell et al., 2010)

3.4.3.2 ปัจจัยทางด้านสภาวะสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นการได้รับการกระตุ้นจากบุคคล สถานที่ หรือสิ่งของต่างๆ ที่อาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกอยากติ่มสุรา ซึ่งสิ่งเหล่านี้กล่าวได้ว่าเป็นสิ่งกระตุ้นที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการติ่มสุรา (Salyers and Mueser, 2001; Munro and Edward, 2008)

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทข้างต้นพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยทางด้านจิตสังคม และปัจจัยทางด้านสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของ Baker et al. (2012) และ Gregg et al. (2007) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราเพื่อบรรเทาอาการทางจิต จึงเป็นเหตุให้มีแรงจูงใจภายในตัวบุคคลลดลง ซึ่งแรงจูงใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมได้ ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยจึงมีการจัดกระทำโดยมีการจัดการกับปัจจัยด้านแรงจูงใจ ซึ่งจะช่วยสนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราได้มากขึ้น

3.5 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการใช้สารเสพติด รวมถึงการติ่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตร่วมกับการมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด รวมถึงการติ่มสุราสามารถส่งผลให้เกิดความเปราะบางในด้านต่างๆ ทั้งในด้านที่มีความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมกรรมการติ่มสุรา หรือการใช้สารเสพติดได้ง่ายมากขึ้น และในทางกลับกันการมีพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราหรือการใช้สารเสพติดยังส่งผลกระทบต่อการทำให้อาการทางจิตที่แยลงได้มากเช่นกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ของโรคจิตเภทกับการมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด

รวมถึงการดื่มสุราก็สามารถสรุปได้ดังนี้ (ธวัชชัย สีสหนาจุม 2549; พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิ นานนท์, 2552; Councill et al., 2010)

3.5.1 แนวคิดทฤษฎี Naural Diathesis-Stress Model ในแนวคิดทฤษฎีนี้เป็นการ อธิบายถึงความเปราะบางทางด้านชีวภาพของผู้ป่วยในการเกิดโรคจิตเภท โดยมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา หรือการใช้สารเสพติดถือเป็นความกดดันหรือตัวกระตุ้นชนิดหนึ่งจากสิ่งแวดล้อม (Environment Stressors) ที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดโรคจิตเภทขึ้นได้ และการมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดจะเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบได้

3.5.2 แนวคิดทฤษฎี Accumulative Risk Factor Hypothesis กล่าวว่า ผู้ป่วยจิต เภทจะพบความบกพร่องในด้านการทำงานของสมอง ความบกพร่องด้านสังคม ความบกพร่องในด้ านการเผชิญกับสังคมหรือครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราหรือการใช้ยาเสพติด ซึ่ง สิ่งเหล่านี้สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดมากกว่าคนทั่วไป

3.5.3 แนวคิดทฤษฎี Self-Medication Hypothesis กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมี พฤติกรรมการดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด เพื่อช่วยบรรเทาอาการทางจิตที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะ อาการแสดงทางด้านลบ แต่ในขณะเดียวกันหากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และการใช้สาร เสพติด จะถือเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้มีการกำเริบของกลุ่มอาการทางด้านบวกได้เช่นเดียวกัน ซึ่ง แนวคิดทฤษฎีนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Baker et al. (2012) ที่มีการศึกษาถึงสาเหตุของ พฤติกรรมการดื่มสุราเพื่อช่วยบรรเทาอาการแสดงทางด้านลบของตนเอง

3.5.4 แนวคิดทฤษฎี Reward Circuitry Dysfunction กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทมักจะ พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของสมองในส่วนอยาก (Brain Reward Pathway) ที่มีความ เกี่ยวข้องกับการทำงานของสาร Dopamine ในสมอง สำหรับผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา หรือการใช้สารเสพติดเพื่อบรรเทาอาการทางด้านลบที่เกิดขึ้น เมื่อดื่มสุราไปแล้วอาจส่งผลสะท้อน กลับต่อการทำงานของวงจรสมองส่วนอยากได้เช่นเดียวกัน โดยทำให้สมองมีการหลั่งสาร Dopamine ออกมาในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น จนสามารถส่งผลต่อการกำเริบของอาการด้านบวกได้เช่นกัน

จากแนวคิดทฤษฎีทั้งหมดข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทกับพฤติกรรม กรรมการใช้สารเสพติดรวมถึงการดื่มสุราก็สามารถส่งผลกระทบต่อกันและกันได้กล่าวคือ ผู้ป่วยจิตเภทจะมี ความเสี่ยงต่อการดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดในทางที่เป็นปัญหาได้ง่ายมากขึ้น และในทางกลับกัน การดื่มสุรา และสารเสพติดก็สามารถส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบได้มากขึ้นเช่นกัน

3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันมีความหลากหลาย ซึ่งแต่ละชนิดจะมีดีกรีของ แอลกอฮอล์ หรือปริมาณของแอลกอฮอล์ที่ผสมอยู่ในปริมาณที่แตกต่างกัน ดังนั้นในการเทียบเคียง พฤติกรรมการดื่มสุราของแต่ละบุคคลนั้น จำเป็นต้องมีการคาดประมาณปริมาณการดื่มให้มีความเป็น

สากล จึงได้มีการกำหนดเป็นดื่มมาตรฐานขึ้น ซึ่งดื่มมาตรฐาน (Standard Drink) หมายถึง หน่วยอ้างอิงที่จะบ่งชี้ถึงปริมาณของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่ผสมอยู่ในสุราแต่ละชนิด สำหรับในประเทศไทยมีการกำหนดไว้ว่า 1 ดื่มมาตรฐาน จะมีปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์เท่ากับ 10 กรัม (พันธัญภา กิตติรัตน์ ไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในปัจจุบันมีเครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่มากมาย มีรายละเอียดดังนี้

3.6.1 แบบประเมิน Quantity-Frequency Questionnaire (QF)

ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับปริมาณและความถี่ของการดื่มสุราโดยเฉลี่ย หรือลักษณะที่มีการดื่มสุราเป็นประจำ และปริมาณการดื่มสุราที่มากที่สุดในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา แบบประเมินนี้สามารถใช้คัดกรองผู้ที่มีแนวโน้มที่จะเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากพฤติกรรมการดื่มสุราได้ ซึ่งสามารถประเมินได้อย่างรวดเร็ว แต่มีข้อจำกัดคือ อาจเกิดการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราได้ต่ำกว่าความเป็นจริง (พันธัญภา กิตติรัตน์ ไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549)

3.6.2 แบบประเมิน Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)

ในอดีตแบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ แต่เนื่องจากแบบประเมินนี้มีปริมาณของข้อคำถามที่มากเกินไป ส่งผลให้การประเมินแต่ละครั้งต้องใช้ระยะเวลาที่ค่อนข้างนาน จึงได้มีการพัฒนาปรับลดจำนวนข้อคำถามลงเหลือ 12 ข้อ แต่ยังคงมีเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุรา และการรับรู้ต่อปัญหาการดื่มสุราของตนเอง แบบประเมินนี้ใช้ในการคัดกรองภาวะติดสุราได้เป็นอย่างดี แต่ไม่เหมาะสำหรับการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราในบุคคลที่มีความเสี่ยงจากการดื่มสุรา (สาวิตรี อัจฉรวงศ์กรชัย, 2552)

3.6.3 แบบประเมิน CAGE สามารถใช้คัดกรองเบื้องต้นถึงภาวะติดสุราได้ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่

Cut Down	คุณเคยรู้สึกว่าคุณควรลดปริมาณการดื่มสุราของคุณลงหรือไม่
Annoyed	เคยมีคนสร้างความรำคาญให้กับคุณโดยการกล่าวเตือน หรือกล่าวตำหนิคุณเกี่ยวกับการดื่มสุราของคุณหรือไม่
Guilty	คุณเคยรู้สึกไม่ดีหรือรู้สึกผิดเกี่ยวกับการดื่มสุราของคุณหรือไม่
Eye-Opener	คุณเคยต้องดื่มสุราเป็นครั้งแรกในตอนเช้า เพื่อที่จะได้กำจัดอาการเมาค้างของคุณหรือไม่

สำหรับบุคคลที่มีการตอบแบบสอบถามว่า “ใช่” ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป บ่งบอกได้ว่าบุคคลนั้นอาจมีภาวะติดสุรา ซึ่งต้องใช้การวินิจฉัยอื่นๆร่วมด้วย ในแบบประเมินนี้มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถแยกรูปแบบของการดื่มสุราของบุคคลได้อย่างชัดเจน (สาวิตรี อัจฉรวงศ์กรชัย, 2552)

3.6.4 แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test; AUDIT) เป็นแบบประเมินที่สามารถใช้คัดกรองระหว่างกลุ่มของผู้ดื่มสุราได้ พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ ซึ่งประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ใน แต่ละข้อจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน ทำให้จากการประเมินจะมีค่าคะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 0-40 คะแนน และสามารถแบ่งประเภทกลุ่มตามระดับปัญหาการดื่มสุราได้ดังนี้ (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2552)

3.6.4.1 กลุ่มที่มีการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low-Risk Drinking) จะมีระดับคะแนนประเมินปัญหาการดื่มสุราอยู่ระหว่าง 0-7 คะแนน ถือว่าเป็นลักษณะการดื่มที่ปลอดภัยสำหรับบุคคลทั่วไป แต่สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มสตรีมีครรภ์ หรือกลุ่มสตรีที่ให้นมบุตร บุคคลที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรง และบุคคลที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ควรหลีกเลี่ยงการดื่มที่มากกว่านี้

3.6.4.2 กลุ่มที่มีการดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinking) จะมีระดับคะแนนประเมินปัญหาการดื่มสุราอยู่ระหว่าง 8-15 คะแนน ถือว่าเป็นลักษณะการดื่มสุราในปริมาณที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย และมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้มากขึ้น นอกจากนี้ในบุคคลที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในปริมาณที่หนักมากติดต่อกันก็จัดอยู่ในกลุ่มที่มีการดื่มแบบเสี่ยงเช่นกัน

3.6.4.3 กลุ่มที่มีการดื่มแบบมีปัญห (Harmful Drinking) จะมีระดับคะแนนประเมินปัญหาการดื่มสุราอยู่ระหว่าง 16-19 คะแนน ซึ่งเป็นลักษณะการดื่มสุราจนส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสุขภาพจิต และรวมถึงผลกระทบเกี่ยวกับการมีความบกพร่องในด้านสัมพันธภาพทางสังคมได้

3.6.4.4 กลุ่มที่มีการดื่มแบบติดสุรา (Alcohol Dependence) จะมีระดับคะแนนประเมินปัญหาการดื่มสุรามากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน ซึ่งบุคคลจะมีรูปแบบการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสม (Alcohol Used Disorders) จนส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย ความจำ พฤติกรรม และการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ บกพร่อง ไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนเองได้ หากมีการหยุดดื่มสุราทันทีอาจส่งผลให้เกิดภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal) ตามมาได้

3.6.5 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (The Alcohol Consumption Assessment; ACA) พัฒนาขึ้นโดย สุนิศา สุขตระกูล ในปี พ.ศ.2552 ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับชนิดของสุราที่ดื่ม ปริมาณของการดื่มสุราโดยเฉลี่ย ซึ่งจะมีการเทียบเคียงหน่วยเป็นดื่มมาตรฐาน และจำนวนวันที่มีการดื่มสุราในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา สามารถคำนวณพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้โดยการนำปริมาณของสุราที่ดื่มโดยเฉลี่ย (ดื่มมาตรฐาน) คูณกับจำนวนวันที่มีการดื่มสุราในช่วงระยะเวลาใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Suktrakul, 2009)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการติ่มสุรา (ACA) เพื่อใช้ในการประเมินถึงพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ประกอบด้วยชนิดของสุราที่ติ่ม ปริมาณการติ่มสุรา และความถี่ของการติ่มสุรา ซึ่งถือว่ามีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ของพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น

3.7 แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการติ่มสุรา

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราถือเป็นกลุ่มโรคร่วมที่มีความซับซ้อนต่อระบบบริการสุขภาพเป็นอย่างมาก จำเป็นที่จะต้องมีการบำบัดรักษาที่เป็นการผสมผสาน และครอบคลุมทั้งการบำบัดรักษาอาการทางจิตและการบำบัดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราซึ่งรูปแบบการบำบัดรักษาสามารถสรุปได้ดังนี้ (Wobrock, Czesnik, and Malchow, 2011)

3.7.1 การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacological Treatment) เป็นเป้าหมายที่มีความสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วยจิตเภท กล่าวคือ จะมีความเกี่ยวเนื่องกับการปรับสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง โดยมีการออกฤทธิ์ยับยั้งการจับตัวของสาร Dopamine กับ Dopamine Receptor Type 2 ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยให้สงบลงได้

3.7.2 การบำบัดทางจิตสังคม (Psychological and Psychosocial Intervention) จะช่วยสนับสนุนในการเพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัดรักษามากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตร่วมกับการติ่มสุรา และการใช้สารเสพติด ซึ่งรูปแบบของการบำบัดทางจิตสังคมสามารถสรุปได้ดังนี้(สายรัตน์ นกน้อย, 2553; พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และคณะ, 2552; Webrock et al., 2011) เช่น การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) การฝึกทักษะทางด้านสังคมอื่นๆ (Other Psychosocial Intervention

จากการศึกษาของ Martio Carroll and Kostas (2002) และ Gregg et al. (2007) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีพฤติกรรมกรรมการติ่มสุรา เพื่อใช้บรรเทาอาการทางจิต ซึ่งจะทำให้เกิดความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราของตนเอง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) ในการผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ และมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราของตนเองมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

3.8 แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการติ่มสุรา

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราถือเป็นกลุ่มที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนกลุ่มหนึ่ง พยาบาลจำเป็นต้องให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นจากอาการทางจิต ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการติ่มสุรา และปัญหาทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้น (Boyd, 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมพบแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา มีรายละเอียดดังนี้

3.8.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดแบ่งตามช่วงระยะของการดูแล สามารถแบ่งได้ 3 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้ (เสาวลักษณ์ ยิ้มเอื้อน, ถนอมศรี อินทนนท์ และวันดี สุทธิรังสี, 2554)

3.8.1.1 ระยะการประเมินและจัดการกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดในระยะแรก (Initial Assessment and Management Phase) ในระยะนี้ถือเป็นระยะที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาลในระยะต่อไปเป็นอย่างมาก โดยพยาบาลจะต้องรวบรวมข้อมูลให้มีความครอบคลุมในทุกประเด็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติด ซึ่งประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการประเมินสภาวะทางจิตสังคมในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยที่ครบเป็นองค์รวมมากที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2552; Boyd, 2011) สำหรับหลักในการประเมินเพื่อค้นหาความคิดทางด้านความหลงผิด นอกจากนี้ในการประเมินเพื่อค้นหาความผิดปกติด้านอารมณ์จะต้องให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงระหว่างอารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงออกกับระยะของการดำเนินโรคหรือความรุนแรงของการเจ็บป่วยทางจิต (โกสุม เศรษฐวงค์ และคณะ, 2545; ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ, 2556)

การประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงของอาการหลงผิด อาการประสาทหลอน หรือความผิดปกติในด้านความคิดและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยมีการแสดงออกมาให้เห็น หากพยาบาลสามารถประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยมีการใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) เพื่อใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยที่ชัดเจน ซึ่งแบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน และมีเกณฑ์ในการพิจารณาระดับความรุนแรงของอาการทางจิต (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556) ดังนี้

- 1) ระดับคะแนน 18-36 หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับน้อย
- 2) ระดับคะแนน มากกว่า 36 หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับมาก

นอกจากนี้จะต้องมีการประเมินระดับความรุนแรงที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและการใช้สารเสพติด โดยพยาบาลจะต้องคำนึงถึงช่วงระยะการออกฤทธิ์ของสุราและสารเสพติด หรือระยะถอนพิษสุราและสารเสพติด มีรายละเอียดดังนี้

1) ระยะการออกฤทธิ์ของสุรา (Alcohol Intoxication) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในปริมาณที่มากเกินไป จนส่งผลให้มีระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดสูงและเกิดพิษหรือผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้มีพฤติกรรมหรือมีสภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งมักจะมีอาการแสดงให้เห็นเช่น มีอาการพูดอ้อแอ้ มีการทำงานประสานของกล้ามเนื้อไม่

ดี เติมน้ำ คลื่นไส้ อาเจียน การเสียความทรงจำ และสมาธิสั้นปัสสาวะไม่ได้ ระดับความรู้สึกตัวลดลง อาจถึงขั้นหมดสติได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2546) โดยอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นระหว่างการดื่มสุราหรือ หลังการดื่มสุราทันที

2) ระยะเวลาของการถอนพิษของสุรา (Alcohol Withdrawal) เป็นภาวะที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีการหยุดดื่มสุราลงอย่างกะทันหัน อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะเวลา 6 ชั่วโมง หลังจากการดื่มสุราครั้งสุดท้าย โดยอาการถอนพิษสุราที่เกิดขึ้นอาจมีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งในผู้ที่มีประวัติการดื่มสุราอย่างหนัก และติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน จะเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้มีระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราได้มากขึ้น สำหรับอาการและอาการแสดงของระยะถอนพิษสุรา แบ่งตามระดับความรุนแรงได้เป็น 3 ระดับ มีรายละเอียดดังนี้ (พันธุ-รัตน์ไพบูลย์, 2552)

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

ระยะที่ 2 ระดับปานกลางถึงรุนแรง จะเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 24-72 ชั่วโมง หลังจากที่มีการดื่มครั้งสุดท้าย ลักษณะอาการที่แสดงให้เห็นจะยังคงคล้ายกับในระยะที่ 1 แต่จะมีความรุนแรงขึ้นเล็กน้อย และในระยะนี้ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการสับสนเล็กน้อย

ระยะที่ 3 ระดับรุนแรงหรือเพ้อคลั่ง (Delirium) จะเกิดขึ้นในช่วง 48-96 ชั่วโมง หลังจากที่มีการดื่มสุราครั้งสุดท้าย เป็นระยะที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง อาการและอาการแสดงได้แก่ ผู้ป่วยจะมีภาวะสับสน การรับรู้วัน เวลา สถานที่ลดลงอย่างมาก มีอาการกระสับกระส่ายมากขึ้น อยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา มือสั่น ตัวสั่นมาก ไม่มีสมาธิ เหงื่อออกมาก ไข้สูง ชีพจรเต้นเร็ว มักพบอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น อาการหูแว่ว ภาพหลอน หลงผิด และหวาดระแวง นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะชักจากการขาดสุราได้

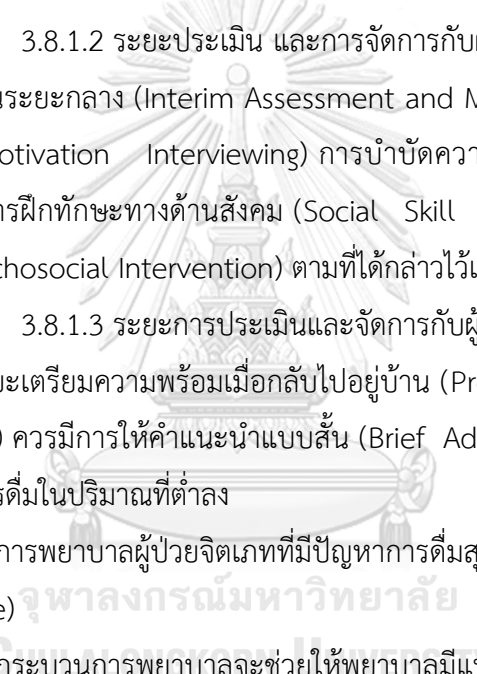
จากการทบทวนวรรณกรรมพบเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ Alcohol Withdrawal Scale (AWS), Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol-Revised (CIWA-Ar) ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับ และมีมาตรฐาน สามารถใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา เพื่อประกอบการติดตามอาการของผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนในการให้การพยาบาลที่ชัดเจนได้มากขึ้น (พันธุ-รัตน์ไพบูลย์, 2552)

การปฏิบัติพยาบาลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยในระยะการออกฤทธิ์ของสุรา (Alcohol Intoxication) และระยะของถอนพิษของสุรา (Alcohol Withdrawal) ได้แก่

- ดูแลจัดการให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ
- มีการจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้เหมาะสม เช่น จัดสถานที่ให้มีความสงบ ปลอดภัย อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงสว่างเพียงพอ และมีสิ่งรบกวนน้อยที่สุด เป็นต้น
- มีการป้องกันอุบัติเหตุจากอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะถอนพิษสุรา ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง หรือเกิดอันตรายต่อบุคคลรอบข้าง โดยอาจจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ในการผูกมัดตรึงชั่วคราว
- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของภาวะถอนพิษสุราระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำเป็นต้องมีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการถอนพิษสุรา เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบสามารถสังเกตอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง และมีวิธีการจัดการที่เหมาะสมได้

3.8.1.2 ระยะประเมิน และการจัดการกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดในระยะกลาง (Interim Assessment and Management Phase) ได้แก่ การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) การฝึกทักษะทางด้านสังคม (Social Skill Training) หรือการบำบัดทางจิตสังคมอื่นๆ (Other Psychosocial Intervention) ตามที่ได้กล่าวไว้แล้วในเบื้องต้น

3.8.1.3 ระยะการประเมินและจัดการกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดในระยะเตรียมความพร้อมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (Pre-Discharge Assessment and Management Phase) ควรมีการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดื่มในปริมาณที่ต่ำลง

3.8.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (Nursing Care) 

การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลจะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และครอบคลุมทุกประเด็นปัญหาของผู้ป่วย มีรายละเอียดดังนี้ (Videbeck, 2014)

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

3.8.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Diagnosis) และการระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Outcomes Identification) ผู้ป่วยแต่ละคนย่อมมีสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน ดังนั้นในการ

วินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลย่อมมีความแตกต่างกันและต้องมีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล (Videbeck, 2014)

หลังจากพยาบาลประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมแล้ว จะส่งผลให้พยาบาลสังเกตเห็นข้อมูลที่เป็นปัญหาในด้านต่างๆ ได้อย่างชัดเจนมากขึ้น ซึ่งการจัดระดับความสำคัญของปัญหานั้นจำเป็นต้องยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กล่าวคือการจัดระดับความสำคัญของปัญหาจะต้องขึ้นอยู่กับมุมมองปัญหา และระดับความสนใจของผู้ป่วยแต่ละคน (Halter, 2014) สำหรับตัวอย่างของการวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราและสารเสพติด เช่น เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ (เนื่องจากการออกฤทธิ์ของสารเสพติดหรือมีอาการถอนพิษของสุราและสารเสพติด) มีความสามารถในการเผชิญปัญหาลดน้อยลง เป็นต้น (Halter, 2014; Videbeck, 2014)

สำหรับการระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาลนั้นต้องมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย และการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่กำหนดไว้ในเบื้องต้น ซึ่งในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดจำเป็นต้องคำนึงถึงระดับปัญหาในแต่ละระยะของการออกฤทธิ์ของสุราและสารเสพติดทั้งในระยะเริ่มต้นหรือในระยะอาการคงที่หลังอาการแสดงของภาวะถอนพิษสุราและยาเสพติดทุเลาลงมาประกอบในการระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้วย (Halter, 2014) ตัวอย่างของการระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราและใช้ยาเสพติด เช่น ผู้ป่วยสามารถลด ละ เลิก จากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและใช้ยาเสพติดลงได้ ผู้ป่วยสามารถกล่าวคำพูดที่แสดงถึงการยอมรับในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ ผู้ป่วยมีทางเลือกในการปฏิบัติตัวในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมโดยไม่ยุ่งเกี่ยวกับการดื่มสุราและใช้ยาเสพติด เป็นต้น (Videbeck, 2014)

3.8.2.3 การวางแผนทางการพยาบาล (Planning) ในการวางแผนทางการพยาบาลจำเป็นต้องมีการวางแผนให้มีความสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยที่ครอบคลุมจากการประเมินภาวะสุขภาพ และการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล โดยการวางแผนให้การพยาบาลที่ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพสูงสุดนั้นต้องยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการคำนึงถึงความปลอดภัยระดับความรุนแรงของอาการทางจิตและอาการแสดงของภาวะถอนพิษของสุราและยาเสพติด ระดับแรงจูงใจหรือความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง ทักษะในด้านต่างๆ แหล่งสนับสนุนของผู้ป่วยและวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล (Halter, 2014)

3.8.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) ในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา และใช้ยาเสพติดในระยะแรกของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรานั้น พยาบาลจำเป็นต้องให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความปลอดภัยจากภาวะถอนพิษสุราและยาเสพติด สนับสนุนสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสังเกตเห็นคุณค่าในตัวเอง มีการให้ความรู้และ

เสริมสร้างทักษะต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราและใช้ยาเสพติดซึ่งอาจใช้รูปแบบในการบำบัดต่างๆ เช่น การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เป็นต้น (Halter, 2014)

3.8.2.5 การประเมินผล (Evaluation) การประเมินผลสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลในด้านต่างๆทั้งอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมถึงปัญหาที่พบในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการประเมินผลจะทำให้พยาบาลสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยมีความพร้อม มีทักษะต่างๆในการนำไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมาะสมมากน้อยเพียงใด ซึ่งจะส่งผลให้พยาบาลสามารถนำผลการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลมาวางแผนในการให้การพยาบาลที่มีความชัดเจนมากขึ้นได้ (Halter, 2014)

