

ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ
ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรควิตกกังวล

The Effect of Motivational Interviewing with Integrated Program
on Alcohol Consumption Behavior and Psychotic Symptoms
in Alcohol Use Disorders with Schizophrenic Patients

โดย

นายนิมิต	แก้วอาจ
นายสุริยา	ศิริสุข
นางสาวนุจรินทร์	บัวละคร
นายภาณุรัตน์	ศรีมงคล

กลุ่มภารกิจโรงพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ปีงบประมาณ 2563

ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท

นายนิมิต	แก้วอาจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายสุริยา	ศิริสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวนุจรินทร์	บัวละคร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายภาณุรัตน์	ศรีมงคล	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการดื่มสุราและมีโรคร่วมจิตเภท ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ กลุ่มละ 8-12 คน จำนวน 14 ครั้งๆละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 7 ครั้ง ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลแบบปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประวัติการดื่มสุรา แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนบำบัดและติดตามผลหลังการบำบัด 4, 8 และ 12 สัปดาห์ การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิต ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) และทดสอบสถิติที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่า

- 1 พฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท ภายหลังที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ หลังการทดลองในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท ช่วยลดพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตลงได้จึงควรสนับสนุนให้สถานพยาบาลนำไปปรับใช้ในการบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท เพื่อลดผลกระทบต่างๆที่ได้รับจากการดื่มและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: การเสริมสร้างแรงจูงใจ, การบำบัดแบบบูรณาการ, พฤติกรรมการดื่มสุรา, ผู้ป่วยสุราที่มี
โรคร่วมจิตเภท

The Effect of Motivational Interviewing with Integrated Program on Alcohol Consumption Behavior and Psychotic Symptoms in Alcohol Use Disorders with Schizophrenic Patients

Mr. Nimit Kaewarj, M.Ns.

Mr. Suriya Sirisuk, M.Ns.

Miss Nujarin Bualakorn, M.Ns.

Mr. Panurat Srimungkhul, B.Ns.

Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

Abstract

This research was a quasi-experimental research to study The Effect of Motivational Interviewing with Integrated Program on Alcohol Drinking Behavior and Psychotic Symptoms in Alcohol Use Disorders with Schizophrenic Patients. Subjects for research were 60 patients with alcohol use disorder based ICD10 from Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Selected simple randomized subjects were assigned to 30 experimental groups and 30 control groups. The experimental group received the program.. By treating 8-12 people in a group of 14 session, 60-90 minutes per session, 7 session per week., within 2 weeks. The control group received routine care. Data were collected by questionnaires, general information and drinking history. Alcohol drinking problem assessment form Short-term psychological evaluation form Data analysis to compare the average drinking behavior scores and mental symptoms before and after entering the program by [repeated Measures ANOVA and descriptive statistics, independent t-test](#)

The results showed that

1. Drinking Behavior scores and Mental symptoms score was significantly below ($p=.05$) between pre-test and post-test, at the end of intervention and after 4 weeks, 8 weeks and 12 weeks follow-up.
2. Drinking Behavior scores and Mental symptoms score was significantly below ($p=.05$) between and intervention and control group at post-test, at the end of intervention and after 4 weeks, 8 weeks and 12 weeks follow-up.

Motivation enhancement with integrated therapy program on alcohol drinking behavior and mental symptoms in alcohol patients with schizophrenia. Helps to reduce drinking habits. The hospital should be encouraged to apply in the treatment of alcohol dependents in order to reduce the effects of alcohol dependence from drinking and have a good quality of life.

Keywords: motivation enhancement, integrated therapy, drinking behavior, [Alcohol Use Disorders with Schizophrenic Patients](#)

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาการวิจัย ได้ให้โอกาสและสนับสนุนงบประมาณในการวิจัย รวมถึงให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ จนการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยซาบซึ้งและประทับใจในความเมตตาของท่านเป็นที่สุด ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ ดร.วิจิตร แผ่นทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธวัชบุรี ที่ได้เสียสละอันมีค่า ให้การช่วยเหลือด้านการวิเคราะห์ข้อมูล ให้คำปรึกษา แนะนำ ด้วยความเอาใจใส่ด้วยดีตลอดมา รวมถึงให้ข้อคิดเห็น และแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการนำเสนอผลงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณทีมวิทยากร บุคลากรกลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตยาและสารเสพติด กองบริหารระบบสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ที่กรุณาให้โอกาสคณะผู้วิจัยได้ศึกษาอบรมเรียนรู้ และถ่ายทอดวิชาความรู้และประสบการณ์ต่างๆ อันทรงคุณค่านี้ ด้วยความเอาใจใส่ ด้วยดีตลอดมา

ขอขอบพระคุณ ดร.อัศรเดช กลิ่นพิบูลย์ พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุน อำนวยความสะดวกระหว่างการศึกษาวิจัย และให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา จนการศึกษาวิจัยสำเร็จไปด้วยดี

ขอขอบคุณกัลยาณมิตร หัวหน้าหอผู้ป่วย ทีมบุคลากรทางการพยาบาล และเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ทุกท่าน ที่ให้ความรัก ความห่วงใย สนับสนุน เป็นแรงใจอย่างดียิ่งในการศึกษาค้นคว้าและให้การช่วยเหลือด้วยดีตลอดมา ทำให้การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเปี่ยมด้วยความสุขอย่างล้นเหลือ

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ครอบครัว และญาติมิตรทุกคนที่ช่วยเหลือและคอยเป็นกำลังใจ ทำให้ผู้ศึกษาวิจัยมุ่งมั่นในการศึกษา จนสำเร็จไปด้วยดี คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่คุณบิดา มารดา ครอบครัว คณาจารย์ กัลยาณมิตร ผู้ป่วย และผู้มีพระคุณทุกท่าน

นิमित แก้วอาจ และคณะ

กรกฎาคม 2563

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
3. คำถามการวิจัย	8
4. สมมติฐานการวิจัย	8
5. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	8
6. รูปแบบการวิจัยและขอบเขตการวิจัย	8
7. นิยามศัพท์ในการวิจัย	9
8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
1. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้ป่วยสุรา	12
2. แนวคิดทฤษฎีผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท	21
3. การบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท	28
4. รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด	30
5. การดูแลรักษาแบบบูรณาการ	32
6. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด	34
7. การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท	39
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	42
9. กรอบแนวคิดการวิจัย	44

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	48
1. รูปแบบการทดลอง	48
2. ขอบเขตการวิจัย	49
3. สมรรถนะของพยาบาลที่เป็นผู้บำบัด	50
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	51
5. ขั้นตอนการวิจัย	59
6. การวิเคราะห์ข้อมูล	61
7. ระยะเวลาในการวิจัย	63
8. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	63
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	64
ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	66
ตอนที่ 2 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา	75
ตอนที่ 3 การเปลี่ยนแปลงอาการทางจิต	76
ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิต ของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท	77
ตอนที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราและ อาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท	80
ตอนที่ 6 ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา	81
อภิปรายผล	82
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	88
1. สรุปผลการศึกษา	88
2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	89
3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	90
บรรณานุกรม	91
ภาคผนวก	97
ภาคผนวก ก เอกสารแนะนำสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ	98
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	101
ภาคผนวก ค ประวัติผู้วิจัย	179
ภาคผนวก ง เอกสารรับรองโครงการวิจัยและเอกสารเผยแพร่	181

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 3-1	การแปลผลคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษา ปัญหาการติ่มสุรา	56
ตารางที่ 3-2	ตารางจัดกิจกรรมกลุ่มการเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับโปรแกรม การบำบัดแบบบูรณาการในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท	61
ตารางที่ 4-1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด (N=60)	67
ตารางที่ 4-2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยโรคความผิดปกติทางจิต ที่เกิดจากการเสพยา และโรคประจำตัวทางกาย (N=60)	69
ตารางที่ 4-3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลความสัมพันธ์ ในครอบครัว ประกอบด้วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว บทบาทหน้าที่ ในครอบครัว และผู้ดูแลหลัก (N=60)	71
ตารางที่ 4-4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการติ่มสุรา หรือแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ติ่มสุรา ความถี่ของการติ่มสุราต่อสัปดาห์ ชนิดของสุราที่ติ่ม ช่วงที่มักติ่มสุรา วันที่มักติ่มสุรา สาเหตุ ผลกระทบ ความคิด เหตุการณ์ที่มักติ่มสุรา มักจะติ่มสุรา ปัญหาจากการติ่มสุรา เป็นปัญหาที่ควรแก้ไข (N=60)	72
ตารางที่ 4-5	พฤติกรรมกรรมการติ่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อน ทำการทดลอง ตามคะแนนของแบบประเมินปัญหาการติ่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) (N=60)	76
ตารางที่ 4-6	จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราที่เปลี่ยนแปลงหลังได้รับ การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมบำบัดแบบบูรณาการในระยะ 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ (N=60)	77
ตารางที่ 4-7	อาการทางจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง ตามคะแนนของแบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น (BPRS) (N=60)	77

สารบัญตาราง (ต่อ)

		หน้า
ตารางที่ 4-8	จำนวนและร้อยละของอาการทางจิตที่เปลี่ยนแปลงหลังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับ โปรแกรมบำบัดแบบบูรณาการ ในระยะ 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ (N=60)	78
ตารางที่ 4-9	การทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำมีค่าคงที่ของคะแนนพฤติกรรม การดื่มสุรา (AUDIT) และอาการทางจิต (BPRS) ของกลุ่มทดลอง (N=30)	78
ตารางที่ 4-10	การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) และอาการทางจิต (BPRS) ของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) (N=30)	79
ตารางที่ 4-11	การทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำมีค่าคงที่ของคะแนนพฤติกรรม การดื่มสุรา (AUDIT) และอาการทางจิต (BPRS) ของกลุ่มควบคุม (N=30)	80
ตารางที่ 4-12	การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) และอาการทางจิต (BPRS) ของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนวัดซ้ำ(repeated measures ANOVA) (N=30)	80
ตารางที่ 4-13	เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา และอาการทางจิตก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (N=60)	81
ตารางที่ 4-14	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนบำบัด ระหว่างบำบัดและหลังรับการบำบัด (N=60)	82

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	กรอบแนวคิดการวิจัย	47
ภาพที่ 2	รูปแบบการทดลอง	48

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการดื่มสุราพบได้ทั้งในและต่างประเทศทั้งประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2004) ได้ประมาณการว่า มีผู้ที่ดื่มสุรามากกว่า 2 พันล้านคน และพบว่าในจำนวนผู้ที่ดื่มสุราได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือความผิดปกติเกี่ยวกับการดื่มสุรา จำนวน 76.3 ล้านคน ซึ่งประเทศไทยมีพฤติการณ์การดื่มสุรา เป็นอันดับที่ 20 ของโลก จากการศึกษาาระบาดวิทยา Epidemiologic Catchment Area study (ECA) ในประชากรสหรัฐอเมริกา พบว่าในประชากรทั่วไป พบโรคจิตเวช ได้ร้อยละ 19.9 และในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราจะพบโรคทางจิตเวชร่วม ร้อยละ 36.6 (Regier et al., 1990) การแพร่ระบาดของพฤติกรรมการดื่มสุราในประเทศไทย นับวันยิ่งจะเป็นปัญหาและทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น อันเนื่องมาจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้บุคคลเกิดความเครียดได้ง่าย และถ้าไม่มีทางออก การแก้ปัญหาที่นิยมใช้ในการผ่อนคลายความเครียดคือ การดื่มสุรา ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาทั้งด้านสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม ชุมชนและครอบครัว ปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดื่มเอง และผลกระทบอื่นๆตามมา ซึ่งถ้าปัญหาผู้ดื่มสุราไม่ได้รับการแก้ไขก็จะทำให้เป็นปัญหาที่เรื้อรัง จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการสำรวจร่างกายครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2551-2552 ของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชน (สทท.) ทำการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม การทดสอบการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย การตรวจทางชีวเคมีและการตรวจร่างกาย ผลการสำรวจที่สำคัญพบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ดื่มสุราใน 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 45.3 (ชายร้อยละ 65.5 หญิงร้อยละ 26.1) ผู้ที่ดื่มอายุอยู่ในช่วง 30-44 ปี มีสัดส่วนของผู้ที่ดื่มสุราใน 12 เดือนที่ผ่านมาสูงที่สุด ร้อยละ 52.2 (ชายร้อยละ 74.9 หญิงร้อยละ 31) (บัณฑิต ศรีไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ และกมล วัฒนาร, 2553) จากการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากรไทย พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยสำรวจในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า เป็นผู้ที่ดื่มสุรา ร้อยละ 28.4 กลุ่มอายุที่มีอัตราการดื่มสูงสุด คือ อายุ 25-44 ปี ร้อยละ 36.0 ซึ่งการดื่มสุราก็ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆตามมาจากาการดื่มสุราที่ผิดปกติ ถือเป็นการดื่มสุราแบบมีปัญหา หรือ เป็นผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders: AUD) หมายถึง เป็นการดื่มสุราที่ผิดปกติ จนทำให้เกิดผลกระทบหรือปัญหาต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การทำงาน และสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

จากการศึกษาความชุกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในชุมชนต่างประเทศ พบว่า ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน คือ ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สารเสพติดชนิดต่างๆรวม สูงถึงร้อยละ 40-60 (Cantor, Nordstro, & McNeil, 2001) โดยใช้สารเสพติดประเภทแอลกอฮอล์มากที่สุดร้อยละ 34-35.6 (Battki, Leontieva, Dmmock, & Ploutz-Synder, 2008) เช่นเดียวกับการศึกษาระบาดวิทยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโรคติดแอลกอฮอล์

ร่วมด้วยสูงถึง ร้อยละ 37 (Regier et al,1990) จากการศึกษา ECA พบผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสดื่มสุราแบบผิดปกติ ร้อยละ 3.8 ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโอกาสพบความผิดปกติพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเป็น 3.3 เท่าของคนที่ไม่ป่วย (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556) สำหรับการศึกษาในประเทศไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการสำรวจความชุกของโรคทางจิตเวชระดับชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2551 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราทั้งหมด พบโรคร่วมทางจิตเวช ร้อยละ 7.1 พฤติกรรมการดื่มสุรานอกจากจะพบในประชากรทั่วไปแล้วยังพบในผู้ป่วยที่มี โรคร่วมจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา โดยมีโรคร่วมจิตเวช ร้อยละ 68.8 โดยโรคร่วมจิตเวชที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ภาวะโรคจิต ร้อยละ 50.0 พฤติกรรมฆ่าตัวตาย ร้อยละ 31.2 การเสพสารเสพติด ร้อยละ 18.3 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 9.3 และกลุ่มอาการฟุ้งซ่าน ร้อยละ 7.1 และยังพบว่าผู้ป่วยที่ดื่มสุราแบบติด (Alcohol dependence) ร้อยละ 85.1 ดื่มแบบอันตราย (Alcohol abuse) ร้อยละ 14.9 (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2554) ดังนั้น พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบที่รุนแรงได้ ซึ่ง จากการศึกษาความชุกปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท ความรุนแรงของโรคจิตเภท ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และความสามารถโดยรวมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 18.5 พบในผู้ป่วยจิตเภทชายสูงกว่าเพศหญิง มีความรุนแรงของโรคจิตเภทสูง ร้อยละ 63.5 ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 32.4 และความสามารถโดยรวมต่ำ ร้อยละ 64.8 และผู้ป่วยจิตเภท ที่มีปัญหาการดื่มสุราต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ร้อยละ 72.9

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดื่มสุรา ได้แก่ 1) เกิดจากปัจจัยทางด้านพันธุกรรม ผู้ป่วยจิตเภทที่มีญาติสายตรง (first degree relative) ที่มีปัญหา การดื่มสุราและสารเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัญหาการดื่มสุรามากกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มอื่น 2) ปัจจัยทางด้านสารสื่อประสาท หลังดื่มสุราแล้วทำให้ผู้ป่วยอารมณ์ดี มีความสุข ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านจิตเวช ปัญหาอื่น เครียดเรื้อรัง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมองเปลี่ยนแปลง จึงมีพฤติกรรมการดื่มสุรา 3) การตัดสินใจบกพร่อง ผู้ป่วยจะตัดสินใจโดยเลือกสิ่งที่ให้รางวัลทันทีแทนที่จะมองถึงปัญหาผลรวมทั้งหมดในระยะยาว ขาดการวางแผน 4) ปัจจัยทางด้านจิตใจ ดื่มสุราช่วยลดอาการด้านลบทางจิตเวช ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 50 ดื่มสุราเพื่อลดอาการทางจิตเวช (Negative symptoms) เช่น แยกตัวออกจากสังคม ภาวะอารมณ์เบื่อหน่าย ประหม่าในการเข้าสังคม ขาดแรงจูงใจที่จะเลิกดื่ม ไม่ตระหนักถึงปัญหาหรือผลกระทบจากการดื่มสุรา และ 5) ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม เป็นตัวกระตุ้นให้มีการดื่มสุรา ซึ่งการดื่มสุรานำไปสู่การเกิดผลกระทบในด้านต่างๆ ตามมาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ผลกระทบจากการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทหรือโรคร่วมจิตเวช ได้แก่ 1) ทำให้อาการทางจิตกำเริบ การดื่มสุรา มีผลกระทบต่อสุขภาพ มีผลต่อสมอง ทำให้มีความสุข ควบคุมตนเองไม่ได้ แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม หรือรุนแรงมากขึ้น การดื่มสุรามีผลต่อสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงาน และเกิดอาการทางจิตเพิ่มขึ้น 2) ขาดความต่อเนื่อง ในการบำบัดรักษา มีผลต่อการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีอาการทางจิตกำเริบและกลับมารักษาซ้ำ 3) ขาดแรงจูงใจ ในการเลิกดื่มสุรา เนื่องจากมีอาการอยากสุรา ทนอาการอยากสุราไม่ได้ ใจอ่อน แพ้ใจตัวเอง ไม่กล้าปฏิเสธการดื่มสุรา

ขาดความตระหนักถึงผลเสียหรือผลกระทบจากการดื่มสุรา โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภท ขาดการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหรืออาการทางจิต นอกจากนี้ อาการของโรค มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ก่อให้เกิดความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ท้อถอย แม้ตั้งใจจะเลิกดื่มแต่ปัญหาต่างๆเพิ่มมากขึ้น ทำให้แรงจูงใจลดลง จนมีโอกาสดูแลตัวเองได้ไม่ดี 4) ศักยภาพการทำงานต่ำลง ผู้ป่วยที่มีปัญหาแทรกซ้อนทางจิตใจที่เกิดขึ้นและมีปัญหาการดื่มสุรา ทำให้ขาดทักษะในการแก้ปัญหาของตนเองและทักษะทางสังคม การทำงานแย่ง ผู้ป่วยบางรายเมื่อใช้สุราและสารเสพติดส่งผลทำให้เกิดอาการทางจิตรุนแรงมากขึ้นและทำให้ต้องกลับมารักษาซ้ำ ดังนั้น ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาทั้งโรคทางจิตเวชและปัญหาการดื่มสุราด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคมควบคู่กันไป (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556)

การบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีความยุ่งยากซับซ้อน ทำให้ผลการรักษาไม่ดี ปัจจุบันการรักษาทางจิตเวชและสารเสพติดยังแยกส่วน ทำให้การรักษาขาดความต่อเนื่อง การดูแลในหอผู้ป่วยในพยาบาลควรมีความรู้ ความชำนาญในการประเมินอาการถอนพิษสุรา มีการประเมินความพร้อมของสภาพจิตและสมอง ผู้ป่วยก่อนการบำบัด ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราโดยการ ลด ละ เลิก ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยต้องมีแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา เมื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดจึงจะมีผลลัพธ์ที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ยังเมินเฉยต่อปัญหา เน้นการบำบัดทางจิตสังคมแบบสหวิชาชีพ กลุ่มบำบัดที่ได้ผลดีได้แก่ การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) กลุ่มปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) กลุ่มครอบครัวศึกษา (Family Psycho Education) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psycho Education) และทักษะชีวิต (Life Skill) (Drake et al, 2001 อ้างถึงในสาวิตรี สุริยะฉาย, 2556) เช่นเดียวกับการศึกษาการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อลดอาการทางจิตและพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราหรือสารเสพติด พบว่า การจัดการรายกรณี การสัมภาษณ์เพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษา การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มช่วยเหลือกันเอง และการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน เป็นรูปแบบที่ใช้ในการบำบัดรักษาด้านจิตสังคมในผู้ป่วยสุราที่หรือสารเสพติดที่มีโรคร่วมจิตเภทที่มีความสำเร็จและเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลในระดับหนึ่ง แต่ยังมีข้อจำกัดหลายด้านในการบำบัดรักษา (เอกอุมา อัมคำ, 2556) ในการติดตามผลการบำบัด เน้นให้กลุ่มครอบครัวมีส่วนร่วม เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เป็นผู้ให้ข้อมูลและใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด เป็นกลุ่มที่มีความผูกพันทางธรรมชาติ (Natural Support System) ที่มีความสำคัญที่คอยดูแลช่วยเหลือให้กำลังใจและให้คำแนะนำแก่สมาชิกครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของบุคคลในครอบครัวและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และนอกจากนี้ครอบครัวยังมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ คงไว้ซึ่งพฤติกรรมกรรมการหยุดดื่มสุรา

จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราและสารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุราและสารเสพติด พบว่า การจำแนกแรงจูงใจในระดับต่ำ (Pre contemplation and Contemplation) ตามชนิดของสารเสพติด มีดังนี้ สุรา ร้อยละ 48 โคเคน ร้อยละ 60 กัญชา ร้อยละ 51 และฝิ่น ร้อยละ 41 การจำแนกตามข้อมูลประชากรพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุรา อายุมากกว่า 40 ปี มีแรงจูงใจในระดับต่ำอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556) การเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะผ่านพ้นภาวะถอนพิษสุรา เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่เน้นผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง มุ่งตรงปัญหาของผู้รับการบำบัด เพื่อสร้างความตระหนักในปัญหาการติ่มสุราให้แก่ผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคให้ผู้รับการบำบัดค้นหาปัญหาและหาทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพูดถึงประโยชน์และผลเสียจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยคำนึงถึงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งผู้บำบัดต้องให้การบำบัดตามขั้นตอนของแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากระยะเมินเฉย ลังเล และตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลง (พิชัย แสงชาญชัย, 2553)

หลักการและเทคนิคในการเสริมสร้างแรงจูงใจคือ DARES (พิชัย แสงชาญชัย, 2553) ได้แก่ D: Develop discrepancy การทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างสถานภาพในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากเป็น โดยการเล่าถึงผลลัพธ์ที่เกิดตามหลังการติ่ม และผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยคิดว่าจะเป็นหากไม่ติ่ม ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่แตกต่าง จนเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง A: Avoid argumentation การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง ผู้ป่วยอาจใช้กลไกการป้องกันตนเองที่จะลดความรู้สึกไม่สบายใจให้น้อยลง และไม่ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติ่ม การจู่โจมอย่างจริงจัง จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่อต้านและรู้สึกว่าผู้บำบัดไม่เข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ควรหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกต่อต้าน ไม่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยยอมรับการวินิจฉัย ไม่ต้องยืนยันที่จะเอาความถูกต้องหรือชนะ ควรหาวิธีอื่นๆที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์และโทษที่เกิดขึ้นตามหลังการติ่ม ในขณะเดียวกันก็เห็นผลดีจากการติ่มน้อยลง R: Roll with resistance การทะล่อมหมุนไปกับแรงต้าน เมื่อผู้บำบัดมีความรู้สึกต่อต้าน ไม่ควรปล่อยให้ความรู้สึกต่อต้านนั้นดำเนินต่อไป แต่จะค่อยๆทะล่อมหมุนไปกับความรู้สึกต่อต้านนั้นโดยมีเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้บำบัดจะเสนอแนวทางใหม่ในการคิดเกี่ยวกับปัญหา แต่ไม่ใช่เอามาบังคับใช้ การเกิดความรู้สึกสับสนถือเป็นเรื่องปกติ และการพูดคุยกันถึงความรู้สึกสับสนนี้อย่างเปิดเผยก็จะเป็นประโยชน์ การสรุปความจะต้องมาจากผู้ป่วย ไม่ใช่ผู้บำบัด E: Express empathy การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ผู้ให้การบำบัดต้องสื่อสารที่แสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการสื่อสารที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำต่ำสูงระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะเลือกอย่างอิสระ และกำหนดทิศทางเป้าหมายของตนเอง ผู้ให้การบำบัดต้องพูดนุ่มนวล และบอกเสมอว่าการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น ทั้งหมดขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเอง S: Support self-efficacy ส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัว ความรู้สึกว่าคุณเองมีศักยภาพ คือ ความรู้สึกว่าคุณเองมีความสามารถที่จะทำอะไรให้สำเร็จได้ หน้าที่ของผู้ให้การบำบัดคือ การชี้ให้เห็น การเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ และหากผู้ป่วยทำการปรับพฤติกรรมการติ่ม จะมีผลในการลดปัญหาต่างๆที่เป็นผลจากการติ่ม ให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวังและมองโลกในด้านบวกถ้าความเชื่อมั่นนั้นไม่เกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยมีความสับสน สิ่งที่จะเกิดตามมาก็คือ ผู้ป่วยจะแก้ปัญหาโดยใช้กลไกการป้องกันตนเอง โดยการปฏิเสธ เพื่อลดความรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจโดยไม่ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การบำบัดอย่างย่อ (Brief Intervention :BI) (พิชัย แสงชาญชัย, 2553 และวิโรจน์ วีระชัย, พรณอกลิณกุลหาบ, และสำเนา นิลบรรพ์, 2558) เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุรา ผู้บำบัดใช้เวลาในการพูดคุยอย่างสั้นๆ ประมาณ 15-30 นาที ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้พัฒนาการบำบัดอย่างย่อในการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุราในกลุ่มผู้ดื่มหนักอย่างเป็นอันตราย หรือ Hazardous drinking เพื่อส่งเสริมแรงจูงใจให้ลด ละ เลิกการดื่มสุรา โดยมีเทคนิคที่สำคัญ คือ FRAMES ได้แก่ F: Feedback การให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของปัญหาการดื่มสุราที่ประสบอยู่ ได้แก่ ประวัติการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มาสะท้อนถึงความรุนแรงของโรค R: Responsibility เน้นถึง ความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการตัดสินใจว่าจะเลิกดื่มสุราหรือไม่ ผู้บำบัด**ไม่สามารถ**บังคับ แต่ผู้บำบัดแนะนำ (Advice) หรือให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และจำเป็นต่อการตัดสินใจ เช่น การดื่มสุรามีผลต่อสุขภาพอย่างไรบ้าง ในกรณีที่ดื่มจนติดแล้ว (Substance dependence) การหยุดโดยเด็ดขาดมีโอกาสรักษาความสำเร็จในการเลิกมากกว่าค่อยๆลดปริมาณลง หากเลือกวิธีการค่อยๆลดปริมาณลง ควรมีการเฝ้าติดตามปริมาณที่ดื่มว่าลดลงจริงหรือไม่ เช่นการบันทึกปริมาณการดื่มในแต่ละวัน A: Advice การให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และจำเป็นต่อการตัดสินใจ เช่น การดื่มสุรามีผลต่อสุขภาพอย่างไรบ้าง ในกรณีที่ดื่มจนติดแล้ว (Substance dependence) การหยุดโดยเด็ดขาดมีโอกาสรักษาความสำเร็จในการเลิกมากกว่าค่อยๆลดปริมาณลง หากเลือกวิธีการค่อยๆลดปริมาณลง ควรมีการเฝ้าติดตามปริมาณที่ดื่มว่าลดลงจริงหรือไม่ เช่นการบันทึกปริมาณการดื่มในแต่ละวัน M: Menu การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ ไม่ควรมากเกินไป หรือน้อยจนเกินไป ได้แก่ การเลิกด้วยวิธีการหักดิบ การมีกิจกรรมทดแทนต่างๆ การเข้ากลุ่มช่วยเหลือกันเอง การปฏิบัติ การเข้ารับการรักษาด้วยวิธีบำบัดต่างๆทางการแพทย์ E: Empathy ความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในตัวผู้ป่วย ว่าการติดสุราเป็นโรค ไม่ใช่นิสัยไม่ดี ยอมรับที่ผู้ป่วยอาจจะยังไม่ตระหนักกับปัญหาการติดสุรา เพราะยังไม่มีอาการถอนพิษสุรา หรือยังมองไม่เห็นปัญหา ข้อเสียจากการดื่มสุรา เข้าใจว่าโดยแท้จริงแล้วผู้ป่วยรู้สึกว่าการดื่มสุรามีข้อดีอยู่มาก หรืออาจเสียดายความสุขที่เกิดจากการดื่มสุรา

การสัมภาษณ์เพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing :MI) เป็นการบำบัดที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ถ้าผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงแล้วผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมได้ด้วยตัวเอง ดังนั้นผู้บำบัดต้องทำหน้าที่ในการ กระตุ้น**หรือ**เสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Project MATCH Research Group, 1998) โดยมีหลักการสำคัญคือ 1) กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง 2) ผู้ป่วยต้องแก้ไขความรู้สึกแง่ลบด้วยตนเอง 3) การชักจูงให้ผู้ป่วยเห็นข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 4) เป็นรูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจ ที่ควรเจียบและกระตุ้น โดยไม่โต้แย้งกับผู้ป่วย 5) ผู้บำบัดต้องเอาใจใส่และตอบสนองต่อลักษณะของแรงจูงใจ (พิชัย แสงชาญชัย, ดร.ณิ ภูขาว, สังวรณ สมบัติใหม่ และคณะ, 2553) การใช้เทคนิค MI ให้ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นหลัก ขึ้นอยู่กับอาการทางจิตหรือความผิดปกติของผู้ป่วย ซึ่งในกลุ่มโรคจิตเภทมีความบกพร่องเรื่องความคิดและการสื่อสาร ควรใช้เทคนิคที่สั้น ไม่มีแบบแผนมาก เช่น การใช้เทคนิคการแนะนำ

การสัมภาษณ์เพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) เป็นแนวทางการให้การปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ตนเอง เข้าใจตนเองมากขึ้น เกิดความคิดที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น โดยผู้บำบัดใช้เทคนิค OARS ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning: O) การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation: A) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening: R) การสรุปความ (Summarization: S) เพื่อให้ผู้ป่วยคิดและกล่าวข้อความที่จูงใจตนเองออกมาเพิ่มขึ้นตลอดการสนทนา ทำให้แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากยิ่งขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย, และคณะ, 2553)

โปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ฉบับปรับปรุง (Integrated Co-Occurring psychiatric Substance and alcohol use Disorders Rehabilitation revised Program: ICORD-Rr model) (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2559) ที่พัฒนาและปรับปรุง โดยผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจากผู้ป่วยและผู้บำบัด ระหว่างโรงพยาบาลจิตเวช 6 แห่ง ทีมสหวิชาชีพ ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และทำการวิจัยเชิงสำรวจเรื่อง การสำรวจโรคร่วมทางจิตเวชของผู้ป่วยสุราที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช (co-occurring disorder among alcohol use disorder inpatient at psychiatric hospital) พบว่า มีถึงร้อยละ 69.2 รวมทั้งมีการทบทวนวรรณกรรม องค์ความรู้ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีประสิทธิภาพสูง เกี่ยวกับการคัดกรองการถอนพิษ การบำบัดฟื้นฟู และการติดตามผลการบำบัดสำหรับผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช โดยใช้หลักฐานทางวิชาการที่มีความน่าเชื่อถือ จำนวน 266 เรื่อง นำมาทำการวิจัยเชิงทดลอง ออกแบบเป็นโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชแบบบูรณาการ สำหรับสหวิชาชีพ มีกิจกรรมการบำบัดทั้งหมด 14 ครั้ง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผสมผสานสำหรับผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช เพื่อแก้ปัญหาคัดติ่มสุราแบบบูรณาการ ให้การบำบัด วันละ 2 ครั้งๆละ 50-60 นาที ภายใน 2 สัปดาห์ มีการติดตามผลหลังการบำบัด 1 2 และ 3 เดือน ทดลองการบำบัดที่สร้างขึ้นโดยผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองสามารถหยุดติ่มสุราได้มากกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 45.33

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาด 250 เตียง รับผู้ป่วยที่มีปัญหาการติ่มสุราและได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทซึ่งเกิดจากแอลกอฮอล์ (F10) และมีร่วมจิตเภท (F20) เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จากสถิติการเข้ารับการรักษาของผู้มีปัญหาคัดติ่มสุราที่ตึกจิตเวชหนักชายเฟื่องฟ้า 1 ในปีงบประมาณ 2561 และ 2562 มีผู้ป่วยที่มีปัญหาคัดติ่มสุราเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในทั้งหมด 321 และ 432 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีปัญหาคัดติ่มสุราและมีโรคร่วมจิตเภท จำนวน 90 และ 114 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.04 และ 26.39 ของผู้ป่วยในที่มีปัญหาคัดติ่มสุราทั้งหมด การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาคัดติ่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ใช้โปรแกรมการดูแลผู้มีปัญหาคัดติ่มสุราในระบบสุขภาพของผลงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้

มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) ตั้งแต่การประเมินคัดกรอง การบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ จนถึงการวางแผนเพื่อการดูแลระยะยาว ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก็ได้รับการบำบัดรักษาทั้งทางร่างกายควบคู่ไปกับทางจิตสังคม ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทในโรงพยาบาลยังไม่มีรูปแบบการบำบัดเฉพาะชัดเจน ยังบำบัดรวมกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดชนิดอื่น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งโปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชฉบับปรับปรุง (ICORD-Rr model) เป็นโปรแกรมที่เหมาะสมกับผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท และหากผู้ป่วยได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ป่วยจะเกิดความตระหนักในปัญหาการดื่มสุราของตนเอง สามารถค้นหาปัญหาและหาทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง พุดถึงประโยชน์และผลเสียจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการเสริมสร้างแรงจูงใจคำนึงถึงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้การบำบัดตามขั้นตอนของแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากระยะเมินเฉย ลังเล และตัดสินใจ ที่จะเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ที่จะศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา สามารถลด ละ เลิกการดื่มสุราได้อย่างถาวร และมีอาการทางจิตลดลง

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.2.1 เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทที่มีต่อพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราและอาการทางจิต ในระยะก่อนทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

2.2.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท ที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ และผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

2.2.3 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท ที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ และผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

3. คำถามการวิจัย

3.1 พฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรควิตกกังวล หลังจากได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการหลังการทดลองในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่

3.2 พฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรควิตกกังวลในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 พฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรควิตกกังวล หลังจากได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการหลังการทดลองในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2 พฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรควิตกกังวลในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

5.1 ตัวแปรต้น (Independent Variable) คือ การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ

5.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ พฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรควิตกกังวล

6. รูปแบบการวิจัยและขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) กลุ่มทดลอง (Experimental group) ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ส่วนกลุ่มควบคุม (Control group) ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรควิตกกังวล ในระยะก่อนทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ โดยศึกษาในผู้ป่วยสุราที่มีโรควิตกกังวลที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ในระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2563

7. นิยามศัพท์ในการวิจัย

7.1 ผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD-10 ว่าเป็นโรคจิตเภท (F 20) พบร่วมกับได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD-10 ว่าเป็นความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทจากสุรา (F 10) โดยมีคะแนนอาการทางจิต (BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนนและมีประวัติการดื่มสุรารายใน 3 เดือน โดยมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป

7.2 การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ หมายถึง การเสริมสร้างแรงจูงใจด้วยการบำบัดอย่างย่อ (BI) ก่อนการบำบัด (ก่อนทำกิจกรรมการบำบัดครั้งที่ 1) ระหว่างการบำบัดในโปรแกรม (ก่อนการทำกิจกรรมการบำบัดครั้งที่ 8) และหลังการบำบัด (หลังทำกิจกรรมบำบัดครั้งที่ 14) ซึ่งเป็นครั้งสุดท้ายของการบำบัดด้วยโปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชฉบับปรับปรุง (ICORD-Rr model) ที่พัฒนาและปรับปรุงโดย บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ (2559) กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีกิจกรรมกลุ่มบำบัดทั้งหมด 14 ครั้ง ประกอบด้วย 1) กลุ่มศิลปะ (Expressive Therapy) 2) แรงจูงใจสร้างได้ 3) สมองติดยา/สุรา 4) การให้ความรู้ (Cognitive Behavioral Education) เพื่อปรับพฤติกรรมที่เปลี่ยนได้ โดยใช้ความคิด 5) เครียดได้หายได้ 6) เลิกงาน...ที่เป็นเรา 7) เลิกสุรา/สารเสพติดสบายๆ เมื่อใช้ยาคุณหมอ 8) รู้จักเสี่ยง...จะเสี่ยงน้อยลง 9) สุราและสารเสพติดเกี่ยวข้องกับโรคจิตเวชอย่างไร 10) ดูดีได้...ด้วยตัวฉันเอง 11) สิบซ่อม...เสริมทักษะชีวิต 12) ความหวังพลังใจ 13) ตาราง...สร้างชีวิต 14) อยู่อย่างไร...ให้เข้าใจกัน โดยมีญาติร่วมกิจกรรม โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจครั้งละ 15-30 นาที โดยการประเมินระยะการเปลี่ยนแปลง Stage of Change เสริมสร้างแรงจูงใจโดยใช้เทคนิค FRAMES ทบทวนเป้าหมายของการบำบัด

7.3 พฤติกรรมการดื่มสุรา หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท ซึ่งพฤติกรรมการดื่มสุราจำแนกตามประเภท ปริมาณ ความถี่ของการดื่ม และการดื่มมีผลต่อปัญหาด้านสุขภาพ การงานและสังคม ลักษณะพฤติกรรมการดื่มสุราแบ่งเป็น 1) กลุ่มการดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ 2) กลุ่มการดื่มสุราแบบเสี่ยง 3) กลุ่มการดื่มสุราแบบอันตราย และ 4) กลุ่มการดื่มสุราแบบติด ที่แปลผลจากค่าคะแนนที่ได้จากการใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) เป็นเครื่องมือในการประเมิน แปลผล ดังนี้

ช่วงคะแนน 0-7 คะแนน หมายถึง กลุ่มไม่ดื่มหรือดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low Risk/Abstinence)

ช่วงคะแนน 8-15 คะแนน หมายถึง กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinker)

ช่วงคะแนน 16-19 คะแนน หมายถึง กลุ่มดื่มแบบอันตราย (Harmful Drinker)

ช่วงคะแนน 20-40 คะแนน หมายถึง กลุ่มดื่มแบบติดหรือสงสัยภาวะติดสุรา (Alcohol Dependence)

7.4 อาการทางจิต หมายถึง ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ที่ได้จากการประเมินด้วยแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) มี 7 ระดับตามความรุนแรงของอาการ ได้แก่ 1=ไม่มีอาการ (Not present) 2=มีอาการขั้นต่ำสุดหรือสงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง (Very mild) 3=มีอาการเล็กน้อย (Mild) 4=มีอาการปานกลาง (Moderate) 5=มีอาการค่อนข้างรุนแรง (Moderate severe) 6=มีอาการรุนแรง (Severe) และ 7=มีอาการรุนแรงมาก (Extremely severe) คะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน แบ่งระดับของช่วงคะแนนและแปลผลได้ดังนี้

ช่วงคะแนน ≤ 18 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการทางจิต

ช่วงคะแนน 19-36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตระดับน้อย

ช่วงคะแนน 37-126 คะแนน หมายถึง อาการทางจิตรุนแรง

7.5 การพยาบาลแบบปกติ หมายถึง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ที่ได้เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยการประเมินพฤติกรรม การดื่มสุรา การเฝ้าระวังการเกิดภาวะถอนพิษสุรา การรักษาภาวะถอนพิษสุรา การให้ยาฉีด ให้ยา รับประทานรักษาอาการทางด้านร่างกาย และอาการทางจิตตามแผนการรักษา การจัดการกับอาการที่เกิดจากการดื่มสุรา เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดื่มสุรา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการรักษา การประเมินความต้องการของผู้ป่วย คุณลักษณะชีวิตของผู้ป่วยและการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 ผู้ป่วยไม่กลับไปดื่มสุรา ไม่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงและไม่กลับมารักษาซ้ำในระยะเวลา 12 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรมการบำบัด

8.2 บุคลากรมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นในการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเวช

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตในการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีตลอดจนการทบทวน ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัย โดยมีสาระสำคัญครอบคลุมหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้ป่วยสุรา
 - 1.1 สถานการณ์การดื่มสุรา
 - 1.2 โรคที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา
 - 1.3 ปัจจัยของการติดสุรา
 - 1.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการติดสุรา
 - 1.5 ผลกระทบของการดื่มสุรา
 - 1.6 พฤติกรรมการดื่มสุรา
2. แนวคิดทฤษฎีผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท
 - 2.1 ความชุกและโรคจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ดื่มสุรา
 - 2.2 ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดื่มสุราที่ผิดปกติและโรคร่วมทางจิตเวช
 - 2.3 ทฤษฎีการเกิดโรคร่วมจิตเวชและความผิดปกติการดื่มสุรา
 - 2.4 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด
 - 2.5 ภาวะโรคจิตเภทร่วมกับการดื่มสุรา
 - 2.6 ผลกระทบการดื่มสุราจากโรคร่วมทางจิตเวช
3. การบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท
4. รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด
5. การดูแลรักษาแบบบูรณาการ
6. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด
 - 6.1 การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ
 - 6.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 6.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองของเบนดรา
 - 6.4 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขการกระทำของสกินเนอร์
 - 6.5 ทฤษฎีอัตลัษิตหรือทฤษฎีการกำหนดด้วยตนเอง
 - 6.6 ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

7. การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
9. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้ป่วยสุรา

1.1 สถานการณ์การดื่มสุรา

ปัญหาการดื่มสุราพบได้ทั้งในและต่างประเทศทั้งประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2004) ได้ประมาณการว่า มีผู้ที่ดื่มสุรากลุ่ม 2 พันล้านคน และพบว่าในจำนวนผู้ที่ดื่มสุราได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือความผิดปกติเกี่ยวกับการดื่มสุรา จำนวน 76.3 ล้านคน ซึ่งประเทศไทยมีพฤติการณ์การดื่มสุรา เป็นอันดับที่ 20 ของโลก จากการศึกษาระบาดวิทยา Epidemiologic Catchment Area study (ECA) ในประชากรสหรัฐอเมริกา พบว่าในประชากรทั่วไป พบโรคจิตเวชได้ ร้อยละ 19.9 และในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราจะพบโรคทางจิตเวชร่วม ร้อยละ 36.6 (Regier et al, 1990) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ว่าด้วยการดื่มสุราของโลกประจำปี 2557 พบว่าประชากรทั่วโลกมากกว่าร้อยละ 38 ดื่มสุราเป็นประจำ มีผู้เสียชีวิตจากการดื่มสุราทั่วโลกในแต่ละปี 3.3 ล้านราย และจากรายงานการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 66 มีมติรับรองยุทธศาสตร์โลกแผนปฏิบัติการ 2557-2562 ในการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ ในการจัดการกับปัญหาการบริโภคสุรา (ทักษพล ธรรมรังสี และ อรทัย วลีวงศ์รังสี, 2556)

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการดื่มสุรานั้นวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ในประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน มีการดื่มสุรามากเป็นอันดับ 4 ของโลก และเป็นอันดับ 3 ของทวีปเอเชีย นับวันยิ่งจะเป็นปัญหา และทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จากทัศนคติ ประเพณี และค่านิยม ที่มีการใช้สุราเพื่อเข้าสังคม สร้างความสนุกสนาน คลายความเครียด (ปรารงค์ทิพย์ อุจะรัตน์, 2554; หารษา เศรษฐบุปผา, 2555) ผู้ผลิตเองก็มีการพัฒนากลยุทธ์ในรูปแบบต่างๆ ทั้งการโฆษณาสินค้าในโทรทัศน์ ขึ้นป้ายขนาดใหญ่เป็นผู้สนับสนุนกิจกรรมทางสังคม สร้างภาพลักษณ์ว่าเป็นสิ่งดีงาม เข้าถึงได้ง่ายทุกเพศทุกวัย ทำให้เกิดพฤติกรรมการเลียนแบบที่ไม่เหมาะสม (สาวิตรี อัยณรงค์กรชัย , 2552) และจากนโยบายการค้าอย่างเสรี มาตรการทางภาษี ที่ทำให้สุรา มีราคาถูก จัดเป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมาย ได้รับยอมรับจากสังคมทั่วโลก (ฉัตรสมุน พงษ์นิญญ, 2555) จากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้บุคคลเกิดความเครียดได้ง่าย และถ้าไม่มีทางออก การแก้ปัญหานี้นิยมใช้ในการผ่อนคลายความเครียดคือการดื่มสุรา จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการสำรวจร่างกายครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2551-2552 ของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชน (สพท.) ทำการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม การทดสอบการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย การตรวจทางชีวเคมีและการตรวจร่างกาย ผลการสำรวจที่สำคัญพบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ดื่มสุราใน 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 45.3 (ชายร้อยละ 65.5 หญิงร้อยละ 26.1) ผู้ที่ดื่มอายุอยู่ในช่วง 30-44 ปี มีสัดส่วนของผู้ที่ดื่มสุราใน 12 เดือนที่ผ่านมาสูงที่สุด ร้อยละ 52.2 (ชายร้อยละ 74.9 หญิงร้อยละ 31) (บัณฑิต ศรีไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ และกมล วัฒนาวพร, 2553) จากการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากรไทย พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดย

สำรวจในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า เป็นผู้ที่ดื่มสุรา ร้อยละ 28.4 กลุ่มอายุที่มีอัตราการดื่มสูงสุด คือ อายุ 25-44 ปี ร้อยละ 36.0 และจากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2556 ประชากรไทยกลุ่มที่มีความชุกของนักดื่มสูงสุด คือวัยผู้ใหญ่ (อายุ 25-59 ปี) ร้อยละ 37.3 รองลงมาคือกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) คิดเป็นร้อยละ 23.7 และวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 16.6 (ทักษพล ธรรมรังสี, 2556) จากข้อมูลจะพบว่า พฤติกรรมการดื่มสุรามีทุกช่วงวัย จึงเป็นความท้าทายและโอกาสในการพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุขในการควบคุม และลดความรุนแรงของปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2554) ซึ่งการดื่มสุราก็ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆตามมาจากาการดื่มสุราที่ผิดปกติ ถือเป็นการดื่มสุราแบบมีปัญหา หรือ เป็นผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders :AUD) หมายถึง เป็นการดื่มสุราที่ผิดปกติ จนทำให้เกิดผลกระทบหรือปัญหาต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การทำงาน และสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550) ปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดื่มเอง และผลกระทบอื่นๆตามมา ที่ควรได้รับการแก้ไข

1.2 โรคที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา (Alcohol-Related Disorders) (พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2554; ทวี ตั้งเสรี, 2555) โรคที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา เป็นความผิดปกติเกี่ยวกับการดื่มสุรา จำแนกดังต่อไปนี้

1.2.1. ความผิดปกติพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders) เป็นความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุราที่ก่อให้เกิดผลเสียหรืออันตรายทั้งต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม แบ่งออกเป็น

1.2.1.1 การดื่มผิดปกติ (Alcohol Abuse or Harmful Use: F10.1) เป็นการดื่มแบบอันตราย หมายถึง รูปแบบการดื่มที่เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งร่างกาย เช่น ตับถูกทำลายจากการดื่มเรื้อรังทางจิตใจ เช่น มีอาการซึมเศร้าหลังการดื่ม หรือทางสังคม เช่น มีปัญหาทางกฎหมาย ขาดเรียน ขาดงาน มีปัญหา ด้านสัมพันธภาพ มีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้ 1) มีหลักฐานชัดเจนว่าดื่มสุราจนทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ 2) ลักษณะของอันตราย เช่น ไม่สามารถทำงาน หรือผลการทำงานไม่ดี อยู่ในสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย มีปัญหาทางกฎหมาย เกิดปัญหาทางสังคม หรือปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ตลอดเวลา หรือบ่อยๆ 3) ต้องดื่มสุราติดต่อกันอย่างน้อยหนึ่งเดือนหรือดื่มหลายครั้งในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 4) ต้องไม่เข้ากับหลักเกณฑ์การวินิจฉัยสำหรับ Alcohol Dependence

1.2.1.2 โรคติดสุรา (Alcohol Dependence: F10.2) เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดและควรได้รับการรักษา อาการแสดงที่พบบ่อย มีอาการขาดสุรา หากหยุดดื่มมีอาการรู้สึกลอยๆตกอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ยังคงดื่มต่อแม้ทราบว่าจะเกิดผลเสียตามมา และดื่มจนละเลยกิจกรรมอื่นๆ หรือหน้าที่รับผิดชอบโดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยคือ รูปแบบการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ แสดงออกอย่างน้อย 3 อาการ ในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

1. มีการดื้อยา ซึ่งมีนิยามอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้ มีความต้องการดื่มเพิ่มขึ้น เพื่อให้เกิด Intoxication หรือผลอื่นที่ต้องการ หรือฤทธิ์จากการดื่มลดลงอย่างมากหากยังคงดื่มเท่าเดิม
2. มีอาการขาดยา ซึ่งมีนิยามอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้ มีอาการขาดสุรา หรืออาการถอนพิษสุรา การดื่มสุรา (หรือสารใกล้เคียง) สามารถลด หรือกำจัดการขาดสุราได้
3. มีการดื่มสุราในปริมาณมาก หรือนานกว่าที่ตั้งใจ
4. มีความต้องการดื่มอยู่ตลอดเวลา หรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มได้
5. ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อหาสุรามาดื่ม หรือในการฟื้นจากการเมาสุรา
6. ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงาน หรือการหย่อนใจอื่นๆ เนื่องจากการดื่ม
7. คงยังดื่มอยู่ แม้จะทราบว่ามีโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกาย หรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น เช่น ดื่มสุราอยู่แม้ทราบว่าสุราจะทำให้แผลในกระเพาะอาหารแย่ลง

1.2.2 ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตใจที่เกิดจากสุรา (Alcohol Induce Disorders)

หมายถึงกลุ่มอาการผิดปกติทางพฤติกรรมหรือจิตใจที่เกิดจากการดื่มสุรา กลุ่มอาการที่พบบ่อยได้แก่

1.2.2.1 ภาวะเมาสุรา (Alcohol intoxication: F10.0) ภายหลังการดื่มสุรแล้วมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่เหมาะสม การตัดสินใจผิดพลาด เกิดความบกพร่องในอาชีพการงานและสังคมหลังการดื่มสุรา และมีอาการแสดงทางร่างกาย เช่น พูดไม่ชัด อ้อแอ้ การทรงตัวเสีย เดินเซ เดินสะเปะสะปะ ร่าเริง ตื่นเต้น พูดมาก หรือหงุดหงิด ง่วงซึม ถ้าเมามากอาจถึงกับหมดสติ ไม่รู้สึกตัว (Coma) ได้ ซึ่งในแต่ละคน จะมีปฏิกริยาตอบสนองต่อปริมาณแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับ เพศ อายุ กรรมพันธุ์ น้ำหนักตัว ประวัติการดื่มสุรามาก่อน มีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้

1. มีการดื่มสุรา
2. มีอาการ พฤติกรรม และจิตเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน (เช่น พฤติกรรมทางเพศ ไม่เหมาะสม พฤติกรรมก้าวร้าว หน้าที่การงานและสังคมบกพร่อง) ที่เกิดขึ้นระหว่างดื่มสุราหรือหลังจากดื่มสุราไม่นาน
3. ร่วมกับมีอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 ข้อ พูดไม่ชัด, การทรงตัวไม่ดี, เดินทางไม่ตรง, Nystagmus, ความจำระยะสมาธิเสีย, Stupor หรือ Coma
4. อาการดังกล่าวไม่ได้เป็นผลจากโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวชอื่น

1.2.2.2 ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal: F10.3) ในผู้ติดสุราเมื่อหยุดหรือลดปริมาณการดื่มลง มีโอกาสที่จะเกิดอาการขาดสุราขึ้น ในบางรายอาจมีอาการเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องรับการรักษาใดๆ ก็สามารถหายไปได้เอง แต่บางรายมีอาการรุนแรงจนเกิดภาวะถอนพิษแบบรุนแรง มีอาการเพ้อคลั่ง (Delirium) หรือชัก (Rum fit) ได้ แต่อย่างไรก็ตามการซักประวัติและการตรวจร่างกายจะสามารถทำนาย ปัจจัยเสี่ยงว่าผู้ใดมีโอกาสเกิดอาการขาดสุราในระดับรุนแรงมากน้อยเพียงใด และการเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง สามารถป้องกันการเกิดอาการขาดสุรารุนแรงได้ มีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้ ภายหลังการหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มสุราหลังจากมีการดื่มหนักต่อเนื่องเป็นเวลานานแล้ว มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ คือ

1) ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว มีไข้ หายใจเร็ว มีเหงื่อออก 2) มือสั่น 3) นอนไม่หลับ ผื่นร้าย 4) คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย 5) กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่ 6) ประสาทหลอน-หูแว่ว ภาพหลอน เหมือนมีแมลงไต่ 7) วิดกกังวล กลัว และ 8) ชักทั้งตัว (Grandmal seizure)

ภาวะชักจากการถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal seizures หรือ Rum fit) พบได้ประมาณร้อยละ 3-10 ของ alcohol withdrawal พบมากขึ้นในผู้ดื่มสุรามานานหลายปี ประมาณร้อยละ 28 มีอาการชักแบบ tonic-clonic (granmal) ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 95 พบภายใน 48 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม มีโอกาสเกิดการชักซ้ำมากที่สุดในช่วง 12-24 ชั่วโมงหลังการชักครั้งแรก อาการชักแบบต่อเนื่องพบได้น้อยกว่าร้อยละ 3 ของผู้ป่วยที่ชักจากการขาดสุรา ต้องพิจารณาหาสาเหตุอื่นๆของการชักร่วมด้วย เช่น Head injuries, CNS infection, CNS neoplasm, Other cerebrovascular diseases และ Metabolic disturbance เช่น Hypoglycemia, Hyponatremia และ Hypomagnesemia

1.2.2.3 ภาวะถอนพิษสุรารุนแรงเพื่อสับสน (Alcohol withdrawal with Delirium: F10.4) เป็นอาการถอนพิษสุรารุนแรง อาการเกิดต่อเนื่องจากภาวะถอนพิษสุราที่ไม่ได้รับการรักษา และมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ อาการมักเริ่มรุนแรงภายใน 2-3 วันหลังหยุดดื่มสุรา และรุนแรงที่สุดในวันที่ 4-5 ส่วนใหญ่อาการมักดีขึ้นภายใน 10 วัน แต่บางรายอาจมีอาการนานถึง 4-5 สัปดาห์ได้ ภาวะถอนพิษสุรารุนแรงนี้ถือเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ เนื่องจากมีอันตรายสูงถึงร้อยละ 30 ลักษณะสำคัญในการวินิจฉัย คือ มีอาการขาดสุรารุนแรงร่วมกับเพื่อสับสน (Delirium) โดยผู้ป่วยที่มีอาการ Delirium มีอาการดังต่อไปนี้ 1) ระดับสติสัมปชัญญะและความรู้สึกตัว (consciousness) เปลี่ยนแปลงไป สับสน (confusion) 2) มีการทำงานของสมองที่เกี่ยวกับความคิด ความจำ การรับรู้ (cognition) เสียไป เช่น สับสนเรื่องเวลา สถานที่ บุคคล (disorientation) พุดจาสับสน มีอาการหูแว่ว (visual, tactile or auditory hallucination) ที่พบบ่อย คือ ประสาทหลอนทางการสัมผัส (tactile hallucination) 3) อาการผู้ป่วยจะแย่ลง ดีขึ้นเป็นพักๆ โดยเฉพาะเวลากลางคืนอาการจะรุนแรงมากขึ้น และสงบลงช่วงเวลากลางวัน

1.2.2.4 โรคจิตจากสุรา (Alcohol induce psychotic disorder หรือ Alcohol induce psychosis: F10.5) ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือ หลงผิด พบได้ทั้งหูแว่ว (auditory hallucination) และภาพหลอน (visual hallucination) อาการอาจคงอยู่หลายสัปดาห์ถึงหลายเดือนหลังหยุดดื่มแล้ว แต่ไม่ควรเกิน 6 เดือน มักพบในผู้มีประวัติดื่มอย่างหนักและไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตจากสาเหตุใดๆมาก่อน และไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรงที่มีภาวะเพื่อ (Delirium) การวินิจฉัย (ตามเกณฑ์ ICD-10) เป็นกลุ่มอาการโรคจิตที่เกิดขึ้นหรือทันทีที่หยุดดื่ม โดยมักมีอาการประสาทหลอนที่ชัดเจน (มักจะเป็นทางหูและมักจะเกิดกับระบบสัมผัสมากกว่าหนึ่งชนิด) หลงผิด และ/หรือ ความคิดหวาดระแวง (เช่นว่าจะถูกปองร้าย) การเปลี่ยนแปลงของระบบการเคลื่อนไหว (มากขึ้นหรือน้อยลง) และอารมณ์ที่ไม่ปกติ ซึ่งเป็นได้ตั้งแต่ความกลัวอย่างรุนแรง จนถึงภาวะเพื่อผื่น ยังมีความรู้สึกตัวดี แต่มีอาการ

เบลอบ้าง ซึ่งอาจเป็นลักษณะสับสนที่ไม่รุนแรง ความผิดปกตินี้จะทุเลาลงบางส่วนภายใน 1 เดือนและหายเป็นปกติภายใน 6 เดือน

1.2.2.5 ภาวะความจำเสื่อมจากสุรา (Alcohol induce persisting amnesic disorder: F10.6)

1.2.2.6 ภาวะสมองเสื่อมจากสุรา (Alcohol induce persisting dementia : F10.73)

ผู้ป่วยมีประวัติการดื่มสุราอย่างหนักมานาน โดยมีหลักฐานจากการตรวจประวัติการตรวจร่างกาย หรือทางห้องปฏิบัติการว่าเป็นความผิดปกติจากผลที่ยังคงอยู่ของการดื่มสุราอย่างน้อย 3 สัปดาห์ มีอาการของ dementia โดยไม่พบว่ามีสาเหตุอื่น อาการของ dementia ผู้ป่วยจะมี cognitive impairment (ความบกพร่องของสติปัญญาหลายด้าน โดยแสดงออกทั้ง memory impairment (ความจำเสื่อม) ร่วมกับ aphasia (ความผิดปกติด้านภาษา) apraxia (บกพร่องในการประกอบกิจกรรม) ถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อปกติ agnosia (ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่างๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ผิดปกติ) impairment in executive function (ความผิดปกติในด้านการบริหารจัดการ) เช่น การวางแผน การประมวล การวางลำดับ การคิดเชิงให้การตัดสินใจ การใช้เหตุใช้ผลและพฤติกรรมทั่วไปแย่งลง บางรายอาจมี psychotic symptoms (delusion, hallucination) ตามมาได้

1.2.2.7 ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอื่นๆ (Other mental and behavioral disorders) เช่น mood disorder, anxiety disorder, sexual dysfunction, sleep disorder

1.3 ปัจจัยของการติดสุรา

ปัญหาการใช้สุราของประชาชนในสังคมไทย นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ เพราะปัญหาการใช้สุราไม่ได้มีผลกระทบกับตัวผู้ดื่มเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อผู้อื่นด้วย เช่น ครอบครัว เพื่อนฝูง สังคม ถึงกระนั้นก็ตามยังมีจำนวนผู้เสพยาสุราเพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสุราเป็นสารเสพติด ที่ถูกกฎหมาย สังคมไทยยังมีค่านิยมว่าการดื่มสังสรรค์เป็นเรื่องธรรมดา ตลอดจนมีความเชื่อผิดๆ ว่า การดื่มสุราช่วยคลายเครียด ทำให้รู้สึกสนุกสนานได้ จนต้องดื่มสุราจนไม่สามารถเลิกดื่มได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพอสรุปปัจจัยที่สำคัญที่เป็นสาเหตุให้ติดสุราได้ดังนี้

1.3.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Factor)

1. พันธุกรรม (Genetic) ความอ่อนแอทางกรรมพันธุ์ตามธรรมชาติ (Vulnerability) ที่นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการดื่มสุราและการติดสุรา ปัจจัยทางชีวภาพที่มีอิทธิพลต่อการติดสุราประมาณร้อยละ 40-50 (saunders & kadden, 2001) ผลการวิจัยทางครอบครัว พบว่า อัตราการติดสุราในพ่อแม่ พี่ น้อง และลูกของผู้ติดสุราสูงกว่าอัตราการติดสุราในคนทั่วไปถึง 3 ถึง 5 เท่า ลูกของผู้ติดสุราจะดื่มสุรา “เก่ง” คือมีอาการดื้อยา หรือ tolerance สูง เมื่อดื่มถึงขีดหนึ่งแล้วจะเมาอย่างมากและจะมีอาการไม่สบายมากเวลาสร้างเมา ผลการศึกษาวิจัยในฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน แม้จะถูกแยกไปเลี้ยงโดยครอบครัวที่ต่างกันจะมีอัตราการติดสุราเกือบเท่ากันร้อยละ 80

2. สารชีวเคมีในสมอง สุราออกฤทธิ์ต่อระบบสารสื่อประสาทหลายตัว โดยออกฤทธิ์ต่อ inhibitory system ผ่าน GABA receptor และ glycine receptor ที่ ventral tag mental area มีผล

ทำให้ dopamine เพิ่มขึ้นที่ nucleus accumbency ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทหลัก (neurotransmitter) .ในวงจร reward system ส่งผลให้ผู้ติ่มสุรามีอาการมึน มีความสุขเมื่อได้ติ่มสุรา มีอาการถอนพิษสุราเมื่อไม่ได้ติ่มสุรา รวมถึงต้องเพิ่มปริมาณการติ่มขึ้นเรื่อยๆ (บุญศิริ จันศิริมงคล, 2556)

1.3.2 ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological Factor)

บุคลิกภาพของบุคคลที่เป็นผลมาจากการเลี้ยงดู ทำให้มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพที่บกพร่อง เช่น บุคคลที่ปรับตัวยาก บุคลิกพึ่งพาผู้อื่นสูง ไม่มีความอดทน ไม่มีความพึงพอใจในชีวิต (Neal, Cohen & Copper, 1985) ซึ่งบุคลิกภาพของผู้ที่ติดสุราจะมีลักษณะปรับตัวไม่ได้ ทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้ มีการพึ่งพาไม่สามารถต่อสู้กับความผิดหวัง รู้สึกเป็นบาปรู้สึกไร้ค่า (Donald et al, 1996) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายในที่เกี่ยวกับกระบวนการคิด ระดับสติปัญญา ภาวะอารมณ์ การมีเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive distortion) ได้แก่ ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy) ความคิดที่เกี่ยวกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของสุราที่จะเกิดกับตนเอง (Perceived outcome expectation) การเรียนรู้ที่ไม่มีประสิทธิภาพในการใช้ทักษะทางความคิด (Cognitive skill) และทักษะทางพฤติกรรม (Behavioral skills) ในการเผชิญกับปัจจัยภายนอกและภายในตัวบุคคลที่กระตุ้นให้ใช้สุราก็เป็นปัจจัยสำคัญ (Kadden, 2001) การติ่มสุราช่วยลดความกลัวความขัดแย้ง ความวิตกกังวลในจิตใจลงชั่วคราว ทำให้เกิดความพึงพอใจเป็นแรงเสริมต่อพฤติกรรมการติ่มสุรา การติ่มสุราเกิดจากสาเหตุภายในตัวของบุคคล บางคนใช้สุราเพื่อแก้ปัญหาบางอย่างของจิตใจและอารมณ์ มีหลายการศึกษาที่แสดงถึงผู้ป่วยใช้สุราและสารเสพติดลดอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 50 ใช้สุราเพื่อลดอาการทางจิตเวช (negative symptoms) เช่น ภาวะแยกตัวออกจากสังคม ภาวะอารมณ์เฉยๆ อารมณ์เบื่อหน่าย ลดความวิตกกังวล ประหม่าในการเข้าสังคม ผู้ป่วยจึงติ่มสุราเพื่อเข้าสังคมและเกิดการยอมรับของกลุ่มเพื่อน หรือช่วยทำให้ผ่อนคลายจากความไม่สบายใจ (self-medication) ซึ่งเป็นวิธีการแสวงหาความสุขสบายใจอย่างหนึ่งของผู้ป่วย บางครั้งเพื่อลดอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช และลดอาการประสาทหลอนของตน (บุญศิริ จันศิริมงคล, 2556)

1.3.3 ปัจจัยทางด้านสังคม (Social Factor)

เชื่อว่าการติดสุราเกิดจากสภาพแวดล้อมซึ่งเป็นบริบทของบุคคล แรงกดดันจากสังคม การไม่มีงานทำ ภาวะยากจน ความขัดแย้งของคู่สมมีภรรยา ความเครียดจากงาน การใช้สุราและการติดสุราในภายหลังมีผลมาจากประสบการณ์การเรียนรู้ทางสังคม ที่เคยได้รับมาก่อน ซึ่งเด็กเห็นบิดา-มารดาติ่มสุรา ถือว่าเป็นเรื่องธรรมดา การด้อยโอกาสด้านอาชีพ โอกาสทางสังคม กิจกรรมนันทนาการ ซึ่งทำให้เกิดภาวะ downward social shift อยู่ในสังคมที่ยากจนมากขึ้น การมีเวลาว่างมากจนกลายเป็นความเหงา บางครั้งมีภาวะโรคร่วม โดยเฉพาะโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งทำให้การเข้าถึงการใช้สุราและสารเสพติดได้ง่าย และติดสุราและสารเสพติดได้ง่าย (บุญศิริ จันศิริมงคล, 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการติดสุราไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยเฉพาะทั้ง 3 ปัจจัยจะมีผลเกี่ยวเนื่องกันทำให้ผู้ป่วยติดสุรา ทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสังคม ดังนั้นในการช่วยเหลือผู้ที่ติดสุราให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ผู้ให้การช่วยเหลือต้องทำความเข้าใจว่า เพราะเหตุใดบุคคลจึงติดสุรา จึงมีความจำเป็นต้องพิจารณาทุกปัจจัยที่กล่าวมาแทนที่จะมองไปที่จุดเดียวหรือให้ความสำคัญกับการเข้าใจปัญหาเฉพาะบุคคล ควรให้การช่วยเหลือให้ครอบคลุมตรงตามปัญหาของผู้ติดสุราทั้งด้านชีวภาพและทางด้านจิตสังคม

1.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการติดสุรา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีทฤษฎีที่อธิบายการติดสุราหลายทฤษฎี ดังนี้

1.4.1 ทฤษฎีชีววิทยา (Biological theory) เชื่อว่าการดื่มสุราเป็นระยะเวลานานในปริมาณมาก ๆ สุราจะมีผลออกฤทธิ์ในระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ร่างกายเกิดการเสพติดสุรา โดยการดื่มสุราจะทำให้สารสื่อประสาทในสมองเปลี่ยนแปลง ได้แก่ สารสื่อประสาทกาบา (Gamma Amino Butyric Acid: GABA) เพิ่มขึ้น จึงทำให้ผู้ที่ดื่มสุรามีอาการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ มีอาการง่วง คลายความวิตกกังวล การเคลื่อนไหวผิดปกติ มีความสบายใจ และเมื่อหยุดดื่มสุราทำให้สารสื่อประสาทกาบา (GABA) ลดลง จึงทำให้ผู้ที่ดื่มสุราเกิดอาการวิตกกังวล หงุดหงิด กระวนกระวาย กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ก้าวร้าว และในบางรายรุนแรงจนทำให้เกิดอาการชักตามมาได้ ผู้ติดสุราที่ดื่มมานานจึงไม่ยากเลิกดื่ม และกลับไปดื่มสุราซ้ำในที่สุด และเมื่อหยุดดื่มทันทีจึงเกิด Rebound stimulatory effect ส่งผลให้เกิด adrenergic hyperactivity บริเวณสมองส่วนลิมบิก (limbic) และก้านสมอง ทำให้มีอาการแสดงของระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ เช่น ใจสั่น เหงื่อออกมาก หงุดหงิดง่าย กระวนกระวาย ก้าวร้าว และต้องดื่มสุราเพื่อทำให้อาการทุเลาลงได้ ซึ่งเป็นการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข ส่วนปัจจัยทางจิตวิทยาและสิ่งแวดล้อมทางสังคม (Psychological and Socio-Environment factor) เชื่อว่าการที่บุคคลแต่ละคนจะมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และปัญหาหรือความผิดปกติจากการดื่มสุราขึ้นกับปัจจัยหลายด้านประกอบกัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ บุคลิกภาพ ปัจจัยชักนำและส่งเสริมการดื่มสุรา เช่น ค่านิยมของสังคม การเชิญชวนหรือโน้มน้าวจากโฆษณา การคบเพื่อนที่ดื่มสุรา การเผชิญกับเหตุการณ์เครียดในชีวิต เป็นต้น (สาวิตรี อัมณงค์กรชัย และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2557)

1.4.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theories) มีปัจจัยหลายอย่างทางจิตวิทยาที่ทำให้คนดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ดื่มเพื่อลดความเครียดเพิ่มความรู้สึกอีกheim มีอำนาจ และช่วยลดความเจ็บปวดผิดหวังทางจิตใจ ช่วยลดความประหม่าตื่นเต้น และช่วยให้เผชิญกับความเครียดในชีวิตใจ บางคนดื่มเป็นครั้งคราวเพื่อเข้าสังคมหรือดื่มในบางวันที่รู้สึกเครียดจากงาน เหตุที่ดื่มเพื่อให้ชีวิตรื่นเริง สนุกสนาน และทำให้ง่ายต่อการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น กลุ่มคนพวกนี้จะดื่มปริมาณไม่มากไม่ติดแอลกอฮอล์ ส่วนผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มากๆ จะทำให้เกิดอาการประสาทหลอนอยู่ไม่สุขและมีความตึงเครียดของจิตใจมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีที่มุ่งความสนใจว่าแอลกอฮอล์มีฤทธิ์กระตุ้นให้จิตใจมีความอีกheim และเพิ่มแรงจูงใจทางเพศ

จึงเป็นสาเหตุทำให้หลายคนดื่มแอลกอฮอล์เพื่อกระตุ้นความต้องการทางเพศ (สาวิตรี อึ้งฉางค์กรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2557)

1.4.3 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavioral Theories) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ ดังนั้นการจัดการ วางเงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อม จึงสามารถกำหนดพฤติกรรม ดัดแปลงพฤติกรรม และคงพฤติกรรมหรือกำจัดพฤติกรรมทั้งที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ได้ เช่น การวางเงื่อนไข การเสริมแรง การลงโทษ ทั้งนี้พฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ สามารถกำหนดให้เกิดขึ้น หรือขจัดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้ ด้วยการจัดวางเงื่อนไขต่างๆ ร่วมกับการเสริมแรง หรือการลงโทษ การปรับพฤติกรรมตามแนวคิดหลักของทฤษฎี ถูกนำมาใช้ปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เรียกว่า พฤติกรรมบำบัด เช่น การเป็นแบบอย่าง (modeling) เป็นการที่ผู้บำบัดหาแบบอย่างของพฤติกรรมที่พึงประสงค์และให้ผู้ป่วยเรียนรู้จากการเลียนแบบพฤติกรรมดังกล่าว อาจเป็นการแสดงพฤติกรรมโดยผู้บำบัดหรือผู้อื่น หรืออาจดูจากสื่อต่างๆ ตัวอย่างเช่น การฝึกพฤติกรรมการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมให้ดู หรือให้ดูตัวอย่างวีดิทัศน์ และให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝนโดยการแสดงบทบาทสมมติ ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน (ศุภกิจ เจริญสุข, 2556)

1.4.4 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning and Reinforcement theories)

แบนดูรา (Bandura, 1997) เชื่อว่า การเรียนรู้ส่วนใหญ่ของคนเกิดจากการการสังเกตตัวแบบ ซึ่งแตกต่างจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ต้องอาศัยการลองผิดลองถูก ตัวแบบเพียงคนเดียวสามารถที่จะถ่ายทอดทั้งความคิดและการแสดงออกได้พร้อมๆ กัน พฤติกรรมการดื่มสุรามีผลมาจากประสบการณ์ทางสังคมที่เคยได้รับมาก่อน บิดามารดาของคนที่มีสุราและคนอื่นๆ จะเป็นรูปแบบที่สอนให้เด็กๆ เห็นว่าการดื่มเป็นเรื่องที่ไม่ผิด ส่วนทฤษฎีการเสริมแรง การดื่มสุราก็เป็นผลมาจากการเสริมแรงทางบวกหรือการได้ประโยชน์จากการดื่มสุราเพื่อนฝูงและสื่อมวลชนเป็นต้นว่า ภาพยนตร์ โฆษณาต่างๆ จะช่วยเสริมให้เกิดความคิดที่ว่า การดื่มสุราเป็นสิ่งที่คาดหวังไว้ว่าจะทำโดยอาศัยจังหวะเวลา เช่น ในช่วงของการเกิดวิกฤต ความเบื่อและการเฉลิมฉลอง การดื่มสุราทำให้พวกเขารู้สึกว่าได้รับการยอมรับมากกว่า อีกทั้งการดื่มสุราพวกเขาจะได้รับการสนใจจากบุคคลอื่นตรงที่ถูกลืมมองว่าคนดื่มสุรา คือ คนที่รู้สึกกำลังขาดอะไรบางอย่างขาวย ซึ่งชี้ให้เห็นเด็กๆ ดื่มแอลกอฮอล์ได้เล็กน้อย โดยบรรยากาศในบ้านและไม่ให้ดื่มจนเมา

1.5 ผลกระทบของการดื่มสุรา

ผลกระทบจากการดื่มสุราพบได้ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม ชุมชนและเศรษฐกิจ สำหรับผลกระทบด้านร่างกาย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้นหลายโรคด้วยกัน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เบาหวาน โรคตับสุรา โรคเอดส์ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มะเร็งตับ ผู้ติดสุราที่ดื่มมานาน เมื่อหยุดดื่มจะมีอาการถอนพิษสุรา หงุดหงิด กระวนกระวายอยู่ไม่สุข หนาวว่ ประสาทหลอน สำหรับด้านจิตใจพบว่าผู้ติดสุราจะมีอารมณ์ซึมเศร้า ขาดความสุข วิตกกังวล ฟุ้งซ่านเป็นปัจจัยทำให้เกิด โรคจิต และความคิดฆ่าตัวตาย (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2553; บุญศิริ จันศิริมงคล, 2556; อนุพงศ์ คำมา, 2556) ด้านสังคมเกิดความบกพร่องทั้งหน้าที่การงาน ครอบครัว สังคม สูญเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อสุรา และขาดรายได้ อัน

เนื่องจากเกิดความบกพร่องในหน้าที่การงาน สำหรับครอบครัวที่มีผู้ติดสุรามีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาสุขภาพจิตตามมา (บัณฑิต ศรไพศาล, 2552; พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ ปรีทรรศ ศิลปะกิจ, 2554) สำหรับด้านเศรษฐกิจของประเทศ ภาครัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายที่มีสาเหตุจากการ ดื่มสุราคิดเป็นจำนวนหลายล้านบาทต่อปี เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกี่ยวกับสุรา ปัญหาอาชญากรรม ค่า ความเสียหายจากอุบัติเหตุจราจร ประมาณ 156,105 ล้านบาทต่อปี (ทักษพล ธรรมรังสี, 2556)

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ถือว่าเป็นพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจของผู้ป่วย รวมถึงผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว และคนในสังคมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบในด้านอื่นๆ เช่น ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความสูญเสียทางจรรยาบรรณจากการ เมาสุรา ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในด้านต่างๆ จากการดื่มสุรา เป็นต้น แม้การดื่ม สุราส่งผลให้เกิดผลกระทบรุนแรงดังกล่าวข้างต้น แต่ผู้ป่วยก็ยังคงมีพฤติกรรมกลับไปดื่มสุราซ้ำ จึงทำให้เกิด ความผิดปกติและมีการกำเริบและต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำ เนื่องจากว่าผู้ป่วยหลายคนยังมีความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรมที่ไม่ถูกต้อง และที่สำคัญคือผู้ป่วยเหล่านั้นยังขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพราะผู้ดื่มสุรามักไม่สนใจปัญหา (pre-contemplation stage) ผู้ป่วยยังไม่ตระหนักว่าตนเองมีปัญหาจาก การดื่มสุรา มองไม่เห็นผลเสียจากการดื่มสุรา ไม่คิดว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพความลังเลใจที่จะปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อลด ละ เลิก การดื่มสุราของตนเอง ไม่มีเป้าหมายของชีวิต ไม่สนใจปัญหาไม่คิดว่าตนเองมีปัญหา จากการใช้สุรา มักคิดว่าตนเองสามารถควบคุมการดื่มสุราของตนเองได้ มองไม่เห็นผลเสียของการใช้สุรา โทษ บุคคลรอบข้างหรือโทษสิ่งแวดล้อมว่าทำให้ตนเองเครียด จึงต้องกลับมาดื่มสุราซ้ำ จึงทำให้ยังคงมีพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์และส่งผลกระทบในด้านต่างๆ และต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยปัญหาการ ดื่มสุรา (อโนชา หมึกทอง, นิตานต์ วีระชาติเทวัญ และ อานนท์ วิทยานนท์, 2560) ซึ่งถ้าปัญหาผู้ดื่มสุราไม่ได้ รับการแก้ไขก็จะทำให้เป็นปัญหาที่เรื้อรัง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการช่วยเหลือ ต่อไป

1.6 พฤติกรรมการดื่มสุรา

พฤติกรรมการดื่มสุราได้หลายรูปแบบลักษณะ และมีหลายมุมมองที่ต้องพิจารณาร่วมกัน ทั้งตัวผู้ดื่ม ชนิด ปริมาณของแอลกอฮอล์ ความถี่ของการดื่ม พฤติกรรมการดื่มสุราเป็นการกระทำที่แสดงถึง รูปแบบหรือลักษณะของการดื่มสุรา โดยมีการประมาณค่าปริมาณเอทิลแอลกอฮอล์ที่ดื่มเฉลี่ยต่อวันหรือต่อ สัปดาห์และประเมินใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) ขององค์การอนามัยโลก แปลและเรียบเรียงโดย ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2553) .สาวิตรี อัจฉนาศกรชัย (2552) โดยแบ่งลักษณะพฤติกรรมการดื่มสุราเป็น 4 ลักษณะดังนี้ (พันธุ์ภา กิตติ รัตนไพบูลย์, 2554)

1.6.1 การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk drinking) หมายถึง การดื่มไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ในผู้หญิง และการดื่มที่ไม่เกิน 4 มาตรฐานต่อวันในผู้ชาย โดยมีวันที่ไม่ดื่มสุรามากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ ไม่ดื่ม

เมื่อกำลังขับขี่ยานพาหนะ ตั้งครรภ์หรือให้คนบุตรรับประทานยาที่มีปฏิกิริยากับสุรา ภาวะโรคที่อาจแย่ลงได้เนื่องจากสุรา ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมตนเองในการหยุดดื่มสุราได้ เมื่อประเมินด้วยแบบประเมิน AUDIT มีค่าคะแนนในระหว่าง 0-7 คะแนน

1.6.2 กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) หมายถึง ลักษณะการดื่มสุราที่เพิ่มความเสี่ยงต่อผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคมตามมาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเองหรือผู้อื่น แม้ว่าตัวผู้ดื่มจะไม่ป่วยเป็นโรคใดๆ ก็ตาม โดยมีการดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง การดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย และเมื่อประเมินด้วยแบบประเมิน AUDIT มีค่าคะแนนในระหว่าง 8-15 คะแนน

1.6.3 การดื่มแบบอันตราย (Harmful drinking) หมายถึง การดื่มสุราที่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจโดยไม่จำเป็นต้องติดสุรา โดยอาศัยหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 ได้แก่

1. มีหลักฐานชัดเจนว่าดื่มสุราจนทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ
2. ลักษณะของอันตราย เช่น ไม่สามารถทำงาน หรือผลการทำงานไม่ดี อยู่ในสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย มีปัญหาทางกฎหมาย เกิดปัญหาทางสังคม หรือปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ตลอดเวลาหรือบ่อยๆ
3. ต้องดื่มสุราติดต่อกันนานอย่างน้อยหนึ่งเดือนหรือดื่มหลายครั้งในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
4. ต้องไม่เข้ากับหลักเกณฑ์การวินิจฉัยสำหรับ Alcohol Dependence โดยมีปริมาณการดื่มสุรามากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง และการดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย เมื่อประเมินด้วยแบบประเมิน AUDIT มีค่าคะแนนในระหว่าง 16-19 คะแนน

1.6.4 การดื่มแบบติด (Alcohol dependence) ผู้ที่ดื่มจนติดจะใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับการดื่ม ทำให้ความรับผิดชอบหน้าที่ต่างๆบกพร่องไป มีการดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเกิดปัญหาพฤติกรรม สมองความจำ และร่างกาย อาการแสดงที่พบบ่อย เช่น คอแข็งมากขึ้น มีอาการขาดสุราหากหยุดดื่ม มีความรู้สึกอยากดื่มอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ยังคงดื่มแม้จะเกิดผลเสียตามมา เมื่อประเมินด้วยแบบประเมิน AUDIT มีค่าคะแนนตั้งแต่ 20 คะแนนขึ้นไป

ความหมายของ 1 ดื่มมาตรฐาน (Standard drink) เนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละชนิดมีความเข้มข้นของเอทิลแอลกอฮอล์ต่างกัน WHO จึงกำหนด 1 ดื่มมาตรฐาน คือ ปริมาณแอลกอฮอล์ 10 กรัม ซึ่งเมื่อเทียบเคียงกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทต่างๆจะได้ปริมาณ ดังนี้

เหล้าแดงที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 35 ดีกรี ประมาณ 2 ฝาใหญ่ 30 cc (1 ฝาใหญ่=15 cc)

เหล้าขาว ที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 40 ดีกรี 1 เป๊ก/ตอง/ก๊ง: 50 cc=1.5 drink

เบียร์ชนิดอ่อนที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 3.5 ดีกรี 1 กระป๋อง/ขวดเล็ก เช่น สิงห์ไลท์=1 drink

เบียร์ชนิดอ่อนที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 5 ดีกรี 3/4 กระป๋อง/ขวดเล็ก เช่น สิงห์ ลิโอ=1 drink

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท

2.1 ความชุกและโรคจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ดื่มสุรา

จากการศึกษาระบาดวิทยา Epidemiologic Catchment Area study (ECA) ในประชากรสหรัฐอเมริกา พบว่าในประชากรทั่วไป พบโรคจิตเวชได้ ร้อยละ 19.9 และในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราจะพบโรคทางจิตเวชร่วม ร้อยละ 36.6 (Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, & Judd, et al, 1990; อ้างถึงใน บุญศิริ จันศิริมงคล, 2556) และจากการศึกษาระบาดวิทยาโรคร่วมจิตเวชในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในประชากรทั่วไปพบได้ร้อยละ 37 ซึ่งผลจากการศึกษาความชุกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในชุมชนต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สารเสพติดชนิดต่างๆร่วม สูงถึงร้อยละ 40-60 (Cantor, Nordstro, & McNeil, 2001) โดยใช้สารเสพติดประเภท แอลกอฮอล์มากที่สุดร้อยละ 34-35.6 (Batki, Leontieva, Dmmock, & Ploutz-Synder, 2008) เช่นเดียวกับการสำรวจระบาดวิทยาความชุกของปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท ในสหรัฐอเมริกามีสำรวจความชุกของปัญหาการเสพยาเสพติดและโรคทางจิตเวชในชุมชน พบผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสดื่มสุราแบบผิดปกติ ร้อยละ 3.8 และมีโอกาสพบปัญหาการดื่มสุรา 3.3 เท่าของคนที่ไม่ป่วย (Regier, Farmer, Rae, & Locke, 1990 อ้างถึงใน จีระพรรณ สุริยงค์, กิตติศักดิ์ วิบูลย์มา, พิมพ์พรรณ แก้วมา และคณะ, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาระบาดวิทยาของ ECA ได้ทำการศึกษาความชุกของโรคจิตเวชในประชากรอเมริกัน อายุ 18 ปีขึ้นไป ในปี ค.ศ. 1980-1984 จำนวน 20,291 คน พบว่า มีปัญหาโรคจิตเวชโดยที่ไม่เกี่ยวข้องการใช้สารเสพติด ร้อยละ 22.5 มีปัญหาการดื่มสุราทั้งแบบติดและแบบดื่มอันตราย ร้อยละ 13.5 มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ร้อยละ 6.1 ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสติดสารเสพติดสูงถึงร้อยละ 29 หรือ 2.7 เท่าคนทั่วไป ในขณะที่ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราป่วยด้วยโรคจิตเวช ร้อยละ 37 มีปัญหาติดสารเสพติดมากกว่าสุรา ทั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดโรคจิตเวชสูงถึง ร้อยละ 53 หรือ 4.5 เท่าของประชากรทั่วไป โรคที่พบร่วม ได้แก่ โรคจิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวน โรคซึมเศร้า

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการสำรวจความชุกของโรคทางจิตเวชระดับชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2551 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราทั้งหมด พบโรคร่วมทางจิตเวช ร้อยละ 7.1 พฤติกรรมการดื่มสุรานอกจากจะพบในประชากรทั่วไปแล้วยังพบในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา โดยมีโรคร่วมจิตเวช ร้อยละ 68.8 โดยโรคร่วมจิตเวชที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ภาวะโรคจิต ร้อยละ 50.0 พฤติกรรมฆ่าตัวตาย ร้อยละ 31.2 การเสพยาเสพติด ร้อยละ 18.3 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 9.3 และกลุ่มอาการฟุ้งซ่าน ร้อยละ 7.1 และยังพบว่าผู้ป่วยที่ดื่มสุราแบบติด (Alcohol dependence) ร้อยละ 85.1 ดื่มแบบอันตราย (Alcohol abuse) ร้อยละ 14.9 (บุญศิริ และคณะ, 2556) และมีผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 18.5 พบในผู้ป่วยจิตเภทชายมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทหญิง มีความรุนแรงของโรคจิตเภทสูงร้อยละ 63.5 ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 32.4 ความสามารถโดยรวมต่ำร้อยละ 64.8 และผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราต้องเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในมากกว่ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ร้อยละ 72.9 (จีระพรรณ สุริยงค์, กิตติศักดิ์ วิบูลย์มา, พิมพ์พารณ แก้วมา, มธุริน วงศ์คำปิ่น และ เดชา ทำดี, 2557) ดังนั้น พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทมีความชุกปัญหาการดื่มสุราในเกณฑ์สูง ก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบที่รุนแรงได้ ทำให้มีความรุนแรงของโรคจิตเภทและความ

เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ความสามารถโดยรวมต่ำ และต้องเข้า และความสามารถโดยรวมต่ำ ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จึงสมควรได้รับการแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป

2.2 ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดื่มสุราที่ผิดปกติและโรคร่วมทางจิตเวช (บุญศิริ จันทรศิริมงคล และคณะ, 2556)

2.2.1 พยาธิสภาพและความสัมพันธ์ การเกิดโรคร่วมทางจิตเวชในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา พบว่า มีหลายทฤษฎีอธิบายลำดับการเกิด แต่ยังหาข้อสรุปไม่ได้ เช่น ผู้ป่วยที่ดื่มสุราเพื่อบรรเทาอาการทางจิตของตนเอง หรืออีกด้านหนึ่งการดื่มสุราก็เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตเวช เช่น ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาระยะยาว พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงมักดื่มสุราในปริมาณที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความถี่ในการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ทั้งนี้การติดสุราอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของอาการทางจิต ในทางตรงกันข้ามอาการทางจิตทำให้เกิดการติดสุรา อย่างไรก็ตามหากอาการทั้งสองนี้เกิดขึ้นพร้อมๆกัน เพราะอาจมีสาเหตุเดียวกันก็ได้ ตัวอย่างความสัมพันธ์ ได้แก่

1) ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มสุรา การเสพยาเสพติดและโรคจิตเวช (Model of Dual Diagnosis) เป็นการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มสุรา การเสพยาเสพติด และโรคทางจิตเวช ที่พยายามอธิบายความสัมพันธ์จากข้อมูลระบาดวิทยา ซึ่งแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช (Mental Health Problems) เป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ Non-Psychotic Disorders ได้แก่ anxiety disorder, affective disorder, personality disorder Psychotic Disorders ได้แก่ schizophrenia, bipolar disorder, depression with psychosis ที่มีความสัมพันธ์กับ Alcohol & Drug Problem 3 กลุ่ม ได้แก่ Dependence, Abuse, “At Risk” Use ซึ่งมีความสัมพันธ์กันดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิต (psychotic disorder) เช่น schizophrenia, bipolar disorder, major depression with psychotic features ที่เข้ากับเกณฑ์ substance dependence

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยโรคจิตเวชชนิด non-psychotic disorders เช่น anxiety disorders, affective disorders, personality disorders ที่เข้ากับเกณฑ์ substance dependence

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตที่เข้าได้กับเกณฑ์ substance abuse

กลุ่มที่ 4 ผู้ป่วยโรคจิตเวชชนิด non-psychotic disorders เช่น anxiety disorders, affective disorders, personality disorders ที่เข้ากับเกณฑ์ substance abuse

กลุ่มที่ 5 ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตที่ดื่มสุราหรือเสพยาเสพติดจนมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ (at risk use)

กลุ่มที่ 6 ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวชชนิด non-psychotic disorders ที่ดื่มสุราหรือเสพยาเสพติดจนมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ (at risk use)

2) ความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชและความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา (Types of Interaction Between Mental Illness: MI and Alcohol Use Disorders: AUD) เป็นการอธิบายความสัมพันธ์ที่เป็นไปได้ของการดื่มสุราและโรคทางจิตเวช ที่ปรากฏในผู้ป่วยแต่ละราย แบ่งได้ดังนี้

(1) Causal model แบบจำลองทั่วไป ได้แก่ 1) โรคจิตเวช (mental illness: MI) เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยดื่มสุรา (AUD) เพื่อลดหรือบรรเทาอาการทางจิตเวชที่เรียกว่า “self-medication” 2) การดื่มสุราที่ผิดปกติ (alcohol use disorders: AUD) ทำให้เกิดโรคจิตเวช หรือมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง (MI) ความสามารถเชิงนิรนัย (cognitive capacities) ที่เปลี่ยนแปลงหลังการดื่มสุราด้วย (alcohol induce psychosis) แม้หยุดดื่มสุราแล้วอาการทางจิตเวทยังคงหลงเหลืออยู่

(2) Non-causal model แบบจำลองอื่นๆ ได้แก่ 1) โรคจิตเวชและความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราเกิดขึ้นมาพร้อมกัน (develop simultaneously) ที่ต่างปรากฏขึ้นจากปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน 2) โรคจิตเวชและความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราไม่เป็นสาเหตุซึ่งกันและกัน (non-causal, link overtime) ที่ต่างปรากฏขึ้นในเวลาเดียวกันแล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอีกภาวะหนึ่ง 3) โรคจิตเวชและความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราเกิดขึ้นร่วมกัน (co-occur, co-exist, no inter-relationship) แต่ต่างปรากฏขึ้นในผู้ป่วยคนเดียวกันโดยไม่มีเหตุสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน

2.3 ทฤษฎีการเกิดโรคร่วมจิตเวชและความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา

2.3.1 Common factor models ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมผิดปกติการดื่มสุรา สารเสพติด และโรคจิตเวช ได้แก่ 1) ปัจจัยทางกายภาพ เช่น สมอได้รับผลกระทบกระเทือน หลังฟื้นมาแล้วดื่มมากขึ้น การเกิดเหตุการณ์สะเทือนใจในอดีต มีช่วงชีวิตที่วีกฤติ มี physical & sexual abuse สารเคมีในสมองผิดปกติหรือพันธุกรรม โรคทางจิตเวช รวมทั้งผลข้างเคียงของยาทางจิตเวช 2) ปัจจัยทางบุคลิกภาพ ภาวะอารมณ์พื้นฐาน เช่น เครียดง่าย ขี้กังวล หงุดหงิด ความรู้สึกเบื่อ หว้าเหว่ เหนงา ซึมเศร้า ได้แก่ บุคลิกต่อต้านสังคม (Antisocial personality: ASPD) บุคลิกแบบวิตกกังวล (neuroticism) 3) ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ทักษะทางสังคมไม่ดี ขาดเพื่อน ปัญหาการเรียน ปัญหาการทำงานและเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้ด้อยโอกาสทางสังคม มีแนวโน้มก่อให้เกิดการใช้สารเสพติด มักพบการป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านทางสังคม อาจสรุปได้ว่า ผู้ด้อยโอกาสทางสังคม เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดผลกระทบร่วมกันของโรคจิตเภทและการใช้สารเสพติด ปัจจัยอื่นๆที่พบได้อีก เช่น พ่อแม่เจ็บป่วยทางจิตเวช ครอบครัวมีปัญหา ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเพิ่มโอกาสการป่วยทางจิตเวชและการใช้สารเสพติดหรือปัจจัยทั้งหลายร่วมกัน

2.3.2 Secondary substance use disorder models โรคทางจิตเวช (mental illness) เป็นสาเหตุทำให้เกิดความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorders) หรือในทางกลับกันความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา เสพสารเสพติดเป็นสาเหตุของการเกิดโรคทางจิตเวช

Self-medication hypothesis เป็นการดื่มสุราเพื่อลดหรือบรรเทาปัญหาสุขภาพจิตและอาการของโรคทางจิตเวช ผู้ป่วยโรคจิตเภทดื่มสุราเพื่อคลายเครียด เนื่องจากสุรามีฤทธิ์ลด

อาการวิตกกังวลในระยะแรก เมื่อหมดฤทธิ์จะทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ เนื่องจากการลดลงของสารสื่อประสาท ทำให้ง่ายต่อการนำไปสู่ภาวะติดสุรา

2.3.3 Secondary psychotic disorder models ฤทธิ์ของสุราให้ผลในทางเสริมแรง ทำให้เกิดความติดใจและต้องการดื่มอยู่เรื่อยๆนำไปสู่การเสพติด

2.2.4 Bidirectional models แนวคิดนี้เชื่อว่าความผิดปกติทั้งสองอย่างต่างเสริมแรงซึ่งกันและกัน (co-incidence) กล่าวคือ การดื่มสุราส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางจิต และในทางกลับกันความผิดปกติทางจิตส่งผลให้เกิดการดื่มสุราที่เป็นปัญหา วนเวียนซ้ำไปมาจนปัญหาซ้ำซ้อนขึ้นเรื่อยๆจนบอกได้ยากว่าการดื่มสุราและโรคจิตเวชที่เกิดขึ้นสิ่งใดเป็นเหตุสิ่งใดเป็นผล (evolving spiral)

โดยสรุปโรคร่วมจิตเวชและปัญหาการดื่มสุรานี้สามารถเกิดได้จากหลายปัจจัย มีหลายแนวคิดหลายรูปแบบ ที่มาช่วยอธิบายทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ และปัจจัยทางสังคม ซึ่งผู้บำบัดต้องให้ความสำคัญในทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสมต่อไป

2.4 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด (เอกอุมา อัมคำ, 2556)

2.4.1 Neuron diathesis-stress models เชื่อว่า ระบบประสาทชีววิทยามีปฏิกิริยาต่อสิ่งแวดล้อม เช่น การใช้สารเสพติดที่เป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดอาการทางจิตและอาการกลับเป็นซ้ำ การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภทในขณะอายุน้อยและพบว่า catechol O-methyltransferase polymorphism (Val/Val) มีความสัมพันธ์กับอัตราเสี่ยงสูงในการเกิดโรคจิตในผู้ใหญ่ตอนต้น นอกจากนี้ในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีผลการบำบัดในเชิงลบ เช่น กลับเป็นซ้ำ กลับไปใช้สารเสพติด สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้การบำบัดมีประสิทธิภาพน้อย (Walker, E.F., Diforio, 1977; อ้างถึงใน เอกอุมา อัมคำ, 2556)

2.4.2 สมมติฐานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง เชื่อว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเสี่ยงสูงในการใช้สารเสพติดเนื่องจากกระบวนการคิดที่บกพร่อง ซึ่งเกิดจากโรคที่เป็นอยู่ สังคม การประกอบอาชีพ รวมถึงความยากจน การตกเป็นเหยื่อและอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางสังคมและครอบครัวที่ใช้สารเสพติด

2.4.3 The self-medication hypothesis เชื่อว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทใช้สารเสพติดเพื่อที่จะลดอาการของโรคที่เป็นอยู่ หรือเพื่อลดผลข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิต (Khantzian, 1997; อ้างถึงใน เอกอุมา อัมคำ, 2556)

2.4.4 Alternative model เชื่อว่าในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีส่วนการคิดในสมองผิดปกติ ซึ่งเป็นส่วนของ dopamine-mediated reward circuitry ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดจะทำให้ brain reward circuitry ทำงานผิดปกติโดยมีการกระตุ้นให้มีระดับ dopamine and norepinephrine เพิ่มขึ้นในบริเวณปมประสาท ซึ่งภายในบรรจสารเคมีต่างๆ เช่น dopamine ทำให้เกิดการกระตุ้นอารมณ์และความตื่นตัวรวมทั้ง mesolimbic dopamine system หรือ brain reward circuit เป็นส่วนของสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับ reinforcing property ของสารเสพติด ซึ่งทำให้ผู้เสพเกิดความพอใจและมีความต้องการใช้ซ้ำอีก (Alan, Green, Drake, Mary, & Douglas, 2007; อ้างถึงใน เอกอุมา อัมคำ, 2556)

2.5 ภาวะโรคจิตเภทร่วมกับการดื่มสุรา (บุญศิริ จันศิริมงคล, 2556) ผู้ป่วยโรคจิตเภททุกๆ 5 คน จะมีความผิดปกติพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา 1 คน การสำรวจระดับชาติของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2551 พบผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เป็นโรคจิต ร้อยละ 1.5 และผู้ติดสุราเป็นโรคจิตสูงถึงร้อยละ 2 และมีโอกาสป่วยถึง 3.8 เท่าของคนที่ไม่ดื่ม ผู้ป่วยจิตเภทปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมมีอัตราสูงขึ้น โดยพบพบในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 50 และสิ่งเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือสุรา

2.5.1 พยาธิสภาพและสาเหตุ

1) ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม (genetic factors) ผู้ป่วยโรคจิตเภทสายตรงที่มีปัญหาการดื่มสุราและสารเสพติดมีปัจจัยเสี่ยงที่จะมีปัญหาการดื่มสุราและสารเสพติดได้มากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มอื่น ปัจจัยทางพันธุกรรมของปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทอาจสะท้อนออกมาในรูปแบบปัญหาทางด้านสังคม ความผิดปกติทางอารมณ์ เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีปัญหาทางด้านสังคมจะทำให้มีความชุกและความรุนแรงของการดื่มสุราสารเสพติดมากขึ้นประมาณ 10 เท่า ดังการศึกษาความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในชุมชนต่างประเทศ พบว่า ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน คือ ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สารเสพติดชนิดต่างๆรวม สูงถึงร้อยละ 40-60 (Cantor, Nordstro & McNeil, 2001) โดยใช้สารเสพติดประเภทแอลกอฮอล์มากที่สุดร้อยละ 34-35.6 (Battki, Leontieva, Dmmock & Ploutz-Synder, 2008)

2) ปัจจัยทางด้านสารสื่อประสาท (neurochemical factor) ลักษณะทางด้านพยาธิสรีรวิทยาทางระบบประสาทของผู้ป่วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาการใช้สุราสารเสพติดได้มากกว่าคนปกติ อธิบายได้โดยทฤษฎี (1) Reward system circuit disturbance แอลกอฮอล์ออกฤทธิ์ต่อ inhibitory system ผ่าน GABA receptor และ glycine receptor ที่ ventral tegmental area มีผลทำให้ dopamine เพิ่มขึ้นทันที nucleus accumbency ซึ่งเป็น neurotransmitter ในวงจร reward system ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ดี มีความสุขเมื่อได้ดื่มสุรา (2) The neurobiological effects of chronic stress ภาวะเครียดเรื้อรังมีผลต่อการดื่มสุราสารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภท การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาทางจิตและปัญหาอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเครียดเรื้อรัง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง และในขณะเดียวกันการดื่มสุราและสารเสพติดก็ทำให้เกิด neuron adaptation ใน brain reward pathway เกิดภาวะติดและภาวะถอนพิษจากสารเสพติดเกิดภาวะเครียดเรื้อรังซ้ำไปซ้ำมาเป็นวงจร ช่วงที่อยู่ในภาวะเป็นพิษหรือถอนพิษสารเสพติด ทำให้ระดับ corticotrophin-releasing factor (CRF) เพิ่มขึ้น และต้องไปดื่มสุราเพื่อให้มีความสุขมากขึ้น

3) ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Anatomical factor) ความผิดปกติที่ ventromedial prefrontal cortex ผู้ป่วยจะตัดสินใจโดยเลือกสิ่งที่ทำให้รางวัลทันทีแทนที่จะมองผลรวมทั้งหมดในระยะยาวและขาดการวางแผนในระยะยาว ซึ่งทำให้ผู้ป่วยนั้นเลือกการใช้สุราและสารเสพติดโดยไม่ได้คำนึงถึงผลที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะยาว และจะทำให้การเลิกใช้สุราและสารเสพติดว่าเป็นการลงโทษที่มากเกินไป

4) ปัจจัยทางจิตใจ ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 50 ใช้สุราเพื่อลดอาการทางจิตเวช (negative symptom) เช่น แยกตัวเองออกจากสังคม ภาวะอารมณ์เฉยๆ อารมณ์เบื่อหน่าย ลดความวิตกกังวล ประหม่าในการเข้าสังคม ผู้ป่วยจึงดื่มสุราเพื่อเข้าสังคม เพื่อให้เกิดการยอมรับของกลุ่มเพื่อนละเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ช่วยทำให้ผ่อนคลาย จากความไม่สบายใจ (self-medication) และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำจากปัญหาความเครียด จึงใช้สารเสพติดเพื่อลดความเครียด (สุภาภรณ์ นิตยวัฒน์ชาญชัย และปัทมา ศิริเวช , 2562)

5) ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทด้อยโอกาสด้านอาชีพ โอกาสทางสังคม กิจกรรมนันทนาการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ down-ward social shift อยู่ในสังคมที่ยากจนมากขึ้น การมีเวลาว่างกลายเป็นความเหงา ร่วมกับภาวะโรค ทำให้ผู้ป่วยเป็นที่รังเกียจและมีโอกาสเป็นคนไม่มีที่อยู่อาศัย ซึ่งทำให้มีแนวโน้มที่จะเข้าถึงสารเสพติดได้ง่ายและติดสารเสพติดในที่สุด

2.6 ผลกระทบการดื่มสุราจากโรคร่วมทางจิตเวช (บุญศิริ จันศิริมงคล, 2556)

2.6.1 อาการกำเริบ การดื่มสุรานานๆจะทำให้ติดสุรา ส่งผลต่อสุขภาพทางกาย สุขภาพจิต มีผลต่อสมองทำให้มีอาการปลานปลืมมีความสุขเกินจริง และลดการควบคุมตัวเอง ทำให้แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีอาการทางจิตมากขึ้น ประสิทธิภาพในการรักษาต่ำ มีอาการแย่ลงหลังจากการใช้สุราและสารเสพติด ผู้ป่วยที่เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนที่มีการดื่มสุรา อาการป่วยจะหายช้ากว่าปกติ อาการกำเริบบ่อย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย และเกิดอาการ mania

2.6.2 ขาดความต่อเนื่องในการบำบัดรักษาและติดตามทั้งสุราและโรคทางจิตเวช สาเหตุที่ผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำมากที่สุดคือ การใช้สารเสพติดร่วมด้วย และพบว่าผู้ป่วยที่เริ่มดื่มสุราหรือใช้สารเพสติดนั้นๆ จะกลายเป็นผู้ติดสุราได้เร็วขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมารับยาไม่ต่อเนื่องการบำบัดครบ กระบวนการรักษาน้อยลง อัตราการนอนโรงพยาบาลสูงขึ้น พบพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงขึ้น ผู้ป่วยอยู่ในสังคมหรือทำงานยากขึ้น ผู้ป่วยมีช่วงที่อาการดีขึ้นในระยะเวลาที่สั้นลง และผู้ป่วยสุรามากกว่าร้อยละ 40 มีโรคจิตเวชร่วม 3 อย่างขึ้นไป (หวาน ศรีเรือนทอง, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ , เกษราภรณ์ เคนบุปผา, รุ่งมณี ยั่งยืน และคณะ, 2554)

2.6.3 ขาดแรงจูงใจในการเลิกสุราอย่างแท้จริง การที่บุคคลไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดื่มสุราของตนเองได้มีปัจจัยหลายอย่าง ดังนี้

(1) อาการอยากสุรา ไม่สามารถอดทนต่ออาการถอนพิษสุราได้ แพ้ใจตัวเอง ใจอ่อน และมีความเชื่อที่ว่าถ้าได้ดื่มสุราแล้วจะหายเหนื่อย คลายเครียด

(2) ความตระหนักถึงผลเสียของการดื่มสุรา การปฏิบัติตัวของมนุษย์มีอิทธิพลมาจากความเชื่อด้านสุขภาพ คือ ความคิดที่จะเลิกดื่มสุราหรือหลีกเลี่ยงการเป็นโรคเพื่อสุขภาพของตนเองโดยการรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การ

รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกดื่มสุรา และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกดื่มสุรา (Swartz, Swanson, Hiday, Borum, Wagner, & Burns, 1998)

(3) อาการของโรคจิตเวช ความเจ็บป่วยที่มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ก่อให้เกิดความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยท้อถอย แม้ผู้ป่วยมีความตั้งใจและแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา ปัญหาต่างๆกลับเพิ่มทวีคูณขึ้น ทำให้แรงจูงใจลดลง จนมีโอกากลับไปดื่มสุราซ้ำสูง แม้ให้การบำบัดช่วยเหลือแล้ว ผู้ป่วยยังกลับไปดื่มซ้ำจนเกิดปัญหารุนแรงกลับมา เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคจิตเวชร่วมที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือบำบัดรักษาอย่างเต็มที่ (Green, Drake, Brunette, & Noordsy, 2007)

(4) ศักยภาพการทำงานต่ำลง ผู้ป่วยที่มีปัญหาแทรกซ้อนทางจิตใจที่เกิดขึ้นร่วมกับปัญหาการดื่มสุรา ทำให้ขาดทักษะในการแก้ปัญหาของตนเองและทักษะทางสังคม การทำงานแยลง บางรายเมื่อใช้สุราและสารเสพติด ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตมากขึ้น จนนำไปสู่การเจ็บป่วยซ้ำ ทำให้การคิดและความจำเสื่อมลงหรือ Cognitive impairment การด้อยประสิทธิภาพในการทำงานและการปรับตัวมีภาวะไร้บ้าน และกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Assanangkornchai, Mukthong, & Intanont, 2009)

3. การบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเวช การบำบัดรักษาความผิดปกติของการใช้สารเสพติด แบ่งเป็น 2 ระยะ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

3.1 ระยะถอนพิษ (Detoxification) เป็นการให้การรักษาคาผลที่อาจเกิดจากตัวสารที่มีต่อร่างกาย รวมทั้งรักษาอาการถอนยา (withdrawal symptoms) ซึ่งเป็นการบำบัดรักษาด้วยยา ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราและมีโรคร่วมจิตเวช ต้องจำแนกให้ได้ว่าผู้ป่วยติสุรารุนแรงระดับใด มีโรคร่วมจิตเวชอะไรบ้าง หากผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุรา ต้องทำการดูแลบำบัดรักษาภาวะเมาสุราและถอนสุรา (treatment of intoxication and withdrawal) การรักษาภาวะนี้ในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ไม่แตกต่างกับการรักษาภาวะเมาสุราในผู้ป่วยสุราทั่วไป ยากลุ่มที่ได้รับการแนะนำให้ใช้รักษาอาการถอนสุรา คือ กลุ่ม benzodiazepines เนื่องจากเกิดปฏิกิริยาต่อยาอื่นน้อย และยังมีผลช่วยป้องกันอาการเพ้อจากสุรา (alcohol withdrawal delirium) และการชักจากการสุรา (alcohol withdrawal seizure)