โดยสรุปแล้วการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา โดยใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล จะทำให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่ครอบคลุมและมีความเป็นองค์รวมในทุกประเด็นปัญหาของผู้ป่วย

4. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)

4.1 ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิชาการที่ให้ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจไว้ดังนี้

พิชัย แสงชาญชัย (2553) ให้ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจไว้ว่าเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการสำรวจและจัดการกับความรู้สึกลังเลใจ (Ambivalence) จนเกิดแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง

Miller and Rollnick (2002) ให้ความหมายว่าเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถค้นหาปัญหา จัดการกับความลังเลใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้

Westra and Aviram (2013) ให้ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจไว้ว่า เป็นรูปแบบการบำบัดที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการสังเกตเห็นถึงความสำคัญของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เป็นรูปแบบของการให้คำปรึกษาที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจและจัดการกับความลังเลใจของตนเองจนเกิดแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้

4.2 แนวคิดพื้นฐานของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing; MI) เป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบมีทิศทาง และยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (client - centered) โดยมุ่งเน้นช่วยเหลือให้บุคคลได้มีการสำรวจ และจัดการกับความรู้สึกลังเลใจของตนเอง (Ambivalence) ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ให้มีความเหมาะสมได้ (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553) แนวคิดนี้พัฒนาขึ้นโดย Miller and Rollnick (1991) โดยได้อาศัยหลักการพื้นฐานของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model) ของ Prochaska and DiClemente (1986) ซึ่งมีการอธิบายถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีลักษณะเป็นขั้นตอนดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

หลักสำคัญของการเสริมสร้างแรงจูงใจ (The Spirit of Motivational Interviewing) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

- 1) Evocative/Elicit หลักการนี้เป็นการที่ผู้บำบัดใช้เทคนิคกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดความคิด หรือสามารถแสดงคาพูดที่นำไปสู่เป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้
- 2) Collaborative หลักการนี้เป็นการประสานความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบริการในการช่วยเหลือและค้นหาวิธีการต่างๆ ที่จะใช้ในการแก้ไขในส่วนที่เป็นปัญหา
- 3) Autonomy หลักการนี้เป็นการที่ผู้บำบัดมีการให้อิสระ สนับสนุนให้ผู้รับบริการมีการคิด และตัดสินใจด้วยตนเอง โดยที่ผู้บำบัดคอยสนับสนุนและให้กำลังใจในการตัดสินใจนั้น ๆ

4.3 หลักการพื้นฐานของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

หลักการพื้นฐานของการเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยหลักการพื้นฐานสำคัญ 5 ประการ คือ DARES (พิชัย แสงชาญชัย, 2546; Miller and Rollnick, 2002) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.3.1 การทำให้เห็นช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับปัจจุบัน (Develop discrepancy) คือการที่ผู้บำบัดมีการแสดงให้ผู้ป่วยเล็งเห็นถึงความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง หรือสภาพการณ์ในปัจจุบันกับเป้าหมายในอนาคตที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้

4.3.2 การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (Avoid argumentation) ในกระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยอาจเกิดความเครียด และไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ มักมีการแสดงออกด้วยการใช้กลไกทางจิตในการป้องกันตนเอง เช่น การปฏิเสธความจริง การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง หรือการมองปัญหาน้อยกว่าความเป็นจริง เพื่อให้เกิดความรู้สึกสบายใจ หากผู้บำบัด

พยายามโต้แย้งหรือหาเหตุผลที่จะขัดแย้งกับผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยใช้กลไกทางจิตในการต่อต้านเพิ่มขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นอุปสรรคที่จะส่งผลต่อความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

4.3.3 การหมุนตามแรงต้าน (Roll with resistance) หากผู้ป่วยมีการแสดงออกถึงการต่อต้านและการเกิดความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพถือเป็นปฏิกริยาการตอบสนองที่สามารถเกิดขึ้นได้ในระหว่างการบำบัด ผู้บำบัดจะต้องเคารพในความคิดเห็น ปฏิกริยาของผู้ป่วย และเข้าใจถึงความลังเลใจดังกล่าว โดยผู้บำบัดอาจใช้วิธีการชักชวนเพื่อให้ผู้ป่วยมองปัญหานั้นในแง่มุมที่ต่างไปจากเดิม แต่ไม่ใช่การกล่าวหาเหตุผลในการโต้แย้งผู้ป่วย

4.3.4 แสดงความเห็นอกเห็นใจ (Express empathy) ผู้บำบัดควรใช้การสื่อสารที่แสดงถึงการให้เกียรติในตัวผู้ป่วย โดยมีการฟังอย่างตั้งใจ ยอมรับในปัญหาและการแสดงออกของผู้ป่วย แสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ ให้สิทธิ์ในการเลือกและมีการตัดสินใจด้วยตัวของผู้ป่วยเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4.3.5 การส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ (Support self-efficacy) การที่ผู้บำบัดมีการส่งเสริมศักยภาพในตัวบุคคล จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเกิดความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม ดังนั้นจึงถือว่าการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างหนึ่งของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4.4 เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

เทคนิคที่ใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เทคนิค OARS และ FRAMES โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (Miller and Rollnick, 2002)

4.4.1 การใช้เทคนิค OARS เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเองออกมา โดยเมื่อผู้ป่วยรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นด้วยตัวเองแล้วจะต้องการปรับปรุง และพัฒนาตนเองให้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553) ดังนี้

4.4.1.1 การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) จะมีส่วนช่วยผู้ป่วยในการกระตุ้นกระบวนการคิดของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ ให้มีการพิจารณาถึงปัญหาที่ตนเองไม่ได้ให้ความสนใจ เป็นวิธีกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การใช้คำถามปลายเปิดจะช่วยให้ผู้บำบัดสามารถค้นหาข้อมูลที่สำคัญในการบำบัดจากผู้ป่วยได้เช่นกัน

4.4.1.2 การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation) ผู้บำบัดจะมีการเสริมแรงโดยการแสดงความชื่นชม ยืนยันรับรองในความคิดและพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสมของผู้ป่วย เพื่อช่วยเสริมสร้างทัศนคติทางบวก และเป็นการเสริมสร้างศักยภาพในตัวบุคคลของผู้ป่วย

4.4.1.3 การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening) คือ การที่ผู้บำบัดจะมีการสะท้อนให้ผู้ป่วยได้สังเกตเห็นถึงปัญหาที่สำคัญของตนเอง สิ่งที่เป็นแรงจูงใจในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือประสบการณ์ที่ผู้ป่วยมีความกังวลใจ และเป็นการสะท้อนถึงสิ่งที่เป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

4.4.1.4 การสรุปความ (Summarization) ผู้บำบัดควรมีการสรุปความ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และเห็นภาพรวมว่าปัญหาที่สำคัญคืออะไร เหตุผลที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแผนการที่วางไว้ใน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจจะมีการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้กล่าวถึงข้อความจูงใจตนเองที่ชัดเจน ได้มากขึ้น

4.4.2 การใช้เทคนิค FRAMES เป็นเทคนิคสำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553; เท็ดคักด์ เดชคง, 2555; Miller and Rollnick, 2002) ดังนี้

4.4.2.1 การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) ผู้บำบัดจะมีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของการประเมินปัญหาความเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการสะท้อนถึงความรุนแรงของพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆของผู้ป่วย ซึ่งการให้ข้อมูลสะท้อนกลับจะทำให้ผู้ป่วยสังเกตเห็นถึงผลเสียของพฤติกรรมสุขภาพของตนเองมากขึ้น

4.4.2.2 การเน้นความรับผิดชอบ (Responsibility) ในการบำบัดจะมีการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบและมีอิสระในการเลือก การตัดสินใจถึงการกำหนดเป้าหมายและวิธีการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดการรักษ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้น

4.4.2.3 การแนะนำ (Advice) ผู้บำบัดอาจต้องให้คำแนะนำที่ถูกต้องและชัดเจนถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การอธิบายให้เห็นถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ให้คำแนะนำในบางประเด็นที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจในคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง เป็นต้น

4.4.2.4 การให้ทางเลือกปฏิบัติ (Menu) การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ นั้น จะเริ่มจากการที่ให้ผู้ผู้ป่วยได้มีการตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นๆ เช่น การหยุดดื่มโดยเด็ดขาดหรือการลดปริมาณการดื่มลง และมีการให้ทางเลือกในการปฏิบัติเพื่อดำเนินการตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งทางเลือกนั้นจะต้องไม่มากหรือน้อยเกินไป

4.4.2.5 การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ผู้บำบัดควรใช้การสื่อสารที่แสดงถึงการให้เกียรติผู้ป่วย แสดงถึงความเห็นอกเห็นใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยลดแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลงได้

4.4.2.6 การส่งเสริมศักยภาพที่มี (Self-efficacy) การส่งเสริมในศักยภาพในตัวบุคคลจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเกิดความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

ในปัจจุบันจะเห็นว่ารูปแบบที่ใช้ในการบำบัดบุคคลที่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรมสุขภาพจะมีการใช้แนวทางบำบัดในรูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งแนวคิดนี้จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง จากการพัฒนาวรรณกรรมพบว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถดำเนินการบำบัดได้หลากหลายรูปแบบ ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้เช่นกัน

4.5 แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลจะมีลักษณะเป็นไปตามขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยตามทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model; TTM) ของ Prochaska and DiClemente (1986) โดย Miller and Rollnick (2002) ได้นำแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้มาใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้บำบัดสามารถประเมินความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและให้คำปรึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยบุคคลแต่ละคนจะมีการระดับของแรงจูงใจอยู่ในขั้นตอนที่แตกต่างกันไป ดังนั้นผู้บำบัดจึงควรแสดงบทบาท หรือการช่วยเหลือที่แตกต่างไปตามความเหมาะสมของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นๆของผู้ป่วย (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลจะมีลักษณะเป็นไปตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model; TTM) ของ Prochaska and DiClemente (1986) มีการอธิบายถึงกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีลักษณะเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องกัน 6 ขั้นตอน ดังนี้ (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ; Miller and Rollnick, 2002; Westra and Aviram, 2013)

4.5.1 ขั้นไม่สนใจปัญหาหรือขั้นเพิกเฉย (Precontemplation) ในขั้นนี้เป็นขั้นที่ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เล็งเห็นถึงผลดีของพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหามากกว่าข้อเสีย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เห็นถึงความสำคัญหรือไม่ตระหนักต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

4.5.2 ขั้นลังเลใจ (Contemplation) ในขั้นนี้เป็นขั้นที่ผู้ป่วยเริ่มมีการตระหนักว่าผู้ป่วยเกิดผลกระทบทางลบจากพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และเล็งเห็นว่าปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ

นั้นสามารถแก้ไขได้ แต่ในขั้นลังเลใจนี้ ผู้ป่วยจะยังคงเล็งเห็นข้อดีของการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆมากกว่าข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

4.5.3 ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination / Preparation) ในขั้นนี้เป็นขั้นที่ผู้ป่วยมักจะประสบปัญหาทางลบเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ชัดเจน หรือมีการตระหนักถึงปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของตนเองมากขึ้น และสามารถตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆได้อย่างชัดเจน

4.5.4 ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยเริ่มมีการลงมือกระทำตามแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองตามทางเลือกที่วางไว้ ซึ่งพบว่าระยะเวลา มักอยู่ในช่วง 6 เดือนแรกของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือกล่าวได้ว่ายังคงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่มั่นคง

4.5.5 ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะมีระยะเวลานานกว่า 6 เดือน ซึ่งผู้ป่วยจะมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพได้อย่างถาวร

4.5.6 ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยมีการกลับไปกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาเดิม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด ขาดความมั่นใจ และคิดว่าตนเองไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆได้

แต่ละบุคคลจะมีระดับของแรงจูงใจอยู่ในขั้นตอนที่แตกต่างกันไป ดังนั้นผู้บำบัดจึงควรแสดงบทบาท หรือการช่วยเหลือที่แตกต่างไปตามความเหมาะสมของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นๆ (พิชัย แสง-ชาญชัย และคณะ, 2553)

4.6 บทบาทของผู้บำบัดตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

มีรายละเอียดดังนี้ (พิชัย แสง-ชาญชัย และคณะ, 2553)

4.6.1 ขั้นไม่สนใจปัญหาหรือขั้นเพิกเฉย (Pre-contemplation) ผู้บำบัดต้องมีการให้ข้อมูลที่ชัดเจน และถูกต้อง (Information) มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) ข้อมูลทั้งหมดจะต้องอยู่ในพื้นฐานของความเป็นจริง มีความเป็นเหตุเป็นผล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเล็งเห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

4.6.2 ขั้นลังเลใจ (Contemplation) ผู้บำบัดต้องให้ผู้ป่วยพิจารณาข้อดีและข้อเสีย (Pros and Cons) กล่าวคือ ให้ผู้ป่วยพิจารณาถึงข้อดีและข้อเสียของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และข้อดีข้อเสียของการยังคงกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้น เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ชัดเจนมากขึ้น

4.6.3 ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination / Preparation) มีการพูดคุยถึงวิธีการ และให้ทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Menu) ซึ่งทางเลือกต้องไม่มากหรือ

น้อยเกินไป เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง (Freedom of choice) มีความรับผิดชอบการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง (Responsibility) และมีการส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้ป่วย (Self-Efficacy) เพื่อสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

4.6.4 ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action) ผู้บำบัดมีการพูดคุยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำตามแนวทางที่ตนเองได้วางไว้อย่างต่อเนื่อง (Adherence) พร้อมทั้งร่วมหาแนวทางในการกำจัดกับอุปสรรค เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงและเกิดความร่วมมือมากขึ้น

4.6.5 ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) ผู้บำบัดมีการดำเนินการเพื่อป้องกันการกลับไปสู่การกระทำพฤติกรรมสุขภาพเดิมซ้ำ (Relapse Prevention) เพื่อช่วยให้มีความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ

4.6.6 ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) ผู้บำบัดมีกระบวนการในการดึงผู้ป่วยเข้าสู่การรักษา และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอีกครั้งโดยเร็ว (Recovery Process) โดยสร้างกำลังใจ (Hope) การประคับประคองด้านจิตใจ (Support) และการส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้ป่วย (Self-Efficacy) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอีกครั้ง

4.7 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบเครื่องมือที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังนี้ (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

4.7.1 แบบสอบถามเพื่อวัดแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา (The University of Rhode Island Change Assessment; URICA) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ป่วย ได้รับการพัฒนาเป็นภาษาไทยโดยวัชระ ฆะออบเหล็ก, พิชัยแสงชาญชัย และเกษญา ยิ่งวิวัฒน์พงษ์ ,2552 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ ซึ่งมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบวัดความคิดเห็น (Likert Scale) 5 ระดับ ระหว่าง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” กับ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” มีการให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ในแบบสอบถามแต่ละข้อจะบ่งบอกตามระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้แก่ ขั้นเพิกเฉย ขั้นลังเลใจ ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง และขั้นกระทำต่อเนื่อง

4.7.2 แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Contemplation Ladder) มีการพัฒนาขึ้นโดย Biener and Adams (1991) มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยดร.ณิ ภูขาว และคณะ (2549) ในแบบสอบถามจะมีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน ซึ่งสามารถแปลผลโดยพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนน 0-1 หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นเพิกเฉย

คะแนน 2-7 หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นลังเลใจ

คะแนน 8-9 หมายถึงผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นตัดสินใจ

คะแนน 10 หมายถึงผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง

4.7.3 แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale; SOCRATES-8A) ใช้ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พัฒนาโดย Miller and Tonigan (1996) แปลเป็นภาษาไทยโดยพิชัย แสงชาญชัย (2546) และได้รับการปรับปรุงด้านภาษาโดยพันธุ์ภา กิตติรัตน์ ไพบูลย์ (2549) เครื่องมือนี้แบ่งเป็นรายด้านทั้งหมด 3 ด้าน คือ ด้านการยอมรับ ด้านความลังเลใจ และด้านลงมือกระทำ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 19 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบวัดความคิดเห็น (Likert Scale) 5 ระดับ ระหว่าง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” กับ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” โดยให้ระดับคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน

เครื่องมือทั้ง 3 ชนิด จะมุ่งเน้นให้ผู้บำบัดสามารถเห็นระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ชัดเจนได้ และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A) เพื่อใช้ประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

4.8 ประเภทและรูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

4.8.1 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล (Individual Motivational Interview; IMI) เพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับบุคคลอื่นซึ่งผู้ป่วยอาจยังไม่พร้อมเปิดเผยข้อมูลของตนเอง (Miller and Rollnick, 2002; Spirito et al., 2011) มีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง จากการสำรวจและจัดการกับความรู้สึกลังเล (ambivalence) ใน การที่จะปรับเปลี่ยนตนเอง ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจภายในของบุคคล

4.8.2 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม (Group Motivational Interview; GMI) เป็นรูปแบบที่ได้รับความนิยมอย่างมากเนื่องจากช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เร็วขึ้นจากการสนับสนุนกันภายในกลุ่มบุคคลที่มีสภาพปัญหาคล้ายกัน และมีจุดมุ่งหมายในการแก้ปัญหาเดียวกัน (Santa, Wulfert and Nietert, 2007; Stauder, 2012) การศึกษาของ กฤตยา แสงทรัพย์ (2557) ได้นำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา โดยภายหลังจากการดำเนินการบำบัดพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงกว่าเดิม

4.8.3 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (Family Motivational Intervention; FMI) เป็นรูปแบบที่ส่งเสริมให้บุคคลที่มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้สำเร็จจากการที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วมสำคัญในการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วย โดยใช้หลักการและเทคนิคที่หลากหลายกับบุคคลและครอบครัว ตลอดจนมีการเพิ่มศักยภาพของ

ผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถเสริมสร้างแรงจูงใจให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องได้ (Smeerdijk et al., 2009, 2011) เป้าหมายในการบำบัดเพื่อให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้อย่างยั่งยืน ในต่างประเทศมีการนำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดังนี้ การศึกษาของ Smeerdijk et al. (2011) ศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทโรคร่วมกัน พบว่าภายหลังการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการเสพกัญชาลดลง

ปัจจุบันมีการนำแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้บำบัดบุคคลที่มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพด้วยรูปแบบที่หลากหลาย ซึ่งแนวคิดนี้จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และเกิดแรงจูงใจภายในตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวนั้นสามารถทำให้ผู้ป่วย จิตเภทเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืนจากการที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมสำคัญในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Smeerdijk et al., 2009) โดยจะเกิดประสิทธิผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่ถาวรและยั่งยืนกว่ารูปแบบการบำบัดเฉพาะกับตัวบุคคลเท่านั้น (Nose et al., 2003) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมาช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท

5. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (Family Motivational Intervention)

5.1 ความหมายของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

Smeerdijk et al. (2009) กล่าวว่า เป็นการบำบัดกลุ่มครอบครัว โดยการฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยทางจิตเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีปัญหาเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ โดยการผสมผสานหลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจ สุขภาพจิตศึกษา และครอบครัวบำบัด

สรุปได้ว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว คือการบำบัดสำหรับกลุ่มครอบครัวของบุคคลที่มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ดีขึ้น โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่บุคคล การฝึกทักษะเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ครอบครัวในการนำไปดูแลบุคคลที่มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ การค้นหาปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการแก้ไขร่วมกัน และการติดตามประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยครอบครัว

5.2 แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวที่มีการศึกษาในปัจจุบันนี้มีด้วยกัน 2 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบตามแนวคิดของ Spirito et al. (2011) และ รูปแบบตามแนวคิดของ Smeerdijk et al. (2009, 2011) ซึ่งทั้งสองรูปแบบมีพื้นฐานจากแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ของ Miller and Rollnick (1991, 2009) และมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่เป็นปัญหาให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างยั่งยืน โดยมีรายละเอียดของแต่ละรูปแบบ ดังนี้

5.2.1 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวตามแนวคิดของ Spirito et al. (2011) เป็นการบำบัดเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ติ่มสุราในสหรัฐอเมริกา โดยรูปแบบการบำบัดนี้เป็นการผนวกการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคล (Individual Motivational Interviewing; IMI) ร่วมกับการติดตามโดยครอบครัว (Family Check-Up; FCU) โดยมีแนวคิดหลักและโครงสร้างการบำบัด ดังนี้

1. การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคล (Individual Motivational Interviewing; IMI)
2. การติดตามโดยครอบครัว (Family Check-Up; FCU)

5.2.2 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวตามแนวคิดของ Smeerdijk et al. (2009, 2011) มีแนวคิดหลัก และโครงสร้างของการบำบัด 2 ส่วน ดังนี้

1) การฝึกทักษะปฏิสัมพันธ์ (Interaction Skill Training; IST) ขั้นตอนนี้ประยุกต์จากแนวคิดหน้าต่างพฤติกรรม (behavior window) ของ Gordon (1998) เพื่อฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจอกับสถานการณ์ต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งจะมีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง

2) การฝึกทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interview Training) เป็นการเพิ่มสมรรถนะของผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการฝึกทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการสื่อสารที่ดีซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวที่มีปัญหาเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงบวก อีกทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับขั้นของแรงจูงใจที่ต่อเนื่องซึ่งส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างยั่งยืน โดยการแนะนำและฝึกทักษะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Miller and Rollnick (1991, 2009)

6. โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

ผู้วิจัยพัฒนาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดื่มได้อย่างมั่นคง โดยพัฒนาจากรูปแบบการบำบัด Family Motivational Intervention (FMI) ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Mayer (2003) ด้วยการประยุกต์จากนักวิชาการที่กล่าวถึงแนวคิด FMI คือ Smeerdijk et al. (2007) โดยเริ่มเน้นที่การฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการสร้างทักษะเบื้องต้นในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่ครอบครัวที่จะนำไปใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดื่มสุราให้กับผู้ป่วยจิตเภทจนถึงขั้นลงมือกระทำ (Action) ได้อย่างต่อเนื่องจนไปสู่ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) ช่วยลดการกลับไปมีพฤติกรรมเดิมซ้ำ (Relapse) ได้อีกด้วย โดยรูปแบบการบำบัด FMI ของ Smeerdijk et al. (2009, 2011) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนได้แก่

- 1) การฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interaction Skills Training)
- 2) การฝึกทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing training)

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหากิจกรรมที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ให้สอดคล้องกับแนวคิดของพฤติกรรมที่ดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เหมาะสมกับการแก้ปัญหาพฤติกรรมที่ดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทโดยจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการทางจิตรบกวน การขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวในการดูแล และสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (อรวรรณ ช้องต่อ, 2550; Higashi et al., 2013) การมุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง (Smeerdijk et al., 2009, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ Olson et al., 1993 พบว่าระบบครอบครัวมีหน้าที่หลัก 3 ด้านคือ ความผูกพันทางอารมณ์หรือความห่วงใยต่อกัน การปรับตัว และการสื่อสาร ครอบครัวมีหน้าที่หลักดังกล่าวจะเข้าใจความรู้สึกของกันและกัน มักใช้เวลาร่วมกัน และมีสัมพันธภาพที่ดีร่วมกัน การเสริมสร้างการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และให้ความรู้เบื้องต้นในเรื่องของการเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งมีความจำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย รูปแบบการบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจะช่วยเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และทักษะให้กับครอบครัวในเรื่องของการเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดื่มสุรา ประกอบด้วยการแบ่งกิจกรรมเป็น 2 ระยะ ดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่ม ๆ ละ 3-5 ครอบครัว เนื่องจากการสนับสนุนกันภายในกลุ่มช่วยให้เกิดการเรียนรู้ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เร็วยิ่งขึ้น (Santa, Wulfert and Nietert, 2007; Stauder, 2012) โดยในระยะที่ 1 มี 5 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมครอบครัว และผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆละ 60-90 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และระยะที่ 2 มี 1 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมโดยใช้วิธีโทรศัพท์ติดตามหลังผู้ป่วยจำหน่ายว่าครอบครัวมีการนำความรู้ และทักษะของการเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้กับผู้ป่วยจริงหรือไม่ รวมถึงการสอบถามถึงประเด็นปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเพื่อที่ผู้วิจัยกับครอบครัวจะได้ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นที่บ้านได้ ดังรายละเอียดการประยุกต์จากแนวคิดสู่โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาในตารางที่ 1

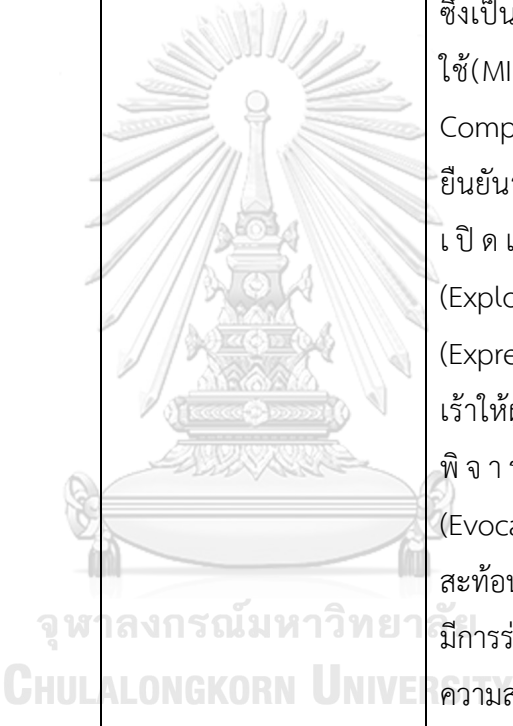
ตารางที่ 1 การประยุกต์แนวคิดสู่การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา(FMI) ของ Smeerdijk et al. (2009) บนพื้นฐานแนวคิดของ Miller & Rollnick (1991,2009)

แนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว(Smeerdijk et al., 2009)	โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนา	
	กิจกรรมครั้งที่/ชื่อกิจกรรม	วิธีการประยุกต์
1.การฝึกทักษะปฏิสัมพันธ์ (Interactive Skill Training) การฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจอกับสถานการณ์ต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย	1.ความสัมพันธ์ และ ศักยภาพของครอบครัว	-กิจกรรมนี้มีจุดประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพและให้ความรู้กับครอบครัวในเรื่องของโรคจิตเภท พฤติกรรมการดื่มสุรา รูปแบบการรักษาต่างๆ มีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา บทบาทหน้าที่ของครอบครัว และ ทฤษฎีหน้าต่างพฤติกรรม ซึ่งจากการศึกษาของ Pitschel-Walz et al. (2006) พบว่าการให้ความรู้จะทำให้ผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Addington, McCleery and Addington, 2005) อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลลดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแล และยอมรับในการทำบทบาทหน้าที่ของตนเอง (จิราพร รักษาการ, 2549) สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีมากขึ้นจากการที่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย (Dixon et al., 2001) นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค

แนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว(Smeerdijk et al., 2009)	โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนา	
	กิจกรรมครั้งที่/ชื่อกิจกรรม	วิธีการประยุกต์
	<p>2.ทักษะการสื่อสาร และการประเมินระดับแรงจูงใจ</p>	<p>จิตเภท และเรื่องต่างๆที่จำเป็นจะส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย และผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากมีความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น (Razali and Yayah, 1995)</p> <p>-ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยมีการให้ความรู้แก่ครอบครัวในเรื่องทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว ตามเทคนิค Interaction Skills Training : IST ของ Kuiper, 2003 ซึ่งประกอบด้วยหลักการ 3 ประการดังนี้ 1.การฟังอย่างตั้งใจ (Active listening) 2. การส่งสัญญาณที่ชัดเจน (sending clear signals) และ3. การรักษาขอบเขต (maintaining boundaries) รวมถึงให้ความรู้และทักษะแก่ครอบครัวในเรื่องของทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือ Stage of Change เป็นทฤษฎีของ Prochaska & DiClemente แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่1.ขั้นเฝินเฉย (Pre-contemplation) 2. ขั้นลังเลใจ (Contemplation) 3.ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination) 4.ขั้นลงมือกระทำ (Action) 5.ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) 6.</p>

แนวคิดการบำบัดเพื่อ เสริมสร้างแรงจูงใจโดย ครอบครัว(Smeerdijk et al., 2009)	โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนา	
	กิจกรรมครั้งที่/ชื่อกิจกรรม	วิธีการประยุกต์
		<p>ชั้น ย้อน กลับ สู่ พฤติกรรม เดิม (Relapse)</p> <p>สิ่งที่สำคัญคือระดับของแรงจูงใจนั้นมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จำเป็นที่จะต้องได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม ครอบครัวต้องให้ความช่วยเหลือ และสร้างความเข้มแข็งให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม และดึงผู้ป่วยกลับสู่หนทางแห่งการหยุดดื่มให้เร็วที่สุด (recovery process) โดยการประคับประคอง ให้กำลังใจ ผู้ป่วยเองก็ต้องยอมรับในความอ่อนแอของตนเอง การสารภาพผิด มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา มีการสรุปบทเรียนที่ได้จากปัญหาที่เกิดขึ้น และสุดท้ายต้องมีความมุ่งมั่นในการเลิกสูราต่อไป</p>
2.การพัฒนาทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ดูแล (Family Motivation Interviewing Training)	3.การเสริมสร้างแรงจูงใจ : เรื่องง่ายๆ เราทำได้	-กิจกรรมนี้มีการให้ความรู้แก่ครอบครัวในรายละเอียดของรูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดคำพูดจูงใจตนเอง (Change talk) มีการวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Change Plan) ในเนื้อหาประกอบด้วยเนื้อหาหลัก 2 ส่วน คือ

แนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว(Smeerdijk et al., 2009)	โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนา	
	กิจกรรมครั้งที่/ชื่อกิจกรรม	วิธีการประยุกต์
	 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>ส่วนที่หนึ่ง จิตวิญญาณของการเสริมสร้างแรงจูงใจหรือ spirit of MI ได้แก่ 1. Evocation การกระตุ้นเร้าให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ มีการคิดพิจารณา และลงมือกระทำในที่สุด 2. Autonomy การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วย ได้เลือกตัดสินใจ และกระทำด้วยตนเอง และ 3. Collaboration มีการร่วมมือกันมากกว่าการสั่งการ ส่วนที่สอง การเสริมสร้างแรงจูงใจ หรือ Motivation Interviewing: MI ตามทฤษฎีของ (Miller & Moyers, 2006) ได้แก่ 1. OARS: การใช้คำถามปลายเปิด การชื่นชมยืนยันรับรอง การฟังอย่างตั้งใจ และการสรุปความ 2. DARES : ความแตกต่างระหว่างเป้าหมายกับปัจจุบัน อย่าโต้แย้งผู้ป่วย แรงต้านเป็นเรื่องปกติ มีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และสนับสนุนว่าผู้ป่วยสามารถทำได้ 3.FRAMES : มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบตนเอง แนะนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เสนอทางเลือก แสดงความเห็นใจว่าการเลิกไม่ใช่เรื่องง่าย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นถึงศักยภาพของตนเองในการเปลี่ยนแปลง</p>

แนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว(Smeerdijk et al., 2009)	โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนา	
	กิจกรรมครั้งที่/ชื่อกิจกรรม	วิธีการประยุกต์
	<p>4.เทคนิคที่ใช้ เราไม่ควรลืม</p> 	<p>พฤติกรรม</p> <p>-กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้แก่ครอบครัวในการประยุกต์ใช้ที่บ้านโดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้ ซึ่งเป็นลักษณะของการสนทนาที่ควรใช้(MI Adherence and Competence)ได้แก่ การชื่นชม ยืนยันรับรอง (Affirmation), การเปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริง (Exploring feeling), การแสดงออก (Expressing optimism), การกระตุ้นเร้าให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ มีการคิดพิจารณา และลงมือกระทำ (Evocation), การฟังอย่างเข้าใจและสะท้อนความ (Reflective listening), มีการร่วมมือกัน มากกว่าการสั่งการ มีความสอดคล้องกัน (Collaboration), ทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างสถานการณ์ปัจจุบันกับเป้าหมายที่ผู้ป่วยอยากจะเป็น (Develop Discrepancy), การหมุนไปกับแรงต้าน (Rolling with resistance), มีความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ (Global Empathy)</p>
	5.ไม่สร้างสรรค์ ฉันไม่ใช่	-ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ครอบครัวในเรื่องของลักษณะของการสนทนาที่ไม่ควร

แนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว(Smeerdijk et al., 2009)	โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนา	
	กิจกรรมครั้งที่/ชื่อกิจกรรม	วิธีการประยุกต์
	6. จูงใจที่บ้าน ปัญหาเบาลง	ใช้ (MI Non-adherence) ได้แก่ การโต้เถียง (Arguing), การกล่าวโทษ (Blaming), การตีตรา (Labeling), การถามซ้ำ (Information gathering), การกำหนดระเบียบต่าง ๆ (Following own agenda), การทำตัวเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ซึ่งเป็นลักษณะของการสนทนาที่ไม่ควรใช้ -ผู้วิจัยติดตามการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจที่บ้าน มีเป้าหมายเพื่อติดตาม สอบถามถึงสถานการณ์ของการสนทนาที่เป็นปัญหา และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

จากการประยุกต์โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวข้างต้น เป็นกระบวนการดำเนินกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราและผู้ดูแล ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมการฝึกทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ และทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ดูแล เพื่อนำไปปฏิบัติที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่เป็นปัญหาสำคัญของตนเอง โดยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มๆ ละ 3-5 ครอบครัว สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยมีสาระสำคัญในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง ดังนี้

1) การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 นี้มีจุดประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่องของโรคจิตเภท พฤติกรรมการดื่มสุรา โรคสมองตื้อยา รูปแบบการรักษาต่างๆ มีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา บทบาทหน้าที่ของครอบครัว

2) การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2 ผู้วิจัยมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่องทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว ตามเทคนิค Interaction Skills Training (IST) ของ Kuiper (2003) รวมถึง

ให้ความรู้และทักษะแก่ครอบครัวในเรื่องของทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) เป็นทฤษฎีของ Prochaska & DiClemente

3) การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 3 มีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในรายละเอียดของรูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในเรื่องของสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

4) การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 4 มีการให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะในเรื่องของลักษณะการสนทนาที่ควรใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจ

5) การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 5 มีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในเรื่องของลักษณะของการสนทนาที่ไม่ควรใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจ

ระยะที่ 2 ดำเนินกิจกรรมหลังจากผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน 1 สัปดาห์

6) การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 6 ผู้วิจัยติดตามการประยุกต์ใช้ โดยใช้วิธีการโทรศัพท์หาผู้ดูแลที่บ้าน มีเป้าหมายเพื่อสนับสนุน และส่งเสริมการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีการสอบถามถึงสถานการณ์ของการสนทนาที่เป็นปัญหา และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Smeerdijk et al. (2011, 2014) ศึกษาผลของ Family Motivational Intervention (FMI) ต่อการเสพยาในผู้ป่วยจิตเภทในประเทศเนเธอร์แลนด์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ FMI มีปริมาณและความถี่ในการเสพยาลดลงกว่าผู้ป่วย จิตเภทที่ได้รับการดูแลทั่วไปจากครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่า FMI มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทได้

Suktrakul Sunisa (2009) ศึกษาการเปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ ผลการศึกษาพบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยของการบริโภคแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ที่เข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัจฉราพร นัตสาสาร (2548) ศึกษาเชิงพรรณนา(descriptive study) พบว่า สาเหตุของการกลับไปเสพยาติดแอลกอฮอล์ซ้ำโดยรวมทุกด้านมีความชัดเจนอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 61.1 รองลงมาอยู่ในระดับมากร้อยละ 26.7 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าสาเหตุส่วนบุคคล ได้แก่ อาการอยากแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่มีความชัดเจนอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 42.2 (21.1+21.1)

สายชล ยุบลพันธ์ (2551) ศึกษาผลของการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจโดยญาติมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัด

เชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถลดความลังเลใจในการรักษา เพิ่มการยอมรับปัญหาและการลงมือทำมากขึ้น ลดพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ได้

ญาดา จินประชา (2550) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์เพื่อป้องกันการติดยา จำนวน 60 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดยาของสมาชิกสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์มีความพึงพอใจเนื่องจากเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์เป็นอย่างมาก

กฤตยา แสงทรัพย์ (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวสามารถสนับสนุนได้ว่าการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว สามารถส่งเสริมให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โดยช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัญหาหรือตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (The Alcohol Consumption Assessment; ACA) ของ Suktrakul (2009) ทั้งนี้ในการจัดการกับปัญหานี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวขึ้นโดยประยุกต์จากโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวจากการศึกษาของ Smeerdijk et al. (2009) โดยมีการใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจะเน้นที่ศักยภาพของครอบครัวในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย เพิ่มระดับของแรงจูงใจ และสามารถผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุราของตนเองได้ ซึ่งแสดงในแผนภาพ กรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

(Smeerdijk et al. (2009))

ระยะที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในขณะที่ผู้ป่วยยังรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม

1. ความสัมพันธ์ และศักยภาพของครอบครัว
2. ทักษะการสื่อสาร และการประเมินระดับแรงจูงใจ
3. การเสริมสร้างแรงจูงใจ : เรื่องง่ายๆ เราทำได้
4. เทคนิคที่ใช้ เราไม่ควรลืม
5. ไม่สร้างสรรค์ ฉันทันไม่ใช่

ระยะที่ 2 มี 1 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

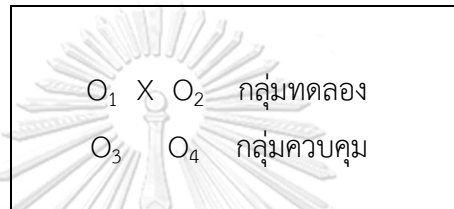
6. จูงใจที่บ้าน ปัญหาเบาละ

พฤติกรรมกระตุ้นสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา (Suktrakul et al. (2009))

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบการศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest design with a comparison group) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้



- O₁ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราในกลุ่มทดลองก่อนได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว
- O₂ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราในกลุ่มทดลองหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว 1 สัปดาห์
- O₃ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₄ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
- x หมายถึง การใช้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวมทั้งหมดครอบครัวละ 2 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD -10) แต่ละครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวมทั้งหมดครอบครัวละ 2 คน จำนวน 40 ครอบครัว

3. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) มีดังนี้

3.1 ผู้ป่วยจิตเภท

- 1) เป็นผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD-10) เพศชาย ซึ่งมีอายุ 20-59 ปี
- 2) มีปัญหาการดื่มสุรา ประเมินโดยแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) และพบว่ามีความเสี่ยงตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป ซึ่งครอบคลุมกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinking) โดยมีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 8-15 คะแนน กลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหา (Harmful Drinking) มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 16-19 คะแนน และกลุ่มที่ดื่มแบบติดสุรา (Alcohol Dependence) มีระดับคะแนนมากกว่า 20 คะแนน
- 3) มีอาการทางจิตสงบ ประเมินโดยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) พบว่ามีระดับคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน
- 4) สามารถอ่าน – เขียนภาษาไทยได้ และสามารถสื่อสารได้
- 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

3.2 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย

- 1) บุคคลที่มีความเกี่ยวข้องทางสายเลือด และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน มีอายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ครอบครัวละ 1 คน
- 2) สามารถพูดคุยสื่อสาร อ่าน – เขียนภาษาไทยได้
- 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ

- 1) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน
- 2) กลุ่มตัวอย่างมีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย หรือมีอาการทางจิตกำเริบระหว่างการดำเนินการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power of Test) โดยนำค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลองตามการศึกษาของ Santa Ana et al. (2007) เรื่อง Efficacy of Group Motivation Interviewing for Psychiatric Inpatients with Chemical Dependence มาใช้ประกอบการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 80.00 % ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 พบว่าขนาดของกลุ่ม

ตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 13 คน แต่เนื่องจากผู้วิจัยป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงเพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติ (Normality) ทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มขึ้น และมีความแปรปรวนลดลง อีกทั้งค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burn & Grove, 2005) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นจำนวน 40 ครอบครัว และใช้การสุ่มอย่างง่ายแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. หลังจากที่ได้รับอนุมัติจริยธรรมให้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ผู้วิจัยเข้าสำรวจผู้ป่วยที่มารับบริการในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและมีปัญหาการดื่มสุรารวม 46 คน

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและมีปัญหาการดื่มสุรา ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 46 คน ซึ่งในจำนวนนี้พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทั้งสิ้น 40 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในเบื้องต้น

3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

4. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่ (Matched-pairs) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่องคะแนนปัญหาการดื่มสุรา เนื่องจากจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับปัญหาการดื่มสุราที่ต่างกันจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และอัตราการกลับไปดื่มสุราซ้ำที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kurita, 2013)

ดังนั้นงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงพิจารณาจับคู่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่องของระดับปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) โดยแบ่งปัญหาออกเป็น 3 ระดับ คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการดื่มสุราอยู่ในกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง (คะแนน AUDIT 8-15 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างที่มีการดื่มสุราอยู่ในกลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหา (คะแนน AUDIT 16-19 คะแนน) และกลุ่มตัวอย่างที่มีการดื่มสุราอยู่ในกลุ่มที่ดื่มแบบติดสุรา (คะแนน AUDIT มากกว่า 20 คะแนน)

5. ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามระดับปัญหาการดื่มสุรา จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่จนครบทั้ง 20 คู่ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีลักษณะดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

คู่ที่	คะแนนปัญหาการดื่มสุรา		ระดับปัญหาการดื่มสุรา
	กลุ่มทดลอง(n = 20)	กลุ่มควบคุม(n = 20)	
1	10	11	ดื่มแบบเสี่ยง
2	14	15	ดื่มแบบเสี่ยง
3	15	15	ดื่มแบบเสี่ยง
4	14	15	ดื่มแบบเสี่ยง
5	18	17	ดื่มแบบมีปัญหา
6	16	17	ดื่มแบบมีปัญหา
7	17	18	ดื่มแบบมีปัญหา
8	18	17	ดื่มแบบมีปัญหา
9	17	18	ดื่มแบบมีปัญหา
10	18	19	ดื่มแบบมีปัญหา
11	19	18	ดื่มแบบมีปัญหา
12	18	18	ดื่มแบบมีปัญหา
13	19	17	ดื่มแบบมีปัญหา
14	18	19	ดื่มแบบมีปัญหา
15	19	18	ดื่มแบบมีปัญหา
16	18	17	ดื่มแบบมีปัญหา
17	26	26	ดื่มแบบติดสุรา
18	22	24	ดื่มแบบติดสุรา
19	23	22	ดื่มแบบติดสุรา
20	26	27	ดื่มแบบติดสุรา

จากตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกัน (Matched-pairs) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้ระดับปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งผู้วิจัยแบ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง (คะแนน AUDIT 8-15 คะแนน) จำนวน 4 คน กลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหา (คะแนน AUDIT 16-19 คะแนน) จำนวน 12 คน กลุ่มที่ดื่มแบบติดสุรา (คะแนน AUDIT มากกว่า 20 คะแนน) จำนวน 4 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษานำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เพื่อพิจารณาว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยก่อนทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง และผู้ศึกษาทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ วิธีการศึกษา และผลประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีข้อบังคับใดๆ สามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลระหว่างดำเนินกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างยุติการบันทึกข้อมูลเมื่อไหร่ก็ได้ และขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลในการทำกิจกรรมต่างๆ ระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไว้เป็นความลับเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มทดลอง เมื่ออธิบายจนเข้าใจแล้วสอบถามถึงความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

ทั้งนี้ก่อนการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดนำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อพิจารณาผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2561 (เอกสารรับรองเลขที่ 10/2561) เมื่อสิ้นสุดการทดลองกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำและคู่มือการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวเพื่อนำกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

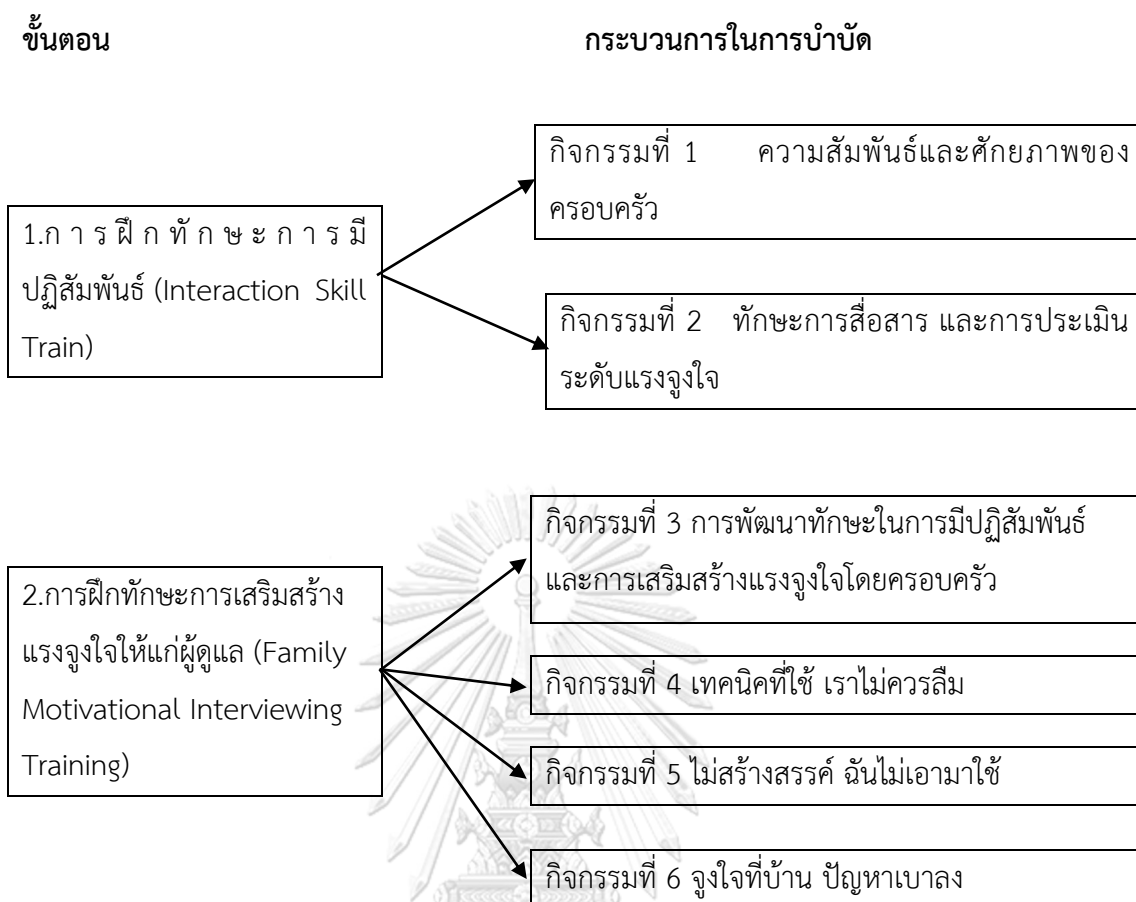
1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (ACA)
3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา (SOCRATES-8A)
4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้แก่ แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS)

รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแต่ละชุดมีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว เป็นรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากพื้นฐานแนวคิดการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวของ Smeerdijk et al. (2009) โดยประยุกต์จากเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีขั้นตอนการสร้าง และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยทั้งในประเทศและต่าง ประเทศที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา และแนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

2.2 สร้างรูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว และกำหนดโครงสร้างของกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราตามบริบทของประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัวสามารถนำเอาเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้ โดยได้แสดงการประยุกต์ตามรูปแบบของ Family Motivation Interviewing ของ Smeerdijk et al. (2009) สุ่มกระบวนการบำบัดในงานวิจัยในภาพที่ 2 ซึ่งดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 3-5 ครอบครัว แต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา 1 คน และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน ในรูปแบบของกิจกรรมมี 2 ระยะ 5 กิจกรรม ในระยะที่ 1 จำนวน 5 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมในขณะที่ผู้ป่วยบำบัดในแผนกผู้ป่วยในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง รวม 4 สัปดาห์ และระยะที่ 2 ดำเนินกิจกรรมเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านครบ 1 สัปดาห์ โดยใช้วิธีการโทรศัพท์ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรมรวมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์



ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงการประยุกต์ขั้นตอนตามรูปแบบ Family Motivation Interviewing ของ Smeerdijk et al. (2009) สู่กระบวนการบำบัดในการวิจัย

จากภาพที่ 2 แสดงการประยุกต์รูปแบบของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว โดยเน้นที่การส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถนำเทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราได้จริงที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา รวมทั้งมีการปรับทัศนคติ และเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้เพิ่มมากขึ้น จนสามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน โดยมีรายละเอียดของโปรแกรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ความสัมพันธ์ และศักยภาพของครอบครัว

ระยะเวลา 60 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ของการร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ กิจกรรมครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการสร้างสัมพันธ์ภาพ ขั้นตอนการให้ความรู้ และขั้นตอนการเสริมสร้างทักษะ มีสาระสำคัญดังนี้

ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ มีการดำเนินกิจกรรมโดยการแนะนำตนเองของพยาบาล และผู้เข้าร่วมกิจกรรมอันได้แก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบของการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

ขั้นตอนการให้ความรู้ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา การรักษาด้วยยา และรูปแบบของกลุ่มจิตสังคมบำบัดต่าง ๆ ปัจจัยต่าง ๆ ที่สำคัญต่อการการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อเป็นการนำเข้าสู่เทคนิคพื้นฐานในเรื่องของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จากนั้นมีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา ให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เน้นในบทบาทหน้าที่ของครอบครัว กระตุ้นให้ครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกันตั้งและส่งเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัว ทั้งนี้เพื่อการตั้งเนื้อหาเข้าสู่รูปแบบของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวในกิจกรรมครั้งต่อไป ซึ่งจากการศึกษาของ Pitschel-Walz et al. (2006) พบว่า การให้ความรู้จะทำให้ผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Addington, Mc-Cleery and Addington, 2005) อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลลดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแล และยอมรับในการทำบทบาทหน้าที่ของตนเอง (จิราพร รักการ, 2549) สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีมากขึ้นจากการที่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย (Dixon et al., 2001) นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และเรื่องต่างๆที่จำเป็นจะส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากมีความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น (Razali and Yayah, 1995) โดยผู้วิจัยช่วยให้ครอบครัว ได้เข้าใจถึงผลกระทบของพฤติกรรมการดื่มสุราที่เป็นปัญหา

ขั้นตอนการเสริมสร้างทักษะในเรื่องของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และทักษะการแก้ปัญหา เมื่อเราต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย มีการดำเนินกิจกรรมโดยให้ครอบครัวได้เรียนรู้จากกิจกรรม The Mat; พรหมสัมพันธ์ มีการประเมินระดับของแรงจูงใจของผู้ดูแลต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา

กิจกรรมที่ 2 ทักษะการสื่อสาร และการประเมินระดับแรงจูงใจ

ระยะเวลา 60 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยมีการให้ความรู้แก่ครอบครัวในเรื่องทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว ตามเทคนิค Interaction Skills Training : IST ของ Kuiper, 2003 ซึ่งประกอบด้วยหลักการ 3 ประการดังนี้ 1.การฟังอย่างตั้งใจ (Active listening) 2. การส่งสัญญาณที่ชัดเจน (sending clear signals) และ 3. การรักษาขอบเขต (maintaining boundaries) รวมถึงให้ความรู้และทักษะแก่ครอบครัวในเรื่องของทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือ Stage of

Change เป็นทฤษฎีของ Prochaska & DiClemente แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1.ขั้นเฝินเฉย (Pre-contemplation) 2.ขั้นลังเลใจ (Contemplation) 3.ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination) 4.ขั้นลงมือกระทำ (Action) 5.ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) 6.ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) สิ่งที่สำคัญคือระดับของแรงจูงใจนั้นมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จำเป็นที่จะต้องได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม ครอบครัวต้องให้ความช่วยเหลือ และสร้างความเข้มแข็งให้ผู้่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม และดึงผู้่วยกลับสู่หนทางแห่งการหยุดดื่มให้เร็วที่สุด (recovery process) โดยการประคับประคอง ให้กำลังใจ ผู้ป่วยเองก็ต้องยอมรับในความอ่อนแอของตนเอง การสารภาพผิด มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา มีการสรุปบทเรียนที่ได้จากปัญหาที่เกิดขึ้น และสุดท้ายต้องมีความมุ่งมั่นในการเลิกสุราต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ และการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

ระยะเวลา 60 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ กิจกรรมนี้มีการให้ความรู้แก่ครอบครัวในรายละเอียดของรูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ซึ่งมีจุดประสงค์ของการสนทนาเพื่อให้ผู้่วยเกิดคำพูดจูงใจตนเอง (Change talk) เพื่อวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Change Plan) ในเนื้อหากล่าวถึง 1. spirit of MI ได้แก่ การกระตุ้นเร้าให้ผู้่วยเกิดความสนใจ มีการคิดพิจารณา และลงมือกระทำในที่สุด (Evocation) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขึ้นอยู่กับตัวผู้่วย ได้เลือก ตัดสินใจ และกระทำด้วยตนเอง (Autonomy) และ มีการร่วมมือกัน มากกว่าการสั่งการ (Collaboration) 2. การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) ได้แก่ OARS, DARES และ FRAMES ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัย จัดกิจกรรมเพื่อฝึกทักษะการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยใช้สถานการณ์สมมติในช่วงท้ายของกิจกรรมนี้

กิจกรรมที่ 4 เทคนิคที่ใช้ เราไม่ควรลืม

ระยะเวลา 60 -90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้แก่ครอบครัวในการประยุกต์ใช้ที่บ้านโดยครอบครัวเนื้อหาดังต่อไปนี้ซึ่งเป็นลักษณะของการสนทนาที่ควรใช้ ได้แก่ การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation), การเปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริง (Exploring feeling), การแสดงออก (expressing optimism), การกระตุ้นเร้าให้ผู้่วยเกิดความสนใจ มีการคิดพิจารณา และลงมือกระทำ (Evocation), การฟังอย่างเข้าใจและสะท้อนความ (Reflective listening), มีการร่วมมือกัน มากกว่าการสั่งการ มีความสอดคล้องกัน (Collaboration), ทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างสถานการณ์ปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากจะเป็น (Develop Discrepancy), การหมุนไปกับแรงต้าน (Rolling with resistance), มีความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในสิ่งที่ผู้่วยเป็นอยู่ (Global Empathy)

กิจกรรมที่ 5 ไม่สร้างสรรค์ ฉันไม่เอามาใช้

ระยะเวลา 60 -90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ครอบครัวในเรื่องการสนทนาที่ไม่ควรใช้ การโต้เถียง (Arguing), การกล่าวโทษ (Blaming), การตีตรา (Labeling), การถามซ้ำ (Information gathering), การกำหนดระเบียบต่าง ๆ (Following own agenda), การทำตัวเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ซึ่งเป็นลักษณะของการสนทนาที่ไม่ควรใช้

ระยะที่ 2 ดำเนินกิจกรรมหลังจากผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน 1 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 6 จูงใจที่บ้าน ปัญหาเบาลง

ระยะเวลา 10-15 นาที ดำเนินกิจกรรมหลังจากผู้ป่วยกลับออกจากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์กลับไปอยู่ที่บ้าน 1 สัปดาห์

สาระสำคัญ ผู้วิจัยใช้วิธีการโทรศัพท์สอบถามครอบครัวว่ามีการนำความรู้ที่ได้ไปใช้จริงหรือไม่ รวมถึงสอบถามถึงประเด็นปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เพื่อที่จะได้ร่วมกับครอบครัวหาแนวทางแก้ไข โดยเฉพาะในเรื่องของการใช้หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (Family Motivational Intervention : FMI) ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดของ Smeerdijk et al. (2009) ทั้ง 2 ระยะ 6 กิจกรรม สามารถช่วยให้ครอบครัวนำเอาหลักการเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวที่พัฒนาขึ้นนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบเนื้อหาของกิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว พร้อมทั้งทำการปรับปรุงเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และโครงสร้างของกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา และ/หรือมีความเชี่ยวชาญด้านการเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 5 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ในโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขรายละเอียดเนื้อหา และภาษาที่ใช้ในโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีความเหมาะสมทั้งทางด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ก่อนนำไปใช้ดำเนินการวิจัยจริง ประเด็นของการปรับแก้มีดังนี้

1) มีการเพิ่มรายละเอียดเนื้อหาในส่วนของโรคสมองตติยา ในกิจกรรมที่ 1 เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นว่ามีผลมาจาก “โรคสมองตติยา” ที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ ไม่ได้เกิดจากนิสัยส่วนตัวทั้งหมด

2) เพิ่มกิจกรรม “พรมสัมพันธ์” ตามทฤษฎีของการฝึกทักษะปฏิสัมพันธ์ (Interaction Skill Training; IST) ขั้นตอนนี้ประยุกต์จากแนวคิดหน้าต่างพฤติกรรม (behavior window) ของ Gordon (1998) เพื่อฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจอกับสถานการณ์ต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

3) ปรับภาษาที่ใช้ โดยเพิ่มเนื้อหาในส่วนคำอธิบายให้เป็นภาษาไทย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความเข้าใจมากขึ้น

4) มีการกำหนดว่ากิจกรรมที่ 1 และ 2 ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ดูแล ด้วยเพราะเป็นขั้นตอนที่มีวัตถุประสงค์เพื่อฝึกทักษะการสื่อสารของสมาชิกในครอบครัว ส่วนกิจกรรมที่ 3-5 ให้เข้าร่วมเฉพาะผู้ดูแล เพราะเป็นเนื้อหาในส่วนที่เกี่ยวข้องกันกับการให้ความรู้และฝึกทักษะให้แก่ผู้ดูแลเพื่อให้เป็นการแน่ใจว่าแรงจูงใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นไม่ได้เกิดจากการจัดกระทำจากพยาบาล แต่เกิดจากการที่ผู้ดูแลนำเอาความรู้ และทักษะที่ได้ไปใช้จริงกับผู้ป่วยที่บ้าน

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และได้รับความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 5 ครอบครัว โดยทดลองใช้การบำบัดจนครบทุกกิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำการบำบัดไปใช้จริง

ภายหลังจากการทดลองใช้การโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว พบว่ายังมีข้อที่ควรปรับแก้อีก 2 ประเด็น คือ

1) ภาษาที่ใช้ในคู่มือส่วนที่เป็นภาษาอังกฤษมีการเพิ่มเติมในส่วนของคำอธิบายเพิ่มเติมเป็นภาษาไทย

2) ปรับเวลาของการนัดหมายผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมเป็นสัปดาห์ละ 2 กิจกรรม เพื่อลดเวลาการเดินทาง และลดค่าใช้จ่ายของผู้ดูแลในการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรม

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมที่ดีมีสุรา

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ข้อคำถามประกอบด้วย เพศ อายุ

สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการดื่มสุราติดต่อกันจนถึงปัจจุบัน ระยะเวลาของการเจ็บป่วยทางจิตจนถึงปัจจุบัน ประวัติการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว และ ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ

2.1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ข้อคำถามประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาของผู้ดูแล สถานภาพสมรสของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประวัติการดื่มสุราของผู้ดูแล และประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (The Alcohol Consumption Assessment; ACA) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา พัฒนาขึ้นโดยสุนิสา สุขตระกูล (Suktrakul, 2009) แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ชนิดของสุราที่ดื่ม ปริมาณการดื่มสุราเฉลี่ยต่อวัน ซึ่งการคาดประมาณปริมาณการดื่มมีหน่วยวัดเป็นดื่มมาตรฐาน (Standard Drink) และจำนวนวันที่ดื่มสุราใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (ACA) ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ปรับปรุงภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา และ/หรือมีความเชี่ยวชาญด้านการเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 5 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหารวมถึงความเหมาะสมของภาษา ในการตรวจสอบจะมีระดับของการให้คะแนนความสอดคล้องเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับคะแนน 4 หมายถึง มีความสอดคล้องมาก ระดับคะแนน 3 หมายถึง ค่อนข้างมีความสอดคล้อง ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีความสอดคล้องสลดน้อย และระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้อง จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนระดับ 3 และ 4 มาใช้ประกอบการคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ซึ่งในการวิจัยนี้พบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 1.0 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่

แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา (The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale; SOCRATES-8A)

เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พัฒนาโดย Miller and Tonigan (1996) มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยพิชัย แสงชาญชัย , 2546) และได้รับการ

ปรับปรุงด้านภาษาโดยพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2549) เครื่องมือนี้แบ่งเป็นรายด้านทั้งหมด 3 รายด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ ซึ่งข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบวัดความคิดเห็น (Likert Scale) 5 ระดับ ระหว่าง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง กับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง” โดยให้ระดับคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ในแต่ละรายด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามดังนี้

ด้านการยอมรับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 7, 10, 12, 15 , 17 ซึ่งในด้านการยอมรับจะมีช่วงค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 4 - 20 คะแนน

ด้านความล้มเหลว ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 6, 11, 16 ซึ่งในด้านความล้มเหลวจะมีช่วงค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 4 - 20 คะแนน

ด้านลงมือกระทำ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 5, 8, 9, 13, 14, 18, 19 ซึ่งในด้านลงมือกระทำจะมีช่วงค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 8 – 40 คะแนน

สำหรับเกณฑ์ในการแปลผลค่าคะแนนมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เกณฑ์การพิจารณาในการแปลผลค่าคะแนนของแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A)

เกณฑ์การแปลผล

การแปลค่าคะแนน	ด้านการยอมรับ	ด้านความล้มเหลว	ด้านลงมือกระทำ
ระดับสูงมาก		19-20	39-40
ระดับสูง	35	17-18	36-38
ระดับปานกลาง	32-34	15-16	33-35
ระดับต่ำ	29-31	12-14	30-32
ระดับต่ำมาก	7-28	4-11	8-29

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามเฉพาะรายด้านลงมือกระทำเนื่องจากเป็นรายด้านที่สามารถบ่งบอกถึงการที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราจะมีความพร้อมในการกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง โดยใช้เกณฑ์พิจารณาจากระดับคะแนนเฉลี่ยด้านกำลังลงมือกระทำที่มีค่าอยู่ในระดับสูงขึ้นไป (ระดับคะแนนมากกว่า หรือเท่ากับ 36 คะแนน) จาก การทบทวนวรรณกรรมของ สุนทรี ศรีโกสัย (2548) และพัชรราวลัย กนกจรรยา (2554) พบว่าหากผู้ป่วยมีระดับคะแนนรายด้านกำลังลงมือกระทำ 36 คะแนนขึ้นไป แสดงว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา (The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale; SOCRATES-8A) เฉพาะรายด้านลงมือกระทำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับปรุงภาษาให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา และ/หรือมีความเชี่ยวชาญด้านการเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 5 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รวมถึงความเหมาะสมของการใช้ภาษาเพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจน และสอดคล้องกับเนื้อหาในแบบสอบถามต้นฉบับของ Miller and Tonigan (1996)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา (The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale; SOCRATES-8A) เฉพาะรายด้านลงมือกระทำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับในการวิจัยครั้งนี้พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .87 (รายละเอียดในภาคผนวก ข)

4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

4.1 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย พัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham (1962) มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์ (2549) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน มีการแปรผลตามเกณฑ์ ดังนี้ ระดับคะแนน 18-36 หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับน้อย และระดับคะแนนมากกว่า 36 หมายถึง มีอาการทางจิตระดับมาก สำหรับการวิจัยครั้งนี้จะมีการใช้แบบประเมินทางจิตในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย โดยใช้เกณฑ์การพิจารณา คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราต้องมีระดับคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย ซึ่งต้องมีระดับคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน

4.2 แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol use disorders identification test; AUDIT) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินปัญหาการดื่มสุรา พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เกี่ยวกับปริมาณ และความถี่ของการดื่มสุรา อาการของการติดสุรา และปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา

เครื่องมือนี้มีลักษณะคำถามเป็นแบบ Rating Scale โดยในแต่ละข้อคำถามจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน สามารถแปลผลโดยมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

ระดับคะแนน	0-7	หมายถึง การดื่มที่มีความเสี่ยงน้อย
ระดับคะแนน	8-15	หมายถึง การดื่มที่มีความเสี่ยง (Hazardous Drinking)
ระดับคะแนน	16-19	หมายถึง การดื่มแบบมีปัญหา (Harmful Drinking)
ระดับคะแนนมากกว่า 20		หมายถึง การดื่มแบบติด (Alcohol Dependence)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราดังแต่กลุ่มที่มีการดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinking) สามารถส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ในการบำบัดรักษา และอาจก่อให้เกิดปัญหาต่ออาการทางจิตเวชที่รุนแรงขึ้นได้เช่นกัน (Gunderson et al., 2013) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย โดยใช้เกณฑ์พิจารณากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีระดับคะแนนปัญหาการดื่มสุราดังแต่ 8 คะแนนขึ้นไป

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้มีการจำแนกออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้ศึกษา โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา การเสริมสร้างแรงจูงใจ ลงทะเบียนเรียนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจำนวน 6 หน่วย ผู้วิจัยมีประสบการณ์เป็นผู้นำกลุ่มบำบัดมากกว่า 4 ปี มีประสบการณ์ในการบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์จำนวน 3 ปี ได้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ช้ยา และสารเสพติดจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2558 และอบรมการฝึกวิทยากรการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จากทีมของโรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยมีความรู้ ทักษะ และมีความมั่นใจที่จะสามารถดำเนินโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราได้

1.2 ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประกอบการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ คู่มือโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวข้างต้น

1.3 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลงานวิจัยในระยะต่อไป

1.4 หลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย โดยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยทั้งหมดเสนอถึงผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการในการดำเนินการวิจัยและขออนุญาต ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของกระบวนการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

1.6 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว โดยพิจารณาเลือกผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทางด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชและมีการใช้สารเสพติดร่วม จากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงขอบเขตในการดำเนินการวิจัยโดยละเอียด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อเสริมสร้างให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัย

1.7 ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น จากการทบทวนระบบเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา และศึกษาจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ในเบื้องต้น

1.8 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินปัญหาการดื่มสุรา และระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะดำเนินการตามกระบวนการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จะให้ลงรายชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.9 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched Paired) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดโดยใช้ระดับปัญหาการดื่มสุรา จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายเข้าสู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน

2. ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างกำหนด 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว ในขั้นตอนของการทดลองมีการดำเนินการดังนี้

2.1 การดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.1.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยมีการดำเนินการดังนี้

2.1.1.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูล และประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (ACA) ก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.1.1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลที่จะได้รับจากทีมสหวิชาชีพที่แผนกผู้ป่วยใน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษารายบุคคลและรายครอบครัวตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย การให้สุขศึกษารายกลุ่ม การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในการรักษาอาการทางจิต

2.1.1.3 ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมทราบว่าจะมีการติดต่อทางโทรศัพท์จากผู้วิจัย เพื่อประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่ม (ACA) ในสัปดาห์ที่ 2 หลังการจำหน่าย (post-test)

2.1.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีการดำเนินการดังนี้

2.1.2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (ACA) ก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.1.2.2 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 3-5 ครอบครัว พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง จนครบ 5 กิจกรรม ใช้เวลาติดต่อกันทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ที่ห้องประชุมเล็ก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยมีการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

กิจกรรม	กลุ่มที่	จำนวน ครอบครัว	วันที่	เวลา	สถานที่
ครั้งที่ 1 ความสัมพันธ์ และ ศักยภาพของ ครอบครัว	1	7	5 พ.ค.2561	9-10	ห้องประชุม หอ ผู้ป่วยนายแพทย์ ยรรยง
	2	6	6 พ.ค.2561	9-10	
	3	7	5 พ.ค.2561	13-14	
ครั้งที่ 2 ทักษะการ สื่อสาร และการ ประเมินระดับ แรงจูงใจ	1	7	12 พ.ค.2561	9-10	ห้องประชุม หอ ผู้ป่วยนายแพทย์ ยรรยง
	2	6	13 พ.ค.2561	9-10	
	3	7	12 พ.ค.2561	13-14	
ครั้งที่ 3 การ เสริมสร้างแรงจูงใจ: เรื่องง่ายๆเราทำได้	1	7	19 พ.ค.2561	9-10	ห้องประชุม หอ ผู้ป่วยนายแพทย์ ยรรยง
	2	6	20 พ.ค.2561	9-10	
	3	7	19 พ.ค.2561	13-14	
ครั้งที่ 4 เทคนิคที่ใช้ เราไม่ควรลืม	1	7	26 พ.ค.2561	9-10	ห้องประชุม หอ ผู้ป่วยนายแพทย์ ยรรยง
	2	6	27 พ.ค.2561	9-10	
	3	7	26 พ.ค.2561	13-14	
ครั้งที่ 5 ไม่ สร้างสรรค์ ฉันไม่ใช่	1	7	2 มิ.ย.2561	9-10	ห้องประชุม หอ ผู้ป่วยนายแพทย์ ยรรยง
	2	6	3 มิ.ย.2561	9-10	
	3	7	2 มิ.ย.2561	13-14	
ครั้งที่ 6 จูงใจที่บ้าน ปัญหาเบาลง			10 มิ.ย.2561	10-11	ดำเนินกิจกรรม โดยวิธีโทรศัพท์ ไปที่เบอร์ของ ผู้ดูแล เพื่อ ทบทวน และ สอบถามถึง ปัญหาที่พบ

รายละเอียดกิจกรรมและการประเมินผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ในแต่ละครั้งมีรายละเอียด และการประเมินผลการดำเนินกิจกรรมโดยสรุปดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 ความสัมพันธ์ และศักยภาพของครอบครัว

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแล และผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องของการมีปฏิสัมพันธ์ และบทบาทหน้าที่ของครอบครัว
2. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลเพื่อแก้ไขปัญหาการตีศีรษะของผู้ป่วย
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการตีศีรษะของตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ดูแล และผู้ป่วยบอกความหมายของการมีปฏิสัมพันธ์ และบทบาทหน้าที่ของครอบครัวได้
2. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงระดับของแรงจูงใจต่อการดูแลผู้ป่วยไปสู่ขั้นลงมือกระทำได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงระดับแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการตีศีรษะของตนเองไปสู่ขั้นลงมือกระทำได้

การดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ มีการดำเนินกิจกรรมโดยการแนะนำตนเองของพยาบาล และผู้เข้าร่วมกิจกรรมอันได้แก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบของการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการตีศีรษะ การรักษาด้วยยา และรูปแบบของกลุ่มจิตสังคมบำบัดต่าง ๆ ปัจจัยต่าง ๆ ที่สำคัญต่อการการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อเป็นการนำเข้าสู่เทคนิคพื้นฐานในเรื่องของการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จากนั้นมีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการตีศีรษะ ให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล การประเมินพฤติกรรมการตีศีรษะที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เน้นในบทบาทหน้าที่ของครอบครัว กระตุ้นให้ครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกันตั้งและส่งเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัว ทั้งนี้เพื่อการตั้งเนื้อหาเข้าสู่รูปแบบของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวในกิจกรรมครั้งต่อไป ซึ่งจากการศึกษาของ Pitschel-Walz et al. (2006) พบว่าการให้ความรู้จะทำให้ผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

(Addington, Mc-Cleery and Addington, 2005) อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลความรู้สึกซับซ้อนใจในการดูแล และยอมรับในการทำบทบาทหน้าที่ของตนเอง (จิราพร รักการ, 2549) สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีมากขึ้นจากการที่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย (Dixon et al., 2001) นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และเรื่องต่างๆที่จำเป็นจะส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากมีความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น (Razali and Yayah, 1995) โดยผู้วิจัยช่วยให้ครอบครัว ได้เข้าใจถึงผลกระทบของพฤติกรรมการณ์ที่มึ่ปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างทักษะในเรื่องของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และทักษะการแก้ปัญหาเมื่อเราต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย มีการดำเนินกิจกรรมโดยให้ครอบครัวได้เรียนรู้จากกิจกรรม The Mat; พรหมสัมพันธ์ มีการประเมินระดับของแรงจูงใจของผู้ดูแลต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการณ์ที่มึ่ปัญหา

สื่อการสอน/อุปกรณ์

- 1.ป้ายชื่อ
- 2.ปากกา
- 3.กระดาษ
- 4.คู่มือครอบครัว บทที่ 1 เรื่อง ความสัมพันธ์และศักยภาพของครอบครัว
5. The Mat (พรหมผ้ารูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า ส่วนตรงกลางมีสีเขียว และส่วนหัวท้ายมีสีแดง)
6. ใบงาน ที่ 1/1 “พรหมแห่งความสัมพันธ์”
7. ใบงานที่ 1/2 ไม้บรรทัดวัดใจ
8. ตารางนัดหมายทำกิจกรรม

การประเมินผล

การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน การประเมินผลในแต่ละขั้นตอนสามารถสรุปได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เมื่อดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตี่สุรา และผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้วิจัย บรรยากาศในการดำเนินกิจกรรมมีความผ่อนคลาย โดยประเมินจากสีหน้า การสบตา ลักษณะการนั่ง และการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันภายในกลุ่ม มีการพูดทบทวนชื่อของสมาชิกภายในกลุ่ม ร่วมกันบอกวัตถุประสงค์ รูปแบบของการบำบัด จำนวนครั้งในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งทุกคนสามารถบอกได้อย่างถูกต้องและชัดเจน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการให้ความรู้ ผู้วิจัยมีการสะท้อนถึงผลการประเมินปัญหาการตี่สุรา (AUDIT) และผลการประเมินพฤติกรรมการณ์ที่มึ่สุรา ให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยทราบเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากการตี่สุราของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม เมื่อทราบถึงผลกระทบแล้วผู้วิจัยได้มีการ

ให้ความรู้ตามที่ได้วางแผนดำเนินกิจกรรมไว้ พบว่าสมาชิกให้ความสนใจ ร่วมกันบอกความหมาย สาเหตุ อารมณ์ของโรคจิตเภท และโรคสมองตื้อยา ได้อย่างถูกต้อง ดังจะเห็นได้จากตัวอย่างคำตอบที่ ประเมินได้ ดังนี้

“ผมเพิ่งรู้ว่าที่ผ่านมาผมตีเมียเยอะมาก”

“โรคจิตเภทคือโรคที่มีอาการผิดปกติ ด้านความคิด พฤติกรรม และคำพูด”

“สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท คือ กรรมพันธุ์ การเลี้ยงดู สารเคมีในสมองไม่สมดุล การใช้ยา เสพติด และการตีเมีย”

“ลูกของฉันทรมานอยากตีเมียมากจนต้องขโมยเงินไปซื้อเหล้า เป็นเพราะเขาเป็นโรคสมองตื้อ ยา”

แต่ก็พบว่ายังมีผู้ดูแลบางส่วนที่ไม่เข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย และบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล ดังจะเห็นได้จากคำพูด ต่อไปนี้

“สันดานมันไม่ดีมาตั้งแต่วัยรุ่นแล้ว”

“ถ้าเขากินยาตรงเวลา ไม่ไปกินเหล้า ฉันทก็ไม่ต้องเสียเงินเหมารถพามารักษา”

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนการเสริมสร้างทักษะในเรื่องของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเรียนรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของครอบครัวจากกิจกรรม The Mat; พรหมสัมพันธ์ และมีการประเมินระดับแรงจูงใจ พบว่าครอบครัวมีส่วนใหญ่มีลักษณะต่างคนต่างอยู่ เมื่อเกิดปัญหาขึ้นจะไม่มีการพูดคุยเพื่อปรับความเข้าใจให้ตรงกัน โดยประเมินจากตัวอย่างคำพูด ดังนี้

“ผมไม่ให้เค้าออกไปนอกบ้าน เพราะถ้าออกไปก็เมากลับมา แต่ผมก็ไม่เคยบอกเหตุผลว่าทำไมผมถึงไม่ให้ไป”