การบำบัดด้านร่างกายเป็นรักษาด้วยยา ช่วยให้ผู้ป่วยติสุราพ้นจากอาการถอนพิษสุรา สามารถป้องกันและควบคุมได้ โดยการรักษาด้วยยากลุ่ม benzodiazepine ออกฤทธิ์ระยะยาว (long half-life benzodiazepine) ช่วยควบคุมอาการได้ดี เช่น diazepam หรือ chlordiazepoxide สำหรับการบริยายในผู้ป่วยที่การทำงานของตับบกพร่องหรือเป็นผู้สูงอายุควรใช้ยาที่ออกฤทธิ์ระยะสั้น (short half-life benzodiazepine) เช่น lorazepam หากผู้ป่วยมีโรคร่วมจิตเวชต้องทำการรักษาอาการทางจิตเวชด้วย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ให้ Antidepressant agents เช่น Fluoxetine, Sertraline, Imipramine โรคอารมณ์สองขั้ว เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดในการติสุรา ให้ mood stabilizers เช่น Sodium valproate, Lamotrigine ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิต ให้ยา Antipsychotics เช่น clozapine, risperidone, Olanzapine ผู้ป่วยวิตกกังวลให้ยา Antianxiety agents นอกจากนี้ควรประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูทางจิตสังคม ซึ่งในการ

รักษาผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมนั้น อาจต้องใช้ยา anti-craving agents ได้แก่ disulfiram, Naltrexone, acamprosate มีพฤติกรรมก้าวร้าวควบคุมได้ด้วย กลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาเช่น การให้ยากลุ่มรวมการรักษาโรคร่วมจิตเวช (บุญศิริ จันทรศิริมงคล และคณะ, 2556)

3.2 ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) การรักษาในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หยุดการใช้สุราหรือสารเสพติดให้ได้ (abstinence) และยังต้องป้องกันการกลับไปใช้หรือเสพยาเสพติดซ้ำ (relapse prevention) การบำบัดทางจิตสังคม เป็นรูปแบบที่ช่วยให้ผู้ติดสุราได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจ และสังคมมีหลายรูปแบบ ทั้งการบำบัดแบบกลรายบุคคลและรายกลุ่ม เช่น Individual psychotherapy, Group psychotherapy, Family intervention, Self-help group, Therapeutic community, Cognitive behavior therapy, Motivational interviewing: MI, Motivational Enhancement Therapy: MET, Social support การดูแลรายกรณี กลุ่มนิรนาม การส่งเสริมให้พัฒนาไปตามหลัก 12 ขั้นตอน และครอบครัวบำบัดที่เน้นคู่สมรส เป็นต้น แม้จะมีรูปแบบการบำบัดจิตสังคมที่หลากหลาย แต่จากการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลในการบำบัดระหว่างการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy: CBT) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational enhance therapy: MET) และกลุ่ม 12 ขั้นตอน โดยกลุ่มนักวิจัยโครงการเอ็มเอทีซีเอชพบว่าไม่แตกต่างกัน แต่การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นช่วยเพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราได้มากกว่าการบำบัดอีก 2 วิธี และการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นระบบที่กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม โดยให้ผู้ติดสุราได้สำรวจและแก้ไขความลังเล มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและสิ่งที่อาจจะเป็นปัญหาในอนาคต (Rollnick & Miller, 1995) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ติดสุราลด ละ เลิกการดื่มสุราไม่ต่อเนื่อง และอาจไม่ได้ผลเท่าที่ควรในผู้ป่วยเรื้อรังหรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (สายชล ยุบลพันธ์, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของสมิท (Smith, 2011) ที่พบว่าผู้ติดสุราส่วนใหญ่มีขาดแรงจูงใจในตนเองที่จะเข้ารับการรักษากิจ จึงเป็นการยากที่จะจัดการให้ผู้ติดสุราเข้ารับการรักษและฟื้นฟูตามโปรแกรมการบำบัด บ่อยครั้งที่ผู้ติดสุราออกจากโปรแกรมการบำบัดกลางคัน รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง อีกทั้งผู้ติดสุราส่วนใหญ่คิดว่าตนเองไม่ได้ติดสุรา จึงไม่ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่ม และจากประสบการณ์ของผู้ให้การบำบัดผู้ติดสุรา พบว่าผู้ติดสุราที่เข้ามารับการรักษาส่วนใหญ่ไม่เต็มใจที่จะเข้ารับการรักษอย่างจริงจัง ถูกคนในครอบครัวบังคับหรือมีอาการถอนพิษสุราจนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เมื่ออาการดีขึ้นมักจะกลับไปดื่มซ้ำ ประกอบกับการอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ความรู้สึกสับสนพื้นฐานเป็นคนอ่อนแอ เก็บกด ใช้สุราคลายความทุกข์ใจ หนีปัญหา (हररषष เศรษฐบุปผष, 2555) จะเห็นได้ว่าที่กล่าวมาข้างต้นล้วนเป็นปัจจัยของการขาดแรงจูงใจภายในที่จะผลักดันให้ผู้ติดสุรามีพฤติกรรมที่ยั่งยืน

สรุป การบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชในปัจจุบัน คือ การผสมผสานการบำบัดทางยาร่วมกับจิตสังคมบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ การบำบัดทางยาช่วยลดบรรเทาอาการถอนพิษสุรา อาการอยากยา และอาการทางจิตเวช ในขณะที่จิตสังคมบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง และให้มีทักษะที่จำเป็นต่อการเลิกดื่มสุราให้สำเร็จ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุน

ทางสังคมที่ดีจากบุคคลรอบข้าง จึงนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทให้ครอบคลุม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

4.1 การสัมภาษณ์เพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing: MI) เป็นการบำบัดที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ถ้าผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงแล้วผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมได้ด้วยตัวเอง ดังนั้นผู้บำบัดต้องทำหน้าที่ในการกระตุ้นหรือเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Project MATCH Research Group, 1998) โดยมีหลักการสำคัญคือ 1) กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง 2) ผู้ป่วยต้องแก้ไขความรู้สึกเลวด้วยตนเอง 3) การชักจูงให้ผู้ป่วยเห็นข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 4) เป็นรูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจ ที่ควรเจียบและกระตุ้น โดยไม่ได้แย้งกับผู้ป่วย 5) ผู้บำบัดต้องเอาใจใส่และตอบสนองต่อลักษณะของแรงจูงใจ (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553) การใช้เทคนิค MI ให้ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นหลักขึ้นอยู่กับอาการทางจิตหรือความผิดปกติของผู้ป่วย ซึ่งในกลุ่มโรคจิตเภทที่มีความบกพร่องเรื่องความคิดและการสื่อสาร ควรใช้เทคนิคที่สั้น ไม่มีแบบแผนมาก เช่น การใช้เทคนิคการแนะนำ

การสัมภาษณ์เพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) เป็นแนวทางการให้การปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ตนเองเข้าใจตนเองมากขึ้น เกิดความคิดที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น โดยผู้บำบัดใช้เทคนิค OARS ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning: O) การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation: A) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening: R) การสรุปความ (Summarization: S) เพื่อให้ผู้ป่วยคิดและกล่าวข้อความที่จูงใจตนเองออกมาเพิ่มขึ้นตลอดการสนทนา ทำให้แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากยิ่งขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

4.2 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน มีเป้าหมายในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน ใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ร่วมกับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ลดการใช้หรือหยุดดื่มได้ โดยมีหลักการบำบัด ได้แก่ ความคิดมีผลต่อพฤติกรรม ความคิดสามารถตรวจสอบและปรับเปลี่ยนได้ สร้างความคิดใหม่และทำให้ผู้ป่วยเห็นว่า สถานการณ์เสี่ยงใดที่เป็นปัญหาและอาจนำไปสู่การกลับไปใช้สุราและสารเสพติดซ้ำ (บุญศิริ จันทรศิริมงคล, 2556; เอกอุมา อัมคำ, 2556)

4.3 การบำบัดเพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) เป็นการการสร้างแรงจูงใจ (MI) ร่วมกับการสะท้อนให้ผู้รับการบำบัดทราบถึงปัญหาและอุปสรรคที่แท้จริง (Feedback) ทั้งนี้การสร้างแรงจูงใจเป็นการรักษาที่เหมาะสมในระยะการฟื้นฟูทุกระดับขั้นตอนของการบำบัด MET เป็นรูปแบบการบำบัดที่อาศัยทฤษฎี Stage of Change และ Motivational Interviewing: MI มาจัดเป็นชั่วโมงการบำบัดรักษา 1-4 ครั้ง เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ให้

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่ม การบำบัดแบบ MET ในโครงการวิจัย Project MATCH ของ National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) มีจำนวนชั่วโมงการบำบัดทั้งหมด 4 ครั้ง ในช่วง 12 สัปดาห์ ได้แก่ สัปดาห์ที่ 0, 1, 6 และ 12 พบว่า MET มีประสิทธิภาพดีในการบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างจาก CBT และ TSF (พิชัย แสงชาญชัย, 2553)

4.4 การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention: BI) เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุรา ผู้บำบัดใช้เวลาในการพูดคุยอย่างสั้นๆ ประมาณ 15-30 นาที ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้พัฒนาการบำบัดอย่างย่อในการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุราในกลุ่มผู้ดื่มหนักอย่างเป็นอันตราย หรือ Hazardous drinking เพื่อส่งเสริมแรงจูงใจให้ลด ละ เลิกการดื่มสุรา โดยมีเทคนิคที่สำคัญคือ FRAMES ได้แก่ F: Feedback การให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของปัญหาการดื่มสุราที่ประสบอยู่ ได้แก่ ประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มาสะท้อนถึงความรุนแรงของโรค R: Responsibility เน้นถึงความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการตัดสินใจว่าจะเลิกดื่มสุราหรือไม่ ผู้บำบัดไม่สามารถบังคับ แต่ผู้บำบัดแนะนำ (Advice) หรือให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และจำเป็นต่อการตัดสินใจ เช่น การดื่มสุรามีผลต่อสุขภาพอย่างไรบ้าง ในกรณีที่ดื่มจนติดแล้ว (Substance dependence) การหยุดโดยเด็ดขาดมีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลิกมากกว่าค่อยๆลดปริมาณลง หากเลือกวิธีการค่อยๆลดปริมาณลง ควรมีการเฝ้าติดตามปริมาณที่ดื่มว่าลดลงจริงหรือไม่ เช่นการบันทึกปริมาณการดื่มในแต่ละวัน A: Advice การให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และจำเป็นต่อการตัดสินใจ เช่น การดื่มสุรามีผลต่อสุขภาพอย่างไรบ้าง ในกรณีที่ดื่มจนติดแล้ว (Substance dependence) การหยุดโดยเด็ดขาดมีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลิกมากกว่าค่อยๆลดปริมาณลง หากเลือกวิธีการค่อยๆลดปริมาณลง ควรมีการเฝ้าติดตามปริมาณที่ดื่มว่าลดลงจริงหรือไม่ เช่นการบันทึกปริมาณการดื่มในแต่ละวัน M: Menu การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ ไม่ควรมากเกินไป หรือน้อยเกินไป ได้แก่ การเลิกด้วยวิธีการหักดิบ การมีกิจกรรมทดแทนต่างๆ การเข้ากลุ่มช่วยเหลือกันเอง การปฏิบัติ การเข้ารับการรักษาด้วยวิธีบำบัดต่างๆทางการแพทย์ E: Empathy ความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในตัวผู้ป่วย ว่าการติดสุราเป็นโรค ไม่ใช่นิสัยไม่ดี ยอมรับที่ผู้ป่วยอาจจะยังไม่ตระหนักกับปัญหาการติดสุรา เพราะยังไม่มีอาการถอนพิษสุรา หรือยังมองไม่เห็นปัญหา ขอบเสียจากการดื่มสุรา เข้าใจว่าโดยแท้จริงแล้วผู้ป่วยรู้สึกว่าการดื่มสุรามีข้อดีอยู่มาก หรืออาจเสียดายความสุขที่เกิดจากการดื่มสุรา (พิชัย แสงชาญชัย, 2553; วิโรจน์ วีระชัย, พรพนอ กลิ่นกุหลาบ, และ สำเนา นิลบรรพท์, 2558)

4.5 การให้การปรึกษาคครอบครัว (Family Intervention) สามารถใช้ร่วมกับการบำบัดกับรูปแบบอื่นๆ จากมีการศึกษาหลายเรื่อง พบว่า ปัจจัยที่สำคัญกับการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วย คือ การสนับสนุนจากครอบครัว ดังนั้น การให้ความสำคัญของการเห็นการปรึกษาคครอบครัวด้วย วิธีการให้การปรึกษาคครอบครัว โดยการ 1) เน้นย้ำให้ผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัวเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย 2) ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ดูแล และให้ความรู้เรื่องการดูแล และการสื่อสารทางบวกในครอบครัว

4.6 การให้ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) การบำบัดมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความรู้สนับสนุนช่วยเหลือ และสอนทักษะการแก้ไขปัญหาให้กับสมาชิกครอบครัว เป็นการบำบัดที่เน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา โดยผู้บำบัดเป็นผู้ช่วยให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ดื่มสุราและครอบครัว ทำให้ผู้ดื่มสุราเริ่มกำลังใจและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ซึ่งพบว่าการบำบัดรักษาครอบครัวร่วมกับการปรึกษารายบุคคล ได้ผลลัพธ์ทางที่ดีทั้งช่วยลดการใช้สารเสพติดและด้านอื่นๆ ในช่วงระยะต่างๆ แต่ส่วนใหญ่จะลดลงเมื่อสิ้นสุดการรักษา (บุญศิริ จันทรศิริมงคล, 2556)

5. การดูแลรักษาแบบบูรณาการ (Treatment Integration) (บุญศิริ จันทรศิริมงคล, 2556)

กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราและสารเสพติด (Alcohol and Other Drug: AOD) ที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (co-occurring disorder: COD) มักมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนและการดูแลรักษาไม่ได้ผลหรือได้ผลต่ำ การดูแลรักษาที่เหมาะสมควรให้การดูแลแบบผสมผสานมีการศึกษาบ่งชี้ว่า การบำบัดแบบบูรณาการ (Integrated treatment) ทำให้ผลลัพธ์ในการรักษาดีขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเวช

Treatment Integrated คือ การดูแลบำบัดรักษาแบบบูรณาการซึ่งมีขั้นตอนจำเพาะ หรือใช้เทคนิคการบำบัดเฉพาะสำหรับผู้ป่วยสุราหรือสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทุกราย (all COD diagnosis or symptoms) ร่วมกับการดูแลเฉพาะรายเป็นระยะๆ ทั้งนี้ให้ความสำคัญในการให้การดูแลบำบัดแบบขั้นต้น (Acute Intervention) เพื่อความปลอดภัยของโรคผู้ป่วยขณะนั้น เทียบเทียมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย (Recovery Intervention) สู่การดูแลผู้ป่วยในชุมชน ทั้งนี้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย Treatment Integration ซึ่งหากบูรณาการทั้งสารเสพติดและจิตเวชแล้ว ผู้เกี่ยวข้องที่ได้รับการอบรมเพิ่มทักษะทั้งสองกรณี จะสามารถให้การดูแลได้ทั้งสองกรณีอย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อ (Seamless)

5.1 องค์ประกอบการบำบัดรักษาฟื้นฟูแบบบูรณาการ

- (1) ความร่วมมือในการดูแลแบบผสมผสานระหว่างผู้บำบัดเป็นจุดสำเร็จในการพัฒนางานระบบบริการ
- (2) นโยบายในการบริการและการเข้าสู่ระบบบริการเป็นเรื่องสำคัญ ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสุราและสารเสพติดมีความคาดหวังว่า ตนเองควรได้รับการบำบัดอย่างไรหรือจะส่งต่อเขาไปในที่ใด
- (3) การสื่อสารที่ชัดเจนความคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกัน มีเอกสารที่เชื่อถือได้ในการปฏิบัติงาน และเอกสารข้อตกลงเรื่องการเงินของผู้ที่มีหน้าที่ชำระเงิน เพื่อสร้างความมั่นใจ และความรับผิดชอบในการทำงานร่วมกัน
- (4) คำมั่นสัญญาต่อผู้ป่วย รวมทั้งการมาบำบัดรักษาอย่างสม่ำเสมอ เป็นปัจจัยหลักในการทำงาน
- (5) การพัฒนาและปรับปรุงการบริการให้มีคุณภาพ โดยเปรียบเทียบกับองค์กรอื่นในเชิงระบบบริการ

(6) การคัดกรองประเมินอย่างครอบคลุมในทุกระบบ เช่น โปรแกรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราและสารเสพติด หน่วยบริการสุขภาพจิต การดูแลระดับปฐมภูมิ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและบริการฉุกเฉิน

(7) ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย ควรผ่านการฝึกอบรม ทักษะในการวินิจฉัยโรคร่วมการรักษาและเทคนิคการบำบัดผู้ป่วย

(8) การบำบัดแบบเข้มข้น เรื่องการบำบัดและการดูแลรายโรค

(9) การบำบัดทุกโรคที่ได้รับการรักษาตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ

(10) กลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าประสิทธิภาพสูงสุดในการบำบัดรักษา

(11) การดูแลรักษาระยะยาวซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง จะทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์มากกว่าการดูแลเฉพาะเวลามีอาการเท่านั้น

(12) ทฤษฎีการลดความรุนแรงจากการเสพ (Harm reduction) ช่วยให้อาการทางจิตดีขึ้น

(13) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการช่วยดูแลบำบัดรักษา เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ เครื่องมือและแบบประเมิน การบันทึกด้วยระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ

(14) การแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งรายงานเวชระเบียนผู้ป่วยเมื่อมีความจำเป็นให้กำลังใจ สนับสนุนผู้ป่วยด้านข้อมูลข่าวสาร ข้อตกลงในการบำบัด แนวทางการจัดการข้อมูลผู้ป่วยควรมีความชัดเจน ปลอดภัย เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย

(15) ระบบบริหารด้านการเงิน ควรมีความยืดหยุ่นได้ เพื่อจะช่วยลดอุปสรรคในการบริการ

(16) สถานที่ในการบริการควรเป็นที่เดียวกัน เพื่อให้บริการครบวงจร

(17) ผู้บำบัดควรเป็นคนๆเดียวกัน ถ้าเป็นไปได้ เช่น ผู้บำบัดกลุ่มโรคร่วมจิตเวชและสุรา/สารเสพติด ควรเป็นคนเดียวกัน

(18) โปรแกรมการดูแลและองค์กรควรมีความเชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างกัน รวมถึงระบบบริการอื่นที่ผู้ป่วยไปใช้บริการ เช่น ระบบศาล เรือนจำ สถานสงเคราะห์ และการฝึกอาชีพต่างๆ

5.2 จิตสังคมบำบัดแบบบูรณาการ (Integrated Psychosocial Intervention for Co-occurring Disorder)

ผู้มีปัญหาที่มีโรคร่วมจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่มีอาการทางจิตรุนแรงจนไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ปัญหายุ่งยากซับซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหาครอบครัวและความสัมพันธ์ การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ปัญหาประสิทธิภาพการทำงาน ภาวะตกงาน ปัญหาการจัดการการเงิน การไร้ที่อยู่ ขาดผู้ดูแล การกินยาจิตเวชไม่สม่ำเสมอการกลับใจดื่มซ้ำ การเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ จากปัญหาความก้าวร้าวรุนแรง ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย ปัญหากฎหมาย โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งผลกระทบต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรัง บางครั้งมีอาการกำเริบมาห้องฉุกเฉินจนเป็นปัญหาสังคมมาก

ขึ้น การบำบัดรักษาแบบเดิมๆ ที่มีการรักษาตามปัญหาแยกส่วนระหว่างโรคทางจิตเวชและสารเสพติด รวมไปถึงแก้ปัญหาอย่างยากซับซ้อนเป็นส่วนๆ ทำให้การบำบัดรักษาล่าช้า ไม่เท่าทันปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้นจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมสุราและจิตเวช จึงต้องเน้นให้มีการบำบัดฟื้นฟูทั้งสองกลุ่มโรคในคราวเดียวกัน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเวชที่ตนเองเจ็บป่วยที่เชื่อมโยงกับปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติด การป้องกันการดื่มสุราจากตัวกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราและการกินยาจิตเวชอย่างสม่ำเสมอและรักษาต่อเนื่อง ร่วมกับกิจกรรมที่ช่วยแก้ปัญหาอย่างยากซับซ้อนที่พบบ่อย ทั้งนี้หากผู้รับการบำบัดสุราได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาจิตเวชเป็นหลัก การทำจิตสังคมบำบัดจะทำให้เกิดประโยชน์อย่างมาก เนื่องจาก 1) กลุ่มผู้ป่วยมีปัญหาการดื่มสุราที่มีความเสี่ยงต่อการบำบัดด้วยยา เช่น อาจเสพติดยาคลายกังวลได้ง่าย เช่น โรควิตกกังวล 2) ช่วยบำบัดฟื้นฟูศักยภาพในกรณีผู้ป่วยมีอาการทางจิตเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยจิตเภท 3) กรณีที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการกินยา 4) กรณีผู้ป่วยที่หยุดดื่มสุราแล้วทำให้เกิดอาการทางจิตเวช เช่น ผู้ป่วย PTSD จะมีอาการวิตกกังวลมากขึ้น

6. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด จากการทบทวนวรรณกรรมมีแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ป่วยสุรา ดังนี้

6.1 การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Counseling/Interviewing)

สร้างขึ้นโดยวิลเลียม และ มิลเลอร์ (William & Miller, 2002) เป็นรูปแบบหนึ่งของการช่วยเหลือด้านจิตใจ โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่มีลักษณะให้คำชี้แนะ (Directive) และให้ความสำคัญกับผู้รับบริการในการมีส่วนร่วม และรับผิดชอบต่อการรักษา ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและแก้ไขความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา ตลอดจนมีแรงจูงใจให้ความร่วมมือในการรักษา การเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะผ่านพ้นภาวะถอนพิษสุรา เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่เน้นผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง มุ่งตรงปัญหาของผู้รับการบำบัด เพื่อสร้างความตระหนักในปัญหาการดื่มสุราให้แก่ผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคให้ผู้รับการบำบัดค้นหาปัญหาและหาทางแก้ไขปัญหาดด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพูดถึงประโยชน์และผลเสียจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยคำนึงถึงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งผู้บำบัดต้องให้การบำบัดตามขั้นตอนของแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากระยะเมินเฉยลังเล และตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลง (พิชัย แสงชาญชัย, 2553) โดยมีพื้นฐานความเชื่อที่ว่าการศึกษาที่มีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เป็นธรรมชาติ แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นภายใต้บรรยากาศความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รักษาและผู้รับบริการ และท่าทีและจิตวิญญาณของผู้รักษา โดยเฉพาะความเห็นอกเห็นใจจะเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การรักษาประสบความสำเร็จ หลักการและเทคนิคในการเสริมสร้างแรงจูงใจคือ DARES (พิชัย แสงชาญชัย, 2553) ได้แก่ D: Develop discrepancy การทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างสถานการณ์ในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากเป็น โดยการเล่าถึงผลลัพธ์ที่เกิดตามหลังการดื่ม และผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยคิดว่าจะเป็นหากไม่ดื่ม ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่แตกต่าง จนเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง A: Avoid argumentation การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง ผู้ป่วยอาจใช้

กลไกการป้องกันตนเองที่จะลดความรู้สึกไม่สบายใจให้น้อยลง และไม่ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดี การรับรู้จริงใจ จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่อต้านและรู้สึกว่าการบำบัดไม่เข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ควรหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้สึกต่อต้านไม่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยยอมรับการวินิจฉัย ไม่ต้องยืนยันที่จะเอาความถูกต้องหรือชนะ ควรหาวิธีอื่นที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์และโทษที่เกิดขึ้นตามหลังการดื่ม ในขณะเดียวกันก็เห็นผลดีจากการดื่มน้อยลง R: Roll with resistance การตะล่อมหมุนไปกับแรงต้าน เมื่อผู้บำบัดมีความรู้สึกต่อต้าน ไม่ควรปล่อยให้ความรู้สึกต่อต้านนั้นดำเนินการต่อไป แต่จะค่อยๆ ตะล่อมหมุนไปกับความรู้สึกต่อต้านนั้นโดยมีเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้บำบัดจะเสนอแนวทางใหม่ในการคิดเกี่ยวกับปัญหา แต่ไม่ใช่เอามาบังคับใช้ การเกิดความรู้สึกสับสนถือเป็นเรื่องปกติ และการพูดคุยกันถึงความรู้สึกสับสนนี้อย่างเปิดเผยก็จะเป็นประโยชน์ การสรุปความจะต้องมาจากผู้ป่วย ไม่ใช่ผู้บำบัด E: Express empathy การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ผู้ให้การบำบัดต้องสื่อสารที่แสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการสื่อสารที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำต่ำสูงระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะเลือกอย่างอิสระ และกำหนดทิศทางเป้าหมายของตัวเอง ผู้ให้การบำบัดต้องพูดนุ่มนวลและบอกเสมอว่าการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น ทั้งหมดขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเอง S: Support self-efficacy ส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัว ความรู้สึกว่าคุณมีความสามารถ คือ ความรู้สึกว่าคุณมีความสามารถที่จะทำอะไรให้สำเร็จได้ หน้าที่ของผู้ให้การบำบัดคือ การชี้ให้เห็น การเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ และหากผู้ป่วยทำการปรับพฤติกรรมที่ดี จะมีผลในการลดปัญหาต่างๆ ที่เป็นผลจากการดื่ม ให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวังและมองโลกในด้านบวกถ้าความเชื่อมั่นนั้นไม่เกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยมีความสับสน สิ่งที่จะเกิดตามมาคือ ผู้ป่วยจะแก้ปัญหาโดยใช้กลไกการป้องกันตนเอง โดยการปฏิเสธ เพื่อลดความรู้สึกอัดอั้นไม่สบายใจโดยไม่ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

6.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) สร้างขึ้นโดย Becker (1974) เป็นแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นทัศนคติและความเชื่อ ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค เมื่อนำแนวคิดนี้มาศึกษาเพื่ออธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

6.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันตามการประเมินความเป็นไปได้ที่จะเกิดปัญหา โดยรับรู้จากความเสี่ยงและประสบการณ์ของตนเอง ทำให้มีการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือปัญหาสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เช่น รับรู้ปัจจัยที่จะทำให้ตนเองมีอาการทางจิตมากขึ้น รวมทั้งภาวะต่างๆ ที่นำไปสู่การมีอาการทางจิต จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการรักษา

6.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลถึงความรุนแรงของการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น ความรุนแรงนี้ขึ้นอยู่กับ การประเมินการเกิดโรคของตนเอง การที่บุคคลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ

สังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคม จึงเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดการป่วยซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชซ้ำ ซึ่งเป็นผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นภาวะคุกคามเหล่านี้

6.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefit) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยต่อการกระทำที่เป็นการป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่เชื่อว่า สามารถทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง การดูแลสุขภาพที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับ สามารถประกอบอาชีพหรือเรียนหนังสือ ลดความรังเกียจจากสังคม อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสงบสุข ลดความตึงเครียด และช่วยป้องกันการป่วยซ้ำ

6.2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่างๆ ที่ขัดขวางการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีร่างกายที่แข็งแรง ในผู้ป่วยจิตเภท การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติของตนมีอุปสรรค เช่น พฤติกรรมการดื่มสุราขาดวินัยมากเกินไป การถูกรังเกียจ ห้ามปรามกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ การไม่ได้รับความไว้วางใจจากผู้อื่น สิ่งเหล่านี้ ขัดขวางการดูแลสุขภาพ และส่งผลต่อการเสื่อมถอย

6.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Perceived self-efficacy) (Bandura, 1997) พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) โดยมีความเชื่อว่า ระบบพฤติกรรมบุคคลจะถูกควบคุมโดยกระบวนการทางสติปัญญาหรือการระลึกที่ถือเป็นประสบการณ์ทางอ้อม ซึ่งกระบวนการทางสติปัญญาหรือการระลึกนั้นสามารถถูกชักนำหรือเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว โดยอาศัยอิทธิพลของประสบการณ์แห่งความสำเร็จในการแสดงการกระทำ (Effective Performance) ของบุคคล การที่บุคคลมีการรับรู้ตนเองที่ดีจะทำให้การดูแลสุขภาพ และมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ที่สูงขึ้น การรับรู้ในความสามารถของตนเองพัฒนามาจากปัจจัยหลัก 4 ปัจจัย คือ ประสบการณ์ของความสำเร็จด้วยตนเอง (Performance Accomplishments) การได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่างความสำเร็จของผู้อื่น (Vicarious Experience) การชักจูงด้วยคำพูดจากผู้อื่น (Verbal Persuasion) และการเร้าทางอารมณ์หรือสรีระวิทยา (Emotional or Physiological Arousal) แหล่งของการรับรู้หรือการรับรู้ความสามารถของตนเองอาจได้จากเพียงแค่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือผสมผสานกันระหว่างปัจจัยต่างๆ ร่วมกัน ซึ่งแต่ละปัจจัยมีดังนี้

6.3.1 ประสบการณ์ของความสำเร็จด้วยตนเอง (Performance Accomplishments) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง คือการเรียนรู้จากความสำเร็จ ในการกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งจากอดีตเชื่อมโยงเข้าสู่การตัดสินใจที่จะกระทำกิจกรรมในปัจจุบัน ประสบการณ์ของความสำเร็จของตนเองถือเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองมากที่สุด เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรงที่บุคคลได้รับและเป็นความสำเร็จที่ตนเองกระทำได้จริง การที่บุคคลกระทำกิจกรรมแล้ว ประสบความสำเร็จหลายๆ ครั้ง จะเสริมให้บุคคลมีความคาดหวังความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น

6.3.2 การได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่างความสำเร็จของผู้อื่น (Vicarious Experience) การที่ได้สังเกตเห็นแบบแสดงพฤติกรรมที่ความซับซ้อนและได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตมีความรู้สึกว่าเขาจะสามารถจะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ

6.3.3 การชักจูงด้วยคำพูดจากผู้อื่น (Verbal Persuasion) การชักจูงด้วยคำพูดจากผู้อื่นที่ช่วยเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองด้วยการรับเอาคำแนะนำชักจูงจากผู้อื่นมาเป็นข้อมูลเพื่อพิจารณาถึงความสามารถที่ตนเองมีอยู่ การพูดชักจูงจากผู้อื่นจะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมต่างได้แม้ว่าจะไม่เคยกระทำมาก่อนก็ตาม ส่งผลให้เกิดความพยายามกระทำได้สำเร็จ มีความคาดหวังในความสามารถในตนเองมากขึ้น

6.3.4 การเร้าอารมณ์หรือสรีระวิทยา (Emotional or Physiological Arousal) บุคคลที่มีความกลัว เครียด ตื่นเต้น วิตกกังวล หรือมีสภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากๆ จนทำให้เกิดความอ่อนเพลีย เมื่อยล้า ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเองส่งผลให้กระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ไม่ดีเท่าที่ควร จนเกิดการหลีกเลี่ยงการกระทำหรือเผชิญกับสถานการณ์นั้นในที่สุด

6.4 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขการกระทำของสกินเนอร์ (Operant Conditioning) (Bollles, 1975) มีแนวคิดที่ว่า ถ้าหากบุคคลได้รับตัวเสริมแรงหลังจากที่ได้กระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ พฤติกรรมเกิดขึ้นจากสิ่งเร้า หลักการเหล่านี้ได้อธิบายเกี่ยวกับแรงจูงใจไว้ เช่น เรื่องการเสริมแรงปฐมภูมิ (primary reinforcement) จะเกี่ยวข้องโดยตรงกับความต้องการทางสรีระ (ความหิว ความกระหาย เพศ) หรือ ตัวเสริมแรงทุติยภูมิ (secondary reinforcement) จะเกี่ยวข้อง กับสิ่งเร้าซึ่งเกิดควบคู่กับตัวเสริมแรงปฐมภูมิ ทฤษฎีกลุ่มพฤติกรรมนิยม จะเน้นการให้การเสริมแรงภายนอก (แรงจูงใจภายนอก) เช่น การให้คะแนน การให้ดาว หรือรางวัลอื่นๆ ถ้าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตามเงื่อนไขที่วางไว้ในแต่ละครั้ง ต้องให้รางวัลหรือ สิ่งของ หรืออื่นๆ ตามที่ตกลง เพื่อเป็นการเสริมแรงให้บุคคลมีพฤติกรรมต่อไป

6.5 ทฤษฎีอัตลิตหรือทฤษฎีการกำหนดด้วยตนเอง (Self-Determination Theory: SDT) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจภายใน เดซี และไรอัน (Deci & Ryan, 1990) ได้นิยามแรงจูงใจภายในว่าเป็นความต้องการของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมต่างๆ ที่เกิดจากความสนใจตนเอง ต้องการมีความสามารถ มีอิสระที่จะลิขิตด้วยตนเองมากขึ้นให้กระทำ ปราศจากรางวัลหรือการบีบบังคับ คำนี้ถึงการตอบสนองความต้องการพื้นฐานในจิตใจ 3 ประการ คือ ความต้องการมีความสามารถ (need for competence) ความต้องการมีอิสระ กำหนดได้ด้วยตนเอง (need for autonomy) และความต้องการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น (need for relatedness) (อรรถพันธ์ ชูชม, 2554; Deci & Ryan, 1990; Ryan & Deci, 2000) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการสร้างแรงจูงใจภายใน ช่วงขั้นต้นของการรักษามีความสัมพันธ์อย่างมากในการให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาของผู้ติดยาไม่ออกจากการรักษากลางคืน (Ryan, Plant, & O'Malley, 1995) และในระยะติดตามการฟื้นตัวของผู้ติดยา พบว่าเป็นระบบที่ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปดื่มซ้ำ เพิ่มความสามารถในการ

เผชิญปัญหา ส่งเสริมให้ยึดมั่นในเป้าหมายของการรักษา (Gustafson, 2013) และจากการศึกษาของสือรณแหลมภู (2554)

6.6 ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) เป็นทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska & DiClemente อธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตั้งแต่ขั้นที่ไม่ใส่ใจปัญหา จนถึงขั้นลงมือเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง จากการทบทวนองค์ความรู้จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา โดยพิชัย แสงชาญชัย (2553) แนวทางในการบำบัดผู้ป่วยสารเสพติดหรือติดสุราที่เหมาะสมพบว่า พฤติกรรมและแรงจูงใจของผู้ป่วยส่วนใหญ่หมุนวนอยู่ในวัฏจักรของการเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาหลายรอบก่อนที่จะเปลี่ยนหรือเลิกดื่มได้ในที่สุด ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมี 6 ขั้นตอน

6.6.1 ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยไม่คิดว่าตนเองติดแอลกอฮอล์ จึงไม่เห็นความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยรับรู้ผลดีจากการดื่ม ดังนั้นการช่วยเหลือที่เหมาะสมในการจูงใจผู้ป่วย คือ การให้ข้อมูล (Information) และการสะท้อนข้อมูลกลับ (feedback) เพื่อให้เห็นผลเสียจากการดื่ม

6.6.2 ขั้นลังเล (Contemplation) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยประสบกับผลเสียของการดื่มบ้าง แต่ผู้ป่วยยังเห็นว่า การดื่มแอลกอฮอล์ยังมีประโยชน์มากกว่าโทษ และรู้สึกว่าการดื่มยังคงควบคุมการดื่มได้ การช่วยเหลือที่เหมาะสมในการจูงใจผู้ป่วย คือ การให้ผู้ผู้ป่วยพิจารณาข้อดีและข้อเสียของการดื่ม และข้อดีและข้อเสียของการหยุดดื่ม (pros and cons) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

6.6.3 ขั้นตัดสินใจหยุดดื่มอย่างจริงจังหรือขั้นเตรียมการเปลี่ยนแปลง (Determination or Preparation) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยเชื่อกับโทษภัยจากการดื่มแอลกอฮอล์อย่างรุนแรงและตัดสินใจหยุดดื่ม การช่วยเหลือที่เหมาะสมในการจูงใจผู้ป่วย คือ การพูดถึงวิธีการแก้ไขปัญห (menu) เปิดโอกาสให้เลือกหนทางโดยอิสระ (freedom of choice) ส่งเสริมความรับผิดชอบในตนเอง (responsibility) และส่งเสริมศักยภาพของตนเอง (self-efficacy) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลงมือเปลี่ยนแปลงตนเอง

6.6.4 ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยกำลังลงมือหยุดดื่ม อยู่ในช่วง 6 เดือนแรก พฤติกรรมหยุดดื่มยังไม่มั่นคง การช่วยเหลือที่เหมาะสมในการจูงใจผู้ป่วย คือ การส่งเสริมความร่วมมือร่วมใจและความต่อเนื่องในการบำบัดรักษา (compliance and adherence) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์จากวิธีการที่ผู้ป่วยเลือก

6.6.5 ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยหยุดดื่มมาได้ระยะหนึ่งนานประมาณ 6 เดือนขึ้นไป พฤติกรรมหยุดดื่มมีความมั่นคงระดับหนึ่ง การช่วยเหลือที่เหมาะสมในการจูงใจผู้ป่วย คือ การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (relapse prevention) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและประสบความสำเร็จ

6.6.6 ขั้นไปติดสุราซ้ำ (Relapse) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยกลับไปติดแอลกอฮอล์ซ้ำ ผู้ป่วยเองมักรู้สึกผิด ขาดความเชื่อมั่น คิดว่าตนเองคงไม่สามารถเลิกดื่มได้ การช่วยเหลือที่เหมาะสมในการจูงใจผู้ป่วย

คือ ความหวังกำลังใจ (hope) การประคับประคองด้านจิตใจ(support) และการส่งเสริมศักยภาพในตนเอง (self-efficacy) ว่ายังสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจกลับเข้าสู่การปรับเปลี่ยนตนเองอีก

7. การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเวช

การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ผู้วิจัยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช(ฉบับปรับปรุง)(Integrated Co-Occuring psychiatric, Substance and alcohol use Disorders Rehabilitation revised Program: ICORD-Re model) ของบุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ (2559) ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้ทดลองกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีกิจกรรมทั้งหมด 14 ครั้ง ทำกิจกรรมทุกวันจันทร์-ศุกร์ วันละ 1-2 ครั้ง สัปดาห์ละ 7 ครั้ง ภายใน 2 สัปดาห์ แต่แต่ละครั้งใช้เวลาการทำกิจกรรม 60-90 นาที เนื้อหาของกิจกรรม มีดังนี้ (รายละเอียดในภาคผนวก)

กิจกรรมครั้งที่ 1 กลุ่มศิลปะ (Expressive Therapy) ให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันภายในกลุ่มกล้าแสดงออก โดยให้ผู้ป่วยวาดภาพของตนและต่อเติมภาพให้กับคนอื่น สามารถอธิบายความหมายของภาพที่ตนเองวาด เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล้าแสดงออกทั้งด้านความคิด ความรู้สึกของตนเองภายในกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ก่อนนำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 2 แรงจูงใจสร้างได้ ผู้บำบัดใช้การสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสะท้อนให้ผู้ป่วยทราบถึงปัญหาและอุปสรรคที่แท้จริง จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความคิดและตระหนักในปัญหาของตนเองมากขึ้นนำไปสู่การเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง ซึ่งผู้บำบัดต้องใช้หลักพื้นฐาน 4 ข้อ คือ 1) แสดงความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ (Express empathy) 2) การทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างสถานการณ์ในปัจจุบันกับเป้าหมายที่เป็น (Develop discrepancy) 3) การหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย (Avoid argumentation) 4) การส่งเสริมศักยภาพที่มีในผู้ป่วย (Support self-efficacy)

กิจกรรมครั้งที่ 3 สมองติดยา/สุรา เน้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับองค์ประกอบที่ทำให้ผู้ป่วยติดสุราและสารเสพติด โดยเฉพาะโรคสมองติดยา/สุรา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการติดยา/สุรา ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา/เสพยาเสพติดที่มีต่อสมอง สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการลด ละ เลิกการดื่มสุรา/เสพยาเสพติด

กิจกรรมครั้งที่ 4 การให้ความรู้ (Cognitive Behavioral Education) เพื่อปรับพฤติกรรมที่เปลี่ยนได้โดยใช้ความคิด เป็นการให้ความรู้พื้นฐานเรื่องกระบวนการคิดภายใต้อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงและการเกิดพฤติกรรม มีความเข้าใจความเชื่อมโยงของของเหตุการณ์ ความคิดอัตโนมัติทางลบ อารมณ์ ความรู้สึก

จนถึงการเกิดพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ปรับความคิดเมื่อมีเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้อยากดื่มสุรา โดยการพูดกับตัวเอง

กิจกรรมครั้งที่ 5 เครียดได้ก็หายได้ เป็นการสอนวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ โดยการฝึกกลมหายใจ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หากผู้ป่วยเกิดความเครียดอาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดื่มสุรา/เสพยาเสพติดซ้ำได้

กิจกรรมครั้งที่ 6 เลือกรงาน...ที่เป็นเรา การดื่มสุราและการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงานและการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่สมดุลของผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะการใช้ชีวิตให้มีความสุขในที่ทำงาน การเลือกงานที่เหมาะสมกับตนเอง และการวางแผนการดำเนินชีวิตให้มีเป้าหมาย เพื่อลดภาวะการณกลับไปดื่มสุราซ้ำ กิจกรรมครั้งนี้จึงให้ผู้ป่วยได้ศึกษาคุณลักษณะของงานที่เหมาะสมกับตนเอง วิเคราะห์และตระหนักถึงความสามารถที่เป็นจุดแข็ง-จุดอ่อนของตนเอง ที่อาจส่งผลต่อการทำงาน

กิจกรรมครั้งที่ 7 เลิกสุรา/ยาเสพติดสบายสบาย เมื่อใช้ยาคุณหมอ ผู้บำบัดให้ความรู้เรื่องยาที่ผู้ป่วยรับประทาน เพราะผู้ป่วยยังขาดความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองรับประทาน หรือมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยา อาการข้างเคียงของการใช้ยา บางรายปฏิเสธการเจ็บป่วยจึงไม่ยอมรับประทานยา หากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับยา สรรพคุณของยาที่ตนเองรับประทาน ทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยา เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมครั้งที่ 8 รู้จักหลีกเลี่ยง...จะเสี่ยงน้อยลง ผู้บำบัดให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องสถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยหวนกลับไปดื่มสุราซ้ำ ผู้ป่วยสามารถประเมินสถานการณ์เสี่ยงของตนเอง รู้วิธีการจัดการสถานการณ์เสี่ยงทั้งตัวกระตุ้นภายนอก ตัวกระตุ้นภายใน จะช่วยป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำได้

กิจกรรมครั้งที่ 9 สุราและสารเสพติดเกี่ยวข้องกับโรคจิตเวชอย่างไร ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชที่เกิดจากการดื่มสุรา/สารเสพติด สาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรคทางจิตเวช ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นโรคจิตเภท จึงเน้นโรคนี้มาก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการดื่มสุราที่ส่งผลต่ออาการทางจิต ทำให้อาการทางจิตกำเริบ

กิจกรรมครั้งที่ 10 ดูดีได้...ด้วยตัวฉันเอง ปัญหาของผู้ป่วยที่ดื่มสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ส่วนใหญ่จะมีอาการทางจิตรุนแรงจนไม่สามารถดูแลตนเองด้านต่างๆในชีวิตประจำวันได้ทั้งเรื่องส่วนตัว ครอบครัว สังคม และชุมชน หากผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมจะเป็นจุดเริ่มต้นของการดื่มสุรา/เสพยา

ซ้ำ ดังนั้นการจัดกิจกรรมครั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองที่เหมาะสม และเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมครั้งที่ 11 สิบซ่อม...เสริมทักษะชีวิต เป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างให้ผู้ป่วยเรียนรู้และพัฒนาทักษะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา เห็นความสำคัญของทักษะทางสังคมต่อการทำหน้าที่ตามบทบาทที่เหมาะสมต่อการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น หากผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์และรับรู้ตนเองว่ามีทักษะทางสังคมและทักษะชีวิตด้านใดที่ตนเองควรปรับปรุง จะช่วยให้ผู้ป่วยจัดการปัญหาและอุปสรรคของตนเองได้ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยเฉพาะพฤติกรรมการดื่มสุรา

กิจกรรมครั้งที่ 12 ความหวังพลังใจ เป็นกิจกรรมที่สร้างความหวังซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยสุรา ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้และยอมรับปัญหา เกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อจะได้มีชีวิตที่ดี ความหวังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ สามารถเปลี่ยนมุมมองต่อการเจ็บป่วย มองเห็นจุดดี จุดด้อยของตนเองที่จะปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองในทางสร้างสรรค์

กิจกรรมครั้งที่ 13 ตาราง...สร้างชีวิต เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดตารางเวลาในชีวิตประจำวันให้เกิดความสมดุล ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการใช้เวลาได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยที่หยุดดื่มสุราหรือเลิกยาเสพติด จะทำให้เกิดความเบื่อ ซึ่งความเบื่อจะทำให้เกิดเฉยชา ความเบื่อจะไม่หายไปเอง จึงต้องหาทางแก้ไข การมีเวลาว่างมากเกินไป เป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดตัวกระตุ้นภายใน คือ ความเบื่อและหวนกลับไปดื่มสุราซ้ำ

กิจกรรมครั้งที่ 14 อยู่อย่างไร...ให้เข้าใจกัน เป็นกิจกรรมที่ให้ญาติมีส่วนร่วมก่อนกลับบ้าน ผู้บำบัดให้ความรู้เรื่องโรคสมองติดยา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และเข้าใจผลกระทบของสุรา/ยาเสพติดต่อสมอง ที่ทำให้เกิดผลเสียที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะต่างๆของการติดสุรา/ยาเสพติด ผู้ป่วยเข้าใจถึงการแสดงปฏิกิริยาของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวมีแรงจูงใจในการร่วมมือและสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสมระหว่างกัน

การเสริมสร้างแรงจูงใจ ดำเนินการ 3 ครั้งคือ ก่อนทำกิจกรรมครั้งที่ 1 ก่อนทำกิจกรรมครั้งที่ 8 และหลังการทำกิจกรรมครั้งที่ 14 ใช้เวลาครั้งละ 15 นาที ให้ผู้ป่วยประเมิน SOCRATES 8A for AUD ผู้บำบัดประเมินระดับแรงจูงใจโดยการสอบถามระดับของไม้บรรทัดวัดใจ (Readiness Ruler) และสะท้อนผลการประเมิน SOCRATES 8A for AUD และระดับของไม้บรรทัดวัดใจ (Readiness Ruler) ให้ผู้ป่วยทราบ รวมถึงสะท้อนปัญหาและอุปสรรคที่แท้จริงของผู้ป่วย เสริมสร้างแรงจูงใจโดยใช้เทคนิค การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening) และการสรุปความ (Summarization) ร่วมกับเทคนิค FRAMES ให้กำลังใจและ

เคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่ยังมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีตระหนักในปัญหาของตนเอง แรงจูงใจไม่ลดลง นำไปสู่การเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองมากขึ้น ซึ่งคาดหวังว่าหลังสิ้นสุดการทำกิจกรรมครั้งที่ 14 ทันที ผู้ป่วยจะมีแรงจูงใจรายด้านเพิ่มขึ้น และมีแรงจูงใจภาพรวมทุกด้านในระดับสูงขึ้น

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ลูกจันทร์ วิทยการวงศ์, บุญศิริ จันทรศิริมงคล, สวัสดิ์ สุริยะฉาย, เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา, เกษม กรกำจายฤทธิ์ และ อุ่นจิตร คุณารักษ์ (2559) ศึกษา ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเวช ณ โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับสุรา ที่รับไว้แบบผู้ป่วยในจำนวน 100 คน สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 50 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมจิตเวช (ICORD-R) จำนวน 18 ครั้ง ใน 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบวัดพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ขององค์การอนามัยโลกและแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ร้อยละ และ repeated measure ANOVA ผลการศึกษา พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ระดับปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิต เฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมจิตเวช (ICORD-R) กลุ่มทดลองมีคะแนนปริมาณการดื่มสุราและคะแนนอาการทางจิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลอง 1, 2 และ 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ศุภรัตน์ เวชสุวรรณ, นิमित แก้วอาจ, ผอูนรัตน์ นิลพันธ์ และ นิภา ยอดสง่า (2559) ศึกษา ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการเสพยาและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับสุราหรือสารเสพติดที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เข้าโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ จำนวน 12 ครั้ง ใน 2 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราหรือสารเสพติด แบบประเมินอาการทางจิต แบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสมการการประมาณค่า (Generalized Estimating Equation) ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พุดมิชาดา จันทะคุณ และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2560) ศึกษา ผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วมที่อาศัยอยู่ในชุมชน และมารับบริการงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชแห่งหนึ่ง ได้รับการจับคู่

ให้มีลักษณะที่ใกล้เคียงกันด้วยคะแนนการบริโภคนแอลกอฮอล์ และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และ สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการทำกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้การทดลอง ได้แก่ แบบประเมินการ บริโภคนแอลกอฮอล์ (AUDIT) ผลการศึกษา พบว่า 1) การบริโภคนแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ หลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 2) การบริโภคนแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม ลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กฤติยา แสงทรัพย์, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ และ สุนิศา สุขตระกูล (2562) ศึกษา ผลของ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่มา รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการ ดื่มสุรา จำนวน 46 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ได้รับการจับคู่กลุ่มด้วยปัญหาการดื่มสุรา แล้ว ถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 23 คน เข้ากลุ่มควบคุม 23 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบ กลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรม การดื่มสุรา ผลการศึกษา พบว่า 1) พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มลดลงต่ำกว่ากลุ่ม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Barrowclough et al., (2001) ได้ศึกษาการสัมภาษณ์เพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัด เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 66 คน ใช้เวลาในการบำบัด 9 เดือน ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เพื่อการ เสริมสร้างแรงจูงใจ 5 ครั้ง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 24 ครั้ง การบำบัดครอบครัว 10-160 ครั้ง ประเมินผล 3 เดือนหลังการบำบัด พบว่า กลุ่มทดลองมีการทำหน้าที่ต่างๆดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมี อาการทางบวกลดลง แต่ไม่แตกต่างระหว่างกลุ่มในระยะ 9 เดือน อัตราการเจ็บป่วยซ้ำลดลง ในระยะ 12 เดือน

Graeber et al., (2003) ได้ศึกษานำร่อง การเสริมสร้างแรงจูงใจและการให้สุขศึกษาใน ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของ การบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจและการให้สุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา จำนวน 30 คน แบ่งเข้ากลุ่มการเสริมสร้างแรงจูงใจ 3 ขั้นตอน จำนวน 15 คน เข้ากลุ่มการให้สุขศึกษา จำนวน 15 คน ประเมินผลหลังการบำบัด 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มที่ได้รับการ เสริมสร้างแรงจูงใจ หยุดดื่มสุราได้ 6 คน และให้ความร่วมมือในการรับประทายต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มที่ให้สุขศึกษา ไม่มีผู้หยุดดื่มได้ แต่มีบางส่วนที่ให้ความร่วมมือในการรับประทาย

Barrowclough et al., (2010) ได้ศึกษาผลของการบำบัดแบบบูรณาการการบำบัดด้วยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงจิตใจและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและสารเสพติด เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจิตใจและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กับการบำบัดตามมาตรฐานกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ใช้สารเสพติด จำนวน 327 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 164 คน กลุ่มควบคุม 163 คน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจิตใจและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สามารถลดปริมาณและจำนวนวันในการใช้สารเสพติดได้ ในช่วง 12 เดือนหลังการบำบัด แต่ไม่มีผลต่ออาการทางจิต และการกลับเป็นซ้ำ

9. กรอบแนวคิดการวิจัย

การเกิดโรคร่วมทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคร่วมจิตเภทในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา มีหลายทฤษฎีพยายามอธิบายลำดับการเกิดแต่ยังไม่พบข้อสรุป จึงควรตระหนักถึงการค้นหาเพื่อวินิจฉัยโรคและให้การดูแลในผู้ป่วยแต่ละรายให้ครบถ้วน ทั้งนี้ผลกระทบที่พบในผู้ดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท ปัญหาทางด้านร่างกาย อาการทางจิตกำเริบ ครอบครวั สัมคม เศรษฐกิจ การทำงาน กฎหมาย ซึ่งผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท ยังมีพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้คือ การขาดแรงจูงใจในการเลิกดื่ม ทุนกับอาการอยากสุราไม่ได้ ไม่สามารถอดทนต่ออาการถอนพิษสุราได้ แพ้ใจตัวเอง ใจอ่อน ขาดการให้กำลังใจ และการสนับสนุนจากครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวเป็นกลุ่มที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (พิชัย แสงชาญชัย, 2553) รวมถึงการรับรู้ถึงการเจ็บป่วยของตนเอง (Bandura, 1997) ที่ไม่ตระหนักถึงปัญหาหรือผลกระทบจากการดื่มสุราของตนเอง จึงมีพฤติกรรมการดื่มสุราจากอิทธิพลของความเชื่อด้านสุขภาพสร้างขึ้นโดย (Becker, 1974) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากพฤติกรรมการดื่ม อย่างไรก็ตามพบว่า แม้ว่าผู้ป่วยจะตระหนักถึงปัญหาการดื่มสุราจนเกิดแรงจูงใจในการเลิก แต่เนื่องจากมีโรคจิตเภทร่วมด้วย อาการของโรคมีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ก่อให้เกิดความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยท้อถอย (Green, Drake, Brunette, & Noordsy, 2007) แม้ผู้ป่วยมีความตั้งใจและแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา ทำให้เกิดปัญหาทางจิต ซ้ำซ้อนจนยากแก่การบำบัดรักษา (บุญศิริ จันศิริมงคล, 2556) ผู้มีปัญหาที่มีโรคร่วมจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่มีอาการทางจิตรุนแรงจนไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ปัญหาที่ยากซับซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหาครอบครัวและความสัมพันธ์ การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ปัญหาประสิทธิภาพการทำงาน ภาวะตกงาน ปัญหาการจัดการการเงิน การไร้ที่อยู่ ขาดผู้ดูแล การกินยาจิตเวชไม่สม่ำเสมอการกลับไปดื่มซ้ำ การเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ จากปัญหาความก้าวร้าวรุนแรง ซึมเศร้าฆ่าตัวตาย ปัญหากฎหมาย โรคติดเชื่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งผลกระทบต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรัง บางครั้งมีอาการกำเริบ มาห้องฉุกเฉินจนเป็นปัญหาสังคมมากขึ้น การบำบัดรักษาแบบเดิมๆ ที่มีการรักษาตามปัญหาแยกส่วนระหว่างโรคทางจิตเวชและสารเสพติด รวมไปถึงแก้ปัญหาที่ยากซับซ้อนเป็นส่วนๆ ทำให้การบำบัดรักษาล่าช้า ไม่เท่าทันปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร หากผู้ป่วยได้รับการบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาการดื่มสุราของตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงขั้นของแรงจูงใจ จากระยะเมินเฉย ระยะลังเล จนถึงการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมการดื่มสุรา สามารถลด ละ เลิกการดื่มสุรา รวมทั้งได้รับความรู้ ประสบการณ์ ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะทางสังคม ทักษะการดำเนินชีวิตและวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมขณะอยู่ที่บ้าน จากผู้บำบัดและผู้ป่วยอื่นๆ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราได้ยาวนาน และมีอาการทางจิตดีขึ้น ดังนั้น การแก้ไขปัญหามาดื่มสุราในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเวช จึงจำเป็นต้องค้นหารูปแบบการให้บริการที่มีความเฉพาะเจาะจงที่จะสามารถส่งเสริม สนับสนุน ให้กำลังใจ เสริมแรงใจให้ผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเวช สามารถเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดื่มสุราลดลง ไม่มีอาการทางจิตเวชกำเริบรุนแรงขึ้น ซึ่งพบว่าโปรแกรมบูรณาการ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (ฉบับปรับปรุง) (Integrated Co-Occurring psychiatric, Substance and alcohol use Disorders Rehabilitation revised Program: ICORD-Rr model) ของบุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ (2559) กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

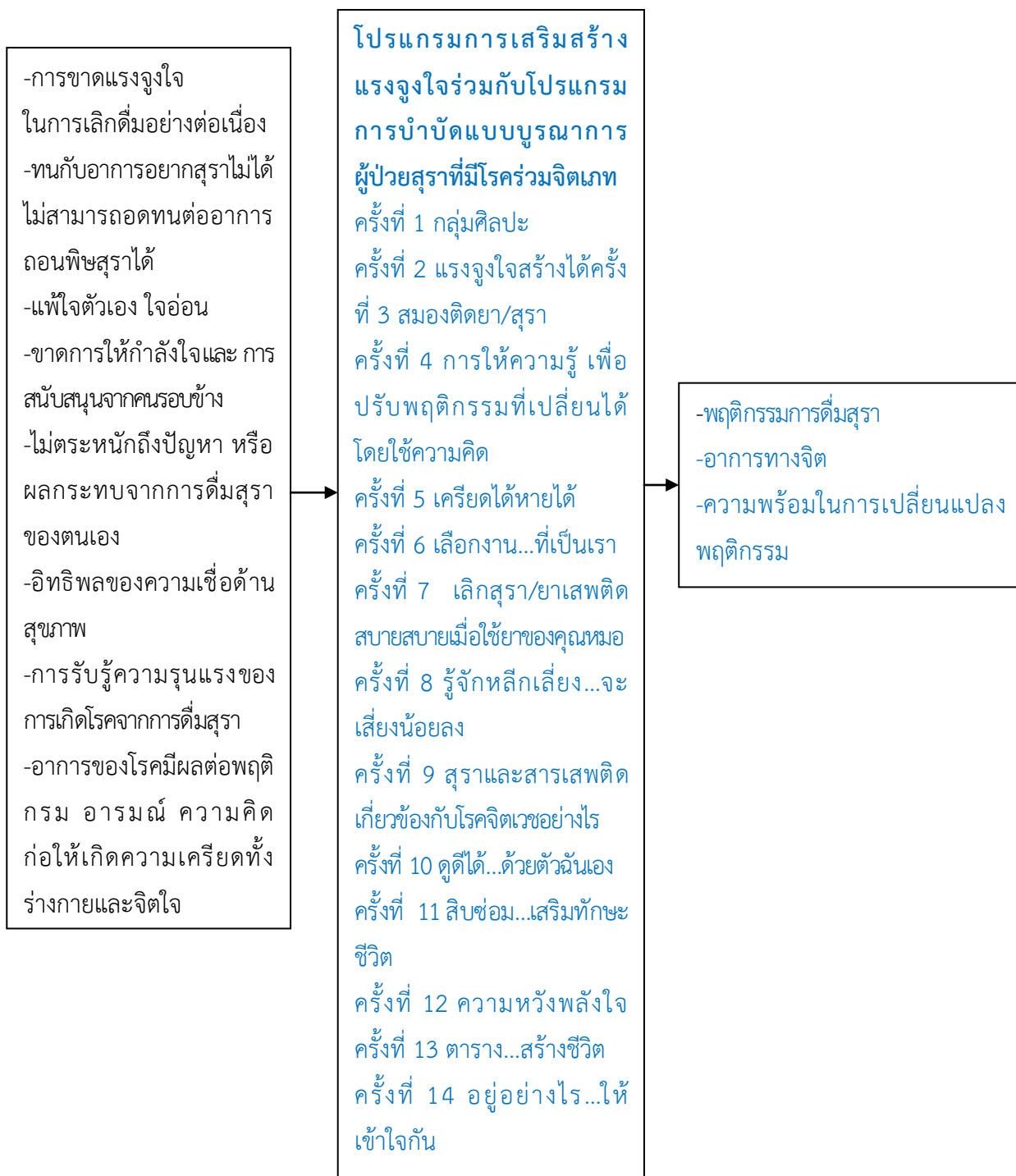
ICORD-Rr model เป็นกลุ่มบำบัดแบบบูรณาการที่มีโครงสร้างชัดเจน ที่เน้นให้มีการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งสองกลุ่มโรคในคราวเดียวกันทั้งโรคสุราและโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวน โรควิตกกังวล ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคที่เกี่ยวกับสุรา และมีโรคร่วมจิตเวช ICORD-Rr model ใช้หลักการวิธีการบำบัดเฉพาะในแต่ละกิจกรรม ได้แก่ การให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเวชที่ตนเองเจ็บป่วยที่เชื่อมโยงกับปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติด โรคสมองตื้อยา/สุรา การเสริมสร้างแรงใจผู้ป่วยให้เลิกดื่มสุรา ให้ผู้ป่วยได้ฝึกการแยกแยะให้ได้ว่าอะไรคือความคิด อะไรคือพฤติกรรม และอะไรคือความรู้สึก เมื่อผู้ป่วยเข้าใจแล้วจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณคิดมีผลต่ออารมณ์ เมื่อนำไปฝึกการควบคุมตนเองในการหยุดคิดที่จะดื่มสุรา การป้องกันการดื่มสุราจากตัวกระตุ้นภายนอก ตัวกระตุ้นภายในหรือสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ การกินยารักษาโรคทางจิตเวชอย่างสม่ำเสมอและรักษาต่อเนื่อง การฝึกทักษะทางสังคม ได้แก่ ทักษะการปฏิเสธ การคบเพื่อนหรือหาเพื่อนใหม่ที่เหมาะสม การรับฟังผู้อื่น การแสดงออกอารมณ์ที่เหมาะสม การวางแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุลในแต่ละวัน และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลของสุรา/ยาเสพติดต่อสมอง ตระหนักถึงผลเสียที่เกิดขึ้น ในระยะต่างๆของการติดสุรา/ยาเสพติด ครอบครัวมีแรงจูงใจในการร่วมมือและสร้างสัมพันธภาพในการบำบัดใหม่ มีกิจกรรมกลุ่มบำบัดทั้งหมด 14 ครั้ง ประกอบด้วย 1) กลุ่มศิลปะสัมพันธ์ 2) แรงจูงใจสร้างได้ 3) สมองตื้อยา/สุรา 4) พฤติกรรมเปลี่ยนได้โดยใช้ความคิด 5) เครียดได้หายได้ 6) เลิกสุรา/สารเสพติดสบายๆเมื่อใช้ยาของคุณหมอ 7) เลิกสุรา/สารเสพติดสบายๆ เมื่อใช้ยาของคุณหมอ 8) รู้จักหลีกเลี่ยงทำให้เสี่ยงน้อยลง 9) สุราและสารเสพติดเกี่ยวข้องกับโรคจิตเวชอย่างไร 10) ดูดีได้ด้วยตัวฉันเอง 11) สิบซ่อม-เสริมทักษะชีวิต 12) ความหวังพลังใจ 13) ตารางชีวิต 14) อยู่อย่างไรให้เข้าใจกัน

พฤติกรรมและแรงจูงใจของผู้ป่วยส่วนใหญ่หม่นหมองอยู่ในวัฏจักรของการเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาหลายรอบ ก่อนที่จะเปลี่ยนหรือเลิกดื่มได้ในที่สุด (พิชัย แสงชาญชัย, 2553) โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่กลับไปดื่มสุราซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจ ดังนั้นเพื่อให้แรงจูงใจของผู้ป่วยมีการขับเคลื่อนจากระยะเมินเฉย (Pre-contemplation) ไปสู่ระยะลังเลใจ (Contemplation) และขั้นตัดสินใจลงมือทำที่จะเลิกดื่ม

(Determination or Preparation) ให้ผู้ป่วยอยู่ในโปรแกรมการบำบัด และมีแรงจูงใจที่จะลงมือทำโดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Action) สามารถควบคุมตนเองให้หยุดดื่มได้ต่อเนื่อง (Maintenance)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้นำการเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท โดยใช้โปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชฉบับปรับปรุง (ICORD-Rr model) ของบุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ (2559) กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีกิจกรรมกลุ่มบำบัดทั้งหมด 14 ครั้ง ภายใน 2 สัปดาห์ สำหรับการเสริมสร้างแรงจูงใจ ดำเนินการ 3 ครั้งคือ ก่อนทำกิจกรรมครั้งที่ 1 ก่อนทำกิจกรรมครั้งที่ 8 และหลังการทำกิจกรรมครั้งที่ 14 ใช้เวลาครั้งละ 15 นาที ให้ผู้ป่วยประเมิน SOCRATES 8A for AUD ผู้บำบัดประเมินระดับแรงจูงใจโดยการสอบถามระดับของไม้บรรทัดวัดใจ (Readiness Ruler) และสะท้อนผลการประเมิน SOCRATES 8A for AUD และระดับของไม้บรรทัดวัดใจ (Readiness Ruler) ให้ผู้ป่วยทราบ รวมถึงสะท้อนปัญหาและอุปสรรคที่แท้จริงของผู้ป่วย เสริมสร้างแรงจูงใจ โดยใช้เทคนิค การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening) และการสรุปความ (Summarization) ร่วมกับเทคนิค FRAMES ให้กำลังใจและเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่ยังมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีตระหนักในปัญหาของตนเอง แรงจูงใจไม่ลดลง นำไปสู่การเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองมากขึ้น ซึ่งคาดหวังว่าหลังสิ้นสุดการทำกิจกรรมครั้งที่ 14 ทันทิผู้ป่วยจะมีแรงจูงใจรายด้านเพิ่มขึ้น และมีแรงจูงใจภาพรวมทุกด้านในระดับสูงขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท ซึ่งวิธีการบำบัดดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท สามารถเกิดการเรียนรู้ใหม่ มีการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ การรับรู้ ความเชื่อใหม่ ให้ผู้ป่วยรู้จักหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดความอยากสุรา (Craving) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดของตนเอง และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ไม่ใช่สุราเป็นทางออกเหมือนอย่างที่เคย นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ทั้งลด หรือเลิกพฤติกรรมการดื่มสุรา และมีแรงจูงใจที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการเลิกดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง มีอาการทางจิตลดลง สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ กรอบแนวคิดการวิจัยสรุปได้ดังแสดงในแผนภาพ ที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลซ้ำก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) กลุ่มทดลอง (Experimental group) ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ส่วนกลุ่มควบคุม (Control group) ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท ในระยะก่อนทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ โดยศึกษาในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ในระหว่างวันที่ 7 เดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2563 เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

1. รูปแบบการทดลอง

	Pre-test		Follow-up สัปดาห์ที่ 4	Follow -up สัปดาห์ที่ 8	Follow-up สัปดาห์ที่ 12
E	O ₁	X	O ₂	O ₃	O ₄
C	O ₅	Y	O ₆	O ₇	O ₈

ภาพที่ 2 รูปแบบการทดลอง

โดยกำหนดให้

E หมายถึง กลุ่มทดลอง

C หมายถึง กลุ่มควบคุม

X หมายถึง การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ

Y หมายถึง การพยาบาลแบบปกติ

O₁ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตก่อนการได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการของกลุ่มทดลอง

O₂ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตหลังการได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ของกลุ่มทดลอง

O₃ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตหลังการได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในระยะติดตาม 8 สัปดาห์ของกลุ่มทดลอง

- O₄ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตหลังการได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ
ร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในระยะติดตาม 12 สัปดาห์ของกลุ่มทดลอง
- O₅ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตก่อนการได้รับการพยาบาลแบบปกติ
ของกลุ่มควบคุม
- O₆ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตหลังการได้รับการพยาบาลแบบ
ปกติในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ของกลุ่มควบคุม
- O₇ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตหลังการได้รับการพยาบาลแบบ
ปกติในระยะติดตาม 8 สัปดาห์ของกลุ่มควบคุม
- O₈ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตหลังการได้รับการพยาบาลแบบ
ปกติในระยะติดตาม 12 สัปดาห์ของกลุ่มควบคุม

2. ขอบเขตของการวิจัย

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
จังหวัดขอนแก่น และแพทย์ให้การรักษแบบผู้ป่วยใน และได้รับการวินิจฉัย ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ
บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Statistical Classification of Diseases and Related
Health Problems: ICD-10) ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือน
เดือนตุลาคม 2562-มิถุนายน 2563

2.1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชนครินทร์ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ
(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD-10) ว่าเป็น
ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา (F.10) และมีโรคร่วมจิตเภท (F20) อายุระหว่าง 18-60 ปี โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง
ในระหว่างวันที่ 7 เดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2563 เพื่อจำนวน 60 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

-ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของบัญชีจำแนกโรคระหว่าง
ประเทศ (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD-
10) (F10 และ F20)

-สมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

-พ้นจากภาวะถอนพิษสุราโดยมีคะแนน CIWA Score ≤ 7 คะแนน

-ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้นโดยประเมินได้จากแบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น
(Brief Psychiatric Rating Scale) ต้องมีคะแนนไม่เกิน 36 คะแนน

-ผู้ป่วยมีความจำดีโดยประเมิน Thai Mental State Examination (TMSE) ต้องมีคะแนน 24 คะแนนขึ้นไป

-เป็นผู้ที่มีประวัติการดื่มสุรารายใน 3 เดือน ก่อนเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

-เป็นผู้ที่สามารถสื่อความหมาย เข้าใจ สื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

-ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง สับสน ไม่ร่วมมือในการทำกิจกรรม

-มีอาการของโรคทางกาย ที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์การยุติเข้าร่วมการศึกษา (Discontinuation criteria)

-เวลาเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80

2.1.3 การกำหนดขนาดของตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) และขนาดอิทธิพล (effect size) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of the test) เท่ากับร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เมื่อนำมาคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 56 ราย ระหว่างดำเนินการวิจัย เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (drop out) ผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Gray, Grove & Bum, 2013) จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 ราย แต่เนื่องจากการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจึงแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย

2.2 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก ทำการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย และทดสอบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทดสอบความแตกต่างของลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลด้วยค่าไคสแควร์ และค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมด้วยสถิติแบบที่ 2 ชนิดที่เป็นอิสระจากกัน (independence t-test)

3. สมรรถนะของพยาบาลที่เป็นผู้บำบัด

คณะผู้วิจัยทำหน้าที่ในการบำบัดในการทดลองครั้งนี้ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีประสบการณ์ในการดูแลและบำบัดทางจิตสังคมผู้ป่วยจิตเวชผ่านการฝึกอบรม เรื่อง โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด (ICORD-R) กรมสุขภาพจิต หรือผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต หรือผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะสาขาผู้สูงอายุและสารเสพติด สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ ผ่านการสังเกตการทำกลุ่มบำบัด และฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดทักษะการเป็นผู้บำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

4.1.1 แบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลกที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการค้นหาปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ และค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงของการดื่ม ผู้ที่ดื่มหนัก และดื่มแบบติด (WHO, 2001) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2553) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งครอบคลุม 3 องค์ประกอบหลักเกี่ยวกับปริมาณการดื่ม 3 คำถาม ปัญหาจากการดื่มและผลที่ตามมา 4 คำถาม และ อาการติดแอลกอฮอล์อีก 3 คำถาม โดยประเมินจากพฤติกรรม การดื่ม ได้แก่ ปริมาณและความถี่ของการดื่ม จำนวนครั้งของการดื่มหนัก การไม่สามารถควบคุมการดื่มได้และต้องเพิ่มปริมาณการดื่ม การเกิดอาการข้างเคียงจากการดื่ม ความรู้สึกเสียใจภายหลังการดื่ม จำสิ่งที่เกิดขึ้นขณะดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้ การได้รับบาดเจ็บจากการดื่ม จนกระทั่งบุคคลใกล้ชิดแสดงความห่วงใยเกี่ยวกับการดื่มในแต่ละคำถามจะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดยมีคะแนนรวมในช่วง 0-40 คะแนน จุดตัดคะแนน AUDIT ที่ 8 คะแนน บ่งชี้ว่าเป็นการดื่มแบบมีปัญหา เครื่องมือแบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์มีมาตรฐานระดับนานาชาติ ได้ผ่านการพัฒนาและตรวจสอบความตรงของแบบประเมินให้มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย มีการประเมินความตรง (validity) และความเชื่อมั่นจากกลุ่มตัวอย่าง (reliability) ซึ่งการแปลความหมายพิจารณาตามเกณฑ์โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 0-7 คะแนน หมายถึง การดื่มที่มีความเสี่ยงน้อย (Low risk drinking)
- 8-15 คะแนน หมายถึง การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking)
- 16-19 คะแนน หมายถึง การดื่มแบบมีปัญหา (Harmful use)
- ≥ 20 คะแนน หมายถึง การดื่มแบบติด (Alcohol dependence)

4.1.2 แบบทดสอบสมรรถภาพทางสมอง (Thai Mental Status Examination: TMSE) เป็นแบบทดสอบสมรรถภาพสภาพสมองของไทยเป็นแบบคัดกรอง (screening test) เพื่อวินิจฉัยแยกภาวะสมองเสื่อมในประชากรทั่วไป นำไปใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนหรือคลินิก พัฒนาขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2536) โดยวัดตัวแปรสมรรถภาพทางสมอง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้เวลาสถานที่ (Orientation) 2) ด้านความจำ (Registration) 3) ความตั้งใจ (Attention) 4) ด้านการคำนวณ (Calculation) 5) ด้านความเข้าใจและการแสดงออกทางภาษา (Language) และ 6) ด้านความจำเฉพาะหน้า (Recall) แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental Status Examination: TMSE) มีคะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน มีจุดตัดคะแนนแบบประเมิน TMSE ที่ค่าคะแนน 23 คะแนน หากคะแนนต่ำกว่านี้แปลผลได้ว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม

4.1.3 แบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version: CIWA-Ar.) พัฒนาครั้งแรกโดยชอร์ว และคณะ และคณะ เมื่อปี พ.ศ. 2524 (Shaw et al., 1981) ให้ชื่อว่า CIWA-A และมีการปรับปรุงใหม่โดย ซูลิแวน และคณะ ในปี 2532 (Sullivan

et al., 1989) เป็นแบบประเมินที่ใช้เพื่อช่วยเฝ้าระวังติดตามอาการขาดแอลกอฮอล์ผู้ที่ปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วยคำถาม 10 หัวข้อ ได้แก่ 1) อาการคลื่นไส้และอาเจียน 2) อาการสั่น 3) อาการเหงื่อออกมาก 4) อารวิตกกังวล 5) อาการกระสับกระส่าย 6) อาการประสาทหลอนตามผิวหนัง 7) อาการประสาทหลอนทางหู 8) อาการประสาทหลอนทางตา 9) อาการปวดศีรษะ และ 10) อาการผิดปกติในการรับรู้บุคคลและสถานที่ หัวข้อประเมินข้อที่ 1-9 มีคะแนนตั้งแต่ 0-7 คะแนน ส่วนหัวข้อประเมินที่ 10 มีคะแนน 0-4 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 67 คะแนน สามารถแบ่งระดับออกเป็น 4 ระดับ และแปลผลของอาการถอนพิษสุรา ได้ดังนี้

1-7 คะแนน หมายถึง มีภาวะถอนพิษสุราในระดับเล็กน้อย (Mild withdrawal)

8-14 คะแนน หมายถึง มีภาวะถอนพิษสุราในระดับปานกลาง (Moderate withdrawal)

15-20 คะแนน หมายถึง มีภาวะถอนพิษสุราในระดับรุนแรง (Severe withdrawal)

>20 คะแนน หมายถึง มีภาวะถอนพิษสุราในระดับรุนแรงมาก (Very severe withdrawal)

4.1.4 แบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) พัฒนาขึ้นโดย

โอเวอร์วอลล์ และกอร์แฮม (Overall & Gorham) ในปี ค.ศ. 1992 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบอาการทางคลินิกทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเวช ช่วยในการคัดกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่กระบวนการศึกษา นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2545) มีระดับความเชื่อมั่นของค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.62-0.87 แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นมาตรวัด 7 ระดับ ตามความรุนแรงของอาการ ได้แก่ 1=ไม่มีอาการ (Not present) 2=มีอาการขั้นต่ำสุดหรือสงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง (Very mild) 3=มีอาการเล็กน้อย (Mild) 4=มีอาการปานกลาง (Moderate) 5=มีอาการค่อนข้างรุนแรง (Moderate severe) 6=มีอาการรุนแรง (Severe) และ 7=มีอาการรุนแรงมาก (Extremely severe) คะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน แบ่งระดับของช่วงคะแนนและแปลผลได้ดังนี้

≤18 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการทางจิต

19-36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตระดับน้อย

37-136 คะแนน หมายถึง อาการทางจิตรุนแรง

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามส่วนบุคคล 2)

แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) 3) แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) และ 4) แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษาปัญหาการดื่มสุรา (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, Socrates 8A for AUD) เครื่องมือที่ใช้ระหว่างการทดลอง คือ 1) โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (Integrated Co-Occurring psychiatric, Substance and alcohol use Disorders Rehabilitation revised Program: ICORD-Re model) 2) แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษาปัญหาการดื่มสุรา (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, Socrates 8A for AUD) และ

เครื่องมือที่ใช้ในระยะหลังการทดลองประกอบด้วย 1) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) 2) แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) และ 3) แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษาปัญหาการดื่มสุรา (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, Socrates 8A for AUD) มีรายละเอียดดังนี้

4.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง

4.2.1.1 แบบสอบถามส่วนบุคคลที่พัฒนาและสร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีทั้งหมด 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ในครอบครัว ประกอบด้วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว บทบาทหน้าที่ในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย ระยะเวลาการดื่มสุรา ความถี่ของการดื่ม ปริมาณการดื่ม ชนิดของสุราที่ดื่ม ช่วงเวลาที่มักจะดื่ม วันที่มักจะดื่ม สาเหตุของการดื่มสุรา ผลกระทบจากการดื่ม ความต้องการแก้ไขปัญหามาจากการดื่มสุรา

4.2.1.2 แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) เป็นเครื่องมือที่มีความแม่นยำในการประเมินความเสี่ยง สามารถจำแนกพฤติกรรมกรรมการดื่มเป็นการดื่มแบบเสี่ยง การดื่มแบบอันตราย และการดื่มแบบติด สอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดสุรา (Alcohol Dependence) และภาวะดื่มแบบอันตราย (Harmful use) ประกอบด้วยหัวข้อในการประเมิน 10 ข้อคำถามที่เกี่ยวกับการดื่มสุราในช่วงนี้ อาการติดสุรา และปัญหาที่เกี่ยวกับการดื่มสุรา โดย คำถามที่ 1-3 เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราแบบดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Alcohol Use) คำถามที่ 4-6 เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราแบบติด (Dependence Symptoms) คำถามที่ 7-10 เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราแบบอันตราย (Harmful Alcohol Use) รวมคะแนนทั้ง 10 ข้อ อยู่ในช่วง 0-40 คะแนน จุดตัดคะแนน AUDIT ที่ 8 คะแนน บ่งชี้ว่าเป็นการดื่มแบบมีปัญหาด้วยความไวที่ประมาณ 0.95 และค่าความถ่วงจำเพาะเฉลี่ยประมาณ 0.80 มีช่วงค่าคะแนนและวิธีการแปลผล ดังนี้

ช่วงคะแนน 0-7 คะแนน หมายถึง กลุ่มไม่ดื่มหรือดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low Risk/Abstinence)

ช่วงคะแนน 8-15 คะแนน หมายถึง กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinker)

ช่วงคะแนน 16-19 คะแนน หมายถึง กลุ่มดื่มแบบอันตราย (Harmful Drinker)

ช่วงคะแนน 20-40 คะแนน หมายถึงกลุ่มดื่มแบบติดหรือสงสัยภาวะติดสุรา (Alcohol Dependence)

4.2.1.3 แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบอาการทางคลินิกทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วย ช่วยในการคัดกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่กระบวนการศึกษา แบบประเมินนี้พัฒนาโดยโอเวอร์อลล์ และ โกฮาม (Overall & Gorham, 1992) นำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยพันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ (2545) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ในแต่ละข้อ มีคะแนน 1 ถึง 7 คะแนน ได้แก่

1 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการ (Not Present)

2 คะแนน หมายถึง มีอาการขั้นต่ำสุดหรือสงสัยว่ามีอาการอยู่บ้างแต่ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Very mild)

3 คะแนน หมายถึง มีอาการเล็กน้อย (Mild)

4 คะแนน หมายถึง มีอาการปานกลาง (Moderate)

5 คะแนน หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง (Moderate Severe)

6 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรง (Severe)

7 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก (Extremely Severe)

แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น มีระดับความเชื่อมั่นของค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.62-0.87 ทั้ง 18 ข้อ มีค่าช่วงคะแนน 18-126 คะแนน แปลค่าคะแนนได้ดังนี้

ช่วงคะแนนน้อยกว่า 18 คะแนน หมายถึง อาการปกติ

ช่วงคะแนน 18-36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิต

ช่วงคะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง อาการทางจิตรุนแรงต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน

4.2.1.4 แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษาปัญหาการดื่มสุรา (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, Socrates 8A for AUD) Miller & Tonigan (1996) แปลเป็นภาษาไทยโดยพิชัย แสงชาญชัย (2546) และมีการพัฒนาด้านภาษาให้เหมาะสมโดยพันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2547) และได้หาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยพัชรารัตน์ กนกจรรยา (2556) มีค่าเท่ากับ .87 ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตรประมาณค่า ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 19 ข้อ แบ่งข้อคำถามเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการยอมรับ ด้านความลังเล ด้านเริ่มลงมือทำ

ด้านการยอมรับ (Recognition) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 7, 10, 12, 15 และ 17

ด้านความลังเล (Ambivalence) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 6, 11 และ 16

ด้านเริ่มลงมือทำ (Taking step) จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 8, 9, 13, 14, 18 และ 19

ตารางที่ 3-1 การแปลผลคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษาปัญหาการดื่มสุรา

ระดับคะแนน	การยอมรับ	ความลังเล	เริ่มลงมือทำ
90 (สูงมาก)	-	19-20	39-40
70-80 (สูง)	35	17-18	36-38
50-60 (ปานกลาง)	32-34	15-16	33-35
30-40 (ต่ำ)	29-31	12-14	30-32
10-20 (ต่ำมาก)	7-28	4-11	8-29

ด้านการยอมรับ (Recognition)

คะแนนอยู่ระดับสูง หมายถึง ผู้ป่วยยอมรับตนเองว่ามีปัญหาจากการดื่มสุรา และแสดงออกถึงการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง

คะแนนอยู่ระดับต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยไม่ยอมรับว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเกิดจากการดื่มสุรา และไม่คิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง

ด้านความลังเล (Ambivalence)

คะแนนอยู่ในระดับสูง หมายถึง ผู้ดื่มสุราเกิดความลังเลใจไม่แน่ใจในการดื่มสุราของตนเองทำให้เกิดปัญหาจริงหรือไม่ แต่ยังเริ่มตระหนักว่ามีปัญหา ซึ่งบ่งบอกว่าผู้ดื่มสุราเริ่มมีแรงจูงใจของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นตระหนักว่ามีปัญหา (Contemplation stage)

คะแนนอยู่ในระดับต่ำ หมายถึง ดื่มสุราเกิดความลังเลใจไม่สนใจถึงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเองและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้ดื่มสุราอาจรับรู้ว่าการดื่มสุราเป็นสาเหตุของปัญหา หรืออาจคิดว่าตนเองไม่มีปัญหาจากการดื่มสุรา

ด้านเริ่มลงมือทำ (Taking step)

คะแนนอยู่ในระดับสูง หมายถึง ผู้ดื่มสุราพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเองและคิดว่าจะประสบผลสำเร็จ

คะแนนอยู่ในระดับต่ำ หมายถึง ผู้ดื่มสุรายังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง

4.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ในระยะระหว่างการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือที่มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.2.2.1 การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ผู้วิจัยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (ฉบับปรับปรุง) (Integrated Co-Occurring psychiatric, Substance and alcohol use Disorders Rehabilitation revised Program: ICORD-Re model) ของบุญศิริ จันศิริมงคล

และคณะ (2559) ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้ทดลองกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีกิจกรรมทั้งหมด 14 ครั้ง ทำกิจกรรมทุกวันจันทร์-ศุกร์ วันละ 1-2 ครั้ง สัปดาห์ละ 7 ครั้ง ภายใน 2 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลาการทำกิจกรรม 60-90 นาที เนื้อหาของกิจกรรมมีดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 กลุ่มศิลปะ (Expressive Therapy) ให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ภายในกลุ่ม กล่าวแสดงออก โดยให้ผู้ผู้ป่วยวาดภาพของตนเองและต่อเติมภาพให้กับคนอื่น สามารถอธิบายความหมายของภาพที่ตนเองวาด เป็นการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยกล้าแสดงออกทั้งด้านความคิด ความรู้สึกของตนเอง ภายในกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ก่อนนำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 2 แรงใจสร้างได้ ผู้บำบัดใช้การสร้างแรงใจร่วมกับการสะท้อน ให้ผู้ป่วยทราบถึงปัญหาและอุปสรรคที่แท้จริง จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความคิดและตระหนักในปัญหาของตนเอง มากขึ้นนำไปสู่การเกิดแรงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง ซึ่งผู้บำบัดต้องใช้หลักพื้นฐาน 4 ข้อ คือ 1. แสดงความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ (Express empathy) 2. การทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างสถานการณ์ในปัจจุบันกับเป้าหมายที่เป็น (Develop discrepancy) 3. การหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย (Avoid argumentation) และ 4. การส่งเสริมศักยภาพที่มีในผู้ป่วย (Support self-efficacy)

กิจกรรมครั้งที่ 3 สมองติดยา/สุรา เน้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับองค์ประกอบที่ทำให้ผู้ป่วยติดสุราและสารเสพติด โดยเฉพาะโรคสมองติดยา/สุรา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการติดยา/สุรา ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา/เสพยาเสพติดที่มีต่อสมอง สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการลด ละ เลิกการดื่มสุรา/เสพยาเสพติด

กิจกรรมครั้งที่ 4 การให้ความรู้ (Cognitive Behavioral Education) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เปลี่ยนได้โดยใช้ความคิด เป็นการให้ความรู้พื้นฐานเรื่องกระบวนการคิดภายใต้อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงและการเกิดพฤติกรรม มีความเข้าใจความเชื่อมโยงของของเหตุการณ์ ความคิดอัตโนมัติทางลบ อารมณ์ ความรู้สึก จนถึงการเกิดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ซึ่งผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ปรับความคิดเมื่อมีเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้อยากดื่มสุรา โดยการพูดกับตัวเอง

กิจกรรมครั้งที่ 5 เครียดได้ก็หายได้ เป็นการสอนวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่ผู้ป่วยสามารถทำได้โดยการฝึกลมหายใจ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หากผู้ป่วยเกิดความเครียดอาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา/เสพยาเสพติดซ้ำได้

กิจกรรมครั้งที่ 6 เลือกรางาน...ที่เป็นเรา การดื่มสุราและการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงานและการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่สมดุลของผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะการใช้ชีวิตให้มีความสุขในที่ทำงาน การเลือกงานที่เหมาะสมกับตนเอง และการวางแผนการดำเนินชีวิตให้มีเป้าหมาย เพื่อลดภาวะการณกลับไปดื่มสุราซ้ำ กิจกรรมครั้งนี้จึงให้ผู้ป่วยได้ศึกษาคุณลักษณะของงานที่เหมาะสมกับตนเอง วิเคราะห์และตระหนักถึงความสามารถที่เป็นจุดแข็ง-จุดอ่อนของตนเอง ที่อาจส่งผลต่อการทำงาน

กิจกรรมครั้งที่ 7 เลิกสุรา/ยาเสพติดสบายสบาย เมื่อใช้ยาคุณหมอ ผู้บำบัดให้ความรู้เรื่องยาที่ผู้ป่วยรับประทาน เพราะผู้ป่วยยังขาดความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองรับประทาน หรือมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยา อาการข้างเคียงของการใช้ยา บางรายปฏิเสธการเจ็บป่วยจึงไม่ยอมรับประทานยา หากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับยา สรรพคุณของยาที่ตนเองรับประทาน ทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยา เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมครั้งที่ 8 รู้จักหลีกเลี่ยง...จะเสี่ยงน้อยลง ผู้บำบัดให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องสถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยหวนกลับไปดื่มสุราซ้ำ ผู้ป่วยสามารถประเมินสถานการณ์เสี่ยงของตนเอง รู้วิธีการจัดการสถานการณ์เสี่ยงทั้งตัวกระตุ้นภายนอก ตัวกระตุ้นภายใน จะช่วยป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำได้

กิจกรรมครั้งที่ 9 สุราและสารเสพติดเกี่ยวข้องกับโรคจิตเวชอย่างไร ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชที่เกิดจากการดื่มสุรา/สารเสพติด สาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรคทางจิตเวช ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นโรคจิตเภท จึงเน้นเนื้อหาของโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการดื่มสุราที่ส่งผลต่ออาการของโรคทางจิตเวช ทำให้อาการทางจิตกำเริบและรุนแรง

กิจกรรมครั้งที่ 10 ดูดีได้...ด้วยตัวฉันเอง ปัญหาของผู้ป่วยที่ดื่มสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ส่วนใหญ่จะมีอาการทางจิตรุนแรงจนไม่สามารถดูแลตนเองด้านต่างๆในชีวิตประจำวันได้ทั้งเรื่องส่วนตัว ครอบครัว สังคม และชุมชน หากผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมจะเป็นจุดเริ่มต้นของการดื่มสุรา/เสพยาซ้ำ ดังนั้น การจัดกิจกรรมครั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองที่เหมาะสม และเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง เพิ่มความรู้สึกรับผิดชอบของตนเองที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมครั้งที่ 11 สิบซ่อม...เสริมทักษะชีวิต เป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างให้ผู้ป่วยเรียนรู้และพัฒนาทักษะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา เห็นความสำคัญของทักษะทางสังคมต่อการทำหน้าที่ตามบทบาทที่เหมาะสมต่อการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น หากผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์และรับรู้ตนเองว่ามีทักษะทางสังคม

และทักษะชีวิตด้านใดที่ตนเองควรปรับปรุง จะช่วยให้ผู้ป่วยจัดการปัญหาและอุปสรรคของตนเองได้ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยเฉพาะพฤติกรรมการดื่มสุรา

กิจกรรมครั้งที่ 12 ความหวังพลังใจ เป็นกิจกรรมที่สร้างความหวังซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยสุรา ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้และยอมรับปัญหา เกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อจะได้มีชีวิตที่ดี ความหวังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ สามารถเปลี่ยนมุมมองต่อการเจ็บป่วย มองเห็นจุดดี จุดด้อยของตนเองที่จะปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองในทางสร้างสรรค์

กิจกรรมครั้งที่ 13 ตาราง...สร้างชีวิต เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดตารางเวลาในชีวิตประจำวันให้เกิดความสมดุล ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการใช้เวลาได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยที่หยุดดื่มสุราหรือเลิกยาเสพติด จะทำให้เกิดความเบื่อ ซึ่งความเบื่อจะทำให้เกิดเฉยชา ความเบื่อก็คงจะไม่หายไปเอง จึงต้องหาทางแก้ไข การมีเวลาว่างมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อ ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นภายใน ที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความคิดที่จะดื่มสุราเพื่อให้มีอารมณ์ดี ไม่เบื่อ และหวนกลับไปดื่มสุราซ้ำ

กิจกรรมครั้งที่ 14 อยู่อย่างไร...ให้เข้าใจกัน เป็นกิจกรรมที่ให้ญาติมีส่วนร่วมก่อนกลับบ้าน ผู้บำบัดให้ความรู้เรื่องโรคสมองติดยา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และเข้าใจผลกระทบของสุรา/ยาเสพติดต่อสมอง ที่ทำให้เกิดผลเสียที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะต่างๆของการติดสุรา/ยาเสพติด ผู้ป่วยเข้าใจถึงการแสดงปฏิกิริยาของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวมีแรงจูงใจในการร่วมมือและสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสมระหว่างกัน

การเสริมสร้างแรงจูงใจ ดำเนินการ 3 ครั้งคือ ก่อนทำกิจกรรมครั้งที่ 1 ก่อนทำกิจกรรมครั้งที่ 8 และหลังการทำกิจกรรมครั้งที่ 14 ใช้เวลาครั้งละ 15 นาที ให้ผู้ป่วยประเมิน SOCRATES 8A for AUD หลังจากนั้นผู้บำบัดประเมินระดับแรงจูงใจโดยการสอบถามระดับของไม้บรรทัดวัดใจ (Readiness Ruler) และสะท้อนผลการประเมิน SOCRATES 8A for AUD และระดับของไม้บรรทัดวัดใจ (Readiness Ruler) ให้ผู้ป่วยทราบ รวมถึงสะท้อนปัญหาและอุปสรรคที่แท้จริงของผู้ป่วย เสริมสร้างแรงจูงใจโดยใช้เทคนิค การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening) และการสรุปความ (Summarization) ร่วมกับการใช้เทคนิค FRAMES ให้กำลังใจและเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่ยังมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในปัญหาของตนเอง แรงจูงใจไม่ลดลง นำไปสู่การเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุราของตนเองมากขึ้น ซึ่งคาดหวังว่าหลังสิ้นสุดการทำกิจกรรมครั้งที่ 14 ทั้งนี้ ผู้ป่วยจะมีแรงจูงใจรายด้าน ได้แก่ การยอมรับ ความล้มเหลว และการเริ่มลงมือทำเพิ่มขึ้น และมีแรงจูงใจภาพรวมทุกด้านในระดับสูงขึ้นไป

4.2.2.2 แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษาปัญหาการดื่มสุรา (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, Socrates 8A for AUD) ตามรายละเอียดที่กล่าวมาในหัวข้อ 4.2.1 ข้างต้น

4.2.3 เครื่องมือที่ใช้หลังการทดลอง ประกอบด้วย 1) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) 2) แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) และ 3) แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษาปัญหาการดื่มสุรา (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, Socrates 8A for AUD) ตามรายละเอียดที่กล่าวมาในหัวข้อ 4.2.1 ข้างต้น

5. ขั้นตอนการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นตอนติดตามผลการทดลอง

5.1 ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

5.1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยและคณะผู้วิจัย ผู้วิจัยและคณะผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีประสบการณ์ในการดูแลและบำบัดทางจิตสังคมผู้ป่วยจิตเวช ผ่านการศึกษาอบรม เรื่อง โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด (ICORD-R) กรมสุขภาพจิต หรือผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต หรือผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะสาขาผู้สูงอายุและสารเสพติด สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ ผ่านการสังเกตการณ์การทำกลุ่มบำบัดและฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดทักษะการเป็นผู้บำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยและคณะผู้วิจัยเป็นผู้บำบัดและเก็บข้อมูล

5.1.2 จัดทำคู่มือการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท

5.1.3 ประชุมชี้แจงการเก็บข้อมูลและทบทวนความรู้ในการทำกิจกรรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทให้กับคณะวิจัย

5.2 ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการทดลอง โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2563 (หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์)

5.2.1 เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าบำบัด

5.2.2 อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ผู้ป่วยแล้วลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

5.2.3 ประเมิน BPRS, TMSE, AUDIT และ CIWAR-Ar เพื่อคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรม

5.2.4 ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (Socrates 8A for AUD)

5.2.5 จัดกิจกรรมกลุ่มการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท ในระหว่างวันที่ 7 เดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2563 กลุ่มละ 8-12 คน แต่ละกลุ่มทำกิจกรรมจำนวน 14 ครั้งๆละ 60-90 นาที ทุกวันจันทร์-ศุกร์ วันจันทร์ เวลา 13.30-14.30 น. วันอังคาร กับ วันพุธ เวลา เวลา 09.30-11.00 น. และเวลา 13.30-14.30 น. วันพฤหัสบดี กับวันศุกร์ เวลา เวลา 09.30 - 11.00 น. วันละ 1-2 ครั้ง สัปดาห์ละ 7 ครั้ง ภายใน 2 สัปดาห์ โดยกิจกรรมครั้งที่ 14 นัดญาติให้มาเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมผู้ป่วย

การจัดกิจกรรมกลุ่มการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท มีผู้ป่วยกลุ่มทดลองทั้งหมด 30 คน โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม ตามจำนวนผู้ป่วยในขณะนั้น

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วย จำนวน 12 คน เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดตามโปรแกรม ระหว่างวันที่ 11-21 กุมภาพันธ์ 2563

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วย จำนวน 10 คน เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดตามโปรแกรม ระหว่างวันที่ 24 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 6 มีนาคม 2563

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วย จำนวน 8 คน เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดตามโปรแกรม ระหว่างวันที่ 9-20 มีนาคม 2563

ผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม เข้ากลุ่มกิจกรรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท ตามลำดับตั้งแต่ครั้งที่ 1-14 ตามตารางดังนี้

ตารางที่ 3-2 ตารางจัดกิจกรรมกลุ่มการเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท

สัปดาห์ที่ 1/วัน	ชื่อกิจกรรม	
	เวลา 09.30 -11.00 น.	เวลา 13.00 -14.30 น.
วันจันทร์	-	การเสริมสร้างแรงจูงใจก่อนการบำบัด กิจกรรมที่ครั้ง 1 กลุ่มศิลปะ (Expressive Therapy)
วันอังคาร	กิจกรรมครั้งที่ 2 แรงจูงใจสร้างได้	กิจกรรมครั้งที่ 3 สมองติดยา/สุรา
วันพุธ	กิจกรรมครั้งที่ 4 การให้ความรู้ (Cognitive Behavioral Education) เพื่อปรับพฤติกรรมที่เปลี่ยนได้ โดยใช้ความคิด	กิจกรรมครั้งที่ 5 เครียดได้ก็หายได้

ตารางที่ 3-2 ตารางจัดกิจกรรมกลุ่มการเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท (ต่อ)

สัปดาห์ที่ 1/วัน	ชื่อกิจกรรม	
	เวลา 09.30-11.00 น..	เวลา 13.00 -14.30 น.
วันพฤหัสบดี	กิจกรรมครั้งที่ 6 เลิกงาน...ที่เป็นเรา	-
วันศุกร์	กิจกรรมครั้งที่ 7 เลิกสุรา/ยาเสพติดสบายสบาย เมื่อใช้ยาคุณหมอ	-
สัปดาห์ที่ 2/วัน		
วันจันทร์	-	การเสริมสร้างแรงจูงใจระหว่างการบำบัดกิจกรรมครั้งที่ 8 รู้จักเสียง...จะเสียงน้อยลง
วันอังคาร	กิจกรรมครั้งที่ 9 สุราและสารเสพติดเกี่ยวข้องกับโรคจิตเวชอย่างไร	กิจกรรมครั้งที่ 10 ดูดีได้ด้วย...ตัวฉันเอง
วันพุธ	กิจกรรมครั้งที่ 11 สิบข้อ...เสริมทักษะชีวิต	กิจกรรมครั้งที่ 12 ความหวังพลังใจ
วันพฤหัสบดี	กิจกรรมครั้งที่ 13 ตาราง...สร้างชีวิต	-
วันศุกร์	กิจกรรมครั้งที่ 14 อยู่อย่างไร...ให้เข้าใจกัน การเสริมสร้างแรงจูงใจระหว่างการบำบัด	-
หมายเหตุ กรณีที่มีวันหยุดราชการในสัปดาห์นั้น ปรับเปลี่ยนวัน เวลาการทำกิจกรรมตามลำดับ ให้เสร็จภายในสัปดาห์นั้นๆ		

5.3 ขั้นตอนที่ 3 ขึ้นติดตามผลการทดลอง

มีการติดตามผลการทดลอง โดยคณะผู้วิจัยติดตามผลการบำบัดหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยนัดมาพร้อมกับการพบแพทย์ เพื่อประเมินอาการทางจิต และประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา หากผู้ป่วยไม่มาตามนัด จะติดตามทางโทรศัพท์ ในระยะ 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์หลังการบำบัด

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรคจิตเภท การวินิจฉัยโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาสุรา โรคประจำตัวทางกาย จำสมาชิกในครอบครัว บทบาทหน้าที่ในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพฤติกรรมการดื่มสุรา ได้แก่ ระยะเวลาที่ดื่มสุรา ความถี่ของการดื่มสุราต่อสัปดาห์ ชนิดของสุราที่ดื่ม ช่วงเวลาที่มักดื่มสุรา สาเหตุของการดื่มสุรา ผลกระทบจากการดื่มสุรา ความคิดที่ดื่มสุรา เหตุการณ์ที่มักดื่มสุรา มักจะดื่มสุรา ปัญหาจากการดื่มสุราเป็นปัญหาที่ควรแก้ไข วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.3 ข้อมูลเปรียบเทียบความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการยอมรับ ความลังเล และด้านการเริ่มลงมือทำ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการบำบัด โดยการใช้สถิติเชิงอนุมาน ชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

6.4 ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ได้แก่ การไม่กลับไปดื่มสุรา การลดปริมาณการดื่มสุรา และคงดื่มเท่าเดิม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล 4, 8 และ 12 สัปดาห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ

6.5 ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงอาการทางจิต ได้แก่ ระดับคะแนนของอาการทางจิต 3 ระดับ ในระยะก่อนการทดลอง และติดตามผลหลังการทดลองในระยะ 4, 8 และ 12 สัปดาห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การหาค่าร้อยละ

6.6 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลองในระยะ 4, 8 และ 12 สัปดาห์ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ชนิดวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA) โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

6.7 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองในระยะ 4, 8 และ 12 สัปดาห์ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ชนิดวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA) โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

6.8 ข้อมูลข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองในระยะ 4, 8 และ 12 สัปดาห์ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ชนิดวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA) โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

6.9 ข้อมูลการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติเชิงอนุมานชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

6.10 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนบำบัด ระหว่างบำบัดและหลังรับการบำบัด

7. ระยะเวลาในการวิจัย

ระหว่างวันที่ 7 เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมิถุนายน 2563

8. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยผู้วิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตามรหัสโครงการเลขที่ 001/2563 เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2563 หลังผ่านการอนุมัติแล้วจึงดำเนินการวิจัย ดังนี้

8.1 **ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ**กับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัย เพื่อเชิญชวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุราและมีโรคร่วมจิตเภท เข้าร่วมโครงการด้วยคำพูดสุภาพ ชัดเจนและเข้าใจง่าย เต็มใจที่จะเข้าร่วมวิจัย และไม่แสดงถึงการบีบบังคับ หรือกดดันค้ำึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มต้นจากการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ ประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผลกระทบหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ถามข้อสงสัย และให้สิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลด้านอื่นๆ

8.2 การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีค่าตอบแทนใดๆเป็นพิเศษต่อผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยจะได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาวิธีการบำบัดรักษาทางจิตสังคมในผู้ป่วยสุรา โดยนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาและใช้กับผู้ป่วยอื่นต่อไป

8.3 **กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม**การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ

8.4 ขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัยถ้ากลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะหยุดการวิจัยและจะส่งต่อกลุ่มตัวอย่างให้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อดูแลต่อไป และหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่ดีขึ้นหรือไม่สะดวกเข้าร่วมวิจัยต่อสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ ในกรณีที่กลุ่มควบคุมมีการดื่มสุราเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยไม่ได้เข้าไปควบคุมพฤติกรรมการณ์ดื่ม แต่หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น การเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง หรืออาการทางจิตที่มีปัจจัยชักนำจากการดื่มสุรา ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลจะประเมินอาการและส่งต่อให้แพทย์ทำการรักษาต่อไป

8.5 การรักษาความลับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทุกอย่างบุคคลอื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ มีเพียงผู้วิจัยและคณะวิจัยเท่านั้น ที่รับทราบข้อมูลได้ ข้อมูลที่ได้มาไม่ได้ระบุชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง

8.6 การเผยแพร่ข้อมูล ผลการศึกษาต่างๆที่ได้จากการวิจัย จะมีการเผยแพร่ข้อมูล หรือมีการตีพิมพ์ในหนังสือวารสารทางการแพทย์และพยาบาล การเผยแพร่ดังกล่าวเป็นไปเพื่อประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น และจะเผยแพร่ในภาพรวมไม่มีการระบุชื่อที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ หรือแหล่งที่มาของข้อมูล จะไม่ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความเสียหายใดๆ โดยผู้ที่รับทราบข้อมูลจะไม่สามารถโยงไปถึงกลุ่มตัวอย่างได้

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลซ้ำก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท ในระยะก่อนทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ โดยศึกษาในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental group) 30 คน ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ส่วนกลุ่มควบคุม (Control group) 30 คนได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลของการวิจัยแบ่งเป็น 6 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สูงสุด อาชีพ (ตารางที่ 4-1) ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรคจิตเภท การวินิจฉัยโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา และโรคประจำตัวทางกาย (ตารางที่ 4-2) จำนวนสมาชิกในครอบครัว บทบาทหน้าที่ในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก (ตารางที่ 4-3) ระยะเวลาที่ดื่มสุรา ความถี่ของการดื่มสุราต่อสัปดาห์ ชนิดของสุราที่ดื่ม ช่วงที่มักดื่มสุรา วันที่มักดื่มสุรา สาเหตุ ผลกระทบ ความคิด เหตุการณ์ที่มักดื่มสุรา มักจะดื่มสุรา ปัญหาจากการดื่มสุรา เป็นปัญหาที่ควรแก้ไข (ตารางที่ 4-4)

ตอนที่ 2 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทำการทดลอง ตามคะแนนของแบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) (ตารางที่ 4-5) จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการดื่มสุราที่เปลี่ยนแปลงหลังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมบำบัดแบบบูรณาการ ในระยะ 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ (ตารางที่ 4-6) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการดื่มสุราที่เปลี่ยนแปลงหลังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ (ตารางที่ 4-5)

ตอนที่ 3 การเปลี่ยนแปลงอาการทางจิต ได้แก่ อาการทางจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง ตามคะแนนของแบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น (BPRS) (ตารางที่ 4-7) จำนวนและร้อยละของอาการทางจิตที่เปลี่ยนแปลงหลังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับ โปรแกรมบำบัดแบบบูรณาการ ในระยะ 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ (ตารางที่ 4-8)

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท ได้แก่ การทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำมีค่าคงที่ของคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) และอาการทางจิต (BPRS) ของกลุ่มทดลอง (N=30) (ตารางที่ 4-9) การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) และอาการทางจิต (BPRS) ของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) (N=30) (ตารางที่ 4-10) การทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำมีค่าคงที่ของคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) และอาการทางจิต (BPRS) ของกลุ่มควบคุม (N=30) (ตารางที่ 4-11) และการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) และอาการทางจิต (BPRS) ของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) (N=30) (ตารางที่ 4-12)

ตอนที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท ได้แก่ เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 4-13)

ตอนที่ 6 ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ได้แก่ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนบำบัด ระหว่างบำบัดและหลังรับการบำบัด (ตารางที่ 4-14) ซึ่งจะนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตาราง ประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 4-1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด (N=60)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	30	100.00	30	100.00
2. อายุ				
น้อยกว่า 21 ปี	0	0.00	0	0.00
21-30 ปี	12	40.00	8	26.67
31-40 ปี	6	20.00	9	30.00
41-50 ปี	9	30.00	11	36.67
51-60 ปี	3	10.00	2	6.66
กลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 37.3 ปี (S.D= 3.87) อายุ สูงสุด 55 ปี อายุต่ำสุด 22 ปี				
กลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ย 38.2 ปี (S.D= 3.87) อายุ สูงสุด 60 ปี อายุต่ำสุด 24 ปี				
3. สถานภาพสมรส				
โสด	20	66.67	19	63.33
คู่อยู่ด้วยกัน	3	10.00	2	6.67
คู่แยกกันอยู่	0	0.00	0	0.00
หม้าย/หย่าร้าง	7	23.33	9	30.00
4. ระดับการศึกษาสูงสุด				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0.00	0	0.00
ประถมศึกษา	10	33.37	10	33.33
มัธยมศึกษา	18	60.00	19	63.34
อนุปริญญา/ปวส.	1	3.33	1	3.33
ปริญญาตรี	1	3.30	0	0.00