“พ่อห้ามไม่ให้ผมออกไปไหน ผมก็ต้องมีสังคมของผมบ้าง”

ในกิจกรรมนี้มีการประเมินระดับของแรงจูงใจของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การตีเมียของตนเอง และระดับแรงจูงใจของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับของแรงจูงใจอยู่ในขั้นลังเลใจ (Contemplation) และขั้นตัดสินใจ (Determination) ซึ่งแตกต่างจากผู้ดูแลที่มีระดับของแรงจูงใจอยู่ในขั้นลงมือกระทำ (Action) โดยประเมินจากตัวอย่าง คำพูด ดังนี้

“ผมนอนโรงพยาบาลมาหลายครั้งแล้ว แต่ละครั้งก็นานหลายวัน รอบนี้ตั้งใจจะเลิก แต่ก็ยังไม่ค่อยแน่ใจว่าจะทำได้หรือเปล่า”

“ฉันทูเขาให้กินยาทุกวัน แต่เรื่องเลิกกินเหล้าไม่รู้จะพูดยังงัยให้เขาเลิกกินได้”

หลังสิ้นสุดกิจกรรมการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีเมีย และผู้ดูแลเกิดความตระหนักต่อผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมตีเมีย เล็งเห็นถึงประโยชน์ของ

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพภายในครอบครัว และมีระดับของแรงจูงใจอยู่ในระดับลังเลใจและลงมือกระทำ

กิจกรรมที่ 2 ทักษะการสื่อสาร และการประเมินระดับแรงจูงใจ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้เรื่องการสื่อสารระหว่างบุคคล และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทักษะในเรื่องของการสื่อสารระหว่างบุคคล และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกถึงเทคนิคเรื่องการสื่อสารภายในครอบครัว และการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจได้อย่างถูกต้อง

2. เพื่อให้ผู้ดูแลมีการตอบสนองต่อแรงจูงใจในแต่ละระดับได้อย่างเหมาะสม

การดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ มีการดำเนินกิจกรรมโดยการแนะนำตนเองของพยาบาลและผู้เข้าร่วมกิจกรรมอันได้แก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ และทบทวนความรู้ที่ได้จากกิจกรรมที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยมีการให้ความรู้แก่ครอบครัวในเรื่องทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว ตามเทคนิค Interaction Skills Training : IST ของ Kuiper, 2003 ซึ่งประกอบด้วย หลักการ 3 ประการดังนี้ 1.การฟังอย่างตั้งใจ (Active listening) 2. การส่งสัญญาณที่ชัดเจน (sending clear signals) และ 3. การรักษาขอบเขต (maintaining boundaries) รวมถึงให้ความรู้และทักษะแก่ครอบครัวในเรื่องของทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือ Stage of Change เป็นทฤษฎีของ Prochaska & DiClemente แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1.ขั้นเฝินเฉย (Pre-contemplation) 2.ขั้นลังเลใจ (Contemplation) 3.ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination) 4.ขั้นลงมือกระทำ (Action) 5.ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) 6.ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) สิ่งที่สำคัญคือระดับของแรงจูงใจนั้นมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จำเป็นที่จะต้องได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม ครอบครัวต้องให้ความช่วยเหลือ และสร้างความเข้มแข็งให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม และดึงผู้ป่วยกลับสู่หนทางแห่งการหยุดดื่มให้เร็วที่สุด (recovery process) โดยการประคับประคอง ให้กำลังใจ ผู้ป่วยเองก็ต้องยอมรับในความอ่อนแอของตนเอง การสารภาพผิด มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา มีการสรุปบทเรียนที่ได้จากปัญหาที่เกิดขึ้น และสุดท้ายต้องมีความมุ่งมั่นในการเลิกสุราต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างทักษะ เป็นกิจกรรมการฝึกการประเมินระดับแรงจูงใจของตนเอง โดยให้ผู้ดูแลประเมินระดับแรงจูงใจของตนเองต่อการดูแลผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้ประเมินระดับแรงจูงใจของตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อ
2. คู่มือการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว บทที่ 2 เรื่อง ทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว และการประเมินระดับแรงจูงใจ
3. ใบงาน ที่ 2/1 ฝึกทักษะการประเมินแรงจูงใจของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วย และการตอบสนองต่อแรงจูงใจในแต่ละระดับ (ผู้ดูแล)
4. ใบงานที่ 2/2 ฝึกทักษะการประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น และการตอบสนองต่อแรงจูงใจในแต่ละระดับ (ผู้ป่วย)
5. กระดาษ
6. ปากกา
7. ตารางนัดหมายทำกิจกรรม

การประเมินผล

ในกิจกรรมครั้งที่ 2 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการสื่อสาร ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการฝึกทักษะของผู้ดูแลและผู้ดูแลในการประเมินระดับแรงจูงใจของตนเอง มีการดำเนินกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เมื่อดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา และผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยมากกว่าการดำเนินกิจกรรมครั้งแรก โดยประเมินจากบรรยากาศในการดำเนินกิจกรรมมีความผ่อนคลาย การมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันภายในกลุ่ม การพูดทบทวนชื่อของสมาชิกภายในกลุ่ม และการทักทายกันระหว่างผู้ดูแลที่มาเข้าร่วมกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการสื่อสาร ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี โดยประเมินจากการที่ผู้ดูแลให้ความสนใจอ่านคู่มือการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวที่ผู้วิจัยให้กลับบ้านไปหลังการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 และภายหลังจากได้ฟังเนื้อหาที่ผู้วิจัยสอน ดังต่อไปนี้

“ตอนที่อ่านคู่มือเข้าใจว่าการฟังคือฟังอย่างเดียว แต่พอฟังพยาบาลอธิบาย ก็เข้าใจว่าเราต้องรู้จักใช้คำถาม”

“บางทีแม่ก็ไม่ได้บอกเขาตรงๆว่าไม่อยากให้กินเหล้า แต่ใช้วิธีไม่พูดกับเขาแทน”

“ผมก็อยากให้คนในบ้าน ฟังผมบ้าง ที่ผ่านมาพอเดินออกจากบ้านน่องก็จะคิดว่าผมไปหาเพื่อกินเหล้าตลอดเลย”

“เพิ่งรู้ว่าการเปลี่ยนนิสัยมันเป็นขั้นเป็นตอน”

“การที่ผมเต็มใจมาเลิกครั้งนี้แสดงว่าผมอยู่ในขั้นตัดสินใจเลิกใช้มัยครับ”

“รอบที่แล้วผลตรวจเลือดดับผมยังดี ผมยังไม่ค่อยกลัวเท่าไร รอบนี้แม่เล่าให้ฟังว่าหมอบอกผลเลือดไม่ค่อยดี ดับจะแข็งแล้ว คงถึงเวลาที่ผมต้องเปลี่ยนแปลงตัวเองแล้ว”

“นับๆดูแล้วฉันดูแลเค้ามา 3 ปีแล้ว ก็มีเหนื่อยบ้าง ท้อบ้าง แต่ก็หวังว่าสักวันเค้าจะเลิกได้”
หลังจากการดำเนินกิจกรรมพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถกล่าวคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีของตนเอง (Self-Motivation Statement) ออกมาได้ ดังตัวอย่างคำพูด

“ขนาดแม้อยังตั้งใจดูแลผม ตัวผมเองก็จะต้องเลิกแล้วละครับ”

“ตอนผมเมาลูกไม่ค่อยกับผมเลย ผมอยากเป็นตัวอย่งที่ดีให้ลูกเห็น”

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะของผู้ป่วย และผู้ดูแลในการประเมินระดับแรงจูงใจของตนเอง
ผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถประเมินระดับแรงจูงใจของตนเองได้ โดยประเมินจากตัวอย่างคำพูดดังต่อไปนี้

“ไม่อยากเป็นภาระให้แม่อีก นี่ผมอยู่ในขั้นตัดสินใจใช้มัยครับ”

“ผมเริ่มนับหนึ่งตั้งแต่วันที่มานอนโรงพยาบาล แสดงว่าผมอยู่ในขั้นตัดสินใจ”

“ผมดูแลให้เค้ากินยามาสามสปีแล้ว แล้วก็ทำต่อ อย่างนี้ก็แสดงว่าผมอยู่ในขั้นลงมือทำ”

“แมก็อยู่ชั้นลงมือทำเหมือนกัน เพราะความเป็นแม่ลูกมันตัดกันไม่ได้ เวลาเค้าไม่เมาก็ดูแลครอบครัวดี แมไม่ทิ้งเค้าหรอก”

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 พบว่าผู้ป่วย และผู้ดูแลสามารถบอกถึงเทคนิคเรื่องการสื่อสารภายในครอบครัว และการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจรวมถึงการประเมินระดับ และการตอบสนองต่อแรงจูงใจในแต่ละระดับได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ และการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องของแนวทางการให้คำปรึกษา และทักษะต่าง ๆ ของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

2. เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับการพัฒนาทักษะของการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ดูแลร่วมกันอธิบายหลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจได้
2. ผู้ดูแลสามารถประเมินคำพูดที่ผู้ป่วยที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงตนเอง และคำพูดที่แสดงถึงการต่อต้านได้

3. ผู้ดูแลสามารถใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการเสริมสร้างแรงจูงใจได้อย่างเหมาะสม

การดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ มีการดำเนินกิจกรรมโดยการแนะนำตนเองของพยาบาล และผู้เข้าร่วมกิจกรรม มีการชี้แจงวัตถุประสงค์

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ ในกิจกรรมนี้มีจุดประสงค์ของการสนทนาระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดคำพูดจูงใจตนเอง (Change talk) เพื่อวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Change Plan) ในเนื้อหากล่าวถึง 1.จิตวิญญาณของการเสริมสร้างแรงจูงใจ (spirit of MI) ได้แก่ การกระตุ้นเร้าให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ มีการคิดพิจารณา และลงมือกระทำในที่สุด (Evocation) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วย ได้เลือก ตัดสินใจ และกระทำด้วยตนเอง (Autonomy) มีการร่วมมือกัน มากกว่าการสั่งการ (Collaboration) 2. เทคนิคของการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ MI ได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิด การชื่นชมยืนยันรับรอง การฟังอย่างตั้งใจ และการสรุปความ (OARS) ความแตกต่างระหว่างเป้าหมายกับปัจจุบัน อย่าโต้แย้งผู้ป่วย แรงดันเป็นเรื่องปกติ มีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และสนับสนุนว่าผู้ป่วยสามารถทำได้ (DARES) มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบตนเอง แนะนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เสนอทางเลือก แสดงความเห็นใจว่าการเลิกไม่ใช่เรื่องง่าย และสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยเห็นถึงศักยภาพในตนเอง (FRAMES)

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างทักษะ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัย จัดกิจกรรมเพื่อฝึกทักษะการสนทนา เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยใช้สถานการณ์สมมติ

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. คู่มือการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว บทที่ 3 เรื่อง การเสริมสร้างแรงจูงใจ: เรื่องง่ายๆ เราทำได้
2. ใบงานที่ 3/1 การใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (ครอบครัว)
3. ใบงานที่ 3/2 การใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (ผู้ป่วย)
4. กระดาษ
5. ปากกา
7. ตารางนัดหมายทำกิจกรรม

การประเมินผล

ในกิจกรรมครั้งที่ 3 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ ขั้นตอนการให้ความรู้แก่ครอบครัวในส่วนของรายละเอียดของการเสริมสร้างแรงจูงใจ และการฝึกทักษะของผู้ดูแลในเรื่องของการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีการดำเนินกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ เมื่อดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนพบว่าผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่างกันเพิ่มมากขึ้น โดยประเมินจากบรรยากาศในการร่วมกิจกรรมมีผ่อนคลายและมีความเป็นกันเอง ผู้ดูแลส่วนใหญ่จำชื่อสมาชิกท่านอื่นได้

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการให้ความรู้แก่ครอบครัวในส่วนของรายละเอียดของการเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้วิจัยพบว่าผู้ดูแลให้ความสนใจเกี่ยวกับเนื้อหาที่ผู้วิจัยสอน มีการถามคำถามเกี่ยวกับเนื้อหาที่เป็นภาษาอังกฤษ และตัวอย่างของบทสนทนาที่จะใช้ แต่มีบางส่วนที่ยังไม่ค่อยมั่นใจว่าถ้าหากกลับไปอยู่ที่บ้านจริงอาจจะนึกไม่ออกว่าควรใช้การสนทนาอย่างไร โดยประเมินจากตัวอย่างคำพูดดังต่อไปนี้

“พี่ต้องถามว่าตอนนี้เขารู้สึกอย่างไรที่ต้องเลิกเหล้า เพื่อที่จะได้ให้เขาอธิบายความรู้สึกออกมาใช้ไหมคะ”

“เราต้องตั้งใจฟังเขาพูด แล้วจับใจให้ได้ว่าควรชมตรงไหน”

“พวกเราต้องเข้าใจว่าการเลิกเหล้าไม่ใช่เรื่องง่ายนะ เพราะลูกเป็นทั้งโรคจิตเภท และโรคสมองตื้อ”

“กลับไปผมคิดว่าจะให้เขามาช่วยงานที่ร้านบ้าง จะได้ไม่เครียด”

“เมื่อปีก่อนลูกเคยหยุดเหล้าได้สามเดือนช่วงเข้าพรรษา ฉันจะเอาตรงนี้มาชมเชย และให้กำลังใจว่าลูกเคยทำได้ จะเป็นกำลังใจให้ลูกทำให้ได้”

“ที่ผ่านมามีฉันไม่ยากพูดกับเขาเลย รอบนี้ถ้ากลับไปจะชมก่อนเลยว่า ที่นอนโรงพยาบาลรอบนี้ก็เลิกกินเหล้าได้เกือบเดือนแล้วนะ”

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะของผู้ดูแลในเรื่องของการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลฝึกการประเมินระดับแรงจูงใจโดยใช้สถานการณ์สมมติซึ่งภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถใช้หลักการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนำไปประเมินระดับของแรงจูงใจจากสถานการณ์ตัวอย่าง รวมถึงมีการประเมินย้อนหลังเกี่ยวกับบทสนทนาที่มีการนำเอาหลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ได้ และภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ดูแลได้มีการฝึกทักษะการประเมินระดับแรงจูงใจ และการตอบสนองต่อระดับของแรงจูงใจกับผู้ป่วยจริง พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการเสริมสร้างแรงจูงใจ และสามารถตอบสนองต่อแรงจูงใจในแต่ละระดับได้อย่างเหมาะสม โดยประเมินจากตัวอย่างคำพูดดังต่อไปนี้

“คุณ.....พูดว่า จะเลิกเพื่อแม่สักครั้ง ฉันเลยประเมินว่าเขามีระดับของแรงจูงใจอยู่ในขั้นตัดสินใจ หรือไม่ก็ลงมือทำนี้แหละ ถูกไหมคุณพยาบาล”

“ตอนคุยกันฉันเล่นเป็นแม่ ก็เลยชมเขาว่าตอนที่ไม่ว่าเป็นคนขยัน เขาเลยบอกว่า ต่อไปนี้จะไม่ว่าอีก เขาจะกลับไปเป็นคนเดิม แสดงว่าเขาอยู่ในขั้นตัดสินใจ”

“เมื่อตะกั้ตอนพ่อเข้าไปเยี่ยมเขา เขาบอกว่ารอบนี้จะต้องเลิกให้ได้ เพราะเห็นเพื่อนที่เพิ่งมาวันนี้มีอาการถอน เขาไม่อยากทรมานแบบนั้น พ่อคิดว่าเขาน่าจะอยู่ในขั้นตัดสินใจนะ”

“แม้อยังไม่ค่อยแน่ใจว่าจะประเมินได้หรือเปล่าว่าเขาจะอยู่ขั้นไหน แต่แม่ว่าที่เข้ามาร่วมกิจกรรมนี้แม่ก็ได้ความรู้กลับไปบ้าง”

กิจกรรมที่ 4 เทคนิคที่ใช้ เราไม่ควรลืม

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ในเรื่องของการประยุกต์ใช้รูปแบบของการเสริมสร้างแรงจูงใจเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้าน

2. เพื่อให้ผู้ดูแลฝึกทักษะการสนทนาที่ควรใช้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ดูแลสามารถบอกลักษณะของการสนทนาต่าง ๆ ที่ควรใช้ได้

2. ผู้ดูแลสามารถใช้ทักษะของการสนทนาที่เหมาะสมได้

การดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การสร้างสัมพันธภาพ มีการดำเนินกิจกรรมโดยการแนะนำตนเองของพยาบาล และผู้เข้าร่วมกิจกรรม มีการชี้แจงวัตถุประสงค์

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้แก่ครอบครัวในการประยุกต์ใช้ที่บ้านโดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้ซึ่งเป็นลักษณะของการสนทนาที่ควรใช้ (MI Adherence and Competence) ได้แก่ การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation), การเปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริง (Exploring feeling), การแสดงออก (expressing optimism), การกระตุ้นเร้าให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ มีการคิดพิจารณา และลงมือกระทำ (Evocation), การฟังอย่างเข้าใจและสะท้อนความ (Reflective listening), มีการร่วมมือกัน มากกว่าการสั่งการ มีความสอดคล้องกัน (Collaboration), ทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างสถานการณ์ปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากจะเป็น (Develop Discrepancy) , การหมุนไปกับแรงต้าน (Rolling with resistance), มีความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ (Global Empathy)

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างทักษะ เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ดูแลฝึกการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยแบ่งเป็นการประเมินกับผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมด้วยกัน และประเมินกับผู้ป่วยที่ตนเองดูแล

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. คู่มือการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว บทที่ 4 เทคนิคที่ใช้เราไม่ควรลืม

2. สถานการณ์ 4/1

3. ใบงานที่ 4/1

4. ใบงานที่ 4/2
5. กระดาษ
6. ปากกา
7. ตารางนัดหมายการทำกิจกรรม

การประเมินผล

กิจกรรมที่ 4 มี 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ ขั้นตอนการให้ความรู้ และขั้นตอนการฝึกทักษะการประยุกต์ใช้หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ เมื่อดำเนินกิจกรรมพบว่าผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่างกันเพิ่มมากขึ้น โดยประเมินจากบรรยากาศในการร่วมกิจกรรมมีผ่อนคลายและมีความเป็นกันเอง ผู้ดูแลจำชื่อสมาชิกท่านอื่นได้

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการให้ความรู้ และฝึกทักษะเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว โดยเน้นในส่วนของคุณลักษณะของการสนทนาที่ควรใช้เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำเอาหลักการของการเสริมสร้างจูงใจนำไปใช้ได้จริงได้ง่ายขึ้น พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถนำเอาหลักการของการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจากกิจกรรมที่ 3 มาผนวกกับหลักการของกิจกรรมที่ 4 ได้อย่างเหมาะสม โดยประเมินจากตัวอย่างคำพูดดังต่อไปนี้

“วันนี้ผมเล่นเป็นคนไข้ พอผมบอกว่าจะเลิกเพื่อลูก คนที่เล่นเป็นภรรยาเค้าก็ชมเชย และให้กำลังใจ ผมเข้าใจเลยว่า เวลามีคนชมมันรู้สึกดีแบบนี้เอง”

“ฉันสังเกตเห็นว่าทั้งคู่เล่นสมบทบาทมาก โดนเฉพาะตอนที่ คนเล่นเป็นคนไข้ เวลาที่ภรรยาเขาบอกว่าเป็นห่วง อยากอยู่ด้วยกันไปนานๆ เขายิ้ม น้ำตาคลอเลย”

“แม่คิดว่าเขาอยู่ในชั้นลงมือกระทำได้ไหม เพราะเขาบอกว่าเขาร่วมมือมาอนโรงพยาบาล เพราะอยากเลิก และเขาก็ไม่ได้กินมาตั้งแต่วันแรกที่มานอนโรงพยาบาลจนถึงตอนนี้มันก็เดือนกว่าแล้ว”

“ผมใช้คำพูดไม่ค่อยถูก แต่ก็รู้ว่าคนที่อยู่กับคนไข้ต้องใจเย็นๆ ไม่ไปดุค่าเขา”

กิจกรรมที่ 5 ไม่สร้างสรรค์ ฉันไม่เอามาใช้

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องทักษะที่ไม่ควรใช้ในเรื่องของการเสริมสร้างแรงจูงใจ
2. เพื่อให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ดูแลสามารถบอกทักษะที่ไม่ควรใช้ในเรื่องของการเสริมสร้างแรงจูงใจได้
2. ผู้ดูแลสามารถหลีกเลี่ยงการสนทนาที่ไม่ควรใช้ได้

การดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การสร้างสัมพันธภาพ มีการดำเนินกิจกรรมโดยการแนะนำตนเองของพยาบาล และผู้เข้าร่วมกิจกรรม มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ และทบทวนความรู้ในกิจกรรมที่ 4

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ครอบครัวในเรื่องของลักษณะของการสนทนาที่ไม่ควรใช้ (MI Non-adherence) ได้แก่ การโต้เถียง (Arguing), การกล่าวโทษ (Blaming), การตีตรา (Labeling), การถามซ้ำ (Information gathering), การกำหนดระเบียบต่าง ๆ (Following own agenda), การทำตัวเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Expert)

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างทักษะ ผู้วิจัยจัดให้ครอบครัวฝึกการแก้ปัญหาเมื่อเจอสถานการณ์ในรูปแบบต่าง ๆ ของการสนทนา โดยใช้สถานการณ์สมมติ

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. คู่มือการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว บทที่ 5 ไม่สร้างสรรค์ ฉันทไม่เอามาใช้
2. ใบงานที่ 5/1
3. ใบงานที่ 5/2
4. กระดาษ
5. ปากกา
6. ตารางนัดหมายทำกิจกรรม

การประเมินผล

ในกิจกรรมนี้มี 2 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้และฝึกทักษะในเรื่องของลักษณะของการสนทนาที่ไม่ควรใช้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เมื่อดำเนินกิจกรรมพบว่าผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่างกันเพิ่มมากขึ้น โดยประเมินจากบรรยากาศในการร่วมกิจกรรมมีผ่อนคลายและมีความเป็นกันเอง ผู้ดูแลจำชื่อสมาชิกท่านอื่นได้

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้และฝึกทักษะในเรื่องของลักษณะของการสนทนาที่ไม่ควรใช้
หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมผู้ดูแลสามารถนำเอาความรู้และทักษะของการเสริมสร้างแรงจูงใจจากกิจกรรมที่ 3-4 มาผนวกใช้กับกิจกรรมที่ 5 ได้อย่างเหมาะสม โดยประเมินจากการฝึกทักษะผู้ดูแลโดยสามารถประเมินระดับแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยของตนเองได้อย่างเหมาะสม พบว่าผู้ดูแลทั้งหมดมีระดับแรงจูงใจของตนเองต่อการดูแลผู้ป่วยอยู่ในขั้นลงมือกระทำ และหลังจากการดำเนินกิจกรรมผู้ดูแลได้ฝึกการใช้หลักการการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวกับผู้ป่วยจริง โดยได้ประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมที่ดีขึ้น ซึ่งพบว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นตัดสินใจ และลงมือกระทำ โดยประเมินจากตัวอย่างคำพูดดังต่อไปนี้

“มาถึงวันนี้แล้ว ก็เครียดเหมือนกันนะว่าเขากลับไปนี้จะก้าวร้าวเหมือนวันที่มาหรือเปล่า แต่ฉันก็จะลองคุยกับเขาแบบที่พยาบาลสอน ดึกว่าไม่ทำอะไรเลย ลองดู”

“แมื่อยังยืนยันว่าจะดูแลเขาต่อไป เวลาเห็นเขาเริ่มๆจะแยกตัวก็จะไม่ปล่อยไว้เหมือนเดิมแล้ว จะหาเวลาคุยกับเขาอย่างที่พยาบาลสอน”

“ผมผ่านช่วงสามสี่วันแรกมาได้ มันทำให้เซ็ดเลยครับ เพื่อนเล่าให้ฟังว่าผมถูกเจ้าหน้าที่มัด เพราะไม่นอน และวุ่นวายมาก มันหลอนไปหมด ผมคิดว่าอายุขนาดผมแล้ว มันถึงเวลาแล้วครับที่จะต้องเลิกให้สำเร็จ”

“ผมจะทำเพื่อครอบครัว ตอนนี้ผมรู้แล้วว่าทุกคนรักผมแค่ไหน”

หลังจากกิจกรรมที่ 5 สิ้นสุดลง ผู้ดูแลได้นัดหมายกับครอบครัวว่าจะติดตามการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวในสัปดาห์ต่อไป

ระยะที่ 2 ดำเนินกิจกรรมหลังจากผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน 1 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 6 จูงใจที่บ้าน ปัญหาเบาละ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อติดตามการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว
2. เพื่อค้นหา และร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ

โดยครอบครัว

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว
2. เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

การดำเนินกิจกรรม

ผู้วิจัยใช้วิธีการโทรศัพท์สอบถามครอบครัวว่ามีการนำความรู้ที่ได้ไปใช้จริงหรือไม่ รวมถึงสอบถามถึงประเด็นปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เพื่อที่จะได้ร่วมกับครอบครัวหาแนวทางแก้ไขโดยเฉพาะในเรื่องของการใช้หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. โทรศัพท์
2. กระดาษ
3. ปากกา

การประเมินผล กิจกรรมนี้มีการดำเนินกิจกรรมทางโทรศัพท์ เพื่อเป็นการสนับสนุนให้ครอบครัวได้มีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวอย่างต่อเนื่อง และมีการถามถึงประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นหรือไม่เข้าใจในเนื้อหาของกิจกรรมต่างๆ พบว่าผู้ดูแลมีการใช้โปรแกรมอย่างต่อเนื่อง โดยประเมินจากคำพูดดังต่อไปนี้