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 4-1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด (N=60)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. อาชีพ				
เกษตรกร	17	56.66	12	40.00
รับจ้าง	3	10.00	6	20.00
ค้าขาย	2	6.67	0	0.00
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0.00	0	0.00
งานบ้าน	0	0.00	0	0.00
ว่างงาน	8	26.67	12	40.00

จากตารางที่ 4-1 พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายทั้งหมด กลุ่มละ 30 คน คิดเป็น ร้อยละ 100 โดยในกลุ่มทดลองมีอายุในช่วง 21-30 ปี มากที่สุด รองลงมาคือช่วงอายุ 41-50 ปี และช่วงอายุ 31-40 ปี จำนวน 12, 9 และ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00, 30.00 และ 20.00 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 37.33 ปี (S.D=.87) ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด รองลงมาคือ ช่วงอายุ 31-40 ปี และ 21-30 ปี จำนวน 11, 9 และ 8 คน คิดเป็นร้อยละ 36.67, 30.00 และ 26.67 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 38.20 ปี (S.D=3.87)

ด้านสถานภาพสมรสในกลุ่มทดลอง พบว่า มีสถานภาพโสดมากที่สุดรองลงมาคือ หม้าย/หย่าร้าง และคู่อยู่ด้วยกัน จำนวน 20, 7 และ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67, 23.33 และ 10.00 ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับกลุ่มควบคุม พบว่า สถานภาพสมรสมากที่สุดคือ โสด หม้าย/หย่าร้าง และ คู่อยู่ด้วยกัน จำนวน 19, 9 และ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33, 30.00 และ 6.67 ตามลำดับ

ด้านระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับชั้นมัธยมศึกษามากที่สุดโดยพบว่าการทดลองมีจำนวน 18 คน ส่วนกลุ่มควบคุมมีจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 และ 63.34 ตามลำดับ รองลงมา คือระดับประถมศึกษา โดยในกลุ่มทดลองและควบคุมมีจำนวน 10 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 33.37 และ 33.33 ตามลำดับ

ส่วนในด้านอาชีพ พบว่ากลุ่มทดลองประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.66 รองลงมาคือ ว่างงาน รับจ้าง และค้าขาย จำนวน 8, 3 และ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67, 10.00 และ 6.67 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีอาชีพเกษตรกรและว่างงานเท่ากันคือ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 ตามด้วยอาชีพรับจ้าง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ตารางที่ 4-2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยโรคความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากการเสพยา และโรคประจำตัวทางกาย (N=60)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต				
1-3 ปี	3	10.00	1	3.33
4-6 ปี	13	43.33	9	30.00
7-9 ปี	2	6.67	6	20.00
10 ปีขึ้นไป	12	40.00	14	46.67
กลุ่มทดลองเฉลี่ย 9.13 ปี (SD=5.80) สูงสุด30ปี ต่ำสุด 3 ปี				
กลุ่มควบคุมเฉลี่ย10.63 ปี (SD=5.44) สูงสุด20ปี ต่ำสุด3 ปี				
2. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล				
1 ครั้ง	4	13.34	5	16.66
2-3 ครั้ง	14	46.66	6	20.00
4-5 ครั้ง	5	16.66	10	33.34
6 ครั้งขึ้นไป	7	23.34	9	30.00
กลุ่มทดลอง สูงสุด 15 ครั้ง				
กลุ่มควบคุม สูงสุด 14 ครั้ง				
3. การวินิจฉัยโรค				
โรคจิตเภท	30	100.00	30	100.00
4. การวินิจฉัยโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา				
การเสพยาอย่างอันตราย(F10.1)	19	63.33	16	53.34
กลุ่มอาการติดยา(F10.2)	11	36.67	14	46.66
5. โรคประจำตัวทางกาย				
ไม่มี	30	100.00	29	96.67
มี (เบาหวาน)	0	0.00	1	3.33

ตารางที่ 4-2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตในกลุ่มทดลอง มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 4-6 ปี มากที่สุดจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมา คือ ระยะเวลาการเจ็บป่วย 10 ปีขึ้นไป และระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต 1-3 ปี จำนวน 12 และ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 และ 10.00 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต 10 ปีขึ้นไป มากที่สุด จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองมาคือระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต 4-6 ปี และ 7-9 ปี จำนวน 9 และ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 และ 20.00 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตเฉลี่ย 9.13 ปี ($SD=5.80$) และกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตเฉลี่ย 10.63 ปี ($SD=5.44$)

จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล พบว่า ในกลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาลมากที่สุด 2-3 ครั้ง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.66 รองลงมา คือ 6 ครั้งขึ้นไป และ 4-5 ครั้ง จำนวน 7 และ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 23.34 และ 16.66 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า จำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาลมากที่สุดคือ 4-5 ครั้ง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.34 รองลงมาคือ 6 ครั้งขึ้นไป และ 2-3 ครั้ง จำนวน 9 และ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 และ 20.00 ตามลำดับ

ส่วนด้านการวินิจฉัยโรค พบว่า กลุ่มทดลอง จำนวน 30 และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น โรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ส่วนการวินิจฉัยโรคความผิดปกติทางจิต และพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสุรา พบว่า กลุ่มทดลองได้รับการวินิจฉัยเป็นการสุราแบบอันตราย (F10.1) มากที่สุดจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 สำหรับกลุ่มควบคุมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัย เป็นการดื่มสุราแบบอันตรายมากที่สุด 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.34 ส่วนโรคทางกาย พบว่า กลุ่มทดลองทั้งหมด 30 คน ไม่มีโรคทางกาย คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุมกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคทางกายจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.67 ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เป็นโรคทางกายจำนวน 1 ราย เป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 3.33

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ตารางที่ 4-3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลความสัมพันธ์ในครอบครัว ประกอบด้วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว บทบาทหน้าที่ในครอบครัว และผู้ดูแลหลัก (N=60)

ข้อมูลความสัมพันธ์ในครอบครัว	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. จำนวนสมาชิกในครอบครัว				
อยู่คนเดียว	2	6.67	1	3.33
2-3 คน	12	40	16	53.33
4-5 คน	14	46.66	13	43.34
6-7 คน	2	6.67	0	0.00
2. บทบาทหน้าที่ในครอบครัว				
หัวหน้าครอบครัว	3	10.00	1	3.33
สมาชิกครอบครัว	27	90.00	29	96.67
3. ผู้ดูแลหลัก				
บิดามารดา	22	73.33	24	80.00
บุตร	0	0.00	0	0.00
พี่น้อง	4	13.34	1	3.33
คู่สมรส	2	6.67	1	3.33
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	1	3.33	2	6.67
ลุง/ป้า/น้า/อา	0	0.00	2	6.67
อื่นๆ	1	3.33	0	0.00

จากตารางที่ 4-3 พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-5 คน มากที่สุด จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.66 รองลงมาคือ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-3 คน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่อยู่คนเดียว และ กลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกในครอบครัว 6-7 คน เท่ากันทั้งสองกลุ่ม คือ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 2-3 คน มากที่สุด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 รองลงมาคือ 4-5 คน และอยู่คนเดียว จำนวน 13, 1 คน คิดเป็นร้อยละ 43.34 และ 3.33 ตามลำดับ

ส่วนข้อมูลบทบาทหน้าที่ในการทำหน้าที่ในครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง มีบทบาทเป็นสมาชิกครอบครัวมากที่สุด จำนวน 27 คนคิดเป็นร้อยละ 90.00 เช่นเดียวกันกับกลุ่มควบคุม

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่ในครอบครัว โดยเป็นสมาชิกครอบครัวจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.67

ข้อมูลความสัมพันธ์ในครอบครัว ด้าน ผู้ดูแลหลัก พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีผู้ดูแลหลักเป็นบิดามารดา มากที่สุด จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 รองลงมาคือ มีพี่น้อง และคู่สมรส เป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 4 และ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.34 และ 6.67 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมพบว่า มีผู้ดูแลหลักเป็นบิดามารดามากที่สุด 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 รองลงมา คือ ปู่ย่าตายาย ลุงป้า น้าอา จำนวน 2 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 6.67

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ตารางที่ 4-4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ดื่มสุรา ความถี่ของการดื่มสุราต่อสัปดาห์ ชนิดของสุราที่ดื่ม ช่วงที่มักดื่มสุรา วันที่มักดื่มสุรา สาเหตุ ผลกระทบ ความคิด เหตุการณ์ที่มักดื่มสุรา มักจะดื่มสุรา ปัญหาจากการดื่มสุรา เป็นปัญหาที่ควรแก้ไข (N=60)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ระยะเวลาที่ดื่มสุรา				
1-5 ปี	12	40.00	13	43.33
6-10 ปี	12	40.00	13	43.33
11-15 ปี	3	10.00	2	6.67
16-20 ปี	3	10.00	2	6.67
20 ปีขึ้นไป	0	0.00	0	0.00
กลุ่มทดลอง เฉลี่ย 8.8 ปี (SD=5.19) สูงสุด 20 ปี ต่ำสุด 1 ปี				
กลุ่มควบคุม เฉลี่ย 8.16 ปี (SD=6.35) สูงสุด 20 ปี ต่ำสุด 1 ปี				
2. ความถี่ของการดื่มสุราต่อสัปดาห์				
1-3 วัน	15	50.00	13	43.33
4-6 วัน	5	16.66	9	30.00
7 วัน	10	33.34	8	26.67

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ตารางที่ 4-4 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ดื่มสุรา ความถี่ของการดื่มสุราต่อสัปดาห์ ชนิดของสุราที่ดื่ม ช่วงที่มักดื่มสุรา วันที่มักดื่มสุรา สาเหตุ ผลกระทบ ความคิด เหตุการณ์ที่มักดื่มสุรา มักจะดื่มสุรา ปัญหาจากการดื่มสุรา เป็นปัญหาที่ควรแก้ไข (N=60)

ข้อมูลการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. ชนิดของสุราที่ดื่ม				
สุราขาว	29	96.67	30	100
สุราแดง/สุราสี	0	0.00	0	0.00
เบียร์	1	3.33	0	0.00
4. ช่วงเวลาที่มีกดื่มสุรา				
เช้า	3	10.00	4	13.34
เย็น	24	80.00	21	70.00
ทั้งเช้า กลางวัน และเย็น	3	10.00	5	16.66
5. วันที่มักดื่มสุรา				
ทุกวัน	30	100.00	30	100.00
วันหยุดทำงาน	0	0.00	0	0.00
วันทำงานเลี้ยงหรือเทศกาล	0	0.00	0	0.00
6. สาเหตุของการดื่มสุรา				
เพื่อนชวน	2	6.67	3	10.00
ภาวะทางอารมณ์	25	83.33	24	80.00
เพื่อเจริญอาหาร	2	6.67	2	6.67
เพื่อแก้ความเหนื่อยล้า	0	0.00	0	0.00
เพื่อสังคม/สนุกสนาน	1	3.33	1	3.32
7. ผลกระทบจากการดื่มสุรา				
-ด้านร่างกาย เช่นโรคต่างๆ อุบัติเหตุ ชัก เหนื่อย อ่อนเพลีย	8	26.67	9	30.00
-ด้านจิตใจ เช่น ประสาทหลอน มึนงง หวาดกลัว	12	40.00	14	46.66

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ตารางที่ 4-4 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ดื่มสุรา ความถี่ของการดื่มสุราต่อสัปดาห์ ชนิดของสุราที่ดื่ม ช่วงที่มักดื่มสุรา วันที่มักดื่มสุรา สาเหตุ ผลกระทบ ความคิด เหตุการณ์ที่มักดื่มสุรา มักจะดื่มสุรา ปัญหาจากการดื่มสุรา เป็นปัญหาที่ควรแก้ไข (N=60)

ข้อมูลการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. ผลกระทบจากการดื่มสุรา (ต่อ)				
-ด้านเศรษฐกิจ เช่น ปัญหาหนี้สิน	2	6.67	2	6.67
-ด้านการทำงานบกพร่อง	3	10.00	1	3.33
-ด้านครอบครัว	5	16.66	4	13.34
8. ความคิดที่ดื่มสุรา				
คิดว่าดื่มสุราทำให้กล้า	2	6.67	2	6.67
คิดว่าดื่มสุราทำให้สบายใจ	24	80.00	25	83.33
คิดว่าดื่มสุราทำให้สนุกสนาน	3	10.00	2	6.67
คิดว่าดื่มสุราทำให้ทำงานได้	1	3.33	1	3.33
9. เหตุการณ์ที่มักดื่มสุรา				
งานพิเศษต่าง ๆ เช่น งานเลี้ยงฉลอง	20	66.67	22	73.33
เทศกาลต่าง ๆ				
วันที่มีปัญหากับคนอื่น	1	3.33	3	10.00
วันที่มีปัญหาด้านอารมณ์จิตใจ เช่น เครียด ซึมเศร้า	9	30.00	5	16.67
และ เหนง				
10. มักจะดื่มสุรา				
ตั้งวงดื่มกับเพื่อน	3	10.00	2	6.67
ดื่มคนเดียว	27	90.00	28	93.33
11. ปัญหาจากการดื่มสุราเป็นปัญหาที่ควรแก้ไข				
ใช่	30	100.00	30	100.00
ไม่ใช่	0	0.00	0	0.00

จากตารางที่ 4-4 พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีระยะเวลาที่ดื่มสุรามากที่สุด คือ 1-5 ปี และ 6-10 ปี จำนวน 12 คน เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ 11-15 ปี และ 16-20 ปี จำนวน 3 คน เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 10.00 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาที่ดื่มสุรามากที่สุด คือ 1-5 ปี และ 6-10 ปี จำนวน

13 คน เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมาคือ 11-15 ปี และ 16-20 ปี จำนวน 2 คน เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลอง 8.8 ปี (SD=5.19) และกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาดื่มสุราเฉลี่ย 8.16 ปี (SD=6.35)

ด้านความถี่ของการดื่มสุราต่อสัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความถี่ในการดื่มสุราต่อสัปดาห์ 1-3 วันต่อสัปดาห์มากที่สุด จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมา คือ 7 วัน และ 4-6 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 10 และ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.34 และ 16.66 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า มีความถี่ของการดื่มสุราต่อสัปดาห์มากที่สุด คือ 1-3 วัน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมา คือ 4-6 วัน และ 7 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 9 และ 8 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 และ 26.67 ตามลำดับ

ด้านชนิดของสุราที่ดื่ม พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ดื่มสุราขาวมากที่สุด จำนวน 29 และ 30 คน คิดเป็นร้อยละ 96.67 และ ร้อยละ 100 ด้านช่วงเวลาที่มีกดื่มสุรา พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีกดื่มสุราช่วงตอนเย็นมากที่สุด จำนวน 24 และ 21 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 และ 70.00 **ด้านมีกดื่มสุรา พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีกดื่มสุราทุกวันมากที่สุดจำนวน 30 คน เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 100** ส่วนสาเหตุของการดื่มสุรา พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสาเหตุการดื่มสุราเนื่องจากภาวะทางอารมณ์มากที่สุด จำนวน 25 และ 24 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 และ 80.00 ตามลำดับ และด้านผลกระทบจากการดื่มสุรา พบว่า กลุ่มทดลองได้รับผลกระทบจากการดื่มสุราทางด้านจิตใจมากที่สุด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนผลกระทบจากการดื่มสุรารองลงมาคือ ด้าน ด้านร่างกาย เช่น โรคต่างๆ อุบัติเหตุ ชัก เหนื่อย อ่อนเพลีย ตามด้วยผลกระทบด้านครอบครัว จำนวน 8 และ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 และ 16.66 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ผลกระทบจากการดื่มสุรา มีผลกระทบด้านจิตใจมากที่สุดเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง คือ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.66 ผลกระทบรองลงมาคือ ด้านร่างกาย และด้านครอบครัวจำนวน 9 และ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 และ 13.34 ตามลำดับ

ส่วนด้านความคิดที่ดื่มสุรา พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความคิดว่าดื่มสุราทำให้สบายใจมากที่สุดเช่นกัน จำนวน 24 และ 25 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 และ 83.33 ตามลำดับ ส่วนความคิดอื่นๆ ที่ทำให้ดื่มสุรา พบว่า กลุ่มทดลองคิดว่าการดื่มสุราทำให้สนุกสนาน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม พบว่า ความคิดที่ดื่มสุรารองลงมาคือ ทำให้สนุกสนานและการดื่มสุราทำให้กล้า จำนวน 2 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ส่วนด้านเหตุการณ์ที่มีกดื่มสุรา พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีกมีเหตุการณ์ที่ทำให้ดื่มสุรา คือ งานพิเศษต่างๆ เช่น งานเลี้ยงฉลอง และเทศกาลต่างๆ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาคือ วันที่มีปัญหาด้านอารมณ์จิตใจ เช่น เครียด ซึมเศร้า เหงา จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า เหตุการณ์ที่มีกทำให้ดื่มสุรา คือ งานพิเศษต่างๆ และวันที่มีปัญหาด้านอารมณ์จิตใจ จำนวน 22 และ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 และ 16.67 ตามลำดับ

ด้านมักดื่มสุรา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่ม มักดื่มสุราคนเดียว จำนวน 27 และ 28 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 และ 93.33 ตามลำดับ ส่วนปัญหาจากการดื่มสุราเป็นปัญหาที่ควรแก้ไข พบว่า ทั้งสองกลุ่มคิดว่า การดื่มสุราเป็นปัญหาที่ควรแก้ไข จำนวน 30 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 100

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จากตารางที่ 1-4 แสดงให้เห็นว่าข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 2 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

ตารางที่ 4-5 พฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทำการทดลอง ตามคะแนนของแบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) (N=60)

คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา					
กลุ่ม	0-7 คะแนน	8-15 คะแนน	16-19 คะแนน	≥ 20 คะแนน	คน (ร้อยละ)
กลุ่มทดลอง	0 (0.00)	2 (6.67)	9 (30.00)	19 (63.33)	30 (100)
กลุ่มควบคุม	0 (0.00)	3 (10.00)	9 (30.00)	18 (60.00)	30 (100)

จากตารางที่ 4-5 พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลอง ตามคะแนนของแบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราแบบติดมากที่สุด (≥20 คะแนน) รองลงมาคือพฤติกรรมดื่มสุราแบบมีปัญหา (16-19 คะแนน) และการดื่มสุราแบบเสี่ยง (8-15 คะแนน) จำนวน 19, 9 และ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33, 30.00 และ 6.67 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดื่มสุราแบบติดมากที่สุด (≥20 คะแนน) รองลงมาคือพฤติกรรมดื่มสุราแบบมีปัญหา (16-19 คะแนน) และการดื่มสุราแบบเสี่ยง (8-15 คะแนน) จำนวน 18, 9 และ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00, 30.00 และ 10.00 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา (ต่อ)

ตารางที่ 4-6 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการดื่มสุราที่เปลี่ยนแปลงหลังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมบำบัดแบบบูรณาการ ในระยะ 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ (N=60)

พฤติกรรมการ ดื่มสุรา	ระยะติดตามผลหลังได้รับการบำบัด					
	4 สัปดาห์		8 สัปดาห์		12 สัปดาห์	
	กลุ่มทดลอง จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน(ร้อยละ)
ไม่กลับไปดื่ม	28(93.33)	22(73.33)	27(90.00)	17(56.66)	25(83.33)	15(50.00)
ลดปริมาณการดื่ม	2(6.67)	5(16.67)	3(10.00)	5(16.67)	5(16.67)	2(6.67)
คงดื่มเท่าเดิม	0	3(10.00)	0	8(26.67)	0	13(43.33)

จากตารางที่ 4-6 พบว่า ภายหลังการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทที่มีต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองไม่กลับไปดื่มในระยะติดตามผลหลังรับการบำบัด 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 93.33, 90 และ 83.33 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลหลังรับการบำบัด 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 73.33, 56.66 และ 50 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 การเปลี่ยนแปลงอาการทางจิต

ตารางที่ 4-7 อาการทางจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง ตามคะแนนของแบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น (BPRS) (N=60)

กลุ่ม	คะแนนอาการทางจิต			คน (ร้อยละ)
	≤18 คะแนน	19-36 คะแนน	≥ 37 คะแนน	
กลุ่มทดลอง	1 (3.33)	29 (96.67)	0 (0.00)	30 (100)
กลุ่มควบคุม	0 (0.00)	30 (100.00)	0 (00.00)	30 (100)

จากตารางที่ 4-7 พบว่า อาการทางจิตของกลุ่มทดลองตามคะแนนของแบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น (BPRS) กลุ่มทดลองมีคะแนนอาการทางจิตอยู่ในระดับเล็กน้อยมากที่สุด (19-36 คะแนน) รองลงมา ไม่มีอาการทางจิต (≤18 คะแนน) จำนวน 29 และ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 96.67 และ 3.33 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนอาการทางจิตระดับเล็กน้อย (19-36 คะแนน) ทั้งหมด 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ตอนที่ 3 การเปลี่ยนแปลงอาการทางจิต (ต่อ)

ตารางที่ 4-8 จำนวนและร้อยละของอาการทางจิตที่เปลี่ยนแปลงหลังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับ โปรแกรมบำบัดแบบบูรณาการ ในระยะ 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ (N=60)

อาการทางจิต	ก่อนทดลอง		ระยะติดตามผลหลังได้รับการบำบัด					
			4 สัปดาห์		8 สัปดาห์		12 สัปดาห์	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
≤18 คะแนน	1(3.33)	0	3(10)	1(3.33)	5(16.67)	0	10(33.33)	2(6.67)
19-36 คะแนน	29(96.67)	30(100)	27(90)	29(96.67)	25(83.33)	30(100)	20(66.67)	28(93.33)
37 คะแนนขึ้นไป	0	0	0	0	0	0	0	0

จากตารางที่ 4-8 พบว่า ภายหลังการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทที่มีต่ออาการทางจิตของผู้รับการบำบัด โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต BPRS ระดับคะแนนอาการทางจิต อยู่ในช่วง 19-36 คะแนน ในระยะติดตามผลหลังรับการบำบัด 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 90, 83.33 และ 66.67 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลหลังรับการบำบัด 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 96.67, 100 และ 93.33 ตามลำดับ

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท

ตารางที่ 4-9 การทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำมีค่าคงที่ของคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) และอาการทางจิต (BPRS) ของกลุ่มทดลอง (N=30)

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon(a)		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
AUDIT	.357	28.588	5	.000	.621	.662	.333
BPRS	.190	46.090	5	.000	.492	.512	.333

จากตารางที่ 4-9 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) และอาการทางจิต (BPRS) ของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Mauchly's Test of Sphericity ให้ค่าสถิติ Mauchly's W เท่ากับ 0.357 และ 0.190 ตามลำดับ สถิตินี้มีการแจกแจงแบบไคสแควร์ (28.58 และ 46.09 ตามลำดับ) โดยประมาณ โดยมีค่า p -value เท่ากับ 0.000 แสดงว่าสถิติ Mauchly's W มีนัยสำคัญหมายความว่าเมตริกซ์สหสัมพันธ์ที่วัดซ้ำไม่เป็นไปตามเงื่อนไข Huynh-Feldt (หรือความแปรปรวนไม่เป็น Compound Symmetry ซึ่งหมายถึง ความแปรปรวนของตัวแปรตามในการวัดซ้ำแต่ละครั้งของโปรแกรม

ต่างกัน) และอ่านผลค่าสถิติการวิเคราะห์ที่มีการปรับแก้ degree of freedom โดยอ่านค่า p -value ที่มีการปรับแก้ของ 3 วิธีคือ Greenhouse-Geisser, Huynh-Feldt และ Lower-bound โดยอ่านค่าในตาราง Within-subjects factor (Within Subjects Effect) โดยเลือกอ่านใน Greenhouse-Geisser (ตารางที่ 4-10)

ตารางที่ 4-10 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) และอาการทางจิต (BPRS) ของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) (N=30)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p -value
ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง AUDIT กับเวลา	6648.83	1.86	3568.90	299.79*	.000
ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง BPRS กับเวลา	271.36	1.47	183.95	6.84*	.006
ความคลาดเคลื่อน AUDIT	643.16	54.02	11.90		
ความคลาดเคลื่อน BPRS	1150.13	42.78	26.88		

* $p < 0.05$

SS=Sum Square; df=degree of freedoms; MS=Mean Square

Green-Geisser correction was use to reduce type I error

จากตารางที่ 4-10 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบตัวแปรเดียวด้วยสถิติเอฟ เพื่อทดสอบอิทธิพลของปัจจัยภายในของคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) และคะแนนอาการทางจิต (BPRS) ซึ่งในที่นี้คืออิทธิพลของเวลาและปฏิสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการกับเวลา ได้สถิติเอฟมีค่าเท่ากับ 299.79 และ 6.84 และให้ค่า p -value=0.05 และ 0.000 แสดงว่ามีเวลาอย่างน้อย 4 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา และคะแนนอาการทางจิตลดลงแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4-11 การทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำมีค่าคงที่ของคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) และอาการทางจิต (BPRS) ของกลุ่มควบคุม (N=30)

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon(a)		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
AUDIT	.508	18.78	5	.02	.774	.845	.333
BPRS	.319	31.63	5	.000	.660	.708	.333

จากตารางที่ 4-11 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) และอาการทางจิต (BPRS) ของกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Mauchly's Test of Sphericity ให้ค่าสถิติ Mauchly's W เท่ากับ 0.508 และ 0.319 ตามลำดับ สถิตินี้มีการแจกแจงแบบไคสแควร์ (18.78 และ 31.63 ตามลำดับ) โดยประมาณ โดยมีค่า p -value เท่ากับ 0.000 แสดงว่าสถิติ Mauchly's W มีนัยสำคัญหมายความว่า เมตริกซ์สหสัมพันธ์ที่วัดซ้ำไม่เป็นไปตามเงื่อนไข Huynh-Feldt (หรือความแปรปรวนไม่เป็น Compound Symmetry ซึ่งหมายถึง ความแปรปรวนของตัวแปรตามในการวัดซ้ำแต่ละครั้งของโปรแกรมต่างกัน) และอ่านผลค่าสถิติการวิเคราะห์ที่มีการปรับแก้ degree of freedom โดยอ่านค่า p -value ที่มีการปรับแก้ของ 3 วิธีคือ Greenhouse-Geisser, Huynh-Feldt และ Lower-bound โดยอ่านค่าในตาราง Within-subjects factor (Within Subjects Effect) โดยเลือกอ่านใน Greenhouse-Geisser (ตารางที่ 4-12)

ตารางที่ 4-12 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) และอาการทางจิต (BPRS) ของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) (N=30)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p -value
ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง AUDIT กับเวลา	3696.06	2.32	1591.77	52.02*	.000
ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง BPRS กับเวลา	56.49	1.98	28.52	3.17*	.031
ความคลาดเคลื่อน AUDIT	2058.43	87	23.66		
ความคลาดเคลื่อน BPRS	440.75	87	5.06		

* $p < 0.05$

SS=Sum Square; df=degree of freedoms; MS=Mean Square

Green-Geisser correction was use to reduce type I error

จากตารางที่ 4-12 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบตัวแปรเดียวด้วยสถิติเอฟ เพื่อทดสอบอิทธิพลของปัจจัยภายในของคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) และคะแนนอาการทางจิต (BPRS) ซึ่งในที่นี้คืออิทธิพลของเวลาและปฏิสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการกับเวลา ได้สถิติเอฟมีค่าเท่ากับ 52.02 และ 3.17 และให้ค่า p -value=.000 และ 0.031 แสดงว่ามีเวลาอย่างน้อย 4 ครั้งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา และคะแนนอาการทางจิตลดลงแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 5. การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท

ตารางที่ 4-13 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มควบคุม (n=30)			df	t	p-value
พฤติกรรมการดื่มสุรา	$\bar{X}$	S.D.	D ₁	$\bar{X}$	S.D.	D ₂			
ก่อนทดลอง	22.33	1.80		22.67	5.60				.
หลังทดลอง 4 wks.	4.47	4.92	17.87	8.50	8.40	14.17	28	20.25*	.000
หลังทดลอง 8 wks.	4.77	2.37	17.57	11.27	9.31	11.40	28	20.59*	.000
หลังทดลอง 12wks.	5.57	3.61	16.77	14.30	11.03	8.37	28	22.04*	.000
อาการทางจิต									
ก่อนทดลอง	23.33	3.88		26.43	3.52				.
หลังทดลอง 4 wks.	21.87	3.88	1.47	25.13	4.52	1.30	28	2.33*	.010
หลังทดลอง 8 wks.	21.67	3.47	1.67	25.63	4.14	.80	28	1.55	.065
หลังทดลอง 12wks.	21.93	5.64	1.40	26.97	4.87	-.53	28	-.67	1.009

จากตารางที่ 4-13 การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ มีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มในระยะติดตามสัปดาห์ที่ 4 ($D_1=17.87$) สัปดาห์ที่ 8 ($D_1=17.57$) สัปดาห์ที่ 12 ($D_1=16.77$) แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($D_2=14.17$) สัปดาห์ที่ 8 ($D_1=11.40$) สัปดาห์ที่ 12 ($D_1=8.37$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิตในระยะติดตามสัปดาห์ที่ 4 ($D_1=1.47$) แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($D_2=1.30$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=2.33$) ส่วนในระยะติดตามสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 พบว่าอาการทางจิตไม่มีความแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 6 ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา

ตารางที่ 4-14 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนบำบัด ระหว่างบำบัดและหลังรับการบำบัด (N=60)

กลุ่ม	SOCRATES 8A for AUD	$\bar{X}$	S.D.	D	S.D. _D	t	p-value
ทดลอง	การยอมรับ	ก่อน	31.13	.90			
		ระหว่าง	33.57	.57	2.43	0.90	14.85*
		หลัง	34.80	.41	3.67	.88	22.72*
	ความลังเล	ก่อน	14.00	.95			
		ระหว่าง	18.20	.55	4.20	.89	25.94*
		หลัง	19.87	.35	5.89	.86	37.35*
	เริ่มลงมือทำ	ก่อน	31.43	.82			
		ระหว่าง	36.70	1.06	5.27	1.01	28.43
		หลัง	39.20	.55	7.77	.94	45.48*
ควบคุม	การยอมรับ	ก่อน	31.10	1.06			
		ระหว่าง	31.33	.88	.23	.63	2.04*
		หลัง	31.80	1.10	.70	.75	5.11*
	ความลังเล	ก่อน	13.80	1.03			
		ระหว่าง	13.43	.68	-.37	.72	-2.80
		หลัง	12.33	.80	-1.47	.82	-9.80
	เริ่มลงมือทำ	ก่อน	31.87	1.20			.
		ระหว่าง	32.10	.99	.23	.50	2.54*
		หลัง	32.40	1.16	.53	.57	5.11*

การประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยา เป็นการประเมินขั้นแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ด้วยแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (SOCRATES 8A for AUD) ใน 3 ด้านคือ ด้านการยอมรับ (Recognition) ด้านความลังเล (Ambivalence) ด้านกำลังลงมือทำ (Taking step) ประเมิน 3 ครั้ง คือ ก่อนการบำบัด (การทำกิจกรรมบำบัดครั้งที่ 1) ระหว่างการบำบัด (ก่อนทำกิจกรรมบำบัดครั้งที่ 8) และหลังการบำบัดทันที (หลังทำกิจกรรมบำบัดครั้งที่ 14) ในการวิจัยครั้งนี้มีเกณฑ์ว่าภายหลังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ กลุ่มทดลองจะต้องได้คะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราทุกด้านเพิ่มขึ้น รายละเอียดดังตารางที่ 4-14

จากตารางที่ 4-14 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นทุกด้าน ก่อนรับการบำบัดที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ ด้านการยอมรับ (Recognition) ($M=31.13$, $SD=.90$) ด้านความลังเล (Ambivalence) ($M=14.00$, $SD=.95$) ด้านกำลังลงมือทำ (Taking step) ($M=31.43$, $SD=.82$) เพิ่มขึ้นในระหว่างการบำบัด ด้านการยอมรับ (Recognition) ($M=33.57$, $SD=.57$) ด้านความลังเล (Ambivalence) ($M=18.20$, $SD=.55$) ด้านกำลังลงมือทำ (Taking step) ($M=36.70$, $SD=1.06$) และเพิ่มขึ้นหลังการบำบัด โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน ด้านการยอมรับ (Recognition) ($M=31.13$, $SD=.90$) ด้านความลังเล (Ambivalence) ($M=14.00$, $SD=.95$) ด้านกำลังลงมือทำ (Taking step) ($M=31.43$, $SD=.82$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .000

จากตารางที่ 4-14 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราของกลุ่มควบคุมในด้านต่างๆ พบว่า เพิ่มขึ้น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการยอมรับ (Recognition) โดยก่อนการบำบัดด้านการยอมรับ (Recognition) ($M=31.10$, $SD=1.06$) เพิ่มขึ้นในระหว่างการบำบัด และหลังการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.002 และ 0.000 และด้านการเริ่มลงมือทำ (Taking step) พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยก่อนการบำบัด ($M=31.87$, $SD=1.20$) และมีคะแนนเพิ่มขึ้นในระหว่าง ($M=32.40$, $SD=.99$) และหลังการบำบัด ($M=32.40$, $SD=1.16$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.000 ส่วนด้านความลังเลใจ (Ambivalence) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา พบว่า ในระหว่างการบำบัดลดลง ($M=13.43$, $SD=.68$) หลังการบำบัดลดลง ($M=12.33$, $SD=.80$)

การอภิปรายผล

การวิจัยผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรม การดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษามาอภิปรายผล ตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการที่ 1 พฤติกรรม การดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทภายหลังที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ หลังการทดลองในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทของกลุ่มทดลองหลังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4-10) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ในกลุ่มทดลองก่อนการได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ มีประวัติการดื่มสุรารายใน 3 เดือน เป็นคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีคะแนนพฤติกรรม การดื่มสุราตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรม การดื่มสุรา 20 คะแนนขึ้นไป ยังไม่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดแบบบูรณาการ มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราน้อย ยังไม่ได้รับความรู้จากผู้ป่วยหรือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายใน

กลุ่ม จึงมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรารสูงกว่าหลังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ สำหรับคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราหลังได้ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการที่ต่ำกว่า เนื่องจากการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ เป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่บูรณาการ การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคสุราและโรคจิตเภทควบคู่กันไป มีกิจกรรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ 3 ครั้ง คือ ก่อนการบำบัด (ก่อนทำกิจกรรมครั้งที่ 1) ระหว่างการบำบัด (ก่อนทำกิจกรรมครั้งที่ 8) และหลังการบำบัด (หลังทำกิจกรรมครั้งที่ 14) ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ มีผลทำให้แรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการการดื่มสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทจึงเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4-14) แรงจูงใจของผู้ป่วยนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) มีการขับเคลื่อนจากระยะเมินเฉย ไปสู่ระยะลังเลใจ และขั้นตัดสินใจลงมือทำที่จะเลิกดื่ม และลงมือทำเพื่อให้สามารถเลิกดื่มได้ตามเป้าหมาย สามารถควบคุมตนเองให้หยุดดื่มได้อย่างต่อเนื่อง (พิชัย แสงชาญชัย 2553) เมื่อแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรามากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มสุราที่ดีขึ้น สามารถลด ละ เลิกดื่มสุราได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภรัตน์ เวชสุวรรณ และคณะ (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการเสพยาหรือสารเสพติดและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมจิตเวช ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ และไม่พบปัญหาการใช้สารเสพติด อาการทางจิตหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของกฤติยา แสงทรัพย์, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ และ สุนิศา สุขตระกูล (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของกลุ่มทดลองก่อนการได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดแบบบูรณาการแตกต่างกันไม่มาก หรือมีค่าใกล้เคียงกันกับหลังได้รับโปรแกรม เนื่องจากกลุ่มทดลองต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ คือ มีอาการทางจิตดีขึ้น โดยประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น ต้องมีคะแนนไม่เกิน 36 คะแนน จึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนของอาการทางจิตสูงกว่าหลังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ ในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์เล็กน้อย

สมมติฐานที่ 2 พฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทของกลุ่มทดลองหลังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในระยะ

ติดตามผล 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4-13) กลุ่มทดลองที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรต่ำว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ เนื่องจากการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ เป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่บูรณาการ การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคสุราและโรคจิตเภทควบคู่กันไป มีกิจกรรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ 3 ครั้ง คือ ก่อนการบำบัด (ก่อนทำกิจกรรมครั้งที่ 1) ระหว่างการบำบัด (ก่อนทำกิจกรรมครั้งที่ 8) และหลังการบำบัด (หลังทำกิจกรรมครั้งที่ 14) ซึ่งการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะผ่านพ้นภาวะถอนพิษสุรา เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่เน้นผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง มุ่งตรงปัญหาของผู้รับการบำบัด เพื่อสร้างความตระหนักในปัญหาการดื่มสุราให้แก่ผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคให้ผู้รับการบำบัดค้นหาปัญหาและหาทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพูดถึงประโยชน์และผลเสียจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยคำนึงถึงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งผู้บำบัดต้องให้การบำบัดตามขั้นตอนของแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากระยะเมินเฉย ลังเล และตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลง (พิชัย แสงชาญชัย, 2553) พฤติกรรมและแรงจูงใจของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ส่วนใหญ่หม่นวนอยู่ในวัฏจักรของการเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาหลายรอบ ขาดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราหรือเลิกดื่มสุรา ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ มีผลทำให้แรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการการดื่มสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทจึงเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4-14) แรงจูงใจของผู้ป่วยนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) มีการขับเคลื่อนจากระยะเมินเฉย ไปสู่ระยะลังเลใจ และขั้นตัดสินใจลงมือทำที่จะเลิกดื่ม และลงมือทำเพื่อให้สามารถเลิกดื่มได้ตามเป้าหมาย สามารถควบคุมตนเองให้หยุดดื่มได้อย่างต่อเนื่อง (พิชัย แสงชาญชัย 2553) เมื่อแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรามากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มสุราที่ดีขึ้น สามารถลด ละ เลิกดื่มสุราได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติยา แสงทรัพย์, เพ็ญพักตร์ อุทิศ และ สุนิศา สุขตระกูล (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Barrowclough et al., (2001) ได้ศึกษาการสัมภาษณ์เพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด พบว่า กลุ่มทดลองมีการทำหน้าที่ต่าง ๆ ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีอาการทางบวกลดลง แต่ไม่แตกต่างระหว่างกลุ่มในระยะ 9 เดือน อัตราการเจ็บป่วยซ้ำลดลง ในระยะ 12 เดือน และของ Graeber et al., (2003) ได้ศึกษานำร่อง การเสริมสร้างแรงจูงใจและการให้สุขศึกษา

ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจและการให้สุศึกษา พบว่า กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ หยุดดื่มสุราได้ 6 คน และให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มที่ให้สุศึกษา ไม่มีผู้หยุดดื่มได้ แต่มีบางส่วนที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Barrowclough et al., (2010) ได้ศึกษาผลของการบำบัดแบบบูรณาการการบำบัดด้วยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงจูงใจและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติด เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่ม พบว่า หลังการทดลองการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สามารถลดปริมาณและจำนวนวันในการใช้สารเสพติดได้ ในช่วง 12 เดือนหลังการบำบัด

นอกจากนี้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ใช้หลักการวิธีการบำบัดเฉพาะในแต่ละกิจกรรม กิจกรรมการบำบัดแต่ละครั้งทั้ง 14 ได้แก่ การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเวชที่ตนเองเจ็บป่วยที่เชื่อมโยงกับปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติด โรคสมองติดยา/สุรา การเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยให้เลิกดื่มสุรา ให้ผู้ป่วยได้ฝึกการแยกแยะให้ได้ว่าอะไรคือความคิด อะไรคือพฤติกรรม และอะไรคือความรู้สึก เมื่อผู้ป่วยเข้าใจแล้วจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณคิดมีผลต่ออารมณ์ เมื่อนำไปฝึกการควบคุมตนเองในการหยุดคิดที่จะดื่มสุรา การป้องกันการดื่มสุราจากตัวกระตุ้นภายนอก ตัวกระตุ้นภายในหรือสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ การกินยารักษาโรคทางจิตเวชอย่างสม่ำเสมอและรักษาต่อเนื่อง การฝึกทักษะทางสังคม ได้แก่ ทักษะการปฏิเสธ การคบเพื่อนหรือหาเพื่อนใหม่ที่เหมาะสม การรับฟังผู้อื่น การแสดงออกอารมณ์ที่เหมาะสม การวางแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุลในแต่ละวัน และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลของสุรา/ยาเสพติดต่อสมอง ตระหนักถึงผลเสียที่เกิดขึ้นในระยะต่างๆ ของการติดสุรา/ยาเสพติด ครอบครัวมีแรงจูงใจในการร่วมมือและสร้างสัมพันธภาพในการบำบัดใหม่ ทำให้ผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเภทที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้บำบัดและผู้ป่วยอื่น ซึ่งตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning and Reinforcement theories) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) ของแบนดูราเชื่อว่า การเรียนรู้ส่วนใหญ่ของคนเกิดจากการการสังเกตตัวแบบ ซึ่งแตกต่างจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ต้องอาศัยการลองผิดลองถูก ตัวแบบเพียงคนเดียวสามารถที่จะถ่ายทอดทั้งความคิดและการแสดงออกได้พร้อมๆ กัน (Bandura , 1997) และระบบพฤติกรรมบุคคลจะถูกควบคุมโดยกระบวนการทางสติปัญญาหรือการระลึกรู้ ซึ่งสามารถถูกชักนำหรือเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วโดยอาศัยอิทธิพลของประสบการณ์แห่งความสำเร็จในการกระทำของบุคคล (Effective Performance) และของผู้ป่วยอื่นภายในกลุ่ม ได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่างความสำเร็จของผู้ป่วยอื่นการชักจูงด้วยคำพูดของผู้บำบัด ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ดี มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ที่สูงขึ้น มีทักษะการแก้ไขปัญหาทักษะทางสังคม ทักษะการดำเนินชีวิตและวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมขณะอยู่ที่บ้าน จะส่งผลให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราได้ยาวนาน ผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น มีพฤติกรรมที่เหมาะสม อาการทางจิตดีขึ้น หรือไม่มี

อาการทางจิตจากการดื่มสุรา (บุญศิริ จันศิริมงคล, 2556) แต่อย่างไรก็ตามคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลองในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมมากนัก เนื่องจากในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลรักษาพยาบาลปกติในช่วงที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา การเฝ้าระวังการเกิดภาวะถอนพิษสุรา การรักษาภาวะถอนพิษสุรา การให้ยาฉีด ให้ยาปรับประเทานรักษาอาการทางด้านร่างกาย และอาการทางจิตตามแผนการรักษา การจัดการกับอาการที่เกิดจากการดื่มสุรา เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดื่มสุรา การบำบัดรักษาทางจิตสังคม เช่น การแนะนำแบบสั้น การบำบัดแบบสั้น การให้การปรึกษาผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ หรือได้เข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูอื่นๆ เช่น สุขภาพจิตศึกษา การให้ความรู้การปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน หรือแม้แต่การได้พูดคุยแลกเปลี่ยนของผู้ป่วยด้วยกันขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา จึงมีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มควบคุมลดลง แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มควบคุมในระยะติดตาม 8 สัปดาห์ และระยะติดตาม 12 สัปดาห์มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราเพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง จะแตกต่างจากกลุ่มทดลองที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการใช้การบำบัดแบบบูรณาการจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ ในการบำบัดได้ดีกว่าการบำบัดด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งอย่างเดียว (Drake, Neal, & Wallach, 2008) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ลูกจันทร์ วิทยาการวงศ์, บุญศิริ จันศิริมงคล, สาวิตรี สุริยะฉาย, เพ็ญพัทธ์ ดารากร ณ อยุธยา, เกษม กรกำจายฤทธิ์ และ อุ่นจิตร คุณารักษ์ (2559) โดยศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเวช ณ โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ระดับปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิต เฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมจิตเวช (ICORD-R) กลุ่มทดลองมีคะแนนปริมาณการดื่มสุราและคะแนนอาการทางจิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลอง 1, 2 และ 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ คะแนนอาการทางจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการทางจิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากในระยะ 4 สัปดาห์ หลังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ เป็นระยะแรกๆหลังการบำบัดรักษา กลุ่มทดลองยังมีความมุ่งมั่นตั้งใจ มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยดื่มลดลง หรือหยุดดื่ม รวมทั้งยังปฏิบัติตัวที่เหมาะสมโดยการรับประเทานยาอย่างต่อเนื่อง มีผลทำให้ไม่มีอาการทางจิต หรือมีอาการทางจิตดีขึ้น คะแนนอาการทางจิตจึงลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติในกลุ่มควบคุม

ในระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิตของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม เนื่องจาก ระยะเวลาหลังการได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับ

โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ มีผลต่อแรงจูงใจของผู้ป่วย ซึ่งในระยะ 8 และ 12 สัปดาห์ ยังไม่ถึง 6 เดือน ในระยะ 6 เดือนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะกระทำอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะหยุดดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง มีความมั่นคง หากได้รับการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (relapse prevention) จะช่วยให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราอย่างต่อเนื่องและประสบความสำเร็จ (พิชัย แสงชาญชัย, 2553) ซึ่งกลุ่มทดลองหลังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ มีพฤติกรรมการดื่มสุราเพิ่มขึ้นในระยะติดตาม 8 และระยะติดตาม 12 สัปดาห์ เนื่องจากมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ จึงกลับไปดื่มสุรามากขึ้น การดื่มสุราทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบได้ (บุญศิริ จันศิริมงคล, 2556) ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยอาการทางจิตเพิ่มขึ้นและไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ชนิดแบบวัดซ้ำ (repeated measures designs) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิต ในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท ในระยะ 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ เพื่อเปรียบเทียบเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท ที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรม การบำบัดแบบบูรณาการ และผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ และเพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราและ อาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท ที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบ บูรณาการ และผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) แบบทดสอบ สมรรถภาพทางสมอง (Thai Mental Status Examination: TMSE) แบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version: CIWA-Ar.) แบบประเมิน อาการทางจิตชนิดสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการ เสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตใน ผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท ประกอบด้วย 14 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และ 3) เครื่องมือ ที่ใช้หลังการทดลอง ได้แก่ 1) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) 2) แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) และ 3) แบบวัด ขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษาปัญหาการดื่มสุรา (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, Socrates 8A for AUD) วิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์เชิงอนุมาน ทดสอบสถิติที่ (t-test) และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

ผลการศึกษา: พบว่า 1) พฤติกรรมการดื่มสุราโดยกลุ่มทดลองไม่กลับไปดื่มสุราในระยะติดตามผลหลังการ บำบัด 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 93.33, 90 และ 83.33 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมในระยะ ติดตามผลหลังการบำบัด 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 73.33, 56.66 และ 50 ตามลำดับ 2) ค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลองในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ($M=4.47$,

SD=4.92), (M=4.77, SD=2.37), (M=5.57, SD=3.61) ต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (M=22.33, SD=1.80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 3) ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิตของกลุ่มทดลอง ในระยะติดตามผลการบำบัด 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ (M=21.87, SD=3.88), (M=21.67, SD=3.47), (M=21.93, SD=5.64) ต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต (M=23.33, SD=3.88) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 4) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลองในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ (M=4.47, SD=4.92), (M=4.77, SD=2.37), (M=5.57, SD=3.61) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (M=8.50, SD=8.40), (M=11.27, SD=9.31), (M=14.30, SD=11.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 5) ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิตของกลุ่มทดลอง ในระยะติดตามผลการบำบัด 4 สัปดาห์ (M=21.87, SD=3.88) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต (M=25.13, SD=4.52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .010 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิตของกลุ่มทดลองในระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ (M=21.67, SD=3.47), (M=21.93, SD=5.64) ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต (M=25.63, SD=4.14), (M=26.97, SD=4.87)

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล จากผลการศึกษานี้พบว่าหลังการบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา สามารถหยุดดื่มสุรา และลดปริมาณการดื่มสุราได้ดีขึ้น ดังนั้นควรนำการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ เป็นแนวทางการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดอื่นๆ เช่น ยาบ้า กัญชา ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลต่อไปอย่างต่อเนื่อง

2. เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจและครอบครัวมีส่วนร่วมในระยะติดตามผล และมีการติดตามระยะยาว 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อติดตามพฤติกรรมการกลับไปดื่มซ้ำอย่างต่อเนื่อง มีการเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยทุกครั้งที่ติดตาม โดยการประเมินระดับแรงจูงใจว่าอยู่ขั้นตอนไหนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ให้การดูแลช่วยเหลือตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หากผู้ป่วยกลับมาดื่มซ้ำ ต้องวิเคราะห์การกลับมาดื่มซ้ำร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้มีแนวทางแก้ไขปัญหามือพบกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มครั้งต่อไป สามารถหยุดดื่มได้ยาวนานขึ้น

3. ควรมีการระบบการดูแลที่บ้านและส่งต่อกับ รพ.ชุมชน รพ.สต. ทีมแพทย์ประจำครอบครัว อสม. และผู้นำครอบครัว มาร่วมดูแลและสร้างกำลังใจ และ มีระบบติดตามเข้มแข็งทำงานเป็นเชิงรุก เพื่อดูว่าหยุดดื่มได้ถาวร

4. ด้านการศึกษา/พัฒนาบุคลากร ฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ความเข้าใจในหลักการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทพร้อมทั้งฝึกฝนพัฒนาทักษะในกิจกรรมกลุ่ม เพื่อนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมายในด้านต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการที่ครอบคลุม ชัดเจน กระชับ และใช้ระยะเวลาในการบำบัดสั้นลง เพื่อความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบผลการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทกับผู้ป่วยสารเสพติดอื่นที่มีโรคร่วมจิตเภท เพื่อเป็นแนวทางการบำบัดที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทกับการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบอื่น เพื่อเป็นแนวทางให้การบำบัดที่เหมาะสมต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท*. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กฤตยา แสงทรัพย์, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ และ สุนิศา สุขตระกูล. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(2), 122-136.
- จีระพรรณ สุริยงค์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น, กิตติศักดิ์ วิบูลย์มา, เดชา ทำดี และ พิมพาภรณ์ แก้วมา. (2557). ความชุกปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 22(1), 38-47.
- ฉัตรสมัน พงษ์ภิญโญ. (2556). *การติดตามผลการค้าเสรีในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์*. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2553). Alcohol-related disease and alcohol consumption in Northern Thailand: a matched case-control study. *Asian Biomedicine*, 3(1), 319-323
- ทวี ตั้งเสรี. (2555). *การจำแนกโรคและวินิจฉัยโรคทางจิตเวช แบบ ICD-10*. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ขอนแก่น: พระธรรมชนิธ.
- ทักษพล ธรรมรังสี. (2556). *สถานการณ์บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี 2556*. นนทบุรี: เดอะกราฟโกซิสเต็มส์.
- ทักษพล ธรรมรังสี และอรทัย วลีวงศ์รังสี. (2556). *การประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 66; 20-28พฤษภาคม 2556; นครเจนีวา. สมพันธรัฐสวิส*.
- บัณฑิต ศรีไพศาล. (2552). *สุรากับปัญหาความรุนแรงในครอบครัว*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิชาการสนับสนุนกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ.
- บัณฑิต ศรีไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้งมุงคุณ และ กมลา วัฒนาพร. (2553). *รายงานสถานการณ์ สุราประจำปี พ.ศ. 2553*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- บุญศิริ จันศิริมงคล. (2554). โรคร่วมจิตเวชของผู้ป่วยในจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 19(2), 88-102.
- บุญศิริ จันศิริมงคล, พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, มธุริน วงศ์คำปิ่น, วรวรรณ จุฑา, ธรณินทร์ กองสุข และ จินตนา ลีแจ้งเพิ่มพูน. (2554). ความชุกของความผิดปกติของการดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การสำรวจระดับชาติปี 2551. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 2(19), 88-102.
- บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ. (2556). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด. *Journal of Social Synergy*, 10(2), 41-60.
- บุญศิริ จันศิริมงคล, สาวิตรี สุริยะฉาย, หทัยชนนี บุญเจริญ, กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, สรสพร จวงษ์

- และ อุ่นจิตร คุณารักษ์. (2556). โรคร่วมจิตเวชของผู้ป่วยในจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(2), 76-87.
- บุญศิริ จันศิริมงคล, (บรรณาธิการ). (2556). *การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง ภาวะโรคร่วมทางจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- บุญศิริ จันศิริมงคล, (บรรณาธิการ). (2559). *โปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช(ฉบับปรับปรุง)*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัทพรอสเพอริส พลัส จำกัด.
- ปรานค์ทิพย์ อุจะรัตน. (2554). พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยเขตเมือง:กรณีศึกษาชุมชนบ้านบุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. *Journal of Nursing Science*, 29 (1), 53-62.
- ปริทรรศ ศิลปะกิจ และ พันธุ์ณา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2554). *ยุทธศาสตร์ระดับโลกเพื่อลดการดื่มสุราแบบอันตราย*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- ปริทรรศ ศิลปะกิจ และ พันธุ์ณา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2553). *AUDIT แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา*. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: ทานตะวันเปเปอร์.
- พัชรวาลัย กนกจรรยา และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2556). ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพยาเสพติด. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิต*, 27(2), 56-58.
- พันธุ์ณา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และ ปริทรรศ ศิลปะกิจ. (2553). *Brief Intervention การบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ดื่มแบบเสี่ยงและผู้ดื่มแบบอันตราย*. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: ทานตะวันเปเปอร์.
- พันธุ์ณา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (บรรณาธิการ). (2554). *Module B- มาตรการที่ 2: มาตรการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและบำบัดแบบสั้น*. ใน: คู่มือสำหรับผู้ประกอบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้น สำหรับบุคลากรสุขภาพ ฉบับปรับปรุง 2554. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พันธุ์ณา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (บรรณาธิการ). (2554). *Module C- มาตรการที่ 2: มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา*. ใน: คู่มือสำหรับผู้ประกอบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้น สำหรับบุคลากรสุขภาพ ฉบับปรับปรุง 2554. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พิชัย แสงชาญชัย. (บรรณาธิการ). (2553). *คู่มือสำหรับผู้อบรม: การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2553). *การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พุดิชาดา จันทะคุณ และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2560). ผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1), 88-103.

- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, (บรรณาธิการ). (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี ฉบับเรียบเรียงพิมพ์ครั้งที่ 4* กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2560). *รายงานผลการปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2561). *รายงานผลการปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2562). *รายงานผลการปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- ลูกจันทร์ วิทยการวงศ์, บุญศิริ จันศิริมงคล, สาวิตรี สุริยะฉาย, เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา, เกษม กรกำจายฤทธิ์ และ อุ่นจิตร คุณารักษ์. (2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรม การดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิต*, 30(2), 143-154.
- วิโรจน์ วีระชัย, พรนอ กลิ่นกุหลาบ และ สำเนา นิลบรรพ์. (2558). เอกสารประกอบการอบรม หลักสูตร การบำบัดโดยเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ใช้น้ำและสารเสพติด. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ศุภกิจ เจริญสุข. (2556). แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล. ใน *ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทรสุข และ ศุภกิจ เจริญสุข* (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. (น. 100-102). กรุงเทพฯ: ธนเพรส.
- ศุภรัตน์ เวชสุวรรณ, นิमित แก้วอาจ, ผอูนรัตน์ นิลพันธุ์ และ นิภา ยอดสง่า (2559). *ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรม การดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมจิตเวช*. ขอนแก่น. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
- สาวิตรี สุริยะฉาย. (2556). การบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชที่ประสบความสำเร็จ. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิต*, 27(2), 1-15.
- สาวิตรี อังษณงค์กรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2557). *ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา: ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
- สาวิตรี อังษณงค์กรชัย. (2552). *แบบคัดกรองการดื่มสุรา AUDIT*. แผนงานการพัฒนาระบบรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.).
- สายชล ยุบลพันธ์. (2551). *ผลของการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจโดยญาติมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช).
- สีอรุณ แหล่มภู. (2554). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในต่อแรงจูงใจและการรับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดในสถานบำบัดยาเสพติดแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี*. (วิทยานิพนธ์

- ปริญญาหมอบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช).
- สุภาภรณ์ นิตติวัฒน์ชาญชัย และ ปัทมา ศิริเวช. (2562). นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมสารเสพติด. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 13(1), 11-20.
- หรรษา เศรษฐบุปผา. (2555). วิถีชีวิตก่อนติดสุราของผู้ติดสุราในพื้นที่ภาคเหนือ. เชียงใหม่: วนิตการพิมพ์.
- หวาน ศรีเรือนทอง, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์, พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, รุ่งมณี ยั่งยืน และ คณะ. (2554). ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทย: การสำรวจระดับชาติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(4), 413-424.
- อนุพงศ์ คำมา. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 3-16.
- อรพินท์ ชูชม. (2554). การพัฒนาแบบวัดแรงจูงใจภายใน. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อนิชา หมักทอง, นิคานต์ วีระชาติเทวัญ และ อานนท์ วิทยานนท์. (2560). แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์*, 35(4), 325-334.
- เอกอุมา อัมคำ. (2556). การบำบัดด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด: การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 21(7), 697-710.
- Baker, A. L., Thornton, L. K., Hiles, S., Hides, L., & Lubman, D. I. (2012). Psychological interventions for alcohol misuse among people with co-occurring depression or anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139, 217–229
- Barrowclough, C., Haddock, G., Wykes, T., Tarrier, N., Lewis, M., Moring, J., O'Brien, R., et al. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, Cognitive behavior therapy, and Family interaction for patients with comorbid schizophrenia and substance Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1706-1713.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Wykes, T., Beardmore, R., Contod, P., Caring, T., et al. (2010). Integrated motivational interviewing and Cognitive Behavior Therapy for people with psychosis and comorbid Substance misuse: Randomized controlled trial, *Bmj-British Med. J.* 341 (e632).
- Battki, S. L., Leontieva, L., Dmmock, J. A., & Ploutz-Snyder, R. (2008). Negative symptoms are Associated with less alcohol use, Craving, and “high” in alcohol dependent with Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 105, 201-207.

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. Toward a unifying therapy of behavioral change*. *Psychological Review*, 191-125.
- Bolles, R. C. (1975). *Learning Theory*. New York: Holt Rinehart and Winston.
- Cantor, GE., Nordstro, L. G., & McNeil, T. F. (2001). Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and study of correlates in Sweden. *Schizophrenia research*, 48, 69-82.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1990). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Drake, R. E., O'Neal, E. L., Wallach, M. A. (2008). A systemic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with Co-occurring severe mental and Substance Use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 123-128.
- Donail, J. M., Twadon, E. n., & Shaffer, H. J. (1996). *Abuse Substance: Sure book of substance abuse and addiction Maryland*. [n. p.]: Williams & Wikins.
- Farley, J. F., Hansen, R. A., Yu-Isenberg, K. S., & Maciejewski, M. L. (2012). Antipsychotic adherence and its correlation health outcomes for chronic comorbid conditions. *Prim Core Companionian CNS Disord*. 14(3) pcc-11mO1324.
- Gustafson, D. H., et al (2013). A smartphone application to support recovery from alcoholism a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(5), 566-572. Retrieved.
- Green AI, Drake RE, Brunette MF, Noordsy DL, (2007). Schizophrenia and Co-occurring substance use disorder. *Am J Psychiatric*, 164(3), 402-408.
- Hides, L., Samet, S, & Lubman, D. I. (2010). Cognitive Behavior Therapy (CBT) for the Treatment of Co-occurring depression and substance use: Current evidence and directions for future research. *Drug and Alcohol Review*, 29, 508-517.
- John, U. R., Depressen, D., Wetteriling, M., & Dilling, H. (2003). Motivational interaction: A individual counseling vs a group treatment approach for alcohol dependence in patients. *Alcohol and Alcoholism*, 38(3), 263-269.
- Kadden, R. (2001). Behavioral and Cognitive behavioral treatments for alcoholism research opportunities. *Addictive Behaviors*, 26(1), 489-507.
- Kelly, T. M., Daley, D. C., & Douaihy, A. B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*, 37, 11-24.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* . New York: Guilford Press.

- Projected MATCH Research Group, (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three year drinking. *Alcoholism: Clin. Res.* 22, 1300-1311.
- Regier, D. A., Farmer, M. E. Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., et al. (1990). Comorbidity of mental disorder with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Rollnick, S., & Miller, W. (1995). What is Motivational Interviewing?. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325-334. doi:10.1017/S135246580001643
- Ryan, R. M., & Deci, E. L.(2000). Self-determination intrinsic motivation, social development, and well being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Ryan, R. M., Plant, R. W., O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behavior*. 20(3), 279-337. Retrieved October 2, 2014 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7653312>.
- Shaw, J. M., Kolesar, G. S., Sellers, E. M., Kaplan, H. L., & Sander, P. A. U. L. (1981). Development of optimal treatment and effectiveness of Supportive care. *Journal of clinical psychopharmacology*, 1(6), 382-389.
- Smith, L. (2011). Self Determination Theory and Potential Applications to Alcohol and Drug Abuse Behaviors. *Journal of Alcohol & Drug Education*, 55(2), 3-7. _17-1(120-135)9.indd 13511/25/60 BE 11:55 AM
- Sullivan, J. T., Sykora, K, Schneiderman, J., Naranjo, C. A., & Sellers, E. M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWAR-Ar). *British journal of addiction*, 84(11), 1353-1357.
- World Health Organization. (2004). *WHO Global Status Report on Alcohol 2004*. Retrived, 15, January, 2006, from <http://www.who.int/alcohol>.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เอกสารแนะนำสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ

เอกสารแนะนำสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

1. โครงการวิจัยเรื่อง ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท
2. ชื่อผู้วิจัย 1) นายนิมิต แก้วอาจ 2) นายสุริยา ศิริสุข 3) นางสาวนุจรินทร์ บัวละคร 4) นายภาณุรัตน์ ศรีมงคล
3. เนื้อหาสาระของโครงการและความเกี่ยวข้องของอาสาสมัคร (ผู้ตอบแบบสอบถาม)

3.1 เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องศึกษาวิจัย เนื่องจากการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการที่มีโรคร่วมจิตเภท ซึ่งเป็นการบำบัดอีกทางเลือกหนึ่งที่บูรณาการการบำบัดที่ครอบคลุมกับปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท เกิดความตระหนักในปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราของตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงระยะของแรงจูงใจจากระยะเมินเฉย ระยะลังเล จนถึงระยะตัดสินใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา มีความรู้ความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเอง สามารถดูแลตนเอง ให้สามารถลด ละ เลิกการดื่มสุราได้อย่างถาวร ทำให้อาการทางจิตสงบ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท

3.3 วิธีการศึกษาวิจัยโดยสังเขป การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ชนิด 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) กลุ่มทดลอง (Experimental group) ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ส่วนกลุ่มควบคุม (Control group) ได้รับการดูแลตามปกติ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ในระหว่างวันที่ 7 กุมภาพันธ์-มีนาคม 2563 จัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท กลุ่มละ 8-12 คน จำนวน 14 ครั้ง ะละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 7 ครั้ง รวม 2 สัปดาห์ รูปแบบการวัดผลก่อนเข้าโปรแกรมและเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมและในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD 10 ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา (F.10) และมีโรคร่วมจิตเภท ระหว่างวันที่ 7 กุมภาพันธ์-มีนาคม 2563 จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD-10) (F10.XX และ F20.XX) 2) สมารถให้ความร่วมมือในการ

วิจัย 3) พ้นจากภาวะถอนพิษสุราโดยมีคะแนน CIWA Score ≤ 7 คะแนน 4) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้นโดยประเมินได้จากแบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale) ต้องมีคะแนนไม่เกิน 36 คะแนน 5) ผู้ป่วยมีความจำดีโดยประเมิน Thai Mental State Examination (TMSE) ต้องมีคะแนน 24 คะแนนขึ้นไป 6) เป็นผู้ที่มิประวัติการดื่มสุรารายใน 3 เดือน ก่อนเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 7) เป็นผู้ที่สามารถสื่อความหมาย เข้าใจ สื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ มีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง สับสน ไม่ร่วมมือในการทำกิจกรรม 2) มีอาการของโรคทางกาย ที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมโปรแกรม มีเกณฑ์การยุติเข้าร่วมการศึกษา (Discontinuation criteria) 1) มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80

3.4 ระยะเวลาที่อาสาสมัครต้องเกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย ใช้เวลาประมาณ 12 สัปดาห์

3.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งต่ออาสาสมัครและผู้อื่น การทดสอบภาษาในแบบประเมินครั้งนี้จะเกิดประโยชน์ต่อตัวท่านและผู้อื่นที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท เพราะเป็นการศึกษาผลการบำบัดนำผลการวิจัยที่ได้มาปรับใช้ในขั้นตอนการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพกับผู้ป่วยอื่นต่อไป

3.6 ความเสี่ยงหรือความไม่สบายใจที่อาจเกิดขึ้นกับอาสาสมัครและการแก้ไขปัญหา ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้อาจมีบางคำถามมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของท่านถ้าหากเคยประสบเหตุการณ์เหล่านี้มาก่อน ท่านสามารถรับการปรึกษารายบุคคลจากผู้เก็บข้อมูลในครั้งนี้ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

3.7 การรักษาความลับของข้อมูลต่างๆของอาสาสมัคร ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะการสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย

3.8 การดูแลรักษาที่ผู้วิจัยจัดให้ อาสาสมัครจะได้รับบริการให้การปรึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆจากผู้วิจัย ในกรณีที่รู้สึกไม่สบายใจภายหลังการสัมภาษณ์รายบุคคล

3.9 ท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาที่พึงได้รับตามปกติ

3.10 หากมีข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถติดต่อสอบถาม นายนิมิต แก้วอาจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ ที่ทำงาน 0-4320-9999 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081XXXXXXX ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรม

การดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้า (ชื่อ).....

เป็นญาติหรือผู้ป่วย (ชื่อ) ได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย

(ชื่อ).....ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้ง

ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคที่ข้าพเจ้าพึงได้รับตามปกติต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะการสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าหากข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจ หรือรู้สึกอึดอัดในการสัมภาษณ์รายบุคคล ข้าพเจ้าไม่จำเป็นต้องตอบคำถามใดๆที่ไม่อยากตอบ และสามารถหยุดการเข้าร่วมวิจัยได้ทันที โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาที่พึงได้รับตามปกติ และผู้วิจัยได้จัดบริการให้การปรึกษาสำหรับข้าพเจ้าโดยไม่คิดมูลค่า

หากมีข้อสงสัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ถนนชาตะผดุง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000 หมายเลขโทรศัพท์ 0-4320-9999 ต่อ 63112 หรือโทรศัพท์เคลื่อนที่ 081XXXXXX โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้เป็น นายนิมิต แก้วอาจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT)
2. แบบทดสอบสมรรถภาพทางสมอง (Thai Mental Status Examination: TMSE)
3. แบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version: CIWAR-Ar)
4. แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)
5. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล.
6. แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการการรักษาปัญหาการดื่มสุรา (Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale: SOCRATES 8A for AUD)
7. โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท (Integrated Co-Occurring psychiatric, Substance and alcohol use Disorders Rehabilitation revised Program: ICORD-Re model)

1. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

ชื่อ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ.....ปี

วันที่ประเมิน / / เลขที่ (HN).....

คำชี้แจง : คำถามแต่ละข้อต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์การดื่มสุราในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยสุรา หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ สเปย์ไวน์ เป็นต้น ขอให้ตอบตามความเป็นจริง

ข้อคำถาม	0	1	2	3	4	คะแนน
1. คุณดื่มสุร่าบ่อยเพียงไร	ไม่เคยเลย	เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า	2-4 ครั้งต่อสัปดาห์	2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์	
2. เลือกตอบเพียงข้อเดียว เวลาที่คุณดื่มสุรา โดยทั่วไปแล้วคุณดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน หรือ	1-2 ดื่มมาตรฐาน	3-4 ดื่มมาตรฐาน	5-6 ดื่มมาตรฐาน	7-8 ดื่มมาตรฐาน	ตั้งแต่ 10 ดื่ม มาตรฐานขึ้นไป	
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์ เช่น สิงห์ ไฮเนเกน ลิโอเชียร์ ไทเกอร์ ช้าง ดื่มประมาณเท่าไรต่อวันหรือ	1-1.5 กระป๋อง 1 / 2-3/4 ขวด	2-3 กระป๋อง 1-1.5 ขวด	3.5-4 กระป๋อง 2 ขวด	4.5-7 กระป๋อง 3-4 ขวด	7 กระป๋อง / 4 ขวดขึ้นไป	
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้า เช่น แมโจง หงส์ทอง หงส์ทิพย์เหล้าขาว 40 ดีกรี ดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน	2-3 ฝา	1 / 4 แบน	1 / 2 แบน	3 / 4 แบน	1 แบน ขึ้นไป	
3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มตั้งแต่ 6 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป หรือเบียร์ 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่ขึ้นไปหรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
4. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณพบว่า คุณไม่สามารถหยุดดื่มได้หากคุณได้เริ่มดื่มไปแล้ว	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
5. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่ควรทำตามปกติเพราะคุณมัวแต่ไปดื่มสุราเสีย	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
6. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณต้องรีบดื่มในทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตปกติ	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	

ข้อคำถาม	0	1	2	3	4	คะแนน
หรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผุ่						
7. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ได้หรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปขณะที่คุณดื่มสุราเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครึ่ง	เดือนละครึ่ง	สัปดาห์ละครึ่ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	
8. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา เพราะว่าคุณได้ดื่มสุราเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครึ่ง	เดือนละครึ่ง	สัปดาห์ละครึ่ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	
9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แ		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว	
10. เคยมีแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือเพื่อนฝูง หรือญาติพี่น้องแสดงความเป็นห่วงเป็นใยต่อการดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แ		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว	
คะแนนรวม						

2. แบบประเมินภาวะความเสื่อมสมอง Thai Mental State Examination (TMSE)

ชื่อ-สกุล เพศ อายุ HN.....

คะแนน

1. ORIENTATION (6 คะแนน)

- (1) วันนี้ วันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์,อังคาร,พุธ,พฤหัสฯ,ฯลฯ)
- (1) วันนี้ วันที่เท่าไร
- (1) ขณะนี้เป็นช่วง (ตอน) ไหนของวัน (เช้า,เที่ยง,บ่าย,เย็น)
- (1) ที่นี้ที่ไหน (บริเวณที่ตรวจ)

2. REGISTRATION (3 คะแนน)

(3) ผู้ทดสอบบอกชื่อของ 3 อย่าง โดยพูดห่างกัน ครั้งละ 1 วินาที (ต้นไม้ รถยนต์ มือ) เพียงครั้งเดียวแล้วจึงให้ผู้ถูกทดสอบบอกให้ครบ ตามที่ผู้ถูกทดสอบบอกในครั้งแรกให้ 1 คะแนน ในแต่ละคำตอบที่ตอบถูก

*หมายเหตุ หลังจากให้คะแนนแล้วให้บอกซ้ำจนผู้ถูกทดสอบจำได้ ทั้ง 3 อย่าง และบอกให้ผู้ถูกทดสอบทราบว่าสักครู่นี้จะกลับมาถามใหม่

3. ATTENTION (5 คะแนน)

ให้บอกวันอาทิตย์-วันเสาร์ ย้อนหลังให้ครบสัปดาห์ (ให้ตอบซ้ำได้ 1 ครั้ง)

- (1) ศุกร์
- (1) พฤหัสบดี
- (1) พุธ
- (1) อังคาร
- (1) จันทร์

4. CALCULATION (3 คะแนน)

ให้คำนวณ 100-7 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง (ให้ 1 คะแนน) ในแต่ละครั้งที่ตอบถูกใช้เวลาคิดในแต่ละช่วงคำตอบ

ไม่เกิน 1 นาที (หลังจบคำถาม) ถ้าผู้ถูกทดสอบไม่ตอบคำถามที่ 1 ให้ตั้งเลข 93-7 ลองทำในการคำนวณครั้งต่อไป และ 86-7 ในครั้งสุดท้ายตามลำดับ

- (1) 100-7
- (2) 93-7
- (3) 86-7

5.LANGUAGE (10 คะแนน)

- (1) ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือ แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่า โดยทั่วไป “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร”
- (1) ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อของตนเอง แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่า โดยทั่วไป “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร”
- (1) ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า จงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดีแล้วจำไว้ จากนั้น ให้พูดตาม
“ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด”

จงทำตามคำสั่งต่อไปนี้ (มี 3 ขั้นตอนคำสั่ง) ให้ผู้ทดสอบ พูดต่อกันไปให้ครบ 3 ขั้นตอน ให้คะแนนขั้นตอนละ 1

คะแนน

- (1) หยิบกระดาษด้วยมือขวา
- (1) พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น
- (1) แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ
- (1) ให้ผู้ถูกทดสอบอ่านแล้วทำตาม “หลับตา” (ข้อความอยู่ด้านหลัง)
- (2) จงวาดภาพต่อไปนี้ให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุดเท่าที่ท่านจะสามารถทำได้ (ภาพอยู่ด้านหลัง)
และให้ผู้ถูกทดสอบดูตัวอย่างตลอดเวลาที่วาด
1. กล้วยกับส้มเหมือนกันคือ เป็นผลไม้
- แมวกับสุนัขเหมือนกันคือ (เป็นสัตว์, เป็นสิ่งมีชีวิต)

6.RECALL (3 คะแนน)

สิ่งของ 3 อย่างที่บอกให้จำเมื่อสักครู่นี้อะไรบ้าง

- (1) ต้นไม้
- (1) รถยนต์
- (1) มือ

รวมคะแนนที่ได้.....

3. แบบประเมินภาวะอาการขาดแอลกอฮอล์

Clinical institute withdrawal Assessment scale for Alcohol Revised: CIWA-Ar

วันที่ดื่มครั้งสุดท้าย.....		วันที่		
เวลาที่ดื่มครั้งสุดท้าย.....		เวลา		
1. อาการ คลื่นไส้ อาเจียน	0=ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน 1=คลื่นไส้เล็กน้อย ไม่อาเจียน 4=คลื่นไส้เป็นพักๆ อาเจียน แต่ไม่มีอะไรออก 7=คลื่นไส้อยู่เรื่อยๆ อาเจียนบ่อย			
2. อาการรับ สัมผัสผิดปกติ	0=ไม่มี 1=คันยุบยิบ เหน็บชา ปวดแปล็บๆ เป็นน้อยมาก 2=คันยุบยิบ เหน็บชา ปวดแปล็บๆ เป็นน้อย 3=คันยุบยิบ เหน็บชา ปวดแปล็บๆ เป็นปานกลาง 4=มีประสาทหลอนทางสัมผัสค่อนข้างมาก 5=มีประสาทหลอนทางสัมผัสมาก 6=มีประสาทหลอนทางสัมผัสค่อนข้างรุนแรง 7=มีประสาทหลอนอยู่ตลอดเวลา			
3. อาการสั่น	0=ไม่มีอาการสั่น 1=ไม่เห็นแต่รู้สึกว่ปลายนิ้วแต่ละนิ้วมีอาการสั่น 4=ปานกลาง พบสั่นขณะผู้ป่วยเหยียดแขนตรง 7=รุนแรง เห็นแม้ขณะไม่เหยียดแขน			
4. การรับรู้ทาง เสียงผิดปกติ	0=ไม่มีเสียง 1=เสียงระคายหู หรือทำให้กั้วน้อยมาก 2=เสียงระคายหูทำให้กั้วน้อย 3=เสียงระคายหูทำให้กั้วปานกลาง 4=มีอาการหูแว่วค่อนข้างรุนแรง 5=มีอาการหูแว่วรุนแรงมากชัดเจน 7=มีอาการหูแว่วอยู่ตลอดเวลา			
5. อาการเหงื่อ ออกเป็นพักๆ	0=ไม่เห็นเหงื่อ 1=ไม่ค่อยเห็นเหงื่อออก ฝ่ามือขึ้น 4=เห็นเหงื่อเป็นเม็ดๆ ชัดบริเวณหน้าผาก 7=เหงื่อออกเปียกโชกทั่วตัว			

3. แบบประเมินภาวะอาการขาดแอลกอฮอล์

Clinical institute withdrawal Assessment scale for Alcohol Revised: CIWA-Ar (ต่อ)

วันที่ดื่มครั้งสุดท้าย.....		วันที่		
เวลาที่ดื่มครั้งสุดท้าย.....		เวลา		
6. การรับรู้ทาง ตาผิดปกติ	0=ไม่มี 1=ไวต่อแสงกว่าปกติเล็กน้อย 2=ไวต่อแสงกว่า ปกติเล็กน้อย 3=ไวต่อแสงกว่าปกติปานกลาง 4=อาการประสาทหลอนค่อนข้างรุนแรง 5=อาการประสาทหลอนรุนแรง 6=อาการประสาทหลอน รุนแรงมาก 7=มีประสาทหลอนอยู่ตลอดเวลา			
7. อาการวิตก ง่วง	0=ไม่ง่วง 1=ง่วงเล็กน้อย 4=ง่วงปานกลาง หรือปิดบังทำให้สงสัยว่าน่าจะมี 7=ตระหนกกลัวรุนแรง			
8. ปวดศีรษะ มีนื้อ	0=ไม่มี 1=มีน้อยมาก 2=มีน้อย 3=ปานกลาง 4=ค่อนข้างรุนแรง 5=รุนแรง 6=รุนแรงมาก 7=รุนแรงที่สุด			
9. อาการ กระวนกระวาย	0=พฤติกรรมปกติ 1=กระวนกระวายกว่าปกติเล็กน้อย 4=ดูกระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง 7=เดินไปมาขณะตอบคำถาม หรืออยู่กับที่ไม่ได้เลย			
10. การรับรู้ เรื่อง เวลา สถานที่	0=ตอบได้ตรง 1=ไม่แน่ใจเรื่องวัน 2=ตอบผิดเรื่องวัน แต่ผิดพลาดไม่เกิน 2 วัน 3=ตอบวันผิดมากกว่า 2 วัน 4= ตอบผิดด้านสถานที่ และ/หรือบุคคล			

(Sullivan, Sykora, & Schneiderman et al., 1898 อ้างถึงใน Shader, 2003)

4. แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

ชื่อผู้ป่วย..... H.N.

แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

หัวข้อ	อาการและอาการแสดง	วัน ที่	วัน ที่	วัน ที่
1	Somatic Concern (G) คุณรู้สึกว่าคุณป่วยเป็นโรคทางกายหรือไม่			
2	Anxiety (G) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างไหม/ความคิดนี้รบกวนจิตใจ บ่อยไหม/รู้สึกมีอาการใจสั่น เหงื่อออก/อาการที่บอกมีผลต่อการทำงานของคุณไหม			
3	Emotional Withdrawal (N) มีลักษณะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับผู้อื่น ไม่แสดงอารมณ์ หน้าเฉยเมย			
4	Conceptual Disorganization (P) พูดไม่เป็นเรื่องราวขาดการเชื่อมโยง พูดอ้อมค้อม ไม่ค่อย ต่อเนื่อง (ดูใน 15 นาทีแรก)			
5	Guilt Feeling (G) รู้สึกตำหนิตนเอง ในสิ่งที่ทำไม่ดี หรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีตหรือไม่			
6	Tension (G) มองจากทำนองรู้สึกตึงเครียด ขณะพูดอาจมีการกระตุก เสียงสั่น			
7	Mannerism and Posturing (G) มีท่าทางและการเคลื่อนไหวไม่เป็นธรรมชาติ เก้งก้าง แข็ง ดูแปลกๆ			
8	Grandiosity (P) คุณรู้สึกมีความสามารถพิเศษบางอย่างหรือไม่/ที่ผ่านมาคิดว่าเป็นใครที่มีชื่อเสียงหรือไม่			
9	Depressive mood (G) คุณรู้สึกว่าคุณไม่มีความสุขหรือเศร้าไหม/รู้สึกเศร้าบ่อยแค่ไหน สามารถเบนความสนใจไปเรื่องที่ทำให้มีความรู้สึกได้ไหม/ความรู้สึกรบกวนการทำงานของคุณไหม			
10	Hostility (P) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหงุดหงิดหรืออารมณ์เสียบ่อยๆ เคยมีปัญหาขงต่อๆ หรือทะเลาะกับคนอื่น/สัมพันธ์ยากกับคนอื่น คนในครอบครัว เพื่อนร่วมงานเป็นอย่างไร			
11	Suspiciousness (P) คุณรู้สึกเหมือนกับมีคนคอยจับผิด มีคนคิดร้ายบ้างไหม/โดยวิธีใด/รู้สึกกังวล เกี่ยวกับการคิดร้ายของใครบางคนไหม			
12	Hallucinatory Behavior (P) คุณได้ยินเสียงหรือมีคนพูดด้วยหรือไม่เห็นตัวหรือไม่ คุณมองเห็น หรือได้กลิ่นอะไรบางอย่างโดยคนอื่นไม่รู้/ประสบการณ์นี้ มีผลกระทบต่องานประจำวันไหม			
13	Motor Retardation (G) การพูด การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (สังเกตพฤติกรรม)			
14	Uncooperativeness (G) มีท่าทีต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ			

แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (ต่อ)

หัวข้อ	อาการและอาการแสดง	วันที่	วันที่	วันที่
15	Unusual Thought Content (G) ความคิดแปลก เช่น มีความเชื่อเรื่องพลังจิต วิญญูณ หากพบในข้อ Somatic Grandiosity Delusion จะพบในหัวข้อนี้ด้วย			
16	Blunted Affect (N) สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึกอารมณ์			
17	Excitement (P) มีท่าทีลุกลี้ลุกลน มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว อยู่ไม่เป็นสุข			
18	Disorientation (G) ถาม วันที่ สถานที่ เวลา บุคคล			
	คะแนนรวม			
	ผู้บันทึก ตำแหน่ง			

Rating Key

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

5. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมบูรณาการต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพ
☐ โสด ☐ คู่อยู่ด้วยกัน ☐ คู่แยกกันอยู่ ☐ หม้าย/หย่าร้าง
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ☐ อนุปริญญา/ปวส. ☐ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
5. อาชีพ
☐ เกษตรกรรม ☐ รับจ้าง ☐ ค้าขาย
☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ งานบ้าน ☐ ว่างงาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย

ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....ปี Admit ครั้งที่

การวินิจฉัยโรค 1.....2.....3.....

โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ในครอบครัว

1. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
2. บทบาทหน้าที่ในครอบครัว ☐ หัวหน้าครอบครัว ☐ สมาชิกครอบครัว
3. ผู้ดูแลหลัก ☐ บิดามารดา ☐ บุตร ☐ พี่น้อง ☐ คู่สมรส
☐ ปู่/ย่า/ตา/ยาย ☐ ลุง/ป้า/น้า/อา
☐ อื่นๆ ระบุ.....
4. เบอร์ติดต่อญาติ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์

1. ระยะเวลาที่คุณดื่มสุรา.....เดือน.....ปี
2. ความถี่ของการดื่มสุราวันต่อสัปดาห์

ให้ท่านเรียงลำดับข้อมูลที่ท่านคิดว่าสำคัญมากที่สุด จนถึงน้อยที่สุด โดยใส่หมายเลข 1, 2, 3, 4, 5, ตามลำดับ

3. ชนิดของสุราที่คุณดื่ม

-เหล้าขาว
-เหล้าแม่โขง แสงทิพย์
-เหล้ารีเจนซี แบลค (เหล้านอก)
-เบียร์

4. ช่วงเวลาที่คุณมักดื่มสุรา

-เช้า
-เย็น
-ทั้งเช้า กลางวัน เย็น

5. วันที่คุณมักจะดื่มสุรา

-ทุกวัน
-วันหยุดทำงาน
-วันที่มีงานเลี้ยง และเทศกาลต่าง ๆ
-อื่นๆ

6. สาเหตุของการดื่มสุรา

-เพื่อนชวน
-ภาวะทางอารมณ์ เช่น คับข้องใจ เครียด กลุ้มใจ โกรธ ตีใจ เศร้าใจ
-กรรมพันธุ์ เลียนแบบคนในครอบครัว
-เพื่อเจริญอาหาร
-เพื่อแก้ความเหนื่อยล้า
-เพื่อสังคม สนุกสนาน
-อื่นๆ

7. ผลกระทบจากการดื่มสุราก่อนที่คุณมาโรงพยาบาล

-ด้านร่างกาย เช่น โรคตับอักเสบ อุบัติเหตุ ชัก เหนื่อยอ่อนเพลีย
-ด้านจิตใจ เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน มึนงง หวาดกลัวคนมาทำร้าย
-ด้านเศรษฐกิจสังคม เช่น ปัญหาหนี้สิน เป็นภาระของสังคม
-การทำงานบกพร่อง
-ปัญหาครอบครัว
-สังคมและกฎหมาย

.....อื่นๆ

8. ความคิดที่คุณดื่มสุราเพราะ

.....คิดว่าดื่มสุราทำให้กล้า

.....คิดว่าดื่มสุราทำให้สบายใจ

.....คิดว่าดื่มสุราทำให้สนุกสนาน, เข้าสังคมได้

.....คิดว่าดื่มสุราช่วยให้ทำงานได้

.....คิดว่าตนเองไม่เก่ง ไม่มีความสามารถ

.....อื่น ๆ

9. คุณมักจะเหตุการณ์ที่ดื่มสุรา

.....งานพิเศษต่างๆ เช่น งานเลี้ยงฉลอง วันหยุดราชการ งานเทศกาลต่าง ๆ

.....วันที่มีปัญหากับคนอื่น

.....วันที่ปัญหาด้านอารมณ์จิตใจ เช่น เครียด ซึมเศร้า หดหู่ เหงา

.....อื่น ๆ

10. คุณมักจะดื่มสุรา

.....ตั้งวงดื่มกับเพื่อน

.....ดื่มคนเดียว

11. คุณคิดว่าปัญหาจากการดื่มสุราของคุณเป็นปัญหาที่ควรแก้ไข (ให้เติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐

หน้าข้อที่คุณเลือก)

☐ ใช่

☐ ไม่ใช่

☐ ไม่แน่ใจ

6. แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษาปัญหาการดื่มสุรา

(Stages of change Readiness and Treatment Eagerness Scale, Socrates 8A for AUD)

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้อย่างตั้งใจ แต่ละข้อความจะระบุถึงว่าคุณอาจจะหรือไม่อาจจะรู้สึกเกี่ยวกับการดื่มสุราของคุณ ให้วงกลมล้อมรอบตัวเลข 1-5 เพื่อแสดงว่า คุณเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยมากน้อยเพียงใดกับข้อความเหล่านี้ในขณะนี้ กรุณาวางกลมเพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้น

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการดื่มสุราของฉันอย่างจริงจัง	1	2	3	4	5
2. บางเวลาฉันสงสัยตัวเองว่าเป็นผู้ติดสุราหรือไม่	1	2	3	4	5
3. ถ้าฉันไม่หยุดหรือลดการดื่มสุราลงเร็วๆนี้ ปัญหาของฉันจะยิ่งเพิ่มขึ้น	1	2	3	4	5
4. ฉันได้เริ่มต้นที่จะเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการดื่มสุราของฉัน	1	2	3	4	5
5. ถึงแม้ว่าฉันจะดื่มสุรามาแล้วอย่างหนักในแต่ละครั้ง แต่ฉันก็สามารถควบคุมการดื่มการดื่มได้	1	2	3	4	5
6. บางครั้งฉันสงสัยตัวเองว่าได้ทำร้ายคนอื่นเมื่อดื่มสุรา	1	2	3	4	5
7. ฉันมีปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุรา	1	2	3	4	5
8. ฉันไม่เพียงแต่คิดจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา แต่ฉันกำลังเตรียมพร้อมจะลงมือทำอะไรบางอย่าง	1	2	3	4	5
9. ฉันได้เริ่มเปลี่ยนแปลงการดื่มสุราของฉันแล้ว และฉันกำลังหาทางป้องกันการกลับไปสู่การดื่มแบบเดิมอีกด้วย	1	2	3	4	5

แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษาปัญหาการดื่มสุรา (ต่อ)

(Stages of change Readiness and Treatment Eagerness Scale, Socrates 8A for AUD)

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
10. ฉันมีปัญหารุนแรงกับการดื่มสุรา	1	2	3	4	5
11. บางครั้งฉันยังสงสัยอยู่ว่าฉันอยู่ภายใต้อำนาจของสุรา	1	2	3	4	5
12. การดื่มสุราของฉันเป็นต้นเหตุของอันตรายต่างๆ	1	2	3	4	5
13. ฉันกำลังพยายามอย่างจริงจังในการลดหรือเลิกการดื่มสุรา	1	2	3	4	5
14. ฉันต้องการความช่วยเหลือ เพื่อป้องกันการกลับไปสู่ปัญหาการดื่มสุราที่เคยประสบมาก่อน	1	2	3	4	5
15. ฉันทราบดีว่าฉันมีปัญหาเรื่องการดื่มสุรา	1	2	3	4	5
16. มีบ่อยครั้งที่ฉันสงสัยตัวเองว่าฉันดื่มสุรามากเกินไป	1	2	3	4	5
17. ฉันเป็นผู้ติดสุรา	1	2	3	4	5
18. ฉันพยายามอย่างมากในการเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของฉัน	1	2	3	4	5
19. ฉันได้เปลี่ยนแปลงบางสิ่งบางอย่างแล้วเกี่ยวกับการดื่มสุรา และฉันต้องการความช่วยเหลือ เพื่อป้องกันการหวนกลับไปใช้เหมือนที่ฉันเคยใช้มาก่อน	1	2	3	4	5

การให้คะแนน นำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามมารวมตามหัวข้อต่อไปนี้

การยอมรับ (Recognition)	ความลังเล (Ambivalence)	เริ่มลงมือทำ (Taking Step)
1	2	4
3	6	5
7	11.....	8
10.....	16.....	9
12.....		13.....
15.....		14.....
17.....		18.....
		19.....

รวมRe=.....

Am=.....

Ts =.....

ช่วงคะแนน 7-35

4-20

.....8-40

ที่น่าจะเป็น

การแปลผลคะแนน

ระดับคะแนน	การยอมรับ	ความลังเล	เริ่มลงมือทำ
90 (สูงมาก)		19-20	39-40
70-80 (สูง)	35	17-18	36-38
50-60 (ปานกลาง)	32-34	15-16	33-35
30-40 (ต่ำ)	29-31	12-14	30-32
10-20 (ต่ำมาก)	7-28	4-11	8-29

7.โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและ อาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท (Integrated Co-Occurring psychiatric, Substance

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดแบบบูรณาการผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท ที่
ผู้วิจัยนำกิจกรรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสาร
เสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชฉบับปรับปรุง (ICORD-Rr model) ที่พัฒนาและปรับปรุงโดยบุญศิริ จันศิริมงคล
และคณะ (2559) กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีกิจกรรมกลุ่มบำบัด
ทั้งหมด 14 ครั้ง ประกอบด้วย 1) กลุ่มศิลปะ (Expressive Therapy) 2) แรงจูงใจสร้างได้ 3) สมองติยา/สุรา
4) การให้ความรู้ (Cognitive Behavioral Education) เพื่อปรับพฤติกรรมที่เปลี่ยนได้โดยใช้ความคิด 5)
เครียดได้หายได้ 6) เลิกงาน...ที่เป็นเรา 7) เลิกสุรา/สารเสพติดสบายๆ เมื่อใช้ยาคุณหมอ 8) รู้จักหลัก...จะ
เสี่ยงน้อยลง 9) สุราและสารเสพติดเกี่ยวข้องกับโรคจิตเวชอย่างไร 10) คู่มือ...ด้วยตัวฉันเอง 11) สิบข้อม...
เสริมทักษะชีวิต 12) ความหวังพลังใจ 13) ตาราง...สร้างชีวิต 14) อยู่อย่างไร...ให้เข้าใจกัน โดยมีญาติร่วม
กิจกรรม โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจครั้งละ 15-30 นาที โดยการประเมินระยะการเปลี่ยนแปลง Stage of
Change เสริมสร้างแรงจูงใจโดยใช้เทคนิค FRAMES ทบทวนเป้าหมายของการบำบัด การเสริมสร้างแรงจูงใจ
ร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ เป็นการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมบูรณาการบำบัด
ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (ฉบับปรับปรุง) (บุญศิริ จันศิริมงคล, 2559)มี
กิจกรรมทั้งหมด 14 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กลุ่มศิลปะ (Expressive Therapy)

กิจกรรมกลุ่มบำบัดที่ควรเริ่มต้นในผู้ป่วยจิตเวชหรือสุรา/สารเสพติดนั้น ควรเป็นการสร้างสัมพันธภาพ
ของผู้ป่วยแต่ละราย ก่อนนำผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดกลุ่มอื่นๆ การจัดกิจกรรมที่สามารถละลายพฤติกรรมของ
ผู้ป่วยได้นั้น จะส่งผลให้เกิดความกล้าแสดงออก ไม่แยกตัวจากกลุ่ม และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในกลุ่ม
จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้กระบวนการกลุ่มได้มากขึ้น โดยใช้กิจกรรมกลุ่มศิลปะ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพและเกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในกลุ่ม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละคนมีปฏิสัมพันธ์ผ่านภาพศิลปะของตนเองและกลุ่ม
3. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล้าแสดงออกถึงความคิด ความรู้สึก ของตนเอง และแสดงความคิดเห็น

ความรู้สึกับสมาชิกในกลุ่ม ผ่านกิจกรรมทางศิลปะ

สื่อ/อุปกรณ์

1. ดินสอสี
2. กระดาษวาดรูปขนาด A4

ระยะเวลาดำเนินกลุ่ม 60 นาที

วิธีการดำเนินกลุ่ม

1. แนะนำตัวกลุ่ม ผู้นำกลุ่ม และผู้ป่วย
2. แนะนำขั้นตอนการทำกลุ่มโดยจะให้ผู้ป่วยเลือกดินสอสีที่ตนเองชอบที่สุดเพียง 1 แท่ง แล้วเขียนหรือทำสัญลักษณ์ความเป็นเจ้าของลงในกระดาษของตนเองไว้ก่อน และใช้เวลาในการวาดรูปลงในกระดาษของตนเอง 3 นาที
3. ให้ผู้ป่วยส่งกระดาษของตนเองเลื่อนตำแหน่งไปตามเข็มนาฬิกา 1 ตำแหน่ง แล้วให้วาดรูปต่อเติมลงไปบนกระดาษที่ได้รับมาตามความพอใจโดยกำหนดเวลาให้ตำแหน่งละ 1 นาที วนไปเรื่อยๆ ครั้งละ 1 ตำแหน่ง จนกว่าจะครบรอบมาถึงตำแหน่งเดิมของตนเอง
4. ให้พิจารณารูปในกระดาษของตนเองตามประเด็นว่า ครั้งแรกตั้งใจอยากให้เป็นรูปอะไร แล้วเมื่อมองในรูปแล้วชอบอะไร พร้อมเหตุผลประกอบ และตั้งชื่อรูปของตนเอง
5. ให้ผู้ป่วยนำเสนอรูปภาพของตนเองทีละคน และให้ผู้ป่วยในกลุ่มร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จนครบทุกคน
6. ผู้ป่วยกลุ่มสรุปประเด็นการเรียนรู้ ที่ได้จากการเข้ากลุ่ม ผู้นำกลุ่มสรุป นัยนัยการทำกลุ่มต่อไป

วิธีการประเมินผล

1. ผู้บำบัดสังเกตความตั้งใจและปฏิกิริยาของผู้ป่วยขณะเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม
2. ผลงานศิลปะของผู้ป่วยแต่ละคน สีที่ผู้ป่วยใช้เหมาะสมหรือไม่
3. วิธีการที่ผู้ป่วยนำเสนอภาพของตนเอง และภาพของเพื่อนผู้ป่วย
4. การมีส่วนร่วม การซักถาม และการแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วยแต่ละคน

กิจกรรมที่ 2 แรงใจสร้างได้

การสร้างแรงใจในการเลิกดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด(Motivational Building) จะใช้ในระยะแรกเมื่อผู้ป่วยผ่านการรักษาภาวะถอนพิษสุรา/สารเสพติดแล้ว การเสริมสร้างแรงใจเพื่อสร้างความตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติดให้ผู้ป่วย ตั้งแต่ยังมีอาการทรมานจากพิษสุราและสารเสพติด ทำให้ผู้ป่วยที่โอกาสเกิดแรงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากสุราและสารเสพติดได้ ทั้งนี้โดยปกติระดับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสามารถแบ่งได้เป็น 6 ระดับ ดังนี้ 1) ขั้นเมินเฉย 2) ขั้นลังเล 3) ขั้นตัดสินใจ 4) ขั้นลงมือทำ 5) ขั้นเลิกได้ต่อเนื่อง 6) กลับไปเสพซ้ำ

ทั้งนี้ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยสุราและสารเสพติดมักอยู่ในระยะเมินเฉยหรือลังเลใจ ไม่ยอมรับปัญหาการใช้สุราและสารเสพติด ดังนั้นการรักษาโดยการสร้างแรงใจแบบ Motivational Enhancement Therapy (MET) ใช้ได้ผลดี ซึ่งเป็นการสร้างแรงใจ (Motivational Interviewing) ร่วมกับการสะท้อนให้ผู้รับการบำบัดทราบถึงปัญหาและอุปสรรคที่แท้จริง (Feed Back) จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความคิดและตระหนักในปัญหาของตนเองมากขึ้นนำไปสู่การเกิดแรงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตน ทั้งนี้การสร้างแรงใจเป็นการรักษาที่เหมาะสมในระยะการฟื้นฟูทุกระดับขั้นตอนของการบำบัด

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจ มีพื้นฐานหลัก 4 ข้อ ดังนี้

1. แสดงความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ
2. การทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างสถานภาพในปัจจุบันกับเป้าหมายที่เป็น
3. การหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย
4. การส่งเสริมศักยภาพที่มีในผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินปัญหาและผลกระทบจากการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด
2. เพื่อสร้างแรงใจในการเลิกดื่มสุรา/ใช้สารเสพติดให้กับผู้ป่วยจิตเวช
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเปลี่ยนแปลงด้านความคิดและตัดสินใจเปลี่ยนพฤติกรรมในการดื่มสุรา/ใช้

สารเสพติด

สื่อ/อุปกรณ์

1. แบบประเมิน AUDIT
- 2.แบบประเมินแรงใจ(SOCRATES 8A for AUD)
- 3.สไลด์บรรยายเรื่อง ผลกระทบและแรงใจ
4. ใบกิจกรรม เรื่อง การสำรวจผลกระทบของการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติดที่มีต่อตัวฉัน
5. ใบกิจกรรม เรื่อง ชั่งน้ำหนักให้รอบด้าน

ระยะเวลาการดำเนินกลุ่ม 60 นาที

วิธีการดำเนินกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายผู้ป่วยสร้างความคุ้นเคย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้
2. แจ้งผลคะแนนแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) และแบบประเมินแรงจูงใจ (SOCRATES 8A for AUD) และอธิบายกลุ่มเสี่ยงของการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด และให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาของตนเองตามกลุ่มคะแนน
3. อธิบายผลกระทบตามภาพสไลด์ ผลกระทบด้านต่างๆ ของการดื่มสุราและให้ใบกิจกรรมที่ 1 การทบทวนผลกระทบจากการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติดที่ผ่านมาของผู้ป่วย
4. แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติดของผู้ป่วยแต่ละราย และวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น และให้ทำใบกิจกรรมที่ 2 ผ่านกระดานระดมสมอง
5. แนะนำการปฏิบัติตัวในการบำบัด และการตั้งเป้าหมายในการเลิกสุรา/สารเสพติดของตน ผู้นำกลุ่มประเมินระดับแรงจูงใจโดยการสอบถามระดับของไม้บรรทัดวัดใจ (Readiness Ruler) ชื่นชมให้กำลังใจผู้ป่วยที่ตัดสินใจและมีแรงจูงใจที่จะเลิกดื่มสุราให้บรรลุเป้าหมาย
6. ผู้นำกลุ่มสรุป นัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดในครั้งต่อไป

วิธีการประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้ผลกระทบจากการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติดของตนเอง
2. ผู้ป่วยบอกได้ถึงการตัดสินใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมลด เลิก ดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด
3. ผู้ป่วยสามารถบอกได้ถึงระดับของไม้บรรทัดวัดใจ (Readiness Ruler)
4. ผู้ป่วยมีคะแนนแบบทดสอบความรู้หลังกิจกรรมเพิ่มขึ้น

ใบกิจกรรมเรื่อง สสำรวจผลกระทบของการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติดที่มีต่อตัวฉัน

ผลกระทบจากการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติดที่ผ่านมาและความคาดหวังของคุณต่อการเข้ารับการบำบัด

ด้านต่างๆ	ผลกระทบ	ความคาดหวัง
1. ด้านร่างกาย		
2. ด้านจิตใจ/อารมณ์		
3. ความสัมพันธ์ในครอบครัว		
4. การงาน/การเรียนรู้		
5. สังคม		
6. กลุ่มเพื่อน		
7. กฎหมาย		
8. อื่นๆ		

ใบกิจกรรมเรื่อง ชั่งน้ำหนัก มองให้รอบด้าน

“เราจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดื่มสุรา/ใช้สารเสพติดของตนเอง

ข้อดีของการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด	ข้อเสียของการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด
ข้อดีของการเลิกดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด	ข้อเสียของการเลิกดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด

สรุป เมื่อบอกได้ว่าการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด มีทั้งข้อดี ข้อเสียและส่งผลกระทบต่อตัวเราอย่างไรบ้าง สมาชิกคิดว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด ของตนเองหรือไม่ อย่างไร

เปลี่ยนแปลง คือ เลิกดื่มสุราหรือสารเสพติด

ไม่เปลี่ยนแปลง ไม่เลิก ไม่ลดการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด

เปลี่ยนแปลง คือ ลดปริมาณดื่มสุรา/ใช้สารเสพติดให้

.....ลงชื่อ

คำถามทดสอบความรู้ก่อน-หลัง (Pre-Test/Post-test)

กิจกรรมเรื่อง แรงจูงใจ...สร้างได้

จงใส่เครื่องหมาย / หน้าข้อความที่ท่านคิดว่าถูกต้อง และเครื่องหมาย X หน้าข้อความที่ท่านคิดว่าผิด

...../.....1. คนเราเสพยาเสพติดหรือดื่มสุรา เพราะต้องการความสุข คลายทุกข์และผ่อนคลาย

.....X.....2. ยาเสพติดหรือสุราทำให้เกิดอาการทางจิตเวช เช่น หวาดระแวง กลัวคนทำร้าย หูแว่ว ซึมเศร้า

...../.....3. เสพยาไอซ์ไม่ทำลายสุขภาพเหมือนเสพยาบ้า เช่นเดียวกัน การดื่มเบียร์อันตรายน้อยกว่าการดื่มเหล้าขาว

.....X.....4. ถ้าคนเราเสพยาเสพติดแต่ไม่ทำร้ายใคร ก็ไม่ใช่ปัญหา

...../.....5. การติดยาเสพติดหรือติดแอลกอฮอล์ คือ การไม่สามารถควบคุมการใช้นั้นได้ ต้องใช้นั้นต่อ ทั้งๆที่รู้ว่าไม่ดี และทำให้สูญเสียสมรรถภาพ

กิจกรรมที่ 3 สมองติดยา/สุรา

ถึงแม้ว่าความชุกของความผิดปกติพฤติกรรมติ่มสุราค่อนข้างต่ำในประชากรทั่วไป แต่พบว่าผู้ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมติ่มสุราจะพบความผิดปกติของพฤติกรรมเสพยาเสพติดร่วมเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า จากการศึกษาพบความสัมพันธ์สูงระหว่างความผิดปกติการเสพยาเสพติดอื่น และความผิดปกติพฤติกรรมติ่มสุรา ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุไม่มากนัก สถานภาพโสด มักมีปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ส่วนการศึกษาในประเทศไทย ที่ทำการสำรวจผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์บำบัดสารเสพติดเชียงใหม่ พบว่าผู้มีปัญหาการติ่มสุราพบภาวะติดยาเสพติดร้อยละ 3.3 มีสมมติฐานที่อธิบายการติ่มสุราหรือแอลกอฮอล์เป็นสะพานเชื่อมสารเคมีในสมอง ทำให้เกิดการเสพยาเสพติดต่าง ๆ เรียกว่า “Gateway Hypothesis” เช่น ติ่มสุราร่วมกับการเสพยาบ้าเป็นต้น และผู้ติ่มสุราที่เริ่มใช้สารเสพติดตั้งแต่อายุยังน้อยร่วมด้วย จะมีโอกาสพัฒนาการป่วยเป็นโรคจิตได้ง่าย ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องสมองติดยาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจให้ผู้ป่วยรู้ว่าโรคติดยาเสพติดนั้นเกิดจากกลไกความผิดปกติของสมองที่เกิดการเปลี่ยนแปลงหลังใช้ยาเสพติด เพื่อให้เกิดความตระหนักในการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับองค์ประกอบ ที่ทำให้เกิดการติดยาและสารเสพติด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลที่เกิดจากการติ่มสุรา/เสพยาเสพติดต่อสมอง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ในการ ลด ละ เลิกสุรา/สารเสพติด

สื่อ/อุปกรณ์

1. สไลด์บรรยาย เรื่อง สมองติดยา
2. ใบกิจกรรม เรื่อง สมองติดยา

ระยะเวลาดำเนินกลุ่ม 60 นาที

วิธีการดำเนินกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่ม ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นผู้ป่วยร่วมกลุ่มจาก ทีมฯ หรือศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติ (ถ้ามี)
2. ผู้นำกลุ่มแนะนำตัว และให้ผู้ป่วยแนะนำตัว พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของกลุ่ม
3. ผู้นำกลุ่มถามผู้ป่วยว่า ยาเสพติดคืออะไร มีประเภทใดบ้าง เหตุผลที่คนเราใช้ยาและติดยา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประเด็น
4. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องยาเสพติด ความหมาย ประเภท และสาเหตุที่คนใช้และติดยาเสพติด ตามสไลด์เรื่องสมองติดยา
5. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประเด็นของสารเสพติดที่ตนใช้ว่าอยู่ในกลุ่มสารชนิดใด และเปรียบเทียบความรุนแรงของการใช้ในระยะแรกและระยะหลัง จำนวนสาร ความถี่ และผลที่ตามมา หากไม่ได้เสพยาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง ทั้งด้านความคิดและอารมณ์ วิเคราะห์พฤติกรรมการติ่มสุราและเสพยาของตนเองว่าอยู่ในระยะใด และร่วมอภิปรายถึงสาเหตุการเปลี่ยนแปลงผ่านกระดานระดมสมอง

6. ผู้นำกลุ่ม สอบถามผู้ป่วนว่า “พวกเราคิดว่า สมองติดยา มีลักษณะอย่างไร ถ้าลองนำสมองของเราไปสแกน คิดว่าจะเจออะไรบ้าง”

7. ผู้นำกลุ่มอธิบายเรื่องสมองติดยา และให้ผู้ป่วนซักถาม

วิธีการประเมินผล

1. ผู้ป่วนสามารถตอบชนิดของสารเสพติด / สุราที่ตนเองใช้ได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วนมีความตระหนักรู้ถึงความแตกต่างของสมองที่ใช้และไม่ใช้ยา ทั้งด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติไป

3. ผู้ป่วนวิเคราะห์ตนเองได้ว่าการใช้สารเสพติดหรือสุราของตนอยู่ในระยะใด

4. ผู้ป่วนมีคะแนนแบบทดสอบความรู้หลังกิจกรรมเพิ่มขึ้น

ใบกิจกรรมเรื่อง สมองติดยา/สุรา

1. ท่านคิดว่าตัวท่าน อยู่ในระยะใดของการเสพติด เพราะอะไร.....
2. ท่านเคยมีอาการอยากดื่มสุราหรืออยากเสพยา จนควบคุมตนเองไม่ได้หรือไม่.....
3. ท่านเคยมีพฤติกรรมที่ควบคุมตนเองไม่ได้ หรือใช้ความรู้สึก อารมณ์ ความอยาก มากกว่าการมีเหตุผลหรือไม่อย่างไร โปรดอธิบาย.....