“ลูกมาอ่านหนังสือที่พยาบาลให้มา ตอนนั้นก็พูดคุยกันดีซึ้นกว่าที่ผ่านมานะ แม่เอามาเล่าให้คนที่บ้านฟังว่าต้องคุยกับเขาอย่างไร ก็ชมมันเยอะๆ ตอนนี่เขายังไม่ไปกินเหล้านะ”

“ผม.....เองครับ พ่อคุยกับผมดีซึ้น ผมก็มีออกจากบ้านไปหาเพื่อนบ้างนะ แต่ตอนกลางวันก็อยู่ช่วยงานพ่อที่ร้าน”

“กำลังอยากโทรหาพยาบาลพอดีเลย ตอนนี่เค้าบอกเริ่มมีหูแว่ว เมื่อก่อนมีอะไรไม่ค่อยยอมบอก แม่ว่าจะพาเขาไปโรงพยาบาลอยู่ห้องก่อน แต่เหล้าเขายังไม่ได้กลับไปกินนะ”

2.3 การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยกำกับการทดลองด้วยแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา (SOCRATES-8A) ก่อนการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 และหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 ก่อนผู้วิจัยจำหน่ายออกจากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนต้องมีระดับคะแนนที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีช่วงคะแนนอยู่ในระดับสูง คือ ระดับคะแนน ≥ 36 คะแนน ซึ่งผลการกำกับการทดลองพบว่าภายหลังได้รับกิจกรรมที่ 5 ของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวนั้นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว และมีระดับคะแนน ≥ 36 คะแนนทุกคน ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

ตารางที่ 5 ระดับคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (n=20)

คนที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ผลต่างของคะแนน
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	
1	30	ต่ำ	37	สูง	+7
2	33	ต่ำ	38	สูง	+5
3	19	ต่ำมาก	38	สูง	+19
4	20	ต่ำมาก	39	สูงมาก	+19
5	32	ต่ำ	36	สูง	+4
6	32	ต่ำ	38	สูง	+6
7	22	ต่ำมาก	37	สูง	+15
8	27	ต่ำมาก	40	สูงมาก	+13
9	26	ต่ำมาก	38	สูง	+12
10	31	ต่ำ	38	สูง	+7
11	20	ต่ำมาก	37	สูง	+17
12	31	ต่ำ	37	สูง	+6
13	22	ต่ำมาก	36	สูง	+14
14	26	ต่ำมาก	37	สูง	+11
15	23	ต่ำมาก	37	สูง	+14
16	24	ต่ำมาก	37	สูง	+13
17	23	ต่ำมาก	36	สูง	+13
18	24	ต่ำมาก	36	สูง	+12
19	22	ต่ำมาก	37	สูง	+15
20	23	ต่ำมาก	38	สูง	+15
M	25.5		37.35		+11.85
SD	7.13		9.66		

จากตารางที่ 5 แสดงระดับคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำมาก (ช่วงคะแนน 8-29 คะแนน) จำนวน 14 คน และระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 30-32 คะแนน) จำนวน 6 คน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.5 คะแนน และพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีคะแนนอยู่ในระดับสูง (ช่วงคะแนน 36-38 คะแนน) จำนวน 18 คน และระดับสูงมาก (ช่วงคะแนน 39-40 คะแนน) จำนวน 2 คน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.35 คะแนน สรุปคือผู้ป่วยจิตเภททุกคนในกลุ่มทดลองมีระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวและมีระดับคะแนนที่ ≥ 36 คะแนนทุกคน ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

3. ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

ในขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมกรรมการตีสุรา โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการตีสุรา (ACA) ก่อนการทดลอง (Pre-Test)

3.2 ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมกรรมการตีสุราของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการตีสุรา (ACA) หลังการทดลอง (Post-Test) ในสัปดาห์ที่ 6 นับจากวันที่ประเมินพฤติกรรมกรรมการตีสุรา (ACA) ก่อนการทดลอง (Pre-Test)

3.3 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

ในการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย (ดังแสดงในภาพที่ 3) โดยขั้นตอนดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังนี้

(1) ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ได้แก่ การเตรียมเครื่องมือ การเตรียมสถานที่ การเตรียมกลุ่มตัวอย่าง การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched-Pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน และสุ่มอย่างง่าย เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

(2) ขั้นตอนดำเนินการทดลอง ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และให้การพยาบาลตามปกติแก่กลุ่มควบคุม จากนั้นกำกับการทดลองหลังกิจกรรมที่ 5 (ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์) และการรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post test) ในสัปดาห์ที่ 6



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนวิเคราะห์ข้อมูลทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราในแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติ Pair t-test
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independence t-test
4. มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest design with a comparison group) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) แต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา 1 คน และผู้ดูแล 1 คน ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 40 ครอบครัว มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่ (matched pair) ให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองในเรื่องอายุ และระดับคะแนนปัญหาการดื่มสุรา และทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว การวิจัยนี้วัดผลจากการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	20	100.00	20	100.00	40	100.00
อายุ (ปี)						
น้อยกว่า 30	1	5.00	1	5.00	2	5.00
31-40	8	40.00	9	45.00	15	37.50
41-50	8	40.00	8	40.00	16	40.00
51-60	3	15.00	2	10.00	5	12.50
อายุเฉลี่ย (ปี)	Mean = 40.65 SD = 8.06		Mean = 40.00 SD = 7.37		Mean = 40.33 SD = 7.63	
สถานภาพสมรส						
โสด	18	90.00	12	60.00	30	75.00
คู่	1	5.00	4	20.00	5	12.50
หม้าย/หย่า/ร้าง	1	5.00	4	20.00	5	12.50
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	11	55.00	9	45.00	20	50.00
มัธยมศึกษา	6	30.00	9	45.00	15	37.50
ตอนต้น						
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	10.00	2	10.00	4	10.00
ปลาย						
อนุปริญญา/ปวส.	1	5.00	0	0.00	1	2.50

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	0	0.00	1	5.00	1	2.50
ค้าขาย	1	5.00	0	0.00	1	2.50
รับจ้าง	8	40.00	7	35.00	15	37.50
เกษตรกร	9	45.00	10	50.00	19	47.50
ไม่ได้ประกอบ อาชีพ	2	10.00	2	10.00	4	10.00
รายได้						
<5,000	6	30.00	3	15.00	9	22.50
5,001-10,000	10	50.00	16	80.00	26	65.00
>10,001	4	20.00	1	5.00	5	12.50
ระยะเวลาการ เจ็บป่วย (ปี)	Mean = 4.35 SD = 2.00		Mean = 4.60 SD = 2.21		Mean = 4.48 SD = 2.09	
ระยะเวลาการดื่มสุรา (ปี)	Mean = 7.70 SD = 5.40		Mean = 7.35 SD = 4.80		Mean = 7.53 SD = 5.05	

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายทั้งหมดเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 100.00 อายุค่าเฉลี่ยรวม 40.33 ปี โดยกลุ่มทดลองมีช่วงอายุ 31-40 ปี และ 41-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.00 ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีอายุช่วง 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.00 สถานภาพสมรสโสดมากที่สุดในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 90.00 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 60.00 ระดับการศึกษาในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.00 ส่วนในกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.00 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.00 และ 50.00 ตามลำดับ และมีรายได้ในช่วง 5,001-10,000 บาทมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50.00 และ 80.00 ตามลำดับ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยรวม 4.48 ปี และระยะเวลาการดื่มสุราเฉลี่ย 7.53 ปี

ตอนที่ 2 ข้อมูลของผู้ดูแล

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	2	10.00	4	20.00	6	30.00
หญิง	18	90.00	16	80.00	34	70.00
อายุ (ปี)						
น้อยกว่า 30	4	20.00	3	15.00	7	17.50
31-40	8	40.00	5	25.00	13	32.50
41-50	3	15.00	3	15.00	6	15.00
51-60	5	25.00	9	25.00	14	35.00
สถานภาพสมรส						
โสด	5	25.00	7	35.00	12	30.00
คู่	13	65.00	10	50.00	23	57.50
หม้าย/หย่า/ร้าง	2	10.00	3	15.00	5	12.50
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	0	0	1	5.00	1	2.50
ประถมศึกษา	5	25.00	4	20.00	9	22.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	40.00	7	35.00	15	37.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	30.00	7	35.00	13	32.50
อนุปริญญา/ปวส.	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ปริญญาตรี	1	5.00	1	5.00	2	5.00

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n=20)		(n=20)		(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
สามี-ภรรยา	3	15.00	2	10.00	5	12.50
บุตร-ธิดา	3	15.00	4	20.00	7	17.50
บิดา-มารดา	6	30.00	5	25.00	11	27.50
พี่น้อง	8	40.00	9	45.00	17	42.50

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.00 อายุค่าเฉลี่ยรวม 40.33 ปี โดยกลุ่มทดลองมีช่วงอายุ 31-40 ปี และ 41-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.00 ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีอายุช่วง 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.00 สถานภาพสมรสโสดมากที่สุดในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 90.00 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 60.00 ระดับการศึกษาในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.00 ส่วนในกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.00 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.00 และ 50.00 ตามลำดับ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นพี่หรือน้องกันมากที่สุดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 40.00 และ 45.00 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 8 พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	การทดลอง	การทดลอง	การทดลอง	การทดลอง
	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน
กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง				
1	18.00	.00	17.00	18.00
2	23.00	.00	16.50	16.50
3	19.50	21.00	16.50	36.00
4	16.50	.00	36.00	42.50
กลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหา				
5	27.00	1.00	39.00	27.00
6	26.00	.00	22.50	20.50
7	28.00	10.50	20.00	30.00
8	39.00	7.50	30.00	31.00
9	33.00	0.00	31.00	32.50
10	30.00	3.00	39.00	20.00
11	36.00	28.00	21.50	27.00
12	34.00	35.00	27.00	26.00
13	37.50	.00	29.00	27.50
14	32.00	.00	31.00	32.00
15	33.00	.00	33.50	30.00
16	30.00	40.00	31.50	40.75

ตารางที่ 8 (ต่อ)

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	การทดลอง	การทดลอง	การทดลอง	การทดลอง
	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน
กลุ่มที่ตีพิมพ์ติด				
17	40.00	28.00	45.00	33.00
18	40.00	14.00	35.00	36.00
19	38.00	.00	44.50	39.50
20	42.00	10.00	44.00	39.50
Mean	31.12	9.90	30.47	29.13
SD	7.63	13.27	9.28	7.83

จากตารางที่ 8 พบว่าค่าคะแนนคะแนนพฤติกรรมการตีพิมพ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีพิมพ์ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวโดยส่วนใหญ่มีค่าคะแนนน้อยลง ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ค่าคะแนนไม่แตกต่างเมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนก่อนการทดลอง

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (Dependence t-test)

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=20)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
พฤติกรรมการดื่มสุรา							
กลุ่มทดลอง	31.12	7.63	9.90	13.27	19	6.936	.000
กลุ่มควบคุม	30.47	9.28	29.13	7.83	19	-1.922	.070

จากตารางที่ 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independence t-test) ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว และการพยาบาลตามปกติ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
พฤติกรรมการดื่มสุรา							
ก่อนการทดลอง	31.12	7.63	30.47	9.28	38	-.242	.810
หลังการทดลอง	9.90	13.27	29.13	7.83	37	5.58	.000

จากตารางที่ 10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม โดยวัดผลสองครั้ง ได้แก่ ก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest with a comparison group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามีระดับคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มสุราหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มสุราน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวมทั้งหมดครอบครัวละ 2 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD -10)

แต่ละครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวมทั้งหมดครอบครัวละ 2 คน จำนวน 40 ครอบครัว

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด (Matched Paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ระดับปัญหาการดื่มสุรา จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวขึ้นโดยพัฒนาจากการศึกษาของ Smeerdijk et al. (2009) ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 3-5 ครอบครัว แต่ละครอบครัวประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท 1 คน และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน ประกอบด้วยกิจกรรม 2 ระยะ รวม 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกันเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมขณะที่ผู้ป่วยยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 1 ความสัมพันธ์และศักยภาพของครอบครัว หมายถึง กิจกรรมที่มีผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในเรื่องของโรคจิตเภท โรคสมองตติยา ปัญหาการดื่มสุรา รูปแบบของการบำบัดรักษา และบทบาทหน้าที่ของครอบครัว

กิจกรรมที่ 2 ทักษะการสื่อสาร และการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ หมายถึง กิจกรรมที่มีผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะในเรื่องของการสื่อสารภายในครอบครัว ทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีการประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา และประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างแรงจูงใจ : เรื่องง่ายๆที่เราทำได้ หมายถึง กิจกรรมที่มีผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรม มีการให้ความรู้ และทักษะในเรื่องของจิตวิทยาของการเสริมสร้างแรงจูงใจ และเทคนิคที่ใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ OARS, DARES, FRAMES

กิจกรรมที่ 4 เทคนิคที่ใช้เราไม่ลืม หมายถึง กิจกรรมที่มีผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรม มีการให้ความรู้ และทักษะในเรื่องของเทคนิคการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่ควรนำไปใช้

กิจกรรมที่ 5 ไม่สร้างสรรค์ ฉันทไมใช้ หมายถึง กิจกรรมที่มีผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรม มีการให้ความรู้ในเรื่องของลักษณะของการสนทนาที่ไม่ควรใช้

ระยะที่ 2 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลกลับไปใช้หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจที่ได้เรียนรู้ และฝึกหัดกลับไปให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

กิจกรรมที่ 6 จูงใจที่บ้าน ปัญหาเบาสมอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ดูแลนำเอาเทคนิคของการมีปฏิสัมพันธ์ และการเสริมสร้างแรงจูงใจนำกลับไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยพบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .86 และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ครอบครัว แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลในส่วนของผู้ป่วย และผู้ดูแล

2.2. แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (ACA) ข้อคำถามประกอบด้วย ชนิดของสุราที่ดื่ม ปริมาณการดื่มสุราโดยเฉลี่ยต่อวัน และจำนวนวันที่ดื่มสุราใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยพบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 1.0

3.เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงความต้องการในการรักษา (SOCRATES-8A) แบบวัดนี้มีทั้งหมด 3 รายการ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามเฉพาะรายด้านลงมือกระทำ เนื่องจากเป็นรายด้านที่บ่งบอกถึงการที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราจะมีความพร้อมในการกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองอย่างต่อเนื่อง ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยพบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .86 และมีการตรวจสอบความเที่ยง โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

ขั้นตอนในการทดลอง

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

1.2 ประสานงานกับผู้อำนวยการ และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมทั้งดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง มีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pair) ให้มีคุณลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่องของระดับปัญหาการดื่มสุรา และทำการสุ่มอย่างง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จะให้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินระดับปัญหาการดื่มสุรา และประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนการทดลอง

2.2 ในการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว โดย

กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับจากทีมสหวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยใน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกันทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

3. ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา และประเมินคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มก่อนการทดลอง (Pre-test)

3.2 ผู้ช่วยวิจัยประเมินคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการดื่มสุราหลังการทดลอง (Post-test) หลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์

3.3 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยสถิติที่ใช้มีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราในแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติ Pair t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independence t-test

4. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราในระยะหลังการทดลอง น้อยลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราในระยะหลังการทดลอง น้อยลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราในระยะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราไม่ต่างกัน แต่ภายหลังจากการทดลองพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราน้อยลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราในระยะหลังการทดลอง น้อยลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราพบว่า ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้ง 2 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการวิจัยโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ การอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ และการอภิปรายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามระดับปัญหาการติ่มสุราที่มีโดยรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราในระยะหลังการทดลอง น้อยลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ดังนี้

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวนี้เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ดำเนินการกับครอบครัวตามกระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวของ Smeerdijk et al. (2009) ภายใต้งานจัดกระทำกับการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในครอบครัว ร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลสามารถปรับความเข้าใจให้ตรงกันในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งในการพยาบาลนี้

กิจกรรมในการให้ความรู้ และการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในเรื่องของการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลสามารถนำเทคนิคในการเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การติ่มสุราได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Smeerdijk et al. (2014) ที่กล่าวว่า การที่ผู้ดูแลในครอบครัวนำเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจที่ดี และสามารถลดพฤติกรรม การติ่มสุราได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสนับสนุนได้ว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวสามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การติ่มสุราให้ลดลงได้ โดยสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การติ่มสุราในระยะหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลของการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ดังนี้

ผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัยครั้งนี้ คือ ระดับปัญหาการติ่มสุรา โดยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched Paired) แล้วสุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรม การติ่มสุราเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($\bar{x} = 31.12$ และ 30.47 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ) แต่ในระยะหลังการทดลองพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราสามารถลดพฤติกรรม การติ่มสุราลงได้ ซึ่งมีความแตกต่างกับการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับ กล่าวคือการพยาบาลตามปกติเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยใน ได้แก่ การประเมินสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่มเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช และสารเสพติด รวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ในการรักษาอาการทางจิต ซึ่งรูปแบบดังกล่าวเป็นเพียงการดูแลที่มีความเกี่ยวเนื่องกับปัญหาทางจิตที่เกิดขึ้นเท่านั้นยังไม่ครอบคลุมถึงระดับของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรายังคงมีพฤติกรรม การติ่มสุราอย่างต่อเนื่อง การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนผลักดันให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา มีระดับของแรงจูงใจที่เพิ่มขึ้น จนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การติ่มสุราลงได้ สามารถอภิปรายกระบวนการในแต่ละครั้งของการบำบัดกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การติ่มสุราได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ความสัมพันธ์และศักยภาพของครอบครัว

ในกิจกรรมครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. ขั้นตอนการสร้างสัมพันธ์ภาพ ระยะเวลา 10 นาที การสร้างสัมพันธ์ภาพ รวมถึงการแนะนำตนเอง การชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับเกี่ยวกับรูปแบบของการบำบัด
2. ขั้นตอนการให้ความรู้ ระยะเวลา 20 นาที โดยให้ความรู้ในเรื่องของโรคจิตเภท โรคสมองตติยา บทบาทหน้าที่ของครอบครัว และความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในครอบครัว โดยในขั้นตอนนี้จะใช้กิจกรรม “พรมแห่งความสัมพันธ์” เป็นเครื่องมือในการให้ความรู้แก่ครอบครัว โดยให้ครอบครัวได้มีการอภิปรายการแลกเปลี่ยนกันในเรื่องของปัญหาพฤติกรรมในครอบครัว แล้วทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยว่าเกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย
3. ขั้นตอนการฝึกการประเมินระดับแรงจูงใจ โดยผู้วิจัยจัดให้ครอบครัวได้มีการประเมินระดับแรงจูงใจของครอบครัวที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้ประเมินแรงจูงใจของตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา กิจกรรมนี้จะเป็นการประเมิน และเป็นการผลักดันระดับแรงจูงใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจากขั้นเมินเฉย (Pre-contemplation) หรือลังเลใจ (Contemplation) ให้ไปสู่ขั้นลงมือกระทำ (Determination) และผลักดันระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองจากขั้นเมินเฉย (Pre-contemplation) หรือลังเลใจ (Contemplation) ให้ไปสู่ขั้นลงมือกระทำ (Determination)

กิจกรรมที่ 2 ทักษะการสื่อสาร และการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ

ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยมีการให้ความรู้แก่ครอบครัวในเรื่องทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว ตามเทคนิค Interaction Skills Training : IST ของ Kuiper, 2003 ซึ่งประกอบด้วย หลักการ 3 ประการดังนี้

1. การฟังอย่างตั้งใจ (Active listening) แม้จะเป็นเรื่องที่ยากแต่ถ้าครอบครัวมีความตั้งใจจริงที่จะดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยก็จะสามารถนำมาใช้ได้ เทคนิคนี้เป็นสิ่งที่สำคัญมากในการที่จะให้ผู้ป่วยได้ระบาย บอกเล่าถึงปัญหา และหาข้อตกลงร่วมกันในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การฟังอย่างตั้งใจประกอบด้วยลักษณะของการฟังแล้วนำสิ่งที่ผู้ป่วยพูดมาสะท้อนอีกครั้ง หลักการพื้นฐานของการฟังอย่างตั้งใจ ได้แก่ การทวนความ การทวนวลี และการถ่ายทอดความ ครอบครัวต้องรับฟังผู้ป่วยอย่างเข้าใจ มีการสะท้อนกลับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจในตนเองมากขึ้น
2. การส่งสัญญาณที่ชัดเจน (sending clear signals) หมายถึง ในการสนทนากับผู้ป่วยควรใช้ถ้อยคำที่มีความหมายชัดเจน ไม่มีอะไรเคลือบแฝงให้ผู้ป่วยคิดแปลความหมายไปในทิศทางอื่น
3. การรักษาขอบเขต (maintaining boundaries) ครอบครัวต้องมีการส่งเสริมสิ่งที่ดีให้กับผู้ป่วยโดยคาดหวังว่าผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการให้คำปรึกษา ต้องหลีกเลี่ยงกิจกรรมหรือสถานการณ์ใด ๆ ซึ่งอาจทำให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ตลอดเวลา (โดยไม่ได้ตั้งใจ) มีความ

รับผิดชอบด้านจริยธรรม ในการสนับสนุนให้เกิดการคิดและการตัดสินใจของผู้ป่วยให้เป็นอิสระและเพื่อยับยั้งการพึ่งพาทุกรูปแบบ มีความยุติธรรม มีเท่าเทียมกันและเป็นธรรมต่อผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงอายุเพศเชื้อชาติชาติพันธุ์วัฒนธรรมความพิการและสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงมีความซื่อสัตย์และเคารพในความมุ่งมั่นของการสนทนา

ความรู้ และการฝึกทักษะที่ครอบครัวได้รับเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน สามารถเสริมสร้างแรงจูงใจ อันเป็นปัจจัยสำคัญที่จะผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยในช่วงท้ายของการดำเนินกิจกรรมจะมีการให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมด้วยเพื่อเป็นการฝึกทักษะของครอบครัวในการใช้เทคนิคการมีปฏิสัมพันธ์ ในกิจกรรมนี้จะมีการประเมินขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้ครอบครัวมีการตอบสนองที่เหมาะสมในแต่ละระดับขั้นได้อย่างเหมาะสม (ซึ่งผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมนี้ต้องมีคะแนนในแบบประเมินทางจิต (BPRS) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมไม่เกิน 36 คะแนน) จึงต้องมีการสอนครอบครัวให้สามารถประเมินระดับของแรงจูงใจได้

ทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือ Stage of Change เป็นทฤษฎีของ Prochaska & DiClemente ในช่วงแรกของการใช้ทฤษฎีนี้ ใช้ในการศึกษาผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ เพื่อการให้คำปรึกษาและแนะแนวเพื่อเลิกบุหรี่ ซึ่งได้ผลเป็นอย่างดี ต่อมานักวิจัยจึงมีการนำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมที่มีปัญหาอื่นๆ โดยขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่

1.ขั้นเฝ้าเฉย (Pre-contemplation) เป็นขั้นตอนก่อนการพิจารณาการเปลี่ยนแปลง ในขั้นนี้ผู้ป่วยจะยังไม่ตระหนักว่าตนเองมีปัญหาจากการดื่มสุรา ยังมองไม่เห็นผลเสียที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา ไม่คิดว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ

การตอบสนองที่เหมาะสม คือ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) และการให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (information) ให้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินอย่างตรงไปตรงมา เน้นเหตุผล มีความเป็นกลาง ไม่ชี้นำหรือครอบงำ ไม่ขู่ให้กลัว

2.ขั้นลังเลใจ (Contemplation) ในขั้นนี้ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับว่าการดื่มสุรามีผลเสีย ผู้ป่วยอาจประสบกับผลกระทบในทางลบจากการดื่มสุรา ผู้ป่วยมีการพิจารณาการเปลี่ยนแปลง แต่ยังคงลังเลใจ เนื่องจากผู้ป่วยยังเห็นว่าสุรามีคุณมากกว่าโทษ

การตอบสนองที่เหมาะสม คือ การพูดคุยถึงข้อดีข้อเสียของการเปลี่ยนแปลง และไม่เปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา (pros & cons) โดยปกติครอบครัวมักมองเห็นข้อเสียของการดื่มสุรา และข้อดีของการเลิกดื่มสุรา ส่วนผู้ป่วยมักมองเห็นข้อดีของการดื่มสุรา และข้อเสียของการเลิกดื่มสุรา ครอบครัวควรเป็นกลาง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบข้อดีข้อเสียของการเลิกและไม่เลิกดื่มสุรา

3.ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination) ผู้ป่วยมีการหยุดดื่มสุราอย่างจริงจัง มีความตระหนักถึงปัญหา และต้องการที่จะเลิกดื่มสุรา

การตอบสนองที่เหมาะสม คือ ให้ทางเลือกในการเลิกดื่มสุรา (menu of option) ไม่ควรมีทางเลือกที่มากเกินไปจนผู้ป่วยสับสน หรือน้อยเกินไปจนผู้ป่วยรู้สึกเหมือนถูกบังคับ ควรให้ผู้ป่วยได้เลือกอย่างอิสระ (freedom of choice) แต่จะต้องเน้นความรับผิดชอบในการเลือกของผู้ป่วยเอง (responsibility) และส่งเสริมศักยภาพในการกระทำได้ของผู้ป่วยเอง