คำถามทดสอบความรู้ก่อน-หลัง (Pre-Test/Post-Test)

เรื่อง สมองติดยา/สุรา

จงใส่เครื่องหมาย/หน้าข้อความที่ท่านคิดว่าถูกต้องและใส่เครื่องหมาย x หน้าข้อความที่ท่านคิดว่าผิด

-/.....1. สมองของเราแบ่งเป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ สมองส่วนควบคุมความคิดและสมองส่วนควบคุมอารมณ์ (ความรู้สึก) หากใช้สารเสพติดหรือดื่มสุรามานานจะทำให้สมองส่วนคิดถูกทำลาย
-/..... 2. หากสมองส่วนควบคุมความคิดถูกทำลาย จะทำให้คนๆนั้น มีพฤติกรรมที่ขาดความยั้งคิด ไม่รู้ผิดชอบชั่วดี
-/..... 3. ระยะหมกมุ่นกับสารเสพติด/สุรา เราจะมองว่าผลดีของยามีมากกว่าผลเสีย ทำให้เราควบคุมการเสพไม่ได้
-/..... 4. เมายาบ้า มักจะมีอาการระแวง กลัวคนทำร้าย ส่วนเมาสุรา มักจะมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว แต่ทั้ง 2 ชนิด อาจทำให้เกิดอันตรายต่อตัวเราเองและผู้อื่น
-/..... 5. บางคนเสพสารเสพติด/สุราเพราะต้องการความสุข คลายทุกข์ แต่บางคนไม่มีเหตุผลเพราะเสพจนเป็นชีวิตประจำวันไปเสียแล้ว

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ (Cognitive Behavioral Education) เพื่อปรับพฤติกรรมที่เปลี่ยนได้ โดยใช้ความคิด

ปัญหาการติดสุรา/สารเสพติดนั้น วิธีการบำบัดจำเป็นต้องใช้วิธีการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล พบว่าการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เป็นหนึ่งในรูปแบบที่ได้รับการยืนยันว่าสามารถจัดการปัญหาการติดสุราและสารเสพติดได้ โดยมีวัตถุประสงค์หลัก 2 ข้อ ได้แก่ การจัดการกับพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (Improve Impulse Control) และการจัดการกับอาการอยาก (Dealing with Craving) การบำบัดความคิดที่ไม่เหมาะสม (Dysfunctional Thought) ซึ่งในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชพบมีความเชื่อมโยงระหว่างอารมณ์ทั้งด้านลบและด้านบวกในการตัดสินใจดื่มสุรา อันมีผลมาจากความคิดที่บิดเบือนแบบต่างๆ

การใช้ CBT ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาใช้สุราและสารเสพติดนั้น จำเป็นต้องฝึกให้ผู้ป่วยแยกแยะให้ได้ว่า อะไรคือความคิด และอะไรคือความรู้สึก เมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจแล้ว จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความคิด (สมองส่วนคิด) มีผลต่ออารมณ์ (สมองส่วนอยาก) ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องกันเป็นลำดับ ทั้งนี้หากผู้ป่วยสามารถคิดต่อยอดได้ จะเรียนรู้ได้ว่าความคิดเริ่มแรก (ความคิดอัตโนมัติ) นั้นเกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัว แต่จะแสดงอารมณ์และการกระทำออกไปได้ หากมีความคิดเริ่มแรกทางลบ จนเกิดอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อไป เช่น ความคิดระแวงภรรยาไปมีชู้ อารมณ์โกรธจึงไปดื่มสุรา/เสพสารเสพติดซ้ำ แต่หากใช้ความคิดที่เกิดขึ้นใหม่ หรือความคิดทางเลือกก็จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้พื้นฐานเรื่องกระบวนการคิดภายใต้อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงและการเกิดพฤติกรรม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความเชื่อมโยงของวงจรสถานการณ์ ความคิดอัตโนมัติทางลบ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีผลให้เสพสารเสพติดหรือดื่มสุรา
3. เพื่อให้ผู้ป่วยปรับความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเองโดยใช้วิธีการพูดกับตนเอง (Self-Talk)

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรม เหตุการณ์สมมติ
2. ใบกิจกรรม เรื่อง การปรับความคิดโดยใช้เทคนิค CBT

ระยะเวลาการดำเนินกลุ่ม 60 นาที

วิธีการดำเนินการกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายผู้ป่วย สร้างความคุ้นเคย แนะนำตัว เกริ่นนำให้ผู้ป่วยตระหนักในเหตุผลที่ได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมตลอด 2 สัปดาห์ คือ เพื่อการเรียนรู้เทคนิคแนวทาง การเลิกดื่มสุราและยาเสพติดอื่นๆ และบางคนจะมีปัญหาทางสุขภาพจิต หรืออาการทางจิตเวชร่วมด้วย ทำให้การแก้ปัญหายุ่งยากซับซ้อน

มากขึ้น ด้วยการตั้งคำถามว่า “ทุกคนเข้ามาในสถาบันหรือ การมาเข้าร่วมกิจกรรมตลอด 2 สัปดาห์ นี้ด้วยเหตุผลอะไรบ้าง”

2. เริ่มเน้นที่ชื่อกิจกรรมวันนี้ “พฤติกรรมเปลี่ยนได้ด้วยความคิด” ให้ผู้ป่วยอภิปรายแลกเปลี่ยนทั้งการตีความ ชื่อกิจกรรมและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ด้วยคำถาม

-เมื่อเห็นชื่อกิจกรรมแล้วเห็นด้วยหรือไม่ว่า พฤติกรรมเปลี่ยนได้ด้วยความคิด

-ให้ผู้ป่วยทบทวนประสบการณ์ของตนเองว่า เคยเกิดขึ้นกับตัวเองหรือไม่ที่พฤติกรรมบางอย่างของเราเปลี่ยนได้ด้วยความคิด

-เคยได้พบเห็น หรือได้ยินว่าบางคนเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างได้อย่างไม่น่าเชื่อ เพราะเกิดจากความคิดบางอย่าง

3. นำตัวอย่างที่ผู้ป่วยทบทวนประสบการณ์ หรือตัวอย่างสถานการณ์ที่ชัดเจน เข้าสู่แผนภูมิวงจรของความคิดและพฤติกรรมเพื่อเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเข้าใจผลของ สถานการณ์ที่เป็นจุดเริ่มต้นของพฤติกรรมความคิดและความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม ปฏิกริยาของอารมณ์และความคิด ซึ่งเป็นผลมาจากสถานการณ์ที่ผู้ป่วยอาจไม่ทันสังเกตเห็นได้หรือรับรู้ได้ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงความคิด โดยเน้นที่ว่า เมื่อความคิดเปลี่ยน ความรู้สึกจะเปลี่ยนและจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ข้อสำคัญเราสามารถควบคุมความคิด เปลี่ยนแปลงความคิด หรือสร้างความคิดที่เป็นประโยชน์ เพื่อการควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ตัวอย่างสถานการณ์ หรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปเนื่องจากความคิด เช่น โดนขับรปดหน้า คนที่เลิกสูบบุหรี่ หรือสุรา เพราะทำเพื่อลูก ผ่านกระดานระดมสมอง

4. กลับมาที่ปัญหาการกลับไปใช้สุรา/ยาเสพติด ของผู้ป่วย ทบทวนสถานการณ์ เหตุการณ์ ต้นเหตุของการกลับไปเสพยา เน้นสถานการณ์ที่กดดัน หรือเป็นความขัดแย้งกับบุคคลอื่น หรือความเครียด ที่ทำให้ต้องกลับไปใช้สุรา/ยาเสพติด เพื่อเข้าใจและรู้เท่าทันความคิดความรู้สึกที่ทำให้กลับไปหาสุรา/ยาเสพติด และให้ค้นหาความคิดทางเลือกหรือความคิดที่เป็นประโยชน์ หรือความคิดที่มีพลังที่ทำให้สามารถควบคุมตัวเองหรือยับยั้งตัวเองไม่ให้เกิดกลับไปเสพยาอีก(ผู้ป่วยมักไม่สามารถนึกคิด หรือ ระลึกถึงเรื่องราวได้ครอบคลุม โดยเฉพาะมักไม่สามารถคิดหรือไม่กล้าพูดถึงเหตุการณ์ที่สำคัญๆ ได้ แต่มักพูดถึงบรรยากาศ สถานที่ และสภาพแวดล้อมโดยทั่วไปมากกว่า เช่น เพื่อนชวน แกวบ้านเป็นแหล่ง เป็นต้น)

5. ซักซ้อมกับผู้ป่วยทุกๆ คน เพื่อความเข้าใจแนวทางการใช้รูปแบบของการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อควบคุมพฤติกรรมการกลับไปใช้สุรา/ยาเสพติด

6. เน้นการค้นหาความคิดที่เป็นประโยชน์ ความคิดที่มีพลังที่จะสามารถควบคุมตัวเอง เมื่อมีเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ทำให้ต้องกลับไปใช้สุรา/ยาเสพติด

วิธีการประเมินผล

1. ผู้บำบัดสังเกตพฤติกรรม และปฏิกริยาของผู้ป่วย เมื่อมีการกำหนดสถานการณ์สมมติขึ้นในกลุ่ม
2. ข้อมูลที่ผู้ป่วยบันทึก ในใบกิจกรรมเรื่อง การปรับความคิดโดยใช้เทคนิค CBT

3. การแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วยในการปรับความคิดเชื่อมโยงไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด

ใบความรู้เรื่อง กระบวนการคิดและเกิดพฤติกรรม

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมหรือ (Cognitive Behavior Therapy: CBT) เป็นการจัดการเกี่ยวกับความคิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นแต่ละคน จะมีความคิด ความรู้สึกแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ ความเชื่อเดิมที่เขามีอยู่

ตัวอย่าง ชายคนหนึ่งซึ่งจักรยานมาชนผู้หญิงที่ยืนรอรถเมล์อยู่ที่ป้ายล้มลง

คนที่ 1 คิดว่า: ผู้ชายคนนี้ขี่รถประสาอะไรไม่ดูตาม้าตาเรือ ช่างจริง ๆ

คนที่ 2 คิดว่า: ผู้ชายคนนี้คงจะรีบมาก เลยไม่ทันดู

คนที่ 3 คิดว่า: รถจักรยานเขามีปัญหาหรือเปล่าอาจจะเบรกเสีย เลยเบรกไม่อยู่

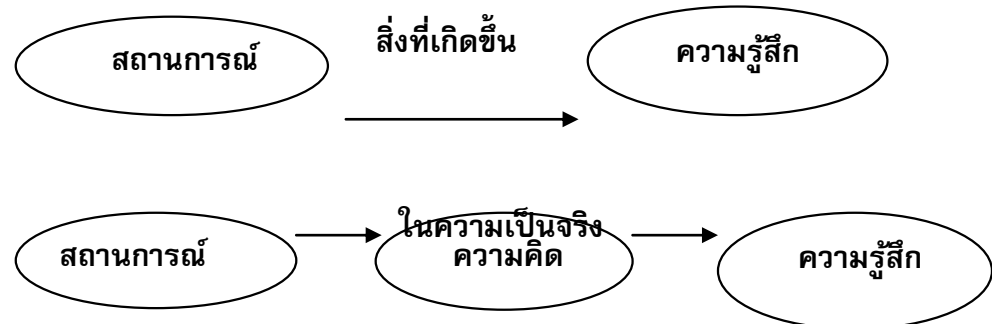
จะเห็นว่า ถ้าคิดแบบ

คนที่ 1 คิดว่า: ความรู้สึกที่ตามมาอาจจะโกรธ

คนที่ 2 คิดว่า: ความรู้สึกที่ตามมาอาจจะสงสัย

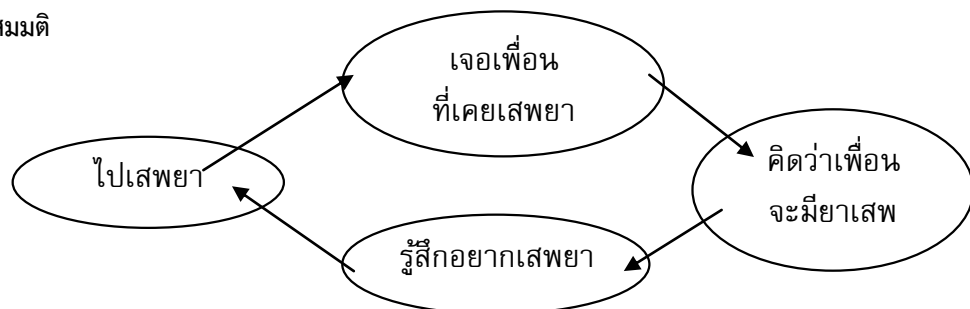
คนที่ 3 คิดว่า: ความรู้สึกที่ตามมาอาจจะเห็นใจ

แสดงให้เห็นว่า **ความคิดและความรู้สึกมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรม** ในสถานการณ์ต่างๆ แต่ละคนจะมีความรู้สึกต่างๆ กันไป แต่ความจริงแล้วความคิดที่มีต่อสถานการณ์นั้นต่างหาก ที่ส่งผลให้เกิดความรู้สึกตามมา ความคิดนั้นที่เกิดขึ้นเรียกว่า ความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thinking)

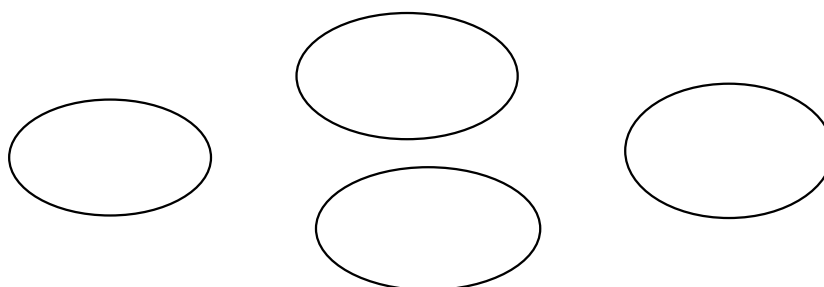


ใบกิจกรรมเรื่อง การปรับความคิดโดยใช้เทคนิค CBT

เหตุการณ์สมมติ



ให้สมาชิกทดลองเขียนสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับตนเองและอธิบายความคิด ความรู้สึก ที่เกิดขึ้นและเกิดพฤติกรรมใดขึ้นบ้าง



กิจกรรมที่ 5 เครียดได้ก็หายได้

แนวคิดเรื่องความเครียด พัฒนาเพื่ออธิบายกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมทางจิตเวช ที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ดูแลและตัวผู้ป่วยเอง แนวคิดนี้นำเสนอความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล เมื่อต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อผู้ดูแลมีความเครียด จะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกต่อตัวผู้ป่วยเช่นกัน ทำให้ตัวผู้ป่วยเองสามารถเกิดความเครียดตามมาได้เช่นกัน เมื่อผู้ป่วยเกิดความเครียด อาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสพซ้ำได้ใหม่ เพื่อบรรเทาอาการเครียดของตน ดังนั้นการสอนวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องนำมาใช้ A skill-based Approach Therapy ที่นำมาใช้ได้แก่ทักษะการคลายเครียด (Relaxation Skills) เช่น การฝึกกลม หายใจ โยคะ ดนตรี กีฬา เป็นต้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจในวิธีการคลายเครียด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการคลายเครียด ที่สามารถช่วยในการลดการกลับไปดื่มสุรา/ใช้สารเสพติดซ้ำ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำวิธีการผ่อนคลายความเครียด ไปใช้ในชีวิตประจำวันเมื่อเกิดความเครียดที่จะเป็นตัวกระตุ้นการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติดซ้ำได้

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ เรื่อง การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Stretching)
2. ใบความรู้ เรื่อง หายใจด้วยกล้ามเนื้อกระบังลม
3. ใบกิจกรรม เครียดได้ ก็หายได้

ระยะเวลาการดำเนินกลุ่ม 60 นาที

วิธีการดำเนินกลุ่ม

1. ผู้ดำเนินกิจกรรมกลุ่มแนะนำผู้ป่วยถึงหลักการในการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เพื่อการผ่อนคลาย ซึ่งประกอบด้วย การทำซ้ำ ทำค้าง ทำช้า ทำบ่อย โดยรู้สึกตึงแต่ไม่เจ็บ โดยเปรียบเทียบกับการบิดขี้เกียจเวลาตื่นนอน

2. ผู้ดำเนินกิจกรรมกลุ่มยกตัวอย่างท่ายืดกล้ามเนื้อพร้อมระบุตำแหน่ง/บริเวณที่ถูกยืดพร้อมให้ผู้ป่วยลองปฏิบัติตามเทคนิคที่ใช้เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเอง ประกอบด้วย

2.1 การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Stretching)

2.2 การหายใจด้วยกล้ามเนื้อกะบังลม

3. ให้ผู้ป่วยทุกคนบอกตำแหน่งที่ต้องการยืด พร้อมยกตัวอย่างท่ายืดเหยียดกล้ามเนื้อ คนละ 1-2 ท่า โดยไม่ให้ซ้ำกัน 30 นาที

วิธีการประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามวิธีการฝึกลมหายใจ และผ่อนคลายกล้ามเนื้อได้
2. ผู้ป่วยบอกได้ถึงความสำคัญของการคลายเครียดต่อการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติดซ้ำ
3. ผู้ป่วยทำใบกิจกรรม “เครียดได้ ก็หายได้” ผลคะแนนความสามารถในการปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเองหลังเข้ากลุ่ม

ใบความรู้เรื่อง การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Stretching)

การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เป็นการเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ลดความอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ พร้อมทั้งป้องกันการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ และข้อต่อ โดยมีหลักการยืดกล้ามเนื้อ ดังนี้

1. **ทำช้า:** ค่อยๆยืดกล้ามเนื้ออย่างช้าๆจนรู้สึกตึงบริเวณที่ทำการยืด โดยขณะทำต้องไม่รู้สึกเจ็บปวด
2. **ทำค้าง:** ทำการยืดค้างอยู่ในท่านั้นๆ ประมาณ 5 วินาที (โดยให้นับว่า “1 และ 2 และ3 และ4 และ5”) แล้วจึงค่อยๆผ่อนแรงอย่างช้าๆ
3. **ทำซ้ำ:** ทำช้าท่านั้นๆอีก 3-5 ครั้ง หรือจนกระทั่งรู้สึกผ่อนคลาย
4. **ทำบ่อย:** ในแต่ละวันให้ทำการยืดกล้ามเนื้อที่เกิดอาการตึงเมื่อยบ่อย

ตัวอย่างท่ายืดเหยียดกล้ามเนื้อ



1. ยืดคอ บ่า มือซ้ายไขว้หลัง เอียงศีรษะไปทางขวา มือขวา จับศีรษะดึงมาทางขวาเบาๆ จนรู้สึกตึง แต่ไม่เจ็บ ค้างไว้ 10 วินาที (นับ1-10) ทำสลับอีกข้าง ทำซ้ำ 3 รอบ



2. ยืดหน้าขา งอเข่าซ้าย มือซ้ายจับข้อเท้าซ้าย แอนตัวขึ้นเหยียดต้นขาซ้ายไปด้านหลัง จนตึงหน้าขา แต่ไม่เจ็บ ค้างไว้ 10 วินาที (นับ1-10) ทำสลับอีกข้าง ทำซ้ำ 3 รอบ



3. ยืดน่อง ก้าวขาขวาไปข้างหน้า งอเข่าขวา เหยียดเข่าซ้ายให้ตรง ส้นเท้าติดพื้น แอนตัวขึ้น ทั้งสะโพกกลาง จนตึงน่องซ้าย แต่ไม่เจ็บ ค้างไว้ 10 วินาที (นับ1-10) ทำสลับอีกข้าง ทำซ้ำ 3 รอบ



4. ยืดหลัง สะโพก ก้าวขาขวาไขว้ไปด้านหน้า ค่อยๆก้มตัวลง มือแตะพื้น จนตึงหลัง สะโพก แต่ไม่เจ็บ ค้างไว้ 10 วินาที (นับ1-10) ทำสลับอีกข้าง ทำซ้ำ 3 รอบ

ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Stretching)

1. ผู้ดำเนินกิจกรรมกลุ่มแนะนำผู้เข้าร่วมกิจกรรมถึงหลักการในการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อการผ่อนคลาย ซึ่งประกอบด้วย การทำซ้ำ ทำค้าง ทำช้า ทำบ่อย โดยรู้สึกตึงแต่ไม่เจ็บ ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนึกถึงการบิดชี้เกียจเวลาตื่นนอน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อในส่วนต่างๆ
2. ผู้ดำเนินกิจกรรมกลุ่มยกตัวอย่างท่ายืดกล้ามเนื้อพร้อมระบุตำแหน่ง/บริเวณที่ถูกยืด พร้อมให้ผู้เข้าร่วมลองปฏิบัติตาม
3. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนบอกตำแหน่งที่ต้องการยืดพร้อมยกตัวอย่างท่ายืดเหยียดกล้ามเนื้อคนละ 1-2 ท่า โดยไม่ให้ซ้ำกัน

ใบความรู้ เรื่อง การหายใจด้วยกล้ามเนื้อกะบังลม

ความเครียดทางจิตใจจะทำให้เกิดการเสียสมดุลของร่างกาย ซึ่งอาจทำให้เป็นต้นเหตุของโรคทางร่างกายและจิตใจเนื่องจากความเครียด ตั้งแต่หงุดหงิดง่าย ปวดศีรษะไมเกรน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด ฯลฯ

สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ร่างกายเสียสมดุลไปก็เนื่องมาจากการทำงานที่มากเกินไปของระบบประสาทอัตโนมัติที่เรียกว่า ซิมพาเทติก (เป็นเส้นประสาทอัตโนมัติที่จะแสดงออกมาในรูปของใจสั่น เหงื่อแตก ความดัน

โลหิตสูงขึ้น) และฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ซึ่งส่วนใหญ่จะเห็นได้ชัดที่หลอดเลือดส่วนปลายของมือและเท้า คนที่มีความเครียดจึงมีมือเท้าเย็น ชีต เป็นที่สังเกตได้ง่าย

การหายใจด้วยกล้ามเนื้อกะบังลม คือ การหายใจโดยใช้การเคลื่อนตัวของกล้ามเนื้อกะบังลม ทำให้ขณะหายใจเข้าท้องจะพอง และเมื่อหายใจออกท้องจะแฟบ ซึ่งการกระตุ้นกล้ามเนื้อกะบังลม ที่มีเส้นประสาทวากัส (Vagus) ซึ่งเป็นเส้นประสาทระบบประสาทอัตโนมัติที่เรียกว่า พาราซิมพาเทติก ส่งผลให้หลอดเลือดขยาย หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตลดลง หายใจช้าลง ทำให้ร่างกายเกิดภาวะผ่อนคลายมากขึ้น

ขั้นตอนการฝึกหายใจด้วยกล้ามเนื้อกะบังลม

1. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในอิริยาบถที่สบาย นั่ง/นอนหงายชันขาทั้งสองข้างขึ้น ตามแต่ที่สถานที่จะอำนวย มือซ้ายวางบนหน้าอก มือขวาวางบนท้องให้หายใจปกติ สังเกตว่ามือข้างไหนมีการเคลื่อนไหวมากกว่ากันและเคลื่อนไหวอย่างไร แล้วค่อยๆหลับตา

2. ให้พยายามหายใจด้วยกล้ามเนื้อกะบังลม โดยให้หายใจเข้าท้องพอง (มือข้างขวาถูกท้องดันยกขึ้นลอยขึ้น) หายใจออกท้องแฟบ ช้าๆ ตามจังหวะที่ผู้ดำเนินกิจกรรมกลุ่มกำหนด (ใช้เวลาประมาณ 3-4 วินาทีต่อการหายใจเข้าและออก 1 รอบ) ทำเช่นนี้ 1 นาที

3. ให้หายใจด้วยกล้ามเนื้อกะบังลม และพิจารณาลักษณะและอุณหภูมิของลมหายใจ รวมถึงความรู้สึกของร่างกาย **ขณะหายใจเข้า** ตั้งแต่มีลมผ่านรูจมูก ไปตามโพรงจมูก ลงสู่หลอดลม และปอด เป็นเวลา 1 นาที

4. ให้หายใจด้วยกล้ามเนื้อกะบังลม และพิจารณาลักษณะและอุณหภูมิของลมหายใจ รวมถึงความรู้สึกของร่างกาย **ขณะหายใจออก** ตั้งแต่มีลมจากช่องท้อง/ปอด ผ่านขึ้นมาตามหลอดลม โพรงจมูก จนพ้นออกมาจากรูจมูก เป็นเวลา 1 นาที

5. ให้หายใจด้วยกล้ามเนื้อกะบังลม และพิจารณาคูช่องว่างที่เกิดขึ้นระหว่างการหายใจเข้าและหายใจออก เป็นเวลา 1 นาที

6. จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมค่อยๆ สืบตาขึ้น และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกขณะปฏิบัติเทคนิคนี้

ใบกิจกรรม “เครียดได้ ก็หายได้”

กิจกรรม เรื่อง การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ(ปฏิบัติ ผ่านไม่ผ่าน)

1. จงบอกหลักการยืดกล้ามเนื้อ

1.1 ทำ..... 1.2 ทำ..... 1.3 ทำ..... 1.4 ทำ.....

กิจกรรม เรื่อง การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

2. จงบอกลักษณะการหายใจด้วยกะบังลม พร้อมแสดงให้ดู (ปฏิบัติ ผ่านไม่ผ่าน)

2.1 หายใจเข้า=ท้อง..... 2.2 หายใจออก=ท้อง.....

กิจกรรมที่ 6 เลือกงาน...ที่เป็นเรา

การดื่มสุราและการกลับไปดื่มซ้ำของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหลายสาเหตุ ซึ่งหนึ่งในนั้น คือ การมีเวลาว่างมากจนกลายเป็นความเหงา และการสูญเสียหน้าที่การงาน มีปัญหาทางเศรษฐกิจสังคม และ ปัญหาครอบครัว ซึ่งภาวะปัญหาเศรษฐกิจและสังคมนั้นเอง จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายมากขึ้น และมีการดื่มสุราเพิ่มขึ้น โดยเมื่อผู้ป่วยใช้สุราและสารเสพติด ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตมากขึ้น จนนำไปสู่การป่วยซ้ำ ทำให้ความคิดและความจำเสื่อมลง หรือ Cognitive impairment และเกิดการด้อยประสิทธิภาพในการทำงานและการปรับตัว มีภาวะไร้บ้านและกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูง

การได้มีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เช่น การได้เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมการได้รับคำชมเชย ยกย่อง การได้รับการช่วยเหลือ แบ่งปัน รวมทั้งความหวังใซึ่งกันและกัน ซึ่งจะทำให้เกิดกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้รู้สึกแปลกแยกจากสังคม รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อน ขาดที่ปรึกษา เป็นผลทำให้บุคคลขาดกำลังใจสิ้นหวัง และรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่ หลักการคิดและปฏิเสธเพื่อเลิกสุราที่ได้ผลสำเร็จของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิต การมีงานทำเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยใช้เวลาที่เหมาะสม การทำตัวไม่ให้ง่วง หางานอดิเรก ออกกำลังกาย การเลิกดื่มสุราได้สำเร็จทำให้ผู้ป่วยได้รับโอกาสที่ดีทางสังคม และการงานมากขึ้นหลังจากเลิกดื่มสุราได้สำเร็จ รวมทั้งการได้รับพิจารณาความดีความชอบ หรือเลื่อนตำแหน่งที่มากขึ้น ทำให้มีเงินเหลือเก็บ มีอนาคต ทั้งนี้ควรส่งเสริมที่เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ป่วยด้วย

จากสาเหตุของการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย ส่งผลกระทบทั้งหน้าที่การงานและการใช้ชีวิตประจำวัน ดังนั้นจึงต้องมีการส่งเสริมทักษะการใช้ชีวิตให้มีความสุขในที่ทำงาน(Work Skill) การเลือกงานที่เหมาะสมกับตนเอง และการวางแผนการดำเนินชีวิตให้มีเป้าหมาย เพื่อลดภาวะการกลับไปเสพซ้ำ และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานที่เหมาะสมกับตัวเอง
2. เพื่อวิเคราะห์และตระหนักรู้ถึงความสามารถที่เป็น จุดแข็ง จุดอ่อน ของตัวเองซึ่งจะส่งผลต่อการทำงาน
3. เพื่อเตรียมความพร้อมตนเองต่อการทำงานและนำความถนัดไปใช้ในการทำงานได้

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรม เรื่อง การรู้จักตัวตน
2. ใบกิจกรรม เรื่อง การรู้จักงาน
3. ใบกิจกรรม เรื่อง การเลือกงานที่เหมาะสมกับตนเอง

ระยะเวลาการดำเนินกลุ่ม 60 นาที

วิธีดำเนินการกลุ่ม

1. การเตรียมตัวก่อนทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยร่วมกลุ่มจากทีมฯ หรือศึกษา

ข้อมูลจากแฟ้มประวัติ (ถ้ามี)

2. ผู้นำกลุ่มแนะนำตัว และให้ผู้ป่วยแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของกลุ่ม
3. ถามสมาชิกว่า “เราควรเลือกงานแบบไหนที่เหมาะสมกับตัวเราหากที่สุด” เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นเป็นรายบุคคล
4. ผู้นำกลุ่มกล่าวเข้าสู่ประเด็นการเลือกงาน โดยเริ่มจาก การรู้จักตนเอง การเลือกงานที่อยากทำ
5. ผู้นำกลุ่มกล่าวถึงความเชื่อมโยง ระหว่างงานกับบุคคล พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเชื่อมโยงความสัมพันธ์ตามใบงานที่กำหนดให้ พร้อมทั้งร่วมกันอภิปราย
6. ให้ผู้ป่วยแต่ละคนสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้ากลุ่มนี้ ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็น

วิธีการประเมิน

1. ผู้ป่วยบอกได้ถึงความเป็นตัวตนของตนเอง
2. ผู้ป่วยสามารถวางแผนการทำงานที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของตนเองในอนาคตได้
3. ผู้บำบัดประเมินจากการทำใบกิจกรรมเรื่อง การรู้จักตัวตน
4. ผู้บำบัดประเมินจากการทำใบกิจกรรมเรื่อง การรู้จักงาน

ใบกิจกรรมเรื่อง การรู้จักตัวตน

ตอน 1 คุณลักษณะที่เป็นจุดเด่นของคุณ
1.
2.
3.
4.
5.

ใบกิจกรรมเรื่อง การรู้จักงาน

ตอนที่ 2 คุณลักษณะที่เป็นจุดอ่อนของคุณ
จุดอ่อน.....
พัฒนาโดย.....
จุดอ่อน.....
พัฒนาโดย.....
จุดอ่อน.....
พัฒนาโดย.....

กิจกรรมที่ 7 เลิกสุรา/สารเสพติดสบายสบาย เมื่อใช้ยาของคุณหมอ

ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราและมีโรคร่วมจิตเวช มีแนวทางวางแผนการดูแลดังนี้ ต้องจำแนกผู้ป่วยให้ได้ ก่อนว่าเป็นผู้ป่วยติดสุรารุนแรงระดับใด มีโรคร่วมจิตเวชอะไรร่วมบ้าง เพื่อวางแผนการรักษาที่ถูกต้อง หากผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุรา ต้องทำการดูแลบำบัดรักษาภาวะเมาสุราและถอนสุรา (Treatment of Intoxication and Withdrawal) การรักษาภาวะนี้ในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ไม่แตกต่างกับการรักษาภาวะเมาสุราในผู้ป่วยสุราทั่วไป โดยยากลุ่ม Benzodiazepines เป็นยาที่ได้รับการแนะนำให้ใช้รักษาอาการถอนสุรา เนื่องจากเกิดปฏิกิริยาต่อยาอื่นน้อย(Few Drug Interactions) และยังมีผลช่วยป้องกันอาการเพ้อจากสุรา (Alcohol withdrawal Delirium) และการชักจากการถอนสุรา (Alcohol Withdrawal Seizure) หรือยารักษาโรคจิตบางขนาน โดยเฉพาะยา Clozapine อาจทำให้ลด Convulsion Threshold ลงได้ จึงต้องพิจารณาการใช้อย่างระมัดระวัง การสอนผู้ป่วยให้ทราบว่าตนเองรับประทานยาอะไรอยู่ เป็นยารักษาโรคอะไร จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการเจ็บป่วยมากขึ้น รวมทั้งเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาและการรักษาที่ต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่า ยาที่ตนเองใช้มีสรรพคุณอย่างไร
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยา มีความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยบอกอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และการแก้ไขอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้

สื่อ/อุปกรณ์

1. แบบสอบถามเพื่อค้นหาปัญหาการรับประทานยาของผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด
2. อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดเตรียมยา เช่น ชองเก็บยา กล่องเก็บยา อุปกรณ์ตัดเม็ดยา ปฏิทินการกินยา และการติดตามอาการที่ดีขึ้น
3. ใบความรู้ เรื่อง ยาที่ใช้ในผู้ป่วยติดสุรา/สารเสพติดและโรคร่วมทางจิตเวช
4. ใบความรู้ เรื่อง ระยะเวลาในการกินยา
5. ใบความรู้ เรื่อง บุหรี่มีผลต่อยารักษาโรคจิตเวชอย่างไร

ระยะเวลาการดำเนินกลุ่ม 60 นาที

วิธีการดำเนินการกลุ่ม

1. การเตรียมตัวก่อนทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มทบทวนข้อมูลการกินยาของผู้ป่วยที่จะร่วมกลุ่มประจำสัปดาห์
2. แนะนำก่อนเริ่มกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม แนะนำกลุ่ม วัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม และการทำกลุ่มจะแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

- 2.1 การซักถามเพื่อค้นหาปัญหาเกี่ยวกับความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วย
- 2.2 การบรรยายความรู้เรื่อง ยาที่ใช้ในผู้ป่วยติดสุรา/สารเสพติดและโรคร่วมทางจิตเวช
- 2.3 การสืบค้นรวมถึงการแก้ปัญหาการกินยาของผู้ป่วยแต่ละราย

3. ผู้นำกลุ่มซักถามผู้ป่วยพร้อมกันเพื่อค้นหาปัญหาเกี่ยวกับความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วย โดยถามทีละข้อตามลำดับคำถามในแบบสอบถาม ในแต่ละข้อให้ผู้ป่วยตอบทุกคน
4. ผู้นำกลุ่มบรรยายความรู้เรื่อง ยาที่ใช้ในผู้ป่วยติดเชื้อ/สารเสพติดและโรคร่วมทางจิตเวช
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาที่สงสัยหลังการบรรยายจบ
6. จำแนกปัญหาที่เกิดขึ้นจากการซักถามให้เป็นหมวดหมู่ ปัญหาใดพบมากที่สุด ให้ผู้ป่วยคนหนึ่งยกตัวอย่างเล่าเหตุการณ์หรือปัญหาให้ฟังสั้นๆ และให้ผู้ป่วยคนอื่นแสดงความคิดเห็นในประเด็นสำคัญ หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มแนะนำวิธีการแก้ปัญหา
7. ผู้นำกลุ่ม ทบทวนวัตถุประสงค์ และเนื้อหาทั้งหมดอีกครั้งโดยย่อ และกล่าวปิดกลุ่ม

วิธีการประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการใช้ยากับโรคติดเชื้อได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยบอกได้ความสำคัญของการรับประทานยาและการสังเกตอาการข้างเคียงจากยา
3. ผู้บำบัดประเมินจากแบบสอบถามเพื่อค้นหาปัญหาความร่วมมือในการกินยา
4. ผู้ป่วยมีคะแนนแบบทดสอบความรู้หลังกิจกรรมเพิ่มขึ้น

แบบสอบถามเพื่อค้นหาปัญหาการรับประทานยาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด

ชื่อ-สกุล.....HN.....หอผู้ป่วย.....วันที่.....

ประวัติการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดยาเสพติด

☐ เข้าร่วมเป็นครั้งแรก

☐ เคยเข้าร่วมมาแล้ว

ประวัติการรับประทานยาเพื่อรักษาอาการทางจิต

☐ เริ่มรับประทานยาเป็นครั้งแรก

☐ เคยรับประทานยามาก่อน

(หากผู้ป่วยเริ่มรับประทานยาเป็นครั้งแรก ให้ตอบคำถามเฉพาะข้อ 1, 5, 8 – 12)

คำชี้แจง: โปรดวงกลมรอบคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง

ข้อ	หัวข้อ	คำตอบ		หมายเหตุ
ค้นหาปัญหาความร่วมมือในการกินยา				
1*	ขณะนี้คุณตระหนักถึงความสำคัญของการกินยาหรือไม่	ใช่	ไม่ใช่	
2	ขณะที่อยู่บ้าน คุณสามารถจัดยากินเองได้หรือไม่	จัดยาเอง	มีผู้จัดให้	
3	ขณะที่อยู่บ้าน คุณกินยาครบทุกมื้อหรือไม่	ครบ	ไม่ครบ	
4	ขณะที่อยู่บ้าน คุณมีปัญหากินยาไม่ตรงเวลาบ้างหรือไม่	ใช่	ไม่ใช่	
5*	คุณมีความคิดที่จะหยุดกินยาเองโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่งหรือไม่	มี	ไม่มี	
ค้นหาปัญหาด้านทัศนคติการกินยาและการใช้สารเสพติด				
6	ก่อนที่จะมารับการรักษาที่ รพ. ในครั้งนี้ คุณกินยารักษาอาการทางจิตไปพร้อมกับการใช้สารเสพติดใช่หรือไม่	ใช่	ไม่ใช่	
7	คุณมีโอกาสที่จะดื่มสุราร่วมกับกินยารักษาอาการทางจิตหรือไม่	มี	ไม่มี	
ค้นหาความสำเร็จในการควบคุมอาการจากการกินยา				
8*	ขณะที่คุณอยู่ที่บ้าน/รพ. หากคุณรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง คุณจะมีอาการ/อารมณ์ปกติใช่หรือไม่	ใช่	ไม่ใช่	
ค้นหาอาการข้างเคียงจากการกินยา				
9*	ขณะนี้คุณรู้สึกว่าคุณมีอาการข้างเคียงจากการกินยาหรือไม่	มี	ไม่มี	
ค้นหาปัญหาขาดยารักษาและการได้รับยาซ้ำซ้อน				
10*	คุณมีโอกาสได้รับยาจากสถานพยาบาลอื่น เช่น โรงพยาบาล คลินิกหรือร้านยาที่อื่นอีกหรือไม่	มี	ไม่มี	
ค้นหาปัญหาในการรับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง				
11*	คุณมีปัญหาในการเดินทางมารับยาที่ รพ. หรือไม่	มี	ไม่มี	
12*	คุณมีปัญหาในด้านค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาหรือไม่	มี	ไม่มี	

บันทึกเพิ่มเติมโดยเภสัชกร.....

ใบความรู้เรื่อง ยาที่ใช้ในผู้ป่วยติดสุรา/สารเสพติดและโรคร่วมทางจิตเวช

ยาที่ใช้ในผู้ป่วยติดสุราและโรคร่วม ที่จะกล่าวถึงมี 4 กลุ่ม คือ

1. ยารักษาการติดสุรา
2. ยารักษาโรคจิต
3. ยารักษาโรคซึมเศร้า
4. ยารักษาโรคอารมณ์แปรปรวน

กลุ่มที่ 1 ยารักษาการติดสุรา ในการรักษาผู้ป่วยติดสุราระยะแรกจะมีการให้ยา ดังนี้

1. ยา **Thiamine** หรือ Vitamin B1 และยา Folic Acid เนื่องจากผู้ป่วยที่ติดสุรา มักขาดสารอาหาร และสาเหตุที่ต้องให้ Vitamin B1 เพื่อป้องกันภาวะหนึ่งๆที่เรียกว่า “ Wernicke's Encephalopathy” ซึ่งภาวะดังกล่าวจะเกิดได้จากการขาด Vitamin B1 โดย Vitamin B1 มีความจำเป็นต่อกลไกต่าง ๆ ของสมอง โดยถ้าเกิดภาวะดังกล่าวจะมีอาการหลักๆ 3 อาการดังนี้ 1) เดินเซ 2) สับสน 3) การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อตาผิดปกติ ในรายที่เป็นมาก จะต้องใช้ Vitamin B1 แบบฉีด ฉีดเข้ากล้ามเนื้อติดต่อกัน 3-5 วัน

2. หากมีภาวะขาดน้ำ แพทย์จะให้เกลือแร่ทดแทน หากขาดน้ำไม่มาก จะใช้ผงเกลือแร่ชงน้ำดื่ม ในรายที่ขาดน้ำรุนแรง มีไข้สูง เหงื่อออกมาก ต้องให้น้ำเกลือฉีดเข้าเส้น

3. ยากลุ่มคลายเครียดคลายกังวล ซึ่งยากลุ่มนี้จะช่วยลดอาการนอนไม่หลับ หรืออาการวิตกกังวลในคนที่ติดเหล้า นอกจากนั้นยังลดอาการหงุดหงิด นอนไม่หลับ และป้องกันการชักได้ โดยยากลุ่มนี้ที่แพทย์นิยมจ่าย ได้แก่ Diazepam, Chlordiazepoxide (CDX), lorazepam, Clonazepam

4. สำหรับคนที่มีอาการประสาทหลอน กระสับกระส่าย วุ่นวาย หลงผิด หรือหวาดกลัว แพทย์จะจ่ายยารักษาโรคจิต เช่น Haloperidol หรือ Risperdal ซึ่งจะควบคุมอาการวุ่นวายได้ดี โดยยานี้จะเห็นผลการรักษาเมื่อใช้ยาไปแล้วประมาณ 1 สัปดาห์

กลุ่มที่ 2 ยารักษาโรคจิต ยากลุ่มนี้จะใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคจิตเภท โดยโรคจิตเภท แบ่งเป็น

1. อาการด้านบวก ตัวอย่างอาการ เช่น อาการหวาดระแวง ว่าจะมีคนมาทำร้าย หลงผิด เช่น คิดว่าคนในโทรทัศน์พูดถึงตัวเอง หรือหลงผิดคิดว่าตัวเองเป็นเทพเจ้า

2. อาการด้านลบ ตัวอย่างอาการ เช่น พูดน้อย หน้าตาเฉยเมย ขาดความกระตือรือร้น เก็บตัว สำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาบ้า ยาบ้ามีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยบางคนอาจเกิดอาการหูแว่ว หวาดระแวงได้ ดังนั้น ยารักษาโรคจิตเภท จึงสามารถรักษาอาการ หูแว่ว หวาดระแวงในผู้ป่วยที่ใช้ หรือที่เคยใช้ยาบ้าได้ ยารักษาโรคจิต ได้แก่ Haloperidol, Chlorpromazine, Thioridazine, Perphenazine, Risperdal, Clozapine, Olanzapine เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 ยาต้านเศร้า ในผู้ป่วยที่ติดสุรา บางคนมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย หรือ ในบางรายเกิดภาวะเศร้าก่อนจึงหันไปดื่มสุรา ดังนั้น จึงจำเป็นต้องใช้ยาต้านเศร้าในการรักษา ยาต้านเศร้า ได้แก่ Fluoxetine, Sertraline, Amitriptyline, Imipramine เป็นต้น

กลุ่มที่ 4 ยารักษาอารมณ์แปรปรวน ในผู้ป่วยบางคน มีความผิดปกติของอารมณ์ เช่น บางช่วงอารมณ์ดี ผิดปกติ ครั่นคร้าง พุดมาก บางช่วงรู้สึกเศร้า เหนื่อยยากอยู่เฉยๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับยาปรับอารมณ์ เช่น Sodium Valproate (ยาเม็ดขาวใหญ่)

เหตุการณ์สมมติเรื่อง คนตกน้ำกับห่วงยาง

สมมติให้สมาชิกเป็นคนว่ายน้ำไม่เป็น ตกลงไปในแม่น้ำลึก ขณะนั้นมีคนเดินผ่านมาเห็น และต้องการช่วยชีวิตเรา เขาจึงโยนห่วงยางมาให้ มีทางเลือกให้สมาชิกเลือก 3 ทาง

ทางเลือกที่ 1 ไม่สนใจห่วงยาง พยายามกระเสือกกระสนเข้าฝั่งด้วยตัวเอง

ทางเลือกที่ 2 เกาะห่วงยาง และให้ห่วงยางลอยไปเรื่อย โดยตัวเองอยู่เฉยๆ

ทางเลือกที่ 3 เกาะห่วงยาง และพยายามเตะเท้า เพื่อให้เข้าฝั่งให้เร็วที่สุด สมาชิกแต่ละท่านจะเลือกข้อไหน (ถามความคิดเห็นสมาชิกแต่ละท่าน) เมื่อเหตุการณ์สมมติดังกล่าวเปรียบเทียบกับวิธีการ เลิกสุรา

หากเลือกทางเลือกที่ 1 การไม่ใช้ห่วงยางและพยายามกระเสือกกระสนเข้าฝั่ง เปรียบเสมือนคนที่อยากอดสุรา และใช้วิธีหักดิบ อดสุราด้วยตนเอง ซึ่งต้องเผชิญกับอาการอยากสุรา บางรายอาจมีอาการมือสั่น หูแว่ว บางรายอาจถึงชักได้ อาจสามารถเลิกสุราได้ แต่ต้องเผชิญความยากลำบาก

หากเลือกทางเลือกที่ 2 การเกาะห่วงยางโดยที่ตัวเองอยู่เฉยๆเปรียบเสมือนคนที่เลิกสุรา โดยใช้ยาช่วย ทำให้การอดสุราง่ายขึ้น เพราะไม่ต้องเผชิญกับอาการหงุดหงิดและนอนหลับได้สบาย แต่การเลือกใช้ห่วงยาง แต่ไม่พยายามตีเท้าเข้าฝั่งเหมือนกับว่า ไม่มีความมุ่งมั่น ตั้งใจในการเลิกสุรา เมื่อเพื่อนชวนไปดื่มสุราก็ไปดื่มด้วย ดังนั้นถึงแม้มียาช่วยแต่ไม่สามารถอดสุราได้ เพราะตัวเราไม่มุ่งมั่นตั้งใจพอ

หากเลือกทางเลือกที่ 3 การเกาะห่วงยาง และพยายามเตะเท้าเข้าหาฝั่งเปรียบเสมือนคนที่ตั้งใจเลิกสุรา และใช้ยารักษาการติดสุราและยารักษาอาการอื่นๆร่วมด้วย โอกาสจะเลิกสุราได้มีโอกาสมาก เพราะไม่ทุกข์ทรมานจากการเลิกสุรานั้น ตัวเองยังมุ่งมั่นตั้งใจ เพื่อนมาชวนให้ไปดื่มสุราก็ไม่ไป โอกาสเลิกสุราได้จึงมีมากกว่า คนที่เลือกทางเลือกที่ 1 และ 2

ใบความรู้เรื่อง ระยะเวลาในการกินยา

สมาชิกควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จะหยุดยาหรือปรับลดขนาดยาได้ เมื่อแพทย์ผู้รักษาสั่งให้หยุด หรือสั่งให้ปรับลดเท่านั้นอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยารักษาโรคจิต ยาต้านเศร้า และยาปรับอารมณ์

ยาตีกันและวิธีการป้องกันยาตีกัน

ยาตีกัน หมายถึง การรับประทานยาชนิดที่หนึ่งร่วมกับยาชนิดที่สอง แล้วมีผลทำให้ระดับยาตัวที่สองเพิ่มขึ้นหรือลดลง ส่งผลต่อการรักษาโรคและอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น

ยกตัวอย่าง เช่น ผู้ป่วยที่มีอารมณ์แปรปรวนได้รับการรักษาด้วยยาลิเทียม ต่อมาไปยกของหนักเกิดการปวดหลัง จึงไปขอซื้อยาแก้ปวดที่ร้านขายยา ซึ่งมักจะจ่ายยาแก้ปวดลดการอักเสบ เช่น บรูเฟน ไดโคฟีแนค เป็นต้น ซึ่งยาดังกล่าวมีผลให้ระดับยาลิเทียมในเลือดสูงขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากลิเทียม ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย สั่น

ดังนั้น หากมีโรคหรือความเจ็บปวดอื่นที่ต้องไปรักษาที่โรงพยาบาล คลินิก ร้านขายยา จะต้องนำยาที่ได้รับจากสถาบันฯ ไปให้แพทย์หรือเภสัชกรดูด้วย ในทำนองเดียวกัน ถ้าได้รับยาจากโรงพยาบาล คลินิก หรือร้านขายยา จะต้องนำมาให้จิตแพทย์เจ้าของไข้ดูด้วย เพื่อป้องกันปัญหาต่อกัน

ใบความรู้เรื่อง บุหรี่มีผลต่อยารักษาโรคจิตเวชอย่างไร

ควันบุหรี่ที่สูดเข้าไปจะเพิ่มการทำลายยารักษาบางตัวได้แก่ โคลซาพีน, ฮาโลเพริดอล, คลอโพรมาซีน ดังนั้น บุหรี่จะมีฤทธิ์ทำให้ยารักษาโรคจิตลดลง ส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบได้

ทางที่ดีที่สุดคือ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ แต่หากไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ หากมีการลดหรือเพิ่มปริมาณบุหรี่ที่สูบ ควรแจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบ

การใช้ยาอดสุราและข้อควรระวัง

ยาอดสุราหรือยาไดซัลไฟแรม ใช้ในกรณีที่สมาชิกมั่นใจว่าจะหยุดสุราได้จริง เนื่องจากหากรับประทานยานี้และดื่มสุราจะทำให้ระดับ อะเซทาลดีไฮด์ สูงขึ้นทำให้เกิดอาการคล้ายอาการแพ้ยา โดยความรุนแรงของอาการที่เกิดจะแตกต่างกันตามขนาดยาที่ใช้ และปริมาณสุราที่ดื่มเข้าไป

อาการที่เกิดขึ้นเมื่อใช้ยาอดสุราร่วมกับสุรา

1. อาการไม่รุนแรง ได้แก่ หน้าและหน้าอกแดง หัวใจเต้นเร็วขึ้น ใจสั่น ความดันโลหิตลดลง บางรายพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน หายใจสั้นๆ เหงื่อออกตาพร่ามัว
2. อาการรุนแรง ได้แก่ หัวใจหยุดเต้น หัวใจล้มเหลว ชัก ดังนั้นก่อนใช้ยาอดสุราสมาชิกต้องมั่นใจว่าสามารถหยุดดื่มสุราได้

สรุปสาระความรู้เรื่อง เลิก/สารเสพติดสบาย สบาย เมื่อใช้ยาคุมหมอม

1. เมื่อสมาชิกทราบว่ายาที่ใช้อยู่รักษาอาการหรือโรคโดยอยู่แล้วจะต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีอาการดีขึ้นแล้วก็ตาม
2. การหยุดยา การปรับเพิ่ม หรือลดขนาดยาจะต้องทำโดยจิตแพทย์เท่านั้น
3. หากเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาให้รีบปรึกษาแพทย์และเภสัชกร
4. หากป่วยเป็นโรคอื่นร่วมด้วย ระหว่างใช้ยารักษาอาการทางจิตจะต้องนำยารักษาอาการทางจิตไปให้แพทย์โรงพยาบาลอื่นดูด้วย และหากได้รับยาจากโรงพยาบาลอื่น จะต้องนำมาให้จิตแพทย์ดูด้วย
5. เมื่อจะใช้ยาอดสุรา สมาชิกต้องมั่นใจจริงๆ ว่าจะหยุดการดื่มสุราได้ไม่เช่นนั้น อาจเกิดอันตรายได้
6. การสูบบุหรี่ มีผลทำให้ยารักษาโรคจิตออกฤทธิ์ได้ลดลง

คำถามทดสอบความรู้ก่อน-หลัง (Pre-Test/Post-Test)

กิจกรรมเรื่อง เลิกสุราสบาย สบายเมื่อใช้ยาคุมหมอม

จงใส่เครื่องหมาย/หน้าข้อความที่ท่านคิดว่าถูกต้องและใส่เครื่องหมาย x หน้าข้อความที่ท่านคิดว่าผิด

.....X.....1. ยารักษาอาการทางจิตหรือยารักษาโรคจิตติดยา เช่น ยารักษาอาการหูแว่ว ยานอนหลับ สามารถกินกับเบียร์ได้ จะช่วยให้หลับดีขึ้น

-X.....2. เมื่ออาการทางจิตดีขึ้น หรือไม่มีอาการแล้ว เราสามารถหยุดกินยาได้เอง
-/.....3. คนที่ติดสุราหรือติดสารเสพติด สามารถรับประทานยาต้านเศร้าร่วมด้วย
-X.....4. การสูบบุหรี่ ทำให้ยาทางจิตเวช ออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น
-X.....5. เมื่อกินยาทางจิตเวช แล้วรู้สึกง่วง ควรหยุดกินทันที โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์

กิจกรรมที่ 8 รู้จักหลีกเลี่ยง..จะเสี่ยงน้อยลง

การจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ตัวกระตุ้นภายนอก ตัวกระตุ้นภายใน มีผลต่อการกลับไปดื่มสุรา/เสพยาเสพติดซ้ำ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับทักษะการแก้ปัญหา ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และผลของการหยุดเสพยาเสพติด/ดื่มสุรา สิ่งที่เกิดขึ้นก่อนการดื่มสุรา/เสพยาเสพติดซ้ำ ได้แก่ ปัจจัยด้านการดำเนินชีวิต ความปรารถนาอย่างรุนแรงที่จะดื่มสุรา/เสพยาเสพติด อาการอยากดื่มสุรา/เสพยาเสพติด

การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้บำบัดและผู้ป่วยจึงต้องมีความเข้าใจในแต่ละขั้นตอนการบำบัด กระบวนการบำบัดที่สำคัญ คือ ทักษะการจัดการสถานการณ์เสี่ยง เพื่อเพิ่มทักษะให้ผู้ป่วยในการจัดการปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้เมื่อกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม ซึ่งจะช่วยให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยได้ ทำให้มีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น จัดอาการอยากเสพยาเสพติด/อยากดื่มสุราได้ และการปรับโครงสร้างความคิดให้ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยตกอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มซ้ำมีความสำคัญเป็นอย่างมาก