4.ขั้นลงมือกระทำ (Action) ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะตื่นตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ลงมือหยุดดื่มสุรามักอยู่ในช่วง 6 เดือนแรก

การตอบสนองที่เหมาะสม คือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำตามวิธีที่ตนเองเลือกอย่างต่อเนื่อง (compliance & adherence) มีความเข้าใจในวิธีการ ขจัดอุปสรรคที่อาจทำให้ผู้ป่วยกระทำไม่ได้ไม่ต่อเนื่อง

5.ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราได้ประมาณ 6 เดือน อารมณ์ และความคิดค่อนข้างมั่นคง กระทำตามวิธีที่ตนเองเลือกอย่างต่อเนื่อง มีความมั่นใจว่าตนเองเลิกดื่มสุราได้

การตอบสนองที่เหมาะสม คือ การป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ (relapse prevention) การมีวิถีชีวิตที่สมดุล มีคุณค่า มีการบริหารเวลา การผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพตนเอง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย สิ่งที่สำคัญคือ การควบคุมสิ่งที่ทำให้กลับไปอยากดื่ม การหมั่นสังเกตสัญญาณที่สื่อถึงการกลับไปติดซ้ำ

6.ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) ผู้ป่วยอาจกลับไปดื่มสุราได้อีก อาจเริ่มต้นด้วยการพาตนเองไปอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยง มีความเปราะบางทางอารมณ์และจิตใจ เผลอใจไปดื่มสุราซ้ำ ผู้ป่วยอาจรู้สึกผิด ซ้ำเติมตนเอง ไม่เคารพนับถือตนเอง ปฏิเสธตนเอง

สิ่งที่สำคัญคือระดับของแรงจูงใจนั้นมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จำเป็นที่จะต้องได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม ครอบครัวต้องให้ความช่วยเหลือ และสร้างความเข้มแข็งให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม และดึงผู้ป่วยกลับสู่หนทางแห่งการหยุดดื่มให้เร็วที่สุด (recovery process) โดยการประคับประคอง ให้กำลังใจ ผู้ป่วยเองก็ต้องยอมรับในความอ่อนแอของตนเอง การสารภาพผิด มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา มีการสรุปบทเรียนที่ได้จากปัญหาที่เกิดขึ้น และสุดท้ายต้องมีความมุ่งมั่นในการเลิกสุราต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างแรงจูงใจ : เรื่องง่ายๆเราทำได้

กิจกรรมนี้มีการให้ความรู้แก่ครอบครัวในรายละเอียดของรูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ซึ่งมีจุดประสงค์ของการสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดคำพูดจูงใจตนเอง (Change talk) เพื่อวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(Change Plan) ในเนื้อหากล่าวถึง

1.จิตวิญญาณของการเสริมสร้างแรงจูงใจ (spirit of MI) ได้แก่

- 1.1 การกระตุ้นเร้าให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ มีการคิดพิจารณา และลงมือกระทำในที่สุด (Evocation)
- 1.2 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วย ได้เลือก ตัดสินใจ และกระทำด้วยตนเอง (Autonomy)
- 1.3 มีการร่วมมือกัน มากกว่าการสั่งการ (Collaboration)

2.การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) ได้แก่

- 2.1 OARS การใช้คำถามปลายเปิด การชื่นชมยืนยันรับรอง การฟังอย่างตั้งใจ และการสรุปความ
- 2.2 DARES ความแตกต่างระหว่างเป้าหมายกับปัจจุบัน อย่าโต้แย้งผู้ป่วย แรงต้านเป็นเรื่องปกติ มีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และสนับสนุนว่าผู้ป่วยสามารถทำได้
- 2.3 FRAMES มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบตนเอง แนะนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เสนอทางเลือก แสดงความเห็นใจว่าการเลิกไม่ใช่เรื่องง่าย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นถึงศักยภาพในตนเอง

กิจกรรมที่ 4 เทคนิคที่ใช้เราไม่ลืม

กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้แก่ครอบครัวในการประยุกต์ใช้ที่บ้านโดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้ซึ่งเป็นลักษณะของการสนทนาที่ควรใช้ ได้แก่ การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation), การเปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริง (Exploring feeling), การแสดงออก (expressing optimism), การกระตุ้นเร้าให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ มีการคิดพิจารณา และลงมือกระทำ (Evocation), การฟังอย่างเข้าใจและสะท้อนความ (Reflective listening), มีการร่วมมือกัน มากกว่าการสั่งการ มีความสอดคล้องกัน (Collaboration), ทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างสถานการณ์ปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากจะเป็น (Develop Discrepancy) , การหมุนไปกับแรงต้าน (Rolling with resistance), มีความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ (Global Empathy)

กิจกรรมที่ 5 ไม่สร้างสรรค์ ฉันทไม่ใช้

ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ครอบครัวในเรื่องของการสนทนาที่ไม่ควรใช้เพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การโต้เถียง (Arguing), การกล่าวโทษ (Blaming), การติตรา (Labeling), การถามซ้ำ (Information gathering), การกำหนดระเบียบต่าง ๆ (Following own agenda) , การทำตัวเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ซึ่งเป็นลักษณะของการสนทนาที่ไม่ควรใช้ ในช่วงท้ายของกิจกรรมนี้จะให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเข้าร่วมในกิจกรรมด้วย ผู้วิจัยจัดให้มีการสร้างสถานการณ์สมมติ (Situation & Role-plays) เพื่อให้ครอบครัวฝึกการแก้ปัญหาเมื่อเจอสถานการณ์ในรูปแบบต่าง ๆ ของการสนทนา

กิจกรรมที่ 6 จูงใจที่บ้าน ปัญหาเบาลง

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจที่บ้าน มีเป้าหมายเพื่อติดตาม สอบถามถึงสถานการณ์ของการสนทนาที่เป็นปัญหา และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

3. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรากลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง กลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหา และกลุ่มที่ดื่มแบบติดสุราของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงอย่างชัดเจนในระยะหลังการทดลอง และพบว่ากลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงมากกว่ากลุ่มอื่นอย่างเห็นได้ชัด ผู้วิจัยมีการอภิปรายแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราตามระดับปัญหาการดื่มสุราดังนี้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งมีการแบ่งตามระดับปัญหาการดื่มสุราเป็น 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinking) กลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหา (Harmful Drinking) และกลุ่มที่ดื่มแบบติดสุรา (Alcohol Dependence) โดยทั้ง 3 กลุ่ม ได้รับการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวที่มีรูปแบบและเนื้อหาเหมือนกัน จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าในระยะหลังการทดลองกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราน้อยลงกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kuria (2013) ที่กล่าวว่ากลุ่มบุคคลที่มีระดับปัญหาการดื่มสุราที่ต่างกันจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา และอัตราการกลับไปดื่มสุราซ้ำที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะกลุ่มที่ดื่มแบบติดจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราที่มีความยุ่งยากกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งมักมีความเชื่อมโยงกับความอยากดื่มสุรา (Craving) กล่าวคือ หากมีการลดพฤติกรรมการดื่มสุราแล้วมักจะมีความอยากดื่มสุราที่มีระดับรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ จนเป็นสาเหตุให้กลับมาดื่มสุราได้ในที่สุด (Tiffany et al., 2000) ถือว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาเชิงทำนายของ Crits-Christoph et al. (2015) ที่กล่าวว่า ระดับปัญหาการดื่มสุรา และความรู้สึกอยากดื่มสุราสามารถทำนายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของบุคคลได้

จากที่กล่าวมาข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มที่ดื่มแบบติด (Alcohol Dependence) จะน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของความอยากดื่มสุรา (Craving) ได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

จากผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ผู้ปฏิบัติควรเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การให้คำปรึกษารอบครัว ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคจิตเภท พฤติกรรมการดื่มสุรา รวมทั้งมีทักษะในด้านการประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมระดับแรงจูงใจทั้งในส่วนของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย และส่วนของผู้ป่วยที่มีต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา ทั้งคู่ต้องมีระดับของแรงจูงใจภายในที่เพิ่มขึ้น จนสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้ ซึ่งการที่จะบ่งบอกได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราสามารถกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราที่ต่อเนืองนั้นต้องใช้เวลาอย่างน้อย 6 เดือน ดังนั้นจึงควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวมีการใช้แนวทางการเสริมสร้างแรงจูงใจ และสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีการลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

2.2 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุราเมื่อกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะที่จะทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวภายหลังการบำบัดในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เนื่องจากแรงจูงใจของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และเพื่อพัฒนารูปแบบของการบำบัดในการดูแลผู้ป่วยที่กลับสู่ชุมชนให้เหมาะสม
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงแนวโน้มและข้อมูลเชิงคุณภาพของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบเนื้อหาของกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับปัญหาการดื่มสุราที่แตกต่างกันเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด
3. ควรมีการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวในผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีปัญหาการดื่มสุรามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มหรือไม่ หรือมีปัจจัย และข้อจำกัดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มหรือไม่



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

เกษม ต้นติผลาชีวะ, บรรณาธิการ. (2536). *ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*.

พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กรมสุขภาพจิต. (2547). *รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่องรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหา*

สุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์ และการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่ติดแอลกอฮอล์. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ พับลิชชิง.

กรมสุขภาพจิต. (2552). *คู่มือการให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาล*

ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.

กรมสุขภาพจิต. (2556). *จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรค. รายงานประจำปี กรม*

สุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556. กรุงเทพมหานคร: บางกอกบลู๊ค.

ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ. (2556). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสมาคม*

จิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(1): 89-100

จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, สุกฤติยา กุลศรี และวัฒนาภรณ์ พิบูลย์ลักษณ์. (2556). *ผลของการ*

เสริมสร้างแรงจูงใจต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 27 (3): 75-86.

จิระพรรณ สุริยงค์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น, กิตติศักดิ์ วิบูลมา, เดชา ทำดี และพิมพ์ภรณ์ แก้วมา.

(2557). *ความชุกปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*

22(1): 38-47

ทวี วิสาระพันธ์. (2551). *การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ*

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากแอลกอฮอล์. ปริญญามหาบัณฑิต.

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เทอดศักดิ์ เดชคง. (2555). *เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ*. พิมพ์ครั้งที่ 1

กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

ณัฐิกา ราชบุตร, นิตยา งามคุณ, มณีรัตน์ คงแสนคำ และ ศรีณพร มรกตศรีวรรณ. (2550). *การฝึก*

ทักษะการรับประทานยาด้วยตนเองในผู้ป่วยจิตเภท. ใน การประชุมวิชาการสุขภาพจิต

นานาชาติ, หน้า 180. 1-3 สิงหาคม 2550 ณ โรงแรมปรินซ์พาเลซ กรุงเทพมหานคร.

นภาพรณ พึ่งเกษมสุนทร และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อ*

- ภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25 (2): 51-63.
- นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และนารัต เกษตรทัต. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 52 (4): 412-418.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวภา สุวลักษณ์. (2547). ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 12(3): 141-149.
- เบญจลักษณ์ มณีทอง. (2551). *จิตเวชศาสตร์ในโรงพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 1, โรงพิมพ์แสงศิลป์จำกัด: เชียงใหม่.
- ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2552). *แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT: แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 2*. เชียงใหม่: ทานตะวันแปเปอร์.
- ปริทรรศ ศิลปกิจ, พันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2542). *ความชุกและสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา*. โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต.
- เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ. (2555). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ที่มีโรคจิตเวชร่วม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2546). *คู่มือการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยติดสุรายาเสพติด การอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรจิตวิทยาเสพติดสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป*. กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลมงกุฎเกล้า.
- พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ. (2550). *การสนับสนุนทางสังคมกับการหยุดดื่มของผู้ติดสุรา*. รายงานวิจัย. ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดเชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- พันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2553). *คู่มือสำหรับผู้อบรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 1: เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ (2549). *โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*. (2554). *รายงานประจำปีโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ปี 2554*. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อุษยา. (2556). *ความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วม*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 27: 1-15.

- รัชนี้ อุทัยพันธ์ และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์. (2556). ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* 26 (1): 136-148.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: หลักการและระเบียบวิธีวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมบัติ ตรีประเสริฐสุข. (บรรณาธิการ). (2550). *ศาสตร์และศิลป์ของการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณ 3.
- สุภัทรา ก้อนคำดี. (2556). *ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์[ออนไลน์]. แหล่งที่มา*
<http://110.164.189.12/web2012/upic/ie.php/7d9078afced73a04.pdf>. [1 ธันวาคม 2557]
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). Retrieved April 20, 2013 from <http://www.moph.go.th/ops/thp/images/stories>
- หทัยวรรณ สนั่นเอื้อ. (2551). การใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด*. 16 (1).
- อรพรรณ ลีอนุชวณิชชัย. (2553). *การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อรวรรณ ช้องต่อ. (2550). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและภาระการดูแลของผู้ดูแล. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: เพ็ญฟ้าพรินติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

- Addy, P. H. et al (2012). Comorbid alcohol, cannabis and cocaine use disorder in schizophrenia: epidemiology, consequence, mechanism and treatment. *The Journal of lifelong learning in psychiatry* 2: 140-153.
- Addington, J., McCleery, D., and Addington, D. (2005). Three-years outcome of family work in an early psychosis program. *Schizophrenia Research* 79 (1): 107-116.

- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-IV-TR] (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Batki, S. L. et al. (2009). Medical comorbidity in patients with schizophrenia and alcohol dependence. *Schizophrenia Research* 107: 139-146.
- Becker, M.H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Charles B. Slack.
- Boyd, M. A. (2012). *Psychiatric nursing contemporary practice*. 5th ed. America: Wolter Kluwer Health.
- Bronowski P, Zalus M. *Social support of chronically mentally ill patients*. Arch Psychother 2008; 2: 13-9. Available from:http://archivespp.pl/uploads/images/2008_10_2/13_p_Archives%202_08.pdf.
- Burns, N. and Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization*. 5th Ed. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Carey, K. B., Leontieva, Dimmock, J., Maisto, S. A., and Baski, S. L. (2007). *Adapting motivational interventions for comorbid schizophrenia and alcohol use disorders*. *Clinical psychology science and practice* 14 (1): 39-57.
- Crits-Christoph, P., Markell, H. M., Gallop, R., Connolly Gibbons, M. B., McClure, B., and Rotrosen, J. (2015). Predicting outcome of substance abuse treatment in a feedback study: Can recovery curves be improved upon. [online]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2014.994146>
- Drake, R. and Mueser, K. T. (2002). *Co-Occurring alcohol use disorder and schizophrenia*. *Alcohol research and health* 26: 99-102.
- Dixon, L. et al. (2001). Evidence-based practices for service to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services* 52: 903-910.
- Heinz, A., Mann, 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.
- Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granstrom, O., M. D. (2013). Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and

- consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacology* 3 (4): 200-218.
- Hou, S., Ke, C.K., Su, Y., Lung, F., and Huang, C. (2008). Exploring the burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 62: 508-514.
- Hughes, E. (2009). Dual Diagnosis: An integrated approach to care for people with co-occurring mental health and substance use problem. In Newell, R. and Gournay, K. *Mental Health Nursing An evidence-based approach*, pp. 131-150. London United Kingdom: Churchill livingstone.
- Jablensky, A. (2000). Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 250: 274-285.
- John, U. R., Driessen, D., Wettriling, M., and Dilling, H. (2003). Motivational intervention: An individual counseling vs a group treatment approach for alcohol dependence inpatients. *Alcohol and Alcoholism* 38(3): 263-269.
- Kuria, M. W. (2013). Factor associated with relapse and remission of alcohol dependent persons after community based treatment. *Open journal of psychiatry* 3: 264-272.
- Latt, N. et al. (2011). Alcohol and substance use by patients with psychosis presenting to an emergency department: changing pattern. *Australasian Psychiatry* 19(4): 354-359
- Matio, 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.
- 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.
- McGrath, J., Saha, S., D., and Welham, J. (2008). Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic reviews* 30: 67-76
- Miller, W. R., Meyer, R. J. and Hiller-Sturmhofel, S. (1999). *The Community Reinforcement approach*. *Alcohol Research &* 23 (2): 116-121.

- Miller, W.R., and Rollnick, S. (2002). *Motivation Interviewing: Preparing People to Chang Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W.R., and Rollnick, S. (2007). *Motivation Interviewing in the treatment of psychological problems*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., and Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinker' motivation for change: The stage of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychology of addictive behavior*, 10: 81-89.
- 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.
- Mueser, K. T., and McGurk, S. R.(2004). *Schizophrenia*. The Lancet 363: 2063-2072.
- Munro, T., and Edward, K. L.(2008). Mental illness and substance use: An Australian perspective. *International Journal of mental Health Nursing* 17: 255-260.
- Novick, D., Haro, J. M., Duarez, D., Perez, V., Dittmann, R.W., and Haddad, P. M. (2010). Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Research* 173 (2): 109-113.
- Nose, M., Barbui, C., Gray, R., and Tansella, M. (2003). Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 183: 197-206.
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., Udomratn, P.(2010). Schizophrenia in Thailand: Prevalence and bueden of disease. *Population health metric* 24: 1-8.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bauml, J., Kissling, W., and Engel, R. R. (2004). The effect of family intervention on relapse and rehospitalization in schizophrenia: A meta-analysis. *The journal of lifelong learning in psychiatry* 2 (1): 78-94.
- Pitschel-Walz, G., Bauml, J., Bender, W., Endel, R.R., and Wanger, M. (2006). *Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the munich psychosis information project study*. *J Clin Psychiatry*, 67-75.
- Polit, D.F., & Beck, T.B.. (2004). *Nursing research; Principles and methods* (7 th ed.).

Philadelphia : Lippincott Williams.

Prochaska, J. O. and DiClemente, C. C.(1986). *Towards a comprehensive model of change, in Treation addictive behavior*. New York: Plenum.

Ralevski, E., 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.

Razali, M. S., and Yahya, H. (1995). Compliance with treatment in schizophrenia: a drug intervention program in a developing country. *ACTA Psychiatrica Scandinavica* 91 (5): 331-335.

Ribbe, K. et al.(2011). Prediction of the risk of cormobid alcolism in schizophrenia by interaction of common genetic variants in the cortocotropin-releasing factor system. *Archives of general psychiatry* 68(12): 1247-1256.

Ross, F., and Mackenzie, A. (1996). *Nursing in primary health care: policy into practice*. London: Routledge.

Sadock, B. J., and Sadock, V. A. (2005). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott willium and wilkins.

Sadock, B. J., and Sadock, V. A. (2016). *Synopsis of Psychiatry*. 11^{ed}. Philadelphia: Lipincott Williams & 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.

Salyer, M. P., Mueser, K.T. (2001). Social functioning, psychopathology, and medication side effects in relation to substance use and abuse in schizophrenia. *Schizophrenia research* 48: 109-123.

Smeerdijk, A. M., Keet, R., Dekker, N., van Raaij, B., Krikke, M., Koeter, M., de Haan, L., Barrowclough, C., Schippers, G., and Linzen, D. (2011). Motivational Interviewing and interaction Skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine* 42 (8): 1627-1636.

- Smeerdijk, et al. (2009). *A Casebook of Family interventions for psychosis*. Edited by Fices Lobben and Christine Barrowclough: John Wiley & Sons, Ltd: 117-138.
- Smeerdijk, A. M., Keet, R., de Haan, L., Barrowclough, C., Schippers, G. (2014). Feasibility of teaching motivational interviewing to parent of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use. *Journal of Substance Abuse Treatment* 46: 340-345.
- Spirito, A., Sindelar-Manning, H., Colby, S. M., Barnett, N. P., Lewander, W., Rohsenow, D. J., and Monti, P. M. (2011). Individual and family motivational interventions for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med* 165 (3): 269-274.
- Stauder, A. D. (2012). Group Motivational Interviewing as a psychotherapeutic Intervention for dual diagnosis patients living with a psychotic disorder: Critique of literature. *Graduate Journal of counseling psychology* 3 (1): 1-11.
- Sommmer, M.S. Wray, J., Saveage, C., and Dyehouse, J.M. 2003. Assessing acute and Critically patients for problem drinking. *Dimensions of Critical Care Nursing* 22: 76 – 88.
- Suktrakul, S. (2009). *The effect of alcohol craving control program on alcohol consumption in alcohol dependence*. Doctoral dissertation. Nursing science Faculty of nursing Chulalongkorn University.
- Tiffany, S. T., Carter, B. L., and Singleton, E. G. (2000). Challenges in the manipulation, assessment and interrelation of craving relevant variables. *Addiction*. 95 (2): 177-187.
- Videbeck, S. L. (2014). *Psychiatric mental health nursing*. 6th Ed. China: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.
- Westra, H. A. and Aviram, A. (2013). Core skill in motivational interviewing. *Psychotherapy* 50 (3): 273-278.
- Webrock, 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. (2001). *The alcohol use disorders identification test*

guidelines for use in primary care. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse.

World Health Organization. (2015). Media centre: *Schizophrenia*. [Online]. Available: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/> (2015, September)

Wu, E. Q., Brinbaum, H. G., Shi, L., Ball, D. E., Kessler, R. C., Moulis, M. (2005). The economic burden of schizophrenia in the united States in 2002. *J Clin Psychiatric* 66: 1122-1129.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. แพทย์หญิงสลักจิต แสงสิน	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
2. อาจารย์ ดร.สุณิศา สุขตระภูต	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์ กฤตยา แสงทรัพย์	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. นางอัมพันธ์ หิรัญอุทก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสามชุก
5. นางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา





การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

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

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

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (ACA)

$$CVI = \frac{3}{3} = 1.0$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา

$$CVI = \frac{7}{8} = .87$$

**การตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดขั้นตอนความพร้อมการเปลี่ยนแปลง
และความต้องการในการรักษา (SOCRATES-8A)**

เมื่อนำข้อมูลของแบบวัดขั้นตอนความพร้อมการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา (SOCRATES-8A) มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .86 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังนี้

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of item
.862	8

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
A1	4.13	.730	30
A2	3.03	.890	30
A3	4.13	.681	30
A4	3.53	.819	30
A5	3.90	.803	30
A6	3.33	.606	30
A7	3.63	.765	30
A8	3.40	.675	30



เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน และเติมข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุดลงในช่องว่างที่เว้นไว้

1. เพศ () 1.ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
() 1. โสด () 2. สมรส
() 3. หม้าย () 4. หย่า / แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
() 1. ประถมศึกษา () 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
() 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย / ป.ว.ช. () 4. อนุปริญญา / ป.ว.ส.
() 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
() 1. เกษตรกร () 2. รับจ้าง
() 3. ค้าขาย () 4. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ
() 5. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 6. อื่นๆ ระบุ
6. รายได้บาท / เดือน
7. ระยะเวลาการดื่มสุราติดต่อกันจนถึงปัจจุบันปี
8. ระยะเวลาของการเจ็บป่วยทางจิตจนถึงปัจจุบัน.....ปี
9. ประวัติการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว
() 1. ไม่มี () 2. มี
10. ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ
() 1. ไม่มี () 2. มี

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

- 1.เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ ปี
- 3.ระดับการศึกษาของผู้ดูแล
- () 1. ประถมศึกษา () 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
- () 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. () 4. อนุปริญญา / ปวส.
- () 5.ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี
- () 7. ไม่ได้เรียน
- 4.สถานภาพสมรสของผู้ดูแล
- () 1. โสด () 2. คู่
- () 3. หม้าย () 4. แยกกันอยู่ / หย่าร้าง
- 5.ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
- () 1. บิดา/มารดา () 2. พี่/น้อง
- () 3.สามี/ภรรยา () 4. ลูก
- () 5. อื่นๆ ระบุ
6. ประวัติการใช้สารเสพติด
- () 1. ไม่มี () 2. มี

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

Rating key 1= ไม่มีอาการ 2= มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง 3= มีอาการเล็กน้อย
 4= อาการปานกลาง 5= อาการค่อนข้างรุนแรง 6= อาการรุนแรง
 7= อาการรุนแรงมาก

ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านรู้สึก							
1. Somatic concern (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) รู้สึกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายหรือโรคทางกายหรือไม่							
2. Anxiety (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - ขณะนี้รู้สึกกังวลอะไรบ้างไหม - รู้สึกกังวลหรือกลัวต่อสิ่งใดในอนาคตหรือไม่							
3. Emotional withdrawal (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) มีลักษณะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิริยาตอบโต้กับผู้อื่น							
4. Conceptual disorganization ความคิดสับสน							
5. Guilt feelings ความรู้สึกผิด							
6. Tension ความตึงเครียด							
7. mannerism and posturing ท่าทางและการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ							
8. Grandiosity ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง							
9. Depression อาการซึมเศร้า							
10. Hostility ความรู้สึกไม่เป็นมิตร							
11. Suspicious/persecution ความรู้สึกหวาดระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย							
12. Hallucination Behavior อาการประสาทหลอน							
13. Motor retardation การเคลื่อนไหวเชื่องช้า							
14. Uncooperativeness การไม่ร่วมมือ							
15. unusual thought content เนื้อหาความคิดผิดปกติ							
16. blunted affect การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ							
17. Excitement อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย							
18. disorientation อาการไม่รู้สถานที่ เวลา บุคคล							

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบประเมินการบริโภคสุรา (AUDIT)

คำชี้แจง คำถามแต่ละข้อต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์การดื่มสุราในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยสุรา หมายถึงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด

ข้อคำถาม	0	1	2	3	4
1. คุณดื่มสุร่าบ่อยเพียงไร	ไม่เคยเลย	เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า	2-4 ครั้งต่อ เดือน	2-3 ครั้งต่อ สัปดาห์	4 ครั้งต่อ สัปดาห์หรือ มากกว่า
2. เวลาที่คุณดื่มสุร่าตามปกติ คุณดื่มปริมาณเท่าใดต่อวัน เลือกคำตอบเป็น เบียร์ (ข้อ ก.) หรือเหล้าวิสกี้ (ข้อ ข.) เพียงข้อเดียว					
ก. ถ้าเทียบปริมาณเบียร์ สบาย (เช่น เบียร์ช้าง สิงห์ คลอ สเตอร์ คลาสเบอร์ก)	1-1.5 กระป๋อง (1/2 -3/4 ขวด)	2-3 กระป๋อง (1-1.5 ขวด)	3.5-4 กระป๋อง (2 ขวด)	4.5-6 กระป๋อง (3-4) ขวด	7 กระป๋อง ขึ้นไป (4ขวดขึ้นไป)
ข. ถ้าเทียบปริมาณเหล้า เช่น แม็โขง หงส์ทอง เหล้าขาว 40 ดีกรี	1 เป๊ก (30 มล.)	1.5-2 เป๊ก (1/4 แบน)	2.5-3 เป๊ก (1/2 แบน)	3.5-4.5 เป๊ก (3/4 แบน)	มากกว่า 5 เป๊ก (1 แบนขึ้นไป)
3. บ่อยครั้งเพียงใดที่คุณดื่มเบียร์ 4 กระป๋องขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวันหรือ เกือบทุกวัน
4. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งเพียงใดที่คุณพบว่าคุณไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากคุณได้เริ่มดื่มไปแล้ว	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวันหรือ เกือบทุกวัน
5. ในช่วงปีเดือนที่แล้ว มีบ่อยครั้งเพียงใดที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่ควรจะทำตามปกติ เพราะไปดื่มสุร่า	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวันหรือ เกือบทุกวัน

ข้อคำถาม	0	1	2	3	4
----------	---	---	---	---	---

6. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยครั้ง เพียงไรที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณควร จะทำตามปกติ เพราะคุณมัวแต่ ไปดื่มสุราเสีย	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครึ่ง	เดือนละครึ่ง	สัปดาห์ละ ครึ่ง	ทุกวันหรือ เกือบทุกวัน
7. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อย เพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ดี โกรธ หรือ เสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำบางสิ่ง บางอย่างลงไปขณะที่คุณดื่มสุรา เข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครึ่ง	เดือนละครึ่ง	สัปดาห์ละ ครึ่ง	ทุกวันหรือ เกือบทุกวัน
8. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อย เพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่า เกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา เพราะว่าคุณได้ดื่มสุราเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครึ่ง	เดือนละครึ่ง	สัปดาห์ละ ครึ่ง	ทุกวันหรือ เกือบทุกวัน
9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับ บาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุรา ของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคยแต่ไม่ได้ เกิดขึ้นในปีที่ แล้ว		เคยเกิดขึ้นใน ช่วงหนึ่งปีที่ แล้ว
10. เคยมีเพื่อนหรือญาติพี่น้อง แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อื่นๆแสดงความห่วงใยเกี่ยวกับ การดื่มของคุณหรือเคยแนะนำให้ คุณลดการดื่มลงบ้างหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคยแต่ไม่ได้ เกิดขึ้นในปีที่ แล้ว		เคยเกิดขึ้นใน ช่วงหนึ่งปีที่ แล้ว
รวมคะแนน					

การเทียบปริมาณแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มเป็นมาตรฐาน (Standard drink) 1 ดื่มมาตรฐานเท่ากับ แอลกอฮอล์ 10 กรัม โดยมีรายละเอียดของการเทียบเคียง ดังนี้

- เหล้าแดง 35 ดีกรี: 2 ฝาใหญ่ หรือ 30 ซีซี = 1 ดื่มมาตรฐาน

หาก 1 แบนมี 350 ซีซี: $\frac{1}{4}$ แบน = 3 ดื่มมาตรฐาน, $\frac{1}{2}$ แบน = 6 ดื่มมาตรฐาน, 1 แบน = 12 ดื่มมาตรฐาน

หาก 1 ขวดมี 700 ซีซี: $\frac{1}{4}$ ขวด = 6 ดื่มมาตรฐาน, $\frac{1}{2}$ ขวด = 12 ดื่มมาตรฐาน, 1 ขวด = 24 ดื่มมาตรฐาน

- เหล้าขาว 40 ดีกรี: 1 เป๊ก หรือ 50 ซีซี = 1.5 ดื่มมาตรฐาน

- เบียร์ 5% เช่น สิงห์ ไฮเนเกน ลีโอ เซียร์ ไทเกอร์ ซ้างตราฟ: $\frac{3}{4}$ กระป๋อง/ขวดเล็ก = 1 ดื่มมาตรฐาน

- เบียร์ 6.4% เช่น ซ้าง: $\frac{1}{2}$ กระป๋อง หรือ $\frac{1}{3}$ ขวดใหญ่ = 1 ดื่มมาตรฐาน

- ไวน์ 12%: 1 แก้ว 100 ซีซี = 1 ดื่มมาตรฐาน, ไวน์คูลเลอร์ 1 ขวด = 1 ดื่มมาตรฐาน

- น้ำข้าว อุ กระแช่ 10%: 3 เป๊ก/ตอง/กึ่ง หรือ 150 ซีซี = 1 ดื่มมาตรฐาน

- สาโท สุราแช่ สุราพื้นเมือง 6%: 4 เป๊ก/ตอง/กึ่ง หรือ 200 ซีซี = 1 ดื่มมาตรฐาน

ที่สำคัญ อย่าลืมว่าผู้ดื่มส่วนใหญ่มักไม่ทราบปริมาณการดื่มของตนเองที่ชัดเจน และมักประมาณการดื่มต่ำกว่าความเป็นจริง และเครื่องดื่มแต่ละชนิด แต่ละยี่ห้อ มีขนาดบรรจุที่แตกต่างกัน ข้อมูลที่ได้เป็นเพียงการประมาณการดื่มเท่านั้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
การแปลผลคะแนน AUDIT
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ระดับคะแนน	การแปลผล
0-7	ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk drinker)
8-15	ผู้ดื่มแบบเสี่ยง (Harzardous drinker)
16-19	ผู้ดื่มแบบอันตราย (Harmful Use)
≥ 20	ผู้ดื่มแบบติด (Alcohol dependence)

เลขที่แบบสอบถาม.....

**แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการ
ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการตี๋มสุรา (SOCRATES-8A) รายด้ำนลงมือกระทำ
วัตถุประสงค้**

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยในเรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมกรรมการตี๋มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตี๋มสุรา” ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จากท่าน จะมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาจากการตี๋มสุราที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการตี๋มสุรา และอาจเคยประสบปัญหาที่มีความเกี่ยวข้องกับการตี๋มสุรา ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านในการช่วยตอบแบบสอบถามนี้

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ในแต่ละข้อจะถามถึงความคิดเห็น และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงการตี๋มสุราของตัวท่าน โดยจะมีระดับคะแนน 5 ระดับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ไม่เกิดความรู้สึกนั้นเลยในระยะเวลาหนึ่งเดือน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับคุณเดือนละประมาณ 1-3 ครั้ง
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับคุณสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
เห็นด้วย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับคุณสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับคุณเป็นประจำทุกวัน

ขอความร่วมมือจากท่านวงกลมล้อมรอบตัวเลขเพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้นที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามชุดนี้

**คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะไม่มีการทบทหรือทำให้ท่านเสียหายแต่อย่างใด
และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น**

แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการ

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการทีมสุรา (SOCRATES-8A) รายด้านลงมือกระทำ

คำชี้แจง: กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วพิจารณาว่าคุณมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการทีมสุรา ให้วงกลมล้อมรอบตัวเลข 1-5 เพื่อแสดงว่าคุณเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย มากน้อยเพียงใดกับข้อความเหล่านี้ โดยกรณาวางกลมล้อมรอบตัวเลขเพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ไม่เกิดความรู้สึกนั้นเลยในหนึ่งเดือน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับคุณเดือนละประมาณ 1-3 ครั้ง
ตัดสินใจไม่ได้	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับคุณสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
เห็นด้วย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับคุณสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับคุณเป็นประจำทุกวัน

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันได้เริ่มต้นที่จะเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการ ทีมสุราบ้างแล้ว	1	2	3	4	5
2. ฉันในแต่ละครั้งฉันจะทีมสุราอย่างหนักแต่ ฉันก็สามารถควบคุมการดื่มได้	1	2	3	4	5
3. ฉันไม่เพียงแต่คิดที่จะเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมกรรมการทีมสุรา แต่ฉันได้ลงมือทำอะไร บางอย่างแล้ว	1	2	3	4	5
4. ฉันได้เริ่มเปลี่ยนแปลงการทีมสุราของฉัน แล้ว และฉันกำลังหาทางป้องกันการกลับไปสู่ การดื่มในรูปแบบเดิมอีก	1	2	3	4	5
5. ฉันกำลังพยายามลดหรือเลิกการทีมสุรา อย่างจริงจัง	1	2	3	4	5
6. ฉันต้องการความช่วยเหลือ เพื่อป้องกันการ กลับไปสู่การดื่มสุราซ้ำอย่างที่เคยเป็นมาก่อน	1	2	3	4	5
7. ฉันพยายามอย่างมากในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมกรรมการทีมสุรา	1	2	3	4	5
8. ฉันได้เปลี่ยนแปลงบางอย่างเกี่ยวกับการดื่ม สุรา และต้องการความช่วยเหลือที่จะไม่หวน กลับไปดื่มเหมือนอย่างเคย	1	2	3	4	5
คะแนนรวม					

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา The Alcohol Consumption Assessment (ACA)

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแบบสอบถามต่อไปนี้
เพื่อเป็นประโยชน์ในการลด / เลิกการดื่มสุราของท่าน

1. ชนิดของสุราที่ดื่ม
2. ปริมาณของสุราท่านดื่มโดยเฉลี่ย / วัน
3. จำนวนวันที่ท่านดื่มสุราใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา วัน

ส่วนนี้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น

1. การคำนวณเป็นจำนวนดื่มมาตรฐาน..... ดื่ม
2. การคำนวณเป็นพฤติกรรมการดื่มสุรา
(ปริมาณของสุราที่ดื่ม ; ดื่มมาตรฐาน X จำนวนวันที่ดื่ม)

คู่มือการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว



โดย

นางพรินทร ปิ่นสุภา

ผศ.ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีมีสุรานั้นไม่ใช่เรื่องที่ทำได้ง่าย แต่ถ้าหากผู้ป่วยและครอบครัวมีความตั้งใจมุ่งมั่นในการร่วมมือกันเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีของผู้ป่วย โดยมีการร่วมกันค้นหาปัญหา ตั้งเป้าหมาย มีการวางแผน และดำเนินการแก้ปัญหาอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง โดยใช้หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวนำมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีที่เป็นปัญหา จะส่งผลให้เป้าหมายที่ผู้ป่วย และครอบครัวร่วมกันวางไว้สำเร็จขึ้นได้ ผู้วิจัยหวังว่าคู่มือการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวฉบับนี้จะเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้ครอบครัวนำเอาความรู้และทักษะที่ได้ นำไปใช้กับผู้ป่วยให้ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีมีสุราได้อย่างยั่งยืน



ด้วยความปรารถนาดี

พรินทร ปิ่นสุภา

ผศ.ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 ความสัมพันธ์และศักยภาพของครอบครัว	1
บทที่ 2 ทักษะการสื่อสารและการสนทนา เพื่อสร้างแรงจูงใจ	2
บทที่ 3 การเสริมสร้างแรงจูงใจ เรื่องง่ายๆเราทำได้	5
บทที่ 4 เทคนิคที่ใช้เราไม่ควรลืม	6
บทที่ 5 ไม่สร้างสรรค์ ฉันไม่ใช่	7
บทสรุป แนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีมาจาก	



บทที่ 1

ความสัมพันธ์และศักยภาพของครอบครัว

โรคจิตเภท หมายถึงโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ การพูดและพฤติกรรม ซึ่งเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ความผิดปกติดังกล่าวไม่มีสาเหตุมาจากโรคทางกายและสมอง

โรคสมองติดยา หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทมักจะพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของสมองในส่วนฮิปโปแคมปัส (Brain Reward Pathway) ที่มีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของสาร Dopamine ในสมอง สำหรับผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราหรือการใช้สารเสพติดเพื่อบรรเทาอาการทางด้านลบที่เกิดขึ้น เมื่อติ่มสุราไปแล้วอาจส่งผลสะท้อนกลับต่อการทำงานของวงจรสมองส่วนฮิปโปแคมปัสได้เช่นเดียวกัน โดยทำให้สมองมีการหลั่งสาร Dopamine ออกมาในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น จนสามารถส่งผลต่อการกำเริบของอาการด้านลบได้เช่นกัน

จากแนวคิดทฤษฎีทั้งหมดข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทกับพฤติกรรมกรรมการใช้สารเสพติดรวมถึงการติ่มสุราสามารถส่งผลกระทบต่อกันและกันได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความเสี่ยงต่อการติ่มสุรา และการใช้สารเสพติดในทางที่เป็นปัญหาได้ง่ายมากขึ้น และในทางกลับกัน การติ่มสุรา และสารเสพติดก็สามารถส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบได้มากขึ้นเช่นกัน

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร่วมกับการที่มีพฤติกรรมกรรมการติ่มสุรา

รูปแบบของการบำบัดรักษา

1. การรักษาด้วยยา
2. การบำบัดแบบจิตสังคม

บทบาทหน้าที่ของครอบครัว ได้แก่

- 1) ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้
- 2) คอยสังเกตอาการกำเริบได้อย่างรวดเร็ว
- 3) ช่วยลดความเครียด โดยหลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้ป่วย
- 4) ช่วยลดความเครียดของครอบครัว โดยการหาเวลาว่างหรือพักผ่อน โดยการให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ มาช่วยดูแลบ้าง
- 5) ค้นหาและสนับสนุนส่วนที่ดีของผู้ป่วย
- 6) ดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และพาไปตรวจตามนัดทุกครั้ง

บทที่ 2

ทักษะการสื่อสารและการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ

การสื่อสารภายในครอบครัว

ประกอบด้วย หลักการ 3 ประการดังนี้

1. การฟังอย่างตั้งใจ แม้จะเป็นเรื่องที่ยากแต่ถ้าครอบครัวมีความตั้งใจจริงที่จะดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยก็จะสามารถนำมาใช้ได้ เทคนิคนี้เป็นสิ่งที่สำคัญมากในการที่จะให้ผู้ป่วยได้ระบาย บอกเล่าถึงปัญหา และหาข้อตกลงร่วมกันในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การฟังอย่างตั้งใจประกอบด้วย ลักษณะของการฟังแล้วนำสิ่งที่ผู้ป่วยพูดมาสะท้อนอีกครั้ง หลักการพื้นฐานของการฟังอย่างตั้งใจ ได้แก่ การทวนความ การทวนวลี และการถ่ายทอดความ ครอบครัวต้องรับฟังผู้ป่วยอย่างเข้าใจ มีการ.....



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ใบงานที่1/1

กิจกรรม พรหมแห่งความสัมพันธ์

ระยะเวลา 10 นาที

วิธีการปฏิบัติ

1.ผู้วิจัยแนะนำสื่อการสอน เป็นพรหมรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า ส่วนตรงกลางมีสีเขียวย ส่วนหัวและท้ายมีสีแดง สีเขียวแทนถึงพฤติกรรม หรือการสนทนาที่ครอบครัวเกิดการยอมรับซึ่งกันและกันได้ ส่วนสีแดงแทนถึงปัญหาทางด้านพฤติกรรม หรือการสนทนาภายในครอบครัวที่เกิดขึ้น

2.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลถึงถึงพฤติกรรม หรือการสนทนาที่เป็นปัญหาของแต่ละครอบครัว

3.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลยืนตรงจุดที่เป็นสีแดง ให้อภิปรายถึงปัญหาที่เกิดขึ้น มีการสื่อสารกันเพื่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน

พฤติกรรม หรือการสนทนาในครอบครัวที่เป็นปัญหา

.....

.....

.....

.....

ข้อตกลง หรือแนวทางที่ได้รับ

.....

.....

.....

.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**แผนการดำเนินโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่ม
ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา**

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และสร้างแรงจูงใจของครอบครัว

กลุ่มเป้าหมาย ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

สถานที่ แผนกผู้ป่วยใน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ระยะเวลา 60-90 นาที

รูปแบบ ดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่ม กลุ่มละ 3-5 ครอบครัว โดยให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มนั่งตรงข้ามกัน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแล และผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องของการมีปฏิสัมพันธ์ และบทบาทหน้าที่ของครอบครัว
2. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเพื่อแก้ไขปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วย
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ดูแล และผู้ป่วยบอกความหมายของการมีปฏิสัมพันธ์ และบทบาทหน้าที่ของครอบครัวได้
2. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงระดับของแรงจูงใจต่อการดูแลผู้ป่วยไปสู่ขั้นลงมือกระทำ
ได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงระดับแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา
ของตนเองไปสู่ขั้นลงมือกระทำ
ได้

สาระสำคัญ

ในกิจกรรมครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ ระยะเวลา 10 นาที การสร้างสัมพันธภาพ รวมถึงการแนะนำตนเอง การชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับเกี่ยวกับรูปแบบของการบำบัด

2. ขั้นตอนการให้ความรู้ ระยะเวลา 20 นาที โดยให้ความรู้ในเรื่องของโรคจิตเภท โรคสมองตติยา บทบาทหน้าที่ของครอบครัว และความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในครอบครัว โดยในขั้นตอนนี้จะใช้กิจกรรม “พรมแห่งความสัมพันธ์” เป็นเครื่องมือในการให้ความรู้แก่ครอบครัว โดยให้ครอบครัวได้มีการอภิปรายการแลกเปลี่ยนกันในเรื่องของปัญหาพฤติกรรมในครอบครัว แล้วทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยว่าเกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

3. ขั้นตอนการเสริมสร้างทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ และการประเมินระดับแรงจูงใจ โดยผู้วิจัยจัดให้ครอบครัวได้มีการประเมินระดับแรงจูงใจของครอบครัวที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้ประเมินแรงจูงใจของตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา กิจกรรมนี้จะเป็นการประเมิน และเป็นการผลักดันระดับแรงจูงใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจากขั้นเมินเฉย (Pre-contemplation) หรือลังเลใจ (Contemplation) ให้ไปสู่ขั้นลงมือกระทำ (Determination) และผลักดันระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองจากขั้นเมินเฉย (Pre-contemplation) หรือลังเลใจ (Contemplation) ให้ไปสู่ขั้นลงมือกระทำ (Determination)

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	สาระสำคัญของ กิจกรรม	ขั้นตอน/ตัวอย่างในการ ดำเนินกิจกรรม	เครื่องมือ/ สื่อ	เกณฑ์การ ประเมินผล
<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอก ความหมายของ หน้าที่ครอบครัวได้</p> <p>2. ประเมินระดับ แรงจูงใจที่มีต่อการ ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหา พฤติกรรมการดื่ม สุราได้</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 ความสัมพันธ์ และศักยภาพ ของครอบครัว -ในกิจกรรมนี้มี ก า ร ส ร ้าง ส ัม พ ัน ธ ภา พ ระหว ่าง ผู้ วิ จ ัย กั บ ค ร อ บ ค ร ี ว ร ะ ห ว ่า ง ค ร อ บ ค ร ี ว แ ล ะ ร ะ ห ว ่า ง ค ร อ บ ค ร ี ว กั บ ผู้ ป ่วย โ ด ย ไ ้ ก ิ จ ก ร ม ใน ก าร น ะ น ำ ต น เอง แ ล ะ ช ่วย กั น เขียนป้ายชื่อ</p>	<p>ชั้นที่ 1 ก าร ส ร ้าง ส ัม พ ัน ธ ภา พ (10 นาทื)</p> <p>1.1 ผู้วิจัยให้สมาชิกภายใน กลุ่มนั่งเป็นวงกลม หันหน้า เข้าหากัน หลังจากนั้นเริ่ม ดำเนินกิจกรรมด้วยผู้วิจัย กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่อง ทั่วไป แนะนำตนเองกับ สมาชิกภายในกลุ่มด้วยท่าที่ เป็นมิตร</p> <p>แนวทางในการอธิบาย “สวัสดีค่ะ ดิฉันขอต้อนรับ ทุกท่านเข้าสู่กิจกรรมในวันนี้ นะคะ ดิฉันรู้สึกยินดีเป็น อย่างมากที่ได้มาที่ทุกท่าน ให้ความสนใจ เพราะ กิจกรรมนี้จะเป็นตัวช่วยที่ สำคัญในการดูแลผู้ป่วยของ เราได้ แต่ก่อนอื่นพวกเรา ควรมารู้จักกันก่อน”</p> <p>.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>1.ป้ายชื่อ</p> <p>2.ปากกา</p> <p>3.กระดาษ</p>	

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา
ชื่อผู้วิจัย	นางพรินทร์ ปีนสุภา นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ถนนพหลโยธินสาย 4 แขวงทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10720
โทรศัพท์ (มือถือ)	062-6055916
E-mail Address	printorn17@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา
2. โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย
 1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว
 2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท(Schizophrenia) และมีปัญหาการดื่มสุราร่วมด้วย ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก(ICD -10) แต่ละครอบครัวประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท 1 คน ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข และผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภท 1 คน รวมทั้งหมดครอบครัวละ 2 คน โดยผู้วิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

ผู้ป่วยจิตเภท

- 1) เป็นผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD-10) เพศชาย ซึ่งมีอายุ 20-59 ปี
- 2) มีปัญหาการดื่มสุรา ประเมินโดยแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test; AUDIT) และพบว่ามีความเสี่ยงตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป ซึ่งครอบคลุมกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinking) โดยมีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 8-15 คะแนน กลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหา (Harmful Drinking) มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 16-19 คะแนน และกลุ่มที่ดื่มแบบติดสุรา (Alcohol Dependence) มีระดับคะแนนมากกว่า 20 คะแนน
- 3) มีอาการทางจิตสงบ ประเมินโดยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) พบว่ามีระดับคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน
- 4) สามารถอ่าน – เขียนภาษาไทยได้ และสามารถสื่อสารได้
- 5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และสะดวกในการเดินทางมาร่วมกิจกรรมที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย

- 1) บุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ เป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน มีอายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ครอบครัวละ 1 คน
- 2) สามารถอ่าน – เขียนภาษาไทยได้ และสามารถสื่อสารได้
- 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
5. เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ดังนี้
 1. ผู้ติดแอลกอฮอล์ที่มีอาการทางจิตหรือมีอาการทางกายรุนแรง
 2. สมาชิกในครอบครัวที่มีโรคทางจิตเวชหรือโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรง
 3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน
6. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือขอลอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่แต่ประการใด

8. การใช้เวชระเบียนได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และจากตัวผู้ป่วยเอง

9. การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย คือ

1) เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้การพยาบาลในการสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

2) เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมภายนอกได้อย่างมีความสุข

10. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้โดยติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางพรินทร ปิ่นสุภา ได้ตลอดเวลา หมายเลขโทรศัพท์ 062-6055916 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบโดยรวดเร็ว

11. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

12. การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย

13. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โทร. 02-4416100

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรม
การดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

ชื่อผู้วิจัย นางพรินทร์ ปิ่นสุภา

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ถนนพหลโยธินสาย 4 แขวงทวี
วัฒนา เขตทวีวัฒนา จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10720

โทรศัพท์ (มือถือ) 062-6055916

E-mail Address printorn17@gmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย
รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่ง
จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด
และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอน
ตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการดูแลจาก
เจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสาร
ชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ
นำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัว
ข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โทร. 02-4416100

ข้าพเจ้าได้ลงลายชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นาง พรินทร ปีนสุภา)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมในการวิจัย (ผู้ดูแล)

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมในการวิจัย (ผู้ป่วย)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY





AF 10-10
COA No. ...10-2561...
REC No.....

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข
ที่อยู่ 88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร 0 2149 5555 - 60

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา
ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

เลขที่โครงการวิจัย : 10-2561

ผู้วิจัยหลัก : นางพรินทร์ บินสุภา

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด (Full board)

รายงาน : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หาก

ความก้าวหน้า ดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี / ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 6
เดือน / ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 3 เดือน

เอกสารรับรอง :

1. แบบยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. แบบฟอร์มเปิดเผยการมีผลประโยชน์ทับซ้อนและทุนวิจัย
3. แบบฟอร์มการประเมินโดยผู้วิจัย
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
5. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย
6. โครงร่างการวิจัย

 ลงนาม (นายดำรงมงคล นพรัตน์) ประธาน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	 ลงนาม (พงศ์วาทภรณ์ ปิ่นอินทจันทร์) กรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
---	--

วันที่รับรอง : 2 พฤษภาคม 2561

วันหมดอายุ : 1 พฤษภาคม 2562

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
 2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และ หรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่สำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
 3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายใน 5 วันทำการ
 4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
 5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขอความเห็นชอบใหม่ก่อนหมดอายุ 1 เดือน
 6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
- * รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่อยู่ในที่ประชุมวันที่รับรองโครงการวิจัยได้แนบมาด้วย เอกสารที่รับรองทั้งหมดจะถูกส่งไปยังผู้วิจัยหลัก

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางพรินทร ปิ่นสุภา เกิดวันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ. 2516 จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) จากมหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2540 และเข้ารับการศึกษต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันปฏิบัติงานอยู่ที่สถาบันกัลยาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