การบำบัดรูปแบบนี้มีการตั้งประเด็นจากหลายสถานการณ์และคำถามดังนี้

1. มีปัจจัยหรือสถานการณ์ใดเฉพาะเจาะจงหรือไม่ที่ทำให้เสพยาซ้ำ
2. การกลับไปใช้ซ้ำครั้งแรกมีปัจจัยเดียวกันกับการเสพยาซ้ำครั้งอื่นๆ หรือไม่ ถ้าไม่ใช่ สามารถจำแนกปัจจัยต่างๆ ได้หรือไม่
3. ทำอย่างไรจะจัดลำดับความเสี่ยงหรือสถานการณ์ที่มีผลต่อการเสพยาซ้ำ และสามารถจัดการได้ในแต่ละบุคคล
4. มีความเป็นไปได้หรือไม่ที่จะวางแผนการป้องกันการเสพยาซ้ำโดยแทรกเข้าในสถานการณ์ที่จัดสร้างขึ้นในแต่ละบุคคล
5. มีประเด็นหรือจุดสำคัญอะไรในกระบวนการเสพยาซ้ำ ที่สามารถบอกสาเหตุการกลับไปเสพยาซ้ำและติดสารเสพติดได้อีก
6. มีความเป็นไปได้หรือไม่ที่จะมีการเตรียมผู้เสพยาระหว่างการบำบัดให้ตั้งเป้าหมาย และสอนวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง

เพื่อที่จะวิเคราะห์คำถามสำคัญเหล่านี้และหาความเชื่อมโยงในการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำอย่างได้ผล จึงควรให้ความสนใจใน สถานการณ์ ตัวบุคคล และปัจจัยทางจิตสังคมของบุคคลที่มีอยู่เดิมและส่งผลกระทบต่อกลับไปเสพยาซ้ำ การวิเคราะห์นี้บอกให้รู้ว่าการที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องต้องใช้ความพยายามอย่าง

มาก การวิเคราะห์สถานการณ์ ความเสี่ยงหรือสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มซ้ำ และหาวิธีการจัดการที่เหมาะสม เช่น การทบทวนตนเอง ประเมินพฤติกรรม วิเคราะห์หาความคิด และทบทวนเหตุการณ์ที่กลับไปดื่มเมื่อครั้งที่ผ่านมา ว่าผู้ป่วยได้ฝึกฝนด้วยเทคนิคเฉพาะ เช่น ทักษะด้านต่างๆ แสดงบทบาทสมมติเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นต้น การให้ความรู้และปรับโครงสร้างความคิด รวมถึงการฝึกเทคนิคต่างๆไป เช่น ทักษะการผ่อนคลาย ทักษะการผ่อนคลายความเครียด การจินตนาการภาพ การมีการ์ดเตือนความจำ เป็นต้น จะสามารถช่วยลดการกลับไปดื่มซ้ำได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้เสพยาเสพติดหรือดื่มสุราซ้ำ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงความสำคัญของจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการสถานการณ์เสี่ยง ในการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติด/ดื่มสุราซ้ำ

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมเรื่อง ปัญหาที่ทำให้กลับไปเสพยา/ดื่มซ้ำ
2. ใบความรู้เรื่อง ปัญหาที่ทำให้กลับไปดื่มซ้ำ
3. ใบกิจกรรมเรื่อง ตัวกระตุ้นภายใน
4. ใบความรู้เรื่อง การจัดการตัวกระตุ้นภายใน
5. ใบความรู้เรื่อง ตั้งสติก่อนสตาร์ท

ระยะเวลาการดำเนินกลุ่ม 60 นาที

วิธีการดำเนินการกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายผู้ป่วย สร้างความคุ้นเคย แนะนำตัว ชี้แจงโปรแกรมการบำบัด อธิบายวัตถุประสงค์
2. ผู้นำกลุ่มชี้แจงข้อตกลงในการทำกลุ่ม ระเบียบในการเข้ากลุ่ม
3. ฝึกการวิเคราะห์สถานการณ์เสี่ยง โดยใช้คำถาม “อะไรคือปัญหาที่ทำให้กลับไปเสพยาเสพติดหรือดื่มสุราซ้ำ สถานการณ์เสี่ยงหรือ ตัวกระตุ้นฯ” ผ่านกระดานระดมสมอง
4. ให้ผู้ป่วยตอบคำถามเรื่องตัวกระตุ้นทางอารมณ์ที่ทำให้กลับไปเสพยาเสพติดหรือดื่มสุราซ้ำ และคิดหาวิธีการแก้ไขและร่วมอภิปรายกับเพื่อนผู้ป่วยคนอื่นและผู้นำกลุ่ม
5. ให้ผู้ป่วยตอบคำถามเรื่อง การจัดการตัวกระตุ้น ตามใบกิจกรรมให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นและให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนสถานการณ์เสี่ยงและการจัดการของตนเอง
6. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปผลที่ได้รับจากการทำกลุ่ม

วิธีการประเมินผล

1. ผู้ป่วยสำรวจตัวเองว่ามีสถานการณ์เสี่ยงมากน้อยเพียงใด จากใบกิจกรรมเรื่อง สถานการณ์เสี่ยง

ใบความรู้ เรื่อง สถานการณ์เสี่ยง หรือตัวกระตุ้น (ปัจจัย) ภายนอก

ในการพยายามลด/เลิกยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ ผู้ใช้บริการอาจรู้สึกยากลำบากในการจัดการกับตัวกระตุ้นทั้งภายนอกและภายใน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ถ้าผู้ใช้บริการได้เรียนรู้ถึงปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น และมีการวางแผนป้องกันแก้ไขก็จะช่วยให้ผ่านพ้นปัญหาได้ โดยไม่กลับไปเสพยาเสพติดหรือดื่มสุราซ้ำ

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1. เพื่อนที่เคยเสพ/ดื่มด้วยกันเป็นประจำ	-ถ้าเพื่อนชักชวนควรบอกให้เขาทราบว่าท่านกำลังพยายามเลิกท่านจำเป็นต้องปฏิเสธ -ถ้าถูกกดดันให้ดื่ม ให้ปฏิเสธว่า “หมอสั่งไม่ให้เสพ/ดื่มเพราะร่างกายต้องได้รับการรักษา” -ถ้าไม่สามารถปฏิเสธเพื่อนได้ควรอยู่ห่างสักระยะหนึ่ง หลีกเลียงหรือจำกัดเวลาที่จะพบปะกับเพื่อนที่ชวนเสพ/ดื่ม เช่น ควรหลีกเลียงชอยทางเดินกลับบ้านที่มีคนชวนเสพ/ดื่มตลอด หลีกเลียงพบเพื่อนกลุ่มเดิม ไม่ควรผ่านร้านที่เคยไปซื้อ
2. การมีอุปกรณ์การเสพ หรือ ยาเสพติด หรือสุราไว้ในบ้าน	-ทั้งอุปกรณ์การเสพ หรือ อุปกรณ์การดื่มทั้งหมด -ไม่ควรมียาเสพติด/สุราไว้ในบ้านไม่ควรเสียดายแม้จะมีราคาแพง -ถ้ามีสมาชิกในบ้านยังดื่มควรขอร้องให้งดการดื่มในบ้าน หรือ ท่านควรอยู่ที่อื่นชั่วคราว ถ้ามีการดื่มสุราในบ้าน -หลีกเลียงการใช้แก้วที่เคยใช้ดื่มเบียร์/สุราเดิม เพราะจะทำให้คิดถึงการดื่มสุรา
3. โอกาสพิเศษ/เทศกาล เช่น ปีใหม่ ตรุษจีนสงกรานต์งานบวช งานแต่ง งานศพ	-ถ้าท่านจำเป็นต้องไปงานเลี้ยง/งานสังสรรค์ ควรเตรียมตัวตอบคำถามเกี่ยวกับการไม่เสพยาเสพติดหรือดื่มสุราของท่าน -ควรออกจากงานเลี้ยงถ้ารู้สึกอึดอัด/ไม่สบายใจที่ไม่ได้เสพยา/ดื่มสุราเหมือนคนอื่นที่เสพ/ดื่มกัน
4. เวลาที่คุ้นเคยกับการดื่ม เช่น ตอนเย็น หรือ ช่วงฝนตก หรือ ฤดูหนาว	-วางแผน ทำกิจกรรมอย่างอื่นแทนในช่วงเวลาที่เคยดื่ม เช่น เดิมเคยดื่มจนดึก ก็ให้ดูทีวีแทน
5. สถานที่ ที่คุ้นเคยต่อการเสพ/ดื่ม หรือ กระตุ้น	-หลีกเลียงไม่ไปพบหลังเลิกงาน เช่น ที่ยวกลางคืน -หลีกเลียงสถานที่ที่ก่อความเครียด เช่น บรรยากาศความขัดแย้ง การทะเลาะวิวาท

ใบกิจกรรม เรื่อง ตัวกระตุ้นภายใน (อารมณ์)
 ทำจนจับคู่ พฤติกรรม และ อารมณ์ ที่สอดคล้องกัน
 โดยนำตัวเลขด้านพฤติกรรม (ตารางด้านซ้าย) มาใส่ให้ตรงอารมณ์ (ตารางด้านขวา)

พฤติกรรม	อารมณ์
1. รู้สึกแน่นในลำคอ กัดฟันแน่น กล้ามเนื้อแขนขา เกร็ง ตัวสั่น ชู ตะคอก คำว่า 2. สับสนไม่มีสมาธิ มองแต่นาฬิกาขณะทำงาน คน เรียกก็ไม่ได้ยิน 3. กระโดดตัวลอย เหมือนถูกรางวัลที่ 1 4. กระวนกระวายใจ ใจสั่นหวิวๆ มือ-เท้าเย็น ปวด ศีรษะ ปวดเกร็งต้นคอ 5. นั่งเงียบไม่พูดกับใคร เพื่อนชวนไปกินข้าวไม่ อยากไป อยากอยู่คนเดียว 6. ว่างาน นั่งนอนอยู่บ้านเฉยๆ 7. นอนไม่หลับ โดนรถชน ขาหัก ต้องกินยาแก้ ปวด หลายเม็ด 8. ทักทายปราศรัยดี แต่พอได้ยินเพลงเศร้า เห็น ไปไม่รุ่งก็ร้องไห้ หรือได้ยินใครพูดไม่เข้าหู ก็คำ ตอบ 9. ปิดประตูบ้านมิดชิด ปิดไฟในบ้านมืด คิดว่ามี คนร้ายสะกดรอยตาม 10. คอยเช็คโทรศัพท์ภรรยาว่าโทรหาผู้ชายอื่น	8...แปรปรวน/ไม่คงที่ ขึ้นๆ ลงๆ1...โกรธ/โมโห/หงุดหงิด/คับข้องใจ/ไม่พอใจ น้อยใจ2....กลัว/กังวล/ไม่มั่นใจ/อับอาย ขายหน้า ...4....เครียด อึดอัดใจ/รู้สึกถูกกดดัน5....เศร้า/เสียใจ/ท้อแท้/สิ้นหวัง/หมดกำลังใจ/ สำนึกผิด/สูญเสีย/ผิดหวัง/ไร้ค่า6...เบื่อ/เซ็ง/เหงา/โดดเดี่ยว/รู้สึกถูกทอดทิ้ง ...10...อิจฉา/หึงหวง9...ไม่สบายใจ เหมือนถูกจับผิด/หวาดระแวง7...รู้สึก เจ็บ/ปวด อย่างหนัก3...ตื่นเต้น/ครี้มใจ/พอใจ/มีความสุข/ดีใจ/สมหวัง

ท่านจงใส่ข้อความ วิธีการจัดการอารมณ์/ความรู้สึกที่เหมาะสมกับตัวท่าน (2)
ใบความรู้ เรื่อง วิธีการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกที่เหมาะสม(1)

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1. ความโกรธ/หงุดหงิด	-ช่วงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด/เลิกเสพยาเสพติดหรือดื่มสุราอาจทำให้ท่านโกรธหรือหงุดหงิด ควรตั้งสติรู้ตัว เพื่อควบคุมอารมณ์ -ควรออกจากสถานการณ์ที่ทำให้หงุดหงิด -ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ -พูดคุยกับผู้ให้การศึกษา/ผู้ที่สนับสนุน
2. รู้สึกเบื่อ/เหงา	-การงดกิจกรรมสังสรรค์ที่มีการเสพ/ดื่มหรืออยู่ห่างจากเพื่อนที่เคยเสพ/ดื่มด้วยกันอาจทำให้ท่านรู้สึกเบื่อ เหงา รู้สึก มีเวลามาก ไม่รู้จะทำอะไร ท่านควรหากิจกรรม ทำให้เพลิดเพลินและเกิดประโยชน์ เช่น ทำงานอดิเรก เรียนเพิ่มเติมในเรื่องที่สนใจ เล่นกีฬา สมัครเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ เป็นต้น
3. ความหิว	-รับประทานอาหารเช้า -ควรจัดเวลาในการรับประทานอาหารให้เป็นเวลาไม่ปล่อยให้หิวเพราะอาจทำให้หงุดหงิดง่าย -เลือกรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์หลีกเลี่ยงการรับประทานกับแอลกอฮอล์ที่เคยรับประทานกับสุราเพราะจะกระตุ้นให้คิดถึงการดื่ม
4. ความเมื่อย/เหนื่อยล้า	-ดื่มน้ำเปล่าดับกระหาย หรือน้ำหวาน -ท่านอาจจะรู้สึกเมื่อย/เหนื่อยจากการทำงานและเคยกล่าวอ้างด้วยการเสพยาเสพติด/ดื่มสุรา ฉะนั้นควรหาวิธีแก้ไขความเมื่อยเหนื่อยด้วยวิธีอื่น เช่น การพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกายให้สม่ำเสมอเพื่อร่างกายมีความแข็งแรง
5. ความเครียด/อึดอัด/ถูกทอดทิ้ง	-การวิธีฝึกหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดคลายเครียด การจินตนาการถึงสถานที่ๆ สวยงาม หรือที่ๆ พอใจ -ออกกำลังกาย จะช่วยให้ได้พักใจ ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง คลายจากอาการของความตึงเครียด -หาอะไรที่ทำแล้วรู้สึกผ่อนคลาย หรือเพลิดเพลิน เช่น อ่านหนังสือ เดินเล่น พุดคุย ปลุกต้นไม้ อาบน้ำ สระผม มองไปรอบ ๆ หรือทำอะไรใหม่ๆ ที่ไม่ก่อให้เกิดผลเสียตามมา

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
6. ความกลัว/กังวล/ไม่มั่นใจ	-ขั้นแรกต้องเข้าใจว่าเราจะไม่สามารถเอาชนะความกลัวได้ถ้าหากไม่เข้าใจว่ากลัวอะไร ขั้นต้นจึงต้องถามตัวเองด้วยคำถามขั้นพื้นฐานว่า อะไรที่เป็นสิ่งที่เลวร้ายที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้น จะเกิดอะไรตามมา และเราจะเอาชนะมันได้อย่างไร -ขั้นต่อมาให้ลองไล่เรียงความกลัวจัดอันดับจากขั้นที่รุนแรงที่สุด แล้วลองดูว่าจะค่อยๆ แก่ สถานการณ์นั้นอย่างไรได้บ้าง อาจจะสมมติสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ คราวนี้ก็มาถึงจุดที่ น่ากลัวที่สุดคือเข้าสู่สถานการณ์จริง เริ่มจากสถานการณ์ ที่ง่ายที่สุดก่อน -มองหาจุดเด่นของตนเอง พร้อมฝึกฝนหรือทำงานที่ช่วยส่งเสริมจุดเด่นนั้น หลีกเลี่ยงการเปรียบเทียบจุดด้อยของตนเองกับผู้อื่น -ทำกิจกรรมสร้างความภูมิใจ และทำให้รู้สึกว่าคุณค่า บอกตัวเองว่าทำได้ ควรพูดให้กำลังใจตนเองอย่างสม่ำเสมอว่า “ทำได้” -อย่ากังวลกับคำพูดของผู้อื่น
7. หวาดระแวง/หูแว่ว	-ยอมรับอาการเจ็บป่วย รับประทานยาตามแพทย์สั่ง เพื่อรักษาอาการ หวาดระแวง หูแว่ว -หากมีอาการมากจนเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ควรมาพบแพทย์ทันที
8. เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ลึนหวัง ไร้ค่า	-ฝึกมองโลกในทางบวก -หาคนที่ไว้วางใจปรึกษา -หากิจกรรมที่จะทำ เพื่อเลี่ยงจากการคิดวนเวียนอยู่กับเรื่องที่เป็นปัญหา เช่น ไม่ไปในที่ที่ทำให้หวนนึกถึงเรื่องทุกข์ใจชั่วคราว ไม่อยู่คนเดียว หรือฟังเพลงเศร้าๆ ที่ยิ่งทำให้เศร้า ไม่ทำในสิ่งที่ยิ่งทำให้เกิดถึงปัญหาทุกข์ใจ
9. อิจฉา หึงหวง	หยุดเปรียบเทียบตัวเองกับคนอื่น แล้วหันมาชื่นชมสิ่งที่ตนเองมีอยู่ -ฝึกใจให้ชื่นชมยินดีที่ผู้อื่นได้ดีหรือได้มากกว่าเรา -สร้างความมั่นใจและเชื่อใจในคู่ครอง

ใบความรู้ เรื่อง การจัดการตัวกระตุ้นภายใน(อารมณ์)

อารมณ์เป็นความรู้สึกอย่างหนึ่ง เกิดขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์มากระตุ้น ทำให้เกิดความอยากรู้อยากเห็น และการจัดการกับอารมณ์ที่เป็นปัญหา แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่ 1 การเตรียมตัวต่ออารมณ์กระตุ้น

เป็นการเตรียมตัวให้รู้เท่าทันต่อความอยากเสพ/ดื่ม นำมาฝึกฝนใช้กับตนเองให้เป็นความเคยชิน จะทำให้เราสามารถรับมือกับอารมณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น

การคิดและเขียนเกี่ยวกับอารมณ์ที่กล่าวมาแล้ว เป็นการทำความเข้าใจถึงสถานการณ์ที่จะนำไปสู่การเสพยาเสพติด/ดื่มสุรา

ขั้นที่ 2 คาดการณ์ถึงผลดีผลเสีย

เมื่อมีความอยากยาเสพติดหรืออยากดื่มสุราเกิดขึ้น ควรหลบออกมาจากสถานการณ์นั้นๆ เช่น งานบวช งานแต่งงาน งานศพ และพยายามคิดถึงผลที่จะเกิดตามมา โดยชั่งน้ำหนักระหว่างผลดีและผลเสีย โดยเน้นถึงเป็นผลดี

ขั้นที่ 3 จัดการกับสิ่งที่มากระตุ้น โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย

1. การขอตัวออกจากสถานการณ์ เป็นการหลีกเลี่ยงออกจากสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่สบาย หรือตึงเครียด โดยใช้การกล่าวคำขอโทษที่ต้องออกมาจากสถานการณ์นั้นๆ เช่นพูดว่า “ขอโทษนะครับ ผมขอตัวไปทำธุระสักครู่ครับ”

2. การหายใจเข้า-ออกลึกๆ เป็นเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดอย่างหนึ่ง ซึ่งเมื่อคนเรามีความรู้สึกโกรธหรืออึดอัดใจ จะมีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายหลายอย่างเช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อมีความตึงตัวมากกว่าเดิม เหงื่อออกมาก ซึ่งเทคนิคนี้ จะช่วยทำให้สามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายโดยอัตโนมัติเหล่านี้ได้ และส่งผลต่อไปถึงความสามารถในการควบคุมปฏิกิริยาความคิดได้อีกด้วย

ขั้นที่ 4 ประเมินตนเองเพื่อชื่นชมและให้อภัยตนเอง

เมื่อสถานการณ์ผ่านไปแล้ว ให้คิดว่า มันไม่เลวนักเสียทีเดียว เราารู้สึกถูกรบกวนเล็กน้อย ซึ่งเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ แต่ควรมีสติ ไม่ควรรู้สึกผิดกับความรู้สึกนี้ และพยายามควบคุมตัวเองให้ได้ แสดงว่าเราได้พัฒนาตัวเราไปอีกหนึ่งขั้นแล้ว

ใบความรู้ เรื่อง ตั้งสติก่อนสตาร์ท

คิดถึงเคล็ดลับที่จะเลิกเสพ / ดื่มได้อย่างต่อเนื่อง ถามตัวเองว่า

1. ฉันกำลังทำอะไรอยู่
2. เราเลิกเสพยาหรือเลิกดื่มมาได้แล้วด้วยความอดสาหัส พยายาม จะยอมให้กลับมาป่วยซ้ำอีกหรือ
3. เจ็บป่วยไม่มีเงิน ใครจะเป็นคนดูแล ใช้เพื่อนเหล่านี้หรือไม่
4. ฉันกำลังสูญเสียแรงจูงใจหรือ เตือนตัวเองให้นึกถึงเหตุผลที่อยากจะเลิกใช้ยาเสพติดหรือเลิกดื่ม

สุรา

5. ฉันต้องการความช่วยเหลือมากกว่านี้หรือ

6. การไปพบหมอก่อนเวลานัด

คำถามทดสอบความรู้ก่อน-หลัง (Pre-Test/Post-Test)

กิจกรรม เรื่อง รู้จักหลีกเลี่ยงจะเสี่ยงน้อยลง

จงใส่เครื่องหมาย/หน้าข้อความที่ท่านคิดว่าถูกต้องและใส่เครื่องหมาย x หน้าข้อความที่ท่านคิดว่าผิด

...../.....1. ถึงแม้ว่าจะมีสถานการณ์ที่เอื้อต่อการเสพยาเสพติดหรือดื่มสุรา แต่เราก็สามารถหาวิธีจัดการกับสถานการณ์ นั้นได้

.....x.....2. ถ้ามีเพื่อนที่เราสนิท ชวนเราเสพยาเสพติดหรือดื่มสุรา แสดงว่าเพื่อนปรารถนาดีต่อเรา

...../.....3. การปฏิเสธการเสพยาเสพติดหรือดื่มสุรากับเพื่อน เราสามารถบอกเหตุผลสั้นๆ กับ เพื่อนได้

...../.....4. การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ จะช่วยให้หยุดความคิดอยากเสพยาเสพติดหรือดื่มสุราได้

...../.....5. เมื่อเงินเดือนออก เรามีโอกาสจะไปเสพยาเสพติดหรือดื่มสุราได้ เพราะเงินเป็นตัวกระตุ้น

กิจกรรมที่ 9 สุราและสารเสพติดเกี่ยวข้องกับโรคจิตเวชอย่างไร

การเกิดโรคร่วมทางจิตเวชในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา/สารเสพติด พบว่ามีหลายทฤษฎีที่พยายามอธิบายลำดับการเกิด แต่ยังไม่พบข้อสรุป ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยสุราเพื่อบรรเทาอาการทางจิตเวชของตนเอง หรือในอีกด้านหนึ่งการดื่มสุราก็เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตเวช เช่น ภาวะซึมเศร้า ดังนั้นควรตระหนักถึงความสำคัญในผู้ป่วยแต่ละราย มีการศึกษาแบบระยะยาวพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงมักดื่มสุรา/สารเสพติดในปริมาณที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความถี่ในการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ ทั้งนี้การติดสุรา/สารเสพติดอาจเป็นสาเหตุของอาการทางจิต ในทางตรงข้ามอาการทางจิตทำให้เกิดการติดสุรา/สารเสพติด อย่างไรก็ตามอาการทั้งสองนี้เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน เพราะมีสาเหตุเดียวกันก็เป็นไปได้

ตัวอย่างโรคจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ดื่มสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1. โรคซึมเศร้าและการดื่มสุรา “เครียด เปื่อ เหงา ดื่มให้หายเศร้า”

โรคซึมเศร้านั้นสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งก่อนและหลังโรคจากการดื่มสุราโดยความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้าและความผิดปกติจากการดื่มสุราสามารถเกิดได้สองทิศทาง คือ โรคซึมเศร้าทำให้ความชุกของปัญหาการดื่มสุรามากขึ้น ในขณะที่เดียวกันการดื่มสุราก็ทำให้ความชุกของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลายคนมักดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดเพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วงแรก แต่การดื่มสุราเป็นระยะเวลานานสามารถทำให้อาการซึมเศร้านรุนแรงมากยิ่งขึ้น และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

2. การพยายามฆ่าตัวตายของผู้มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา

ในประเทศไทยพบว่าประมาณร้อยละ 50 ของการฆ่าตัวตาย มีความเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด (Substance Abuse) ในจำนวนนี้พบผู้ติดสุราประมาณร้อยละ 26 และผู้ที่ดื่มสุรามีความเสี่ยงต่อการพยายาม

ทำร้ายตนเอง 3.7 เท่าของกลุ่มอื่น และยังพบว่าผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุรามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงเป็น 1.7 เท่าของคนที่ไม่ดื่ม และผู้หญิงมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ชาย ส่วนผู้ชายที่ติดสุรามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่าคนที่ดื่มแบบอันตราย แต่กลับพบว่า ในเพศหญิงที่ดื่มสุราแบบอันตรายกลับมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิงที่ติดสุรา ส่วนผู้ติดสุราพบความชุกของความเสี่ยงการฆ่าตัวตายร้อยละ 12.0

3. โรคจิตเภทและปัญหาการดื่มสุรา “กินเหล้าจนเป็นบ้า”

มีหลายการศึกษาที่แสดงถึงการที่ผู้ป่วยใช้สุราและสารเสพติดช่วยในการลดอาการด้านลบของโรคจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 50 ใช้สุราเพื่อลดอาการทางจิตเวช(Negative Symptoms) เช่น ภาวะแยกตัวออกจากสังคม ภาวะอารมณ์เฉย ๆ อารมณ์เบื่อหน่าย ลดความวิตกกังวล ประหม่าในการเข้าสังคม เป็นต้น ผู้ป่วยจึงดื่มสุราเพื่อเข้าสังคมและเป็นการยอมรับของกลุ่มเพื่อน หรือช่วยให้ ผ่อนคลายจากความไม่สบายใจ(Self-medication) ซึ่งเป็นวิธีการแสวงหาความสุขสบายใจอย่างหนึ่งของผู้ป่วย บางครั้งดื่มเพื่อลดอาการผลข้างเคียงจากยาทางจิตเวช และการลดอาการประสาทหลอนของตน

4. โรคอารมณ์แปรปรวนและปัญหาการดื่มสุรา “เมาแล้ว ทะเลาะวิวาท”

โรคอารมณ์แปรปรวน อาจเพิ่มพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดื่มสุรา ในขณะเดียวกันการดื่มสุราเรื้อรัง ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการของโรคอารมณ์แปรปรวนกำเริบบ่อยครั้งขึ้น หรือแสดงอาการทางคลินิกออกมาชัดเจน ในระหว่างภาวะเมาสุรา หรือภาวะถอนพิษสุรา อาการของโรคอารมณ์แปรปรวนแย่ลง ทะเลาะหรือหายจากอาการป่วยช้ากว่าปกติ มีความรุนแรงของอาการและระยะเวลาการแสดงอาการนานขึ้น มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น มีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ความร่วมมือในการรักษาลดลง

5. โรคสมองติดสารเสพติด

ผู้มีปัญหาการดื่มสุราทั้งแบบติดและดื่มแบบอันตราย มีปัญหาใช้สารเสพติดร่วมด้วย ร้อยละ 6.1 ผู้ป่วยจิตเวชซึ่งมีโอกาสติดสารเสพติดสูงถึง ร้อยละ 29 หรือ 2.7 เท่าของคนทั่วไป ในขณะที่ผู้มีปัญหาการดื่มสุราป่วยด้วยโรคจิตเวช ร้อยละ 37 มีปัญหาการติดสารเสพติดมากกว่าแอลกอฮอล์ ทั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีสมมติฐานที่อธิบายการดื่มสุราทำให้เกิดการเสพติดสารเสพติดต่างๆ เรียกว่า “Gateway Hypothesis” เช่น ดื่มสุราร่วมกับการเสพแอมเฟตามีนเป็นต้น และผู้ดื่มสุราที่เริ่มใช้สารเสพติดตั้งแต่อายุยังน้อยร่วมด้วย จะมีโอกาสพัฒนาการป่วยเป็นโรคจิตได้ง่าย

การติดสารกระตุ้นประสาท ทำให้ระบบสารสื่อประสาทโดปามีนผิดปกติ โดยเฉพาะจะมีการเพิ่มของสารโดปามีนและการลดระดับของสารสื่อประสาทที่บริเวณสมองส่วนหน้า ทำให้เกิดอาการตื่นตัวของระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยดังกล่าวใช้สุราหรือสารที่มีส่วนประกอบของแอลกอฮอล์เพื่อช่วยในการนอนหลับ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคทางจิตเวชที่ตนเองเจ็บป่วยและปัญหาการดื่มสุรารวมทั้งการใช้สารเสพติดว่ามีความเกี่ยวข้องกันอย่างไร
2. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปัญหาการดื่มสุราและสารเสพติด ที่ส่งผลต่ออาการทางจิต
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีหลักการคิดและปฏิบัติเพื่อเลิกสุรา/ยาเสพติดที่ได้สำเร็จ

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบความรู้เรื่อง ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช
2. ใบความรู้เรื่อง โรคจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วยสุราและสารเสพติด

ระยะเวลาการดำเนินกลุ่ม 60 นาที

วิธีการดำเนินกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มสร้างความคุ้นเคยด้วยการกล่าวทักทาย แนะนำตัว พร้อมกับอธิบายวัตถุประสงค์ของกลุ่มดังนี้ “สวัสดีครับ กระผม.....วันนี้เป็นกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราและการเสพยาเสพติด จะทำให้พวกเรามีความเข้าใจมากขึ้นว่าทำไม พวกเราบางคนถึงดื่มเหล้าหรือใช้ยาเสพติด และทำไมดื่มเหล้าแล้วทำให้อาการเรากำเริบมากขึ้น และเราจะมาหาวิธีการแก้ไขกันนะครับ แต่วันนี้ก่อนอื่น จะขอให้พวกเราแนะนำตัว ว่าชื่ออะไร มาจากตึกไหน และบอกกติกาในการเข้ากลุ่มครับ”
2. ผู้นำกลุ่มบรรยายตามใบความรู้ เรื่อง ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ใบความรู้เรื่อง โรคจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วยสุราและสารเสพติด พูดถึงสาเหตุการดื่มสุรา การดื่มสุราและเกิดผลกระทบอย่างไรต่อตัวผู้ป่วยบ้าง และเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยอยากเลิกคืออะไรบ้าง
3. เมื่อจบแต่ละเรื่อง ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยสรุปเรื่องราวที่ได้รับ และผู้นำกลุ่มสรุปสาระสำคัญที่ได้
4. ให้ผู้ป่วยทบทวนอาการของตนเอง ว่ามีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวละครบทบาทสมมติอย่างไรบ้าง
5. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุป เรื่องราวที่น่าเสนอ และให้ผู้ป่วยบอกประโยชน์ที่ได้รับผ่านกระดานระดมสมอง

วิธีการประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช ความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด
2. ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องความสำคัญของการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด มีผลต่อโรคจิตเวช
3. ผู้ป่วยรู้ถึงผลของการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติดที่มีต่อโรคจิตเวชโดยมีอาการรุนแรงขึ้นหรือกลับเป็นซ้ำ
4. ผู้ป่วยมีคะแนนแบบทดสอบความรู้หลังกิจกรรมเพิ่มขึ้น

ใบความรู้ เรื่อง ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

สาเหตุของการดื่มสุราและการกลับไปดื่มซ้ำของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

1. ดื่มสุราเพื่อบรรเทาความเครียด
2. ดื่มสุราเพื่อบรรเทาอาการทางจิต เนื่องจากรับประทานยาทางจิตเวชไม่ต่อเนื่อง
3. เริ่มดื่มตั้งแต่อายุน้อยจนติดเป็นเวลานาน
4. การดื่มสุราเพื่อกระตุ้นการคบหาเพื่อนและเข้าสังคม

5. การมีเวลาว่างมากจนกลายเป็นความเหงา
6. บุคลิกภาพอ่อนแอ วุฒิภาวะทางอารมณ์ต่ำ
7. การขาดทักษะในการจัดการหรือแก้ไขปัญหาชีวิต
8. การสูญเสียหน้าที่การงาน มีปัญหาทางเศรษฐกิจสังคม
9. ปัญหาครอบครัว

ตัวอย่างโรคจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1. โรคซึมเศร้าและการดื่มสุรา “เครียด เปื่อ เหงา ดื่มให้หายเศร้า”
2. การพยายามฆ่าตัวตายของผู้มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา
3. โรคจิตเภทและปัญหาดื่มสุรา “กินเหล้าจนเป็นบ้า”
4. โรคอารมณ์แปรปรวน และปัญหาการดื่มสุรา “เมาแล้ว ทะเลาะวิวาท”
5. การใช้ยาเสพติดชนิดอื่นร่วมกับการดื่มสุรา เช่น ยาบ้า กัญชา ยานอนหลับ เป็นต้น

อาการทางจิตที่พบบ่อยของผู้ดื่มสุรา

1. หลงผิด เช่น คิดว่าภรรยามีคนอื่น หรือกลัวคนมาทำร้าย
2. หูแว่ว เช่น ได้ยินเสียงคนเรียกแต่ไม่เห็นตัว เสียงเหมือนคนมาด่าว่า นินทา
3. ภาพหลอน ประสาทหลอน เช่น เห็นผี รู้สึกเหมือนมีแมลงมาไต่ตามตัว
4. วิดกกังวล นอนไม่หลับ
5. หงุดหงิด ก้าวร้าว อาละวาด
6. เบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้า เช่น เห็นไปไม่รุ่งก็ร้องไห้คิดถึงชีวิตตัวเอง รู้สึกไร้ค่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่

คิดฆ่าตัวตาย

7. หลง วัน เวลา สถานที่ หลงลืม ความจำเสื่อมถอย ขาดสมาธิ

สาเหตุที่ผู้ป่วยจิตเวชอยากเลิกดื่มสุรา

1. สมรรถภาพร่างกายเสื่อมถอย กลัวเสียชีวิต
2. อาการทางจิตกำเริบ
3. ครอบครัวไม่มีความสุข
4. การไม่สามารถทำงานได้ “กลัวตกงาน”
5. สังคมไม่ยอมรับ “คนขี้เหล้า”
6. การเคารพและศรัทธาในผู้บำบัดและสถานบำบัด

ตัวกระตุ้น สถานการณ์เสี่ยงและอุปสรรค ในการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเวช

1. ความผิดปกติทางจิต อารมณ์แปรปรวน
2. การขาดแรงจูงใจในการเลิกสุราอย่างแท้จริง

3. ครอบครัวไม่ให้งำลังใจ การพูดจาถากถาง
4. การติดตามเพื่อนหรือเพื่อนชวน
5. คำนิยมเดิมๆ งานรื่นเริง งานบวช งานศพ
6. การขาดความรู้ในการเลิกดื่มสุร่าอย่างปลอดภัย เช่น การหักดิบ บวช รดน้ำมนต์ สาบานที่วัด
7. การอยู่ใกล้สถานที่จำหน่ายสุร่า
8. การมีเงินติดตัวเกินความจำเป็น เงินเดือนออก

หลักการคิดและปฏิบัติเพื่อเลิกสุร่าที่ได้ผลสำเร็จของผู้ป่วยสุร่าที่มีโรคร่วมทางจิต

1. การคิดถึงผลเสียของการดื่มสุร่าที่แท้จริงอยู่เสมอ
2. การสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุร่าอย่างถาวร
3. การตระหนักถึงภาวะความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้น และเข้ารับการรักษาร่วมกับการบำบัดเพื่อเลิกสุร่า
4. ความสุขของคนในครอบครัว
5. สังคมให้การยอมรับ มีงานทำ
6. การฝึกทักษะการปฏิเสธ หลีกเลี้ยง ปรับตัวต่อสภาพแวดล้อม
7. การศึกษาธรรมะ ให้เกิดสติ
8. การทำตัวไม่ให้งำลัง หางานอดิเรก ออกกำลังกาย
9. การพบแพทย์ตามนัด / กินยาตามแพทย์สั่ง รวมทั้งการติดตามโดยทีมสุขภาพอย่าง

เคร่งครัด

10. เครือข่ายผู้เลิกสุร่า การปฏิบัติตัวเพื่อเลิกสุร่าต่อเนื่องหลังบำบัด เช่น การเข้าร่วมกลุ่ม AA

ข้อดีของการบำบัดรักษาในสถานบำบัด

การได้รับยาทางจิตเวชช่วยลดอาการถอนพิษสุร่าและโรคทางจิตเวชควบคู่กัน การมีเจ้าหน้าที่ดูแลใกล้ชิดให้งำลังใจ แนะนำสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ บุคลากรผู้บำบัดให้ความรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สถานบำบัดมีกฎระเบียบเพื่อฝึกทักษะชีวิตที่ปราศจากสุร่า

ใบความ รู้เรื่อง โรคจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วยสุร่าและสารเสพติด

โรคจิตเภท โรคจิตเภทเป็นภาวะความเจ็บป่วยอย่างหนึ่งของมนุษย์ โดยที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรม ความคิด แตกต่างจากบุคคลทั่วไปอย่างมาก

อาการแสดงที่พบบ่อย

มองโลกผิดไปจากความเป็นจริง ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมองโลกผิดไปจากความเป็นจริง ซึ่งแตกต่างจากคนทั่วไป ผู้ป่วยอาจจะมีอาการวิตกกังวล รู้สึกสับสน อาจจะดูเหินห่าง แยกตัวจากสังคม บางครั้งอาจนั่งนิ่งเป็นหิน ไม่เคลื่อนไหวและไม่พูดจาใดๆ เป็นช่วงโง่งงๆ หรืออาจเคลื่อนไหวซ้ำ ทำอะไรซ้ำๆ ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมแปลกๆ อยู่ตลอดเวลา

ประสาทหลอน ผู้ป่วยอาจคิดว่ามีบางสิ่งบางอย่างเกิดขึ้น ทั้งๆ ที่ความจริงไม่มีสิ่งเหล่านั้นเกิดขึ้น เช่น ได้ยินเสียงคนมาสั่งให้ตนทำโน่นทำนี่ ได้ยินคนมาพูดคุยกับตน มาเตือน หรือมาตำหนิในเรื่องต่างๆ ทั้งๆ ที่ความจริงไม่มีคนพูดหรือไม่มีต้นกำเนิดเสียงเหล่านั้นเลย ซึ่งเราเรียกอาการนี้ว่า “หูแว่ว” ผู้ป่วย บางคน อาจมองเห็นคน ผี หรือสิ่งของต่างๆ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วไม่มีสิ่งเหล่านั้นและไม่มีใครเห็นเหมือนผู้ป่วย เราเรียกอาการนี้ว่า “เห็นภาพหลอน”

ความคิดหลงผิด ความคิดหลงผิดเป็นความเชื่อของผู้ป่วยที่ผิดไปจากความเป็นจริงและไม่ได้เป็นความเชื่อในวัฒนธรรมของผู้ป่วย ซึ่งความคิดหลงผิดในผู้ป่วยจิตเภทนี้มักจะแปลกประหลาดมาก เช่น เชื่อว่าพฤติกรรมของเขา หรือของคนอื่น ถูกบังคับให้เป็นไปด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจากต่างดาว เชื่อว่าความคิดของตนแพร่กระจายออกไปให้คนอื่นที่ไม่รู้จักรับรู้ได้ว่าตนคิดอะไรอยู่ หรือเชื่อว่าวิหุหรือโทรศัพท์ต่างก็พูดถึงตัวผู้ป่วย ทั้งๆ ที่ในความเป็นจริงไม่ได้เป็นอย่างนั้น เป็นต้น

ความคิดผิดปกติ ผู้ป่วยจะไม่สามารถคิดแบบมีเหตุมีผลได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยพูดคุยกับคนอื่น ไม่ค่อยเข้าใจ เมื่อคนอื่นคุยกับผู้ป่วยไม่ค่อยเข้าใจก็มักจะไม่ค่อยคุยด้วย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยถูกแยกให้อยู่คนเดียว

การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยมักจะแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเรื่องที่กำลังพูด เช่น พูดว่าตนกำลังถูกบงการร้ายจะถูกเอาชีวิตร ซึ่งขณะพูดก็หัวเราะอย่างตลกขบขัน พบได้บ่อยเช่นกันที่ผู้ป่วยจิตเภทจะไม่ค่อยแสดงสีหน้า หรือความรู้สึกใดๆ รวมทั้งการพูดจาก็จะใช้เสียงระดับเดียวกันตลอด ไม่แสดงน้ำเสียงใดๆ

โรคอารมณ์สองขั้ว โรคไบโพลาร์ หรือโรคอารมณ์แปรปรวนเป็นความผิดปกติทางอารมณ์อย่างหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้อาจมีลักษณะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปมา โดยอาจเป็นอยู่นานเป็นสัปดาห์ หรือหลายๆ เดือนก็ได้ ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ทั้งในด้านการงาน การประกอบอาชีพ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการดูแลตนเองอย่างมาก ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ

อาการระยะแมนี มักเกิดขึ้นเร็ว และเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนมีอาการก้าวร้าว จนญาติจะรับไม่ไหวต้องพามาโรงพยาบาล อาการในครั้งแรกๆ จะเกิดหลังมีเรื่องกดดัน แต่หากเป็นหลายๆ ครั้ง มักเป็นขึ้นมาเองโดยที่ไม่มีปัญหาอะไรมากระตุ้นเลย

อาการด้านอารมณ์ อารมณ์เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ร่าเริงมีความสุข เบิกบานใจ หรือหงุดหงิดง่ายก็ได้

อาการด้านความคิด มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถมากเกินไป เชื่อว่าตนเองสำคัญและยิ่งใหญ่ หรืออาจมีเนื้อหาของความคิดผิดปกติมาก ถึงขั้นว่าตนเองสำคัญหรือยิ่งใหญ่ เช่น เชื่อว่าตนเองมีอำนาจมาก หรือมีพลังอำนาจพิเศษ เป็นต้น ความคิดแล่นเร็ว ผู้ป่วยจะคิดค่อนข้างเร็ว บางครั้งคิดหลายๆ เรื่องพร้อมกัน คิดเรื่องหนึ่ง ไม่ทันจบก็จะคิดเรื่องอื่นทันที บางครั้งอาจแสดงออกมาในรูปของการมีโครงการต่างๆ มากมาย

อาการด้านร่างกาย การนอนผิดปกติไป ผู้ป่วยจะมีความต้องการในการนอนลดลง ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึก่านอนแค่ 3 ชั่วโมงก็เพียงพอแล้ว เป็นต้น

อาการด้านพฤติกรรม พุดเร็วขึ้น เนื่องจากความคิดของผู้ป่วยแล่นเร็ว จึงส่งผลต่อคำพูด ที่แสดงออกมาให้เห็น ผู้ป่วยมักจะพุดเร็ว และขัดจังหวะได้ยาก ยิ่งถ้าอาการรุนแรงคำพูดจะดัง และเร็วขึ้นอย่างมาก จนบางครั้งยากต่อการเข้าใจ วอกแวกง่าย ผู้ป่วยจะไม่ค่อยมีสมาธิอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นาน และความสนใจมักจะเปลี่ยนแปลงไปตามสิ่งเร้าภายนอกที่เข้ามากระตุ้นได้ง่าย การเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น ในผู้ป่วยบางรายจะทำกิจกรรมต่างๆ ตลอดเวลา ทั้งที่ทำงาน ที่โรงเรียน หรือที่บ้าน มีการเคลื่อนไหวเพิ่มมากขึ้นชัดเจน ไม่สามารถอยู่นิ่งๆ ได้ ยับยั้งชั่งใจไม่ได้ ผู้ป่วยเมเนี่ยมมักจะแสดงพฤติกรรมที่เกิดจากการยับยั้งชั่งใจไม่ได้ เช่น ต้มสุรามาก เล่นการพนัน หรือเสี่ยงโชคอย่างมาก ใช้เงินมากขึ้นได้

โรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงชีวิตของคนเราเหมือนกับโรคทางกายอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การเป็นโรคซึมเศร้าไม่ได้หมายความว่าผู้ที่เป็นนั้นจะเป็นคนอ่อนแอ ล้มเหลว หรือไม่มีความสามารถแต่เป็นเพียงการเจ็บป่วยอย่างหนึ่งเกิดได้ทั้งมีสาเหตุ เช่น การสูญเสียการหย่าร้าง ความผิดหวัง และเกิดได้เองโดยไม่มีสาเหตุใดๆ ซึ่งในปัจจุบันโรคนี้สามารถรักษาหายได้ด้วยการใช้ยา การรักษาทางจิตใจ หรือทั้งสองอย่างรวมกัน

อาการด้านอารมณ์ รู้สึกเศร้าใจ หม่นหมอง หงุดหงิด หรือรู้สึกกังวลใจ ไม่สบายใจ ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบข้าง หรือสิ่งที่เคยให้ความสนุกสนานในอดีต รู้สึกผิด สิ้นหวัง หรือรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า

อาการด้านความคิด ไม่มีสมาธิ ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ ความจำแยลงกระวนกระวาย ไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ คิดถึงแต่ความตาย และอยากที่จะฆ่าตัวตาย

อาการด้านร่างกาย น้ำหนักลดลง หรือเพิ่มขึ้น ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป นอนไม่หลับ หรือนอนมากเกินไป ปกติ อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ไม่มีเรี่ยวแรง

ความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นหากพบว่าผู้ป่วยมีโรคจิตเวชร่วม ซึ่งโรคที่พบได้บ่อย คือ โรคซึมเศร้า โดยอาจมีอาการซึมเศร้ามามาก่อน

อาการแสดงที่พบบ่อย มีความเครียด กอดตันทางจิตใจ รู้สึกสิ้นหวัง มีความคิดอยากตาย หรือพยายามลงมือฆ่าตัวตาย

โรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม

โรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคมนี้นับได้บ่อย เกิดขึ้นทั่วไปแม้แต่ในครอบครัวของเรา เกิดขึ้นกับเพื่อนบางคนของเรา ทำให้เราเดือดร้อน มักจะก่อเรื่องให้เกิดความสูญเสียแก่คนอื่น และเกิดความสูญเสียแก่ส่วนรวมอย่างมาก **อาการแสดงที่พบบ่อย** ละเมิดสิทธิของผู้อื่น ไม่มีความรู้สึกผิด ไม่มีความรับผิดชอบ ก้าวร้าว ทำร้ายคนอื่น รั้งแกล้งทำร้าย ทำลายข้าวของสาธารณะ ทำผิดกฎหมาย กติกาของหมู่คณะ หรือกฎหมาย

คำถามทดสอบความรู้ก่อน-หลัง (Pre-Test/Post-Test)

กิจกรรม เรื่อง สุราและสารเสพติดเกี่ยวข้องกับโรคจิตเวชอย่างไร

จงใส่เครื่องหมายถูกหน้าข้อความที่ท่านคิดว่าถูกต้องและใส่เครื่องหมาย x หน้าข้อความที่ท่านคิดว่าผิด

-1. การเสพยาเสพติดหรือดื่มสุรา ทำให้เป็นโรคจิตยาเสพติดหรือติดสุรานั้น แต่ไม่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคจิต
-2. การเจ็บป่วยทางจิต อาจเกิดจากการดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติดก็ได้
-3. คนที่ป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวน ครั่นครั่น บางคนดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติดแล้วทำให้มีอาการมากขึ้น
-4. คนดื่มสุรา มักมีความสุข ไม่ทำร้ายตนเอง
-5. เมื่อท่านเลิกยาบ้าได้ สามารถใช้สุราแทนได้ และทำให้ไม่มีอาการจิตหลอน

กิจกรรมที่ 10 ดูดีได้...ด้วยตัวฉันเอง

ผู้มีปัญหาสุราที่มีโรคทางจิตเวชที่เข้ามาขอรับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่มักมีอาการจิตเวชรุนแรงจนไม่สามารถดูแลด้วยตัวเองได้ ปัญหาที่ยากซับซ้อนซึ่งที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหาครอบครัวและความสัมพันธ์ การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ปัญหาประสิทธิภาพการทำงาน ภาวะตกงาน ปัญหาการจัดการการเงิน การไร้ที่อยู่ ขาดผู้ดูแล การกินยาจิตเวช ไม่สม่ำเสมอ การกลับไปดื่มซ้ำ การเข้านอนในโรงพยาบาลซ้ำจากปัญหาความก้าวร้าวรุนแรง ชี้นำเศร้า ซ้ำตัวตาย ปัญหากฎหมาย โรคติดเชื่อทางเพศสัมพันธ์ การเสริมสร้างแรงจูงใจ การเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง โดยการสร้างกิจกรรมการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วย ดังนี้

1. ระหว่างตนเองและผู้อื่น
2. ระหว่างตัวตนที่แท้จริงกับตัวตนที่หวังไว้
3. ระหว่างตัวตนปัจจุบันและตัวตนในอดีต
4. ระหว่างความปรารถนาที่มีสุขภาพดีและความเสี่ยงต่อสุขภาพในการดื่มสุรา/เสพยาเสพติด
5. ระหว่างค่าใช้จ่ายที่ดื่มสุรา/เสพยาเสพติด และไม่ดื่มสุรา/เสพยาเสพติด
6. ระหว่างชีวิตที่มีปัญหามากมายเนื่องจากการดื่มสุรา/เสพยาเสพติดและความปรารถนาที่จะมีความสุขมากขึ้น

ความสุขมากขึ้น

การดูแลผู้ป่วยโรคร่วมนั้นการศึกษาช่วงหลังที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์อย่างมากที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดการใช้สุราและสารเสพติดได้คือ การจัดการเรื่องการเงิน (Money Management) เนื่องมาจากว่าผู้ป่วยโรคร่วมเหล่านี้ มีปัญหาเรื่องการตัดสินใจ รวมทั้งการวางแผนการใช้จ่ายไม่เหมาะสม แนวคิดนี้จึงสนับสนุนให้มีผู้ดูแลควบคุมการใช้จ่ายเงินทองของผู้ป่วย โดยอาจเป็นญาติให้รายรับแก่ผู้ป่วย หรือพยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีคนคอยดูแลติดตามการใช้จ่ายเงิน เหตุผลการใช้เงิน และการวางแผนการใช้จ่ายเงินในแต่ละสัปดาห์ของผู้ป่วย รวมทั้งมี การติดตามผลด้วยการตรวจระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจหรือตรวจ

ปัสสาวะหาสารเสพติด แต่อุปสรรคพบว่าจำนวนผู้ติดตามผลของโปรแกรม รวมทั้งผู้ที่เป็นผู้จ่ายเงินให้ผู้ป่วยยังมีจำนวนไม่มากนัก ถึงแม้จะมีผู้ร่วมโครงการไม่มากนัก แต่ผลที่ออกมาเป็นที่น่าพึงพอใจเรื่องการหยุดดื่ม รวมทั้งผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเปลี่ยนแปลงแบบแผนการใช้ยาได้สมเหตุสมผลมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจว่าการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมเป็นจุดเริ่มต้นของการเสพยาซ้ำ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง รวมถึงการจัดการกับการเงิน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยบอกถึงการดูแลตนเองในการเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมเรื่อง ดูดีได้ ด้วยตัวฉันเอง

ระยะเวลาในการดำเนินกลุ่ม 60 นาที

วิธีการดำเนินการกลุ่ม

1. เริ่มต้นกลุ่ม อธิบายวัตถุประสงค์ กติกา และแนะนำตัวแก่ผู้ป่วยรวมทั้งให้ผู้ป่วยแนะนำตัวแก่เพื่อนในกลุ่ม
2. สอบถามผู้ป่วยในประเด็นของการดูแลตนเองในช่วงก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ช่วงที่ดื่มและการหยุดดื่ม
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่อง อาการช่วงก่อนดื่มสุรา และช่วงหลังที่หยุดดื่มสุราได้ ประเด็นเรื่องดื่มสุรา/ผู้ติดยาเสพติดมักไม่ค่อยสนใจตนเอง เพราะไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองในช่วงที่ใช้ยาผ่านกระดามระดมสมอง
4. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามการดูแลตนเอง ในใบกิจกรรมเรื่อง ดูดีได้ ด้วยตัวฉันเอง และร่วมอภิปราย ประเด็นสุขภาพและลักษณะภายนอกเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นปัจจัยสำคัญในการเห็นคุณค่าของตนเอง และการที่จะมีสุขภาพแข็งแรงได้นั้น ผู้รับการบำบัดต้องดูแลสุขภาพด้านร่างกายของตนเอง
5. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปเรื่องการดูแลตนเอง ชีวิตประจำวัน เรื่องความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การสื่อสารที่ดี การดูแลที่อยู่อาศัย การเข้ารับบริการสุขภาพ การรับประทานยาต่อเนื่อง การส่งเสริมสุขภาพ
6. ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นสอบถามเรื่อง การใช้จ่ายเงิน เมื่อครั้งตอนใช้สุรา / สารเสพติด ว่ามีลักษณะอย่างไร และแนวทางที่จะจัดการเรื่องการเงินที่มีประสิทธิภาพ
7. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุป ความรู้ที่ได้รับและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามปัญหา

วิธีการประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการดูแลตนเองมากขึ้น

2. ผู้ป่วยบอกได้ถึงการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพ การจัดการประจำวัน ที่ส่งผลต่อการกลับไปดื่มสุรา/ใช้สารเสพติดซ้ำ

3. ผู้ป่วยบอกได้ถึงการจัดการด้านการเงิน

4. ผู้ป่วยมีคะแนนแบบทดสอบความรู้หลังกิจกรรมเพิ่มขึ้น

ใบกิจกรรม เรื่อง ดุติได้ด้วย...ตัวฉันเอง

1. ความเจ็บป่วยทางร่างกายเป็นจุดเริ่มต้นสำหรับการเสพติดซ้ำ

เรามักพูดว่า มันไม่ใช่ความผิดของฉันที่ฉันไม่สบาย ฉันไม่สามารถควบคุมได้ว่าจะเป็นไข้หวัดใหญ่ หรือเป็นไข้หวัด แล้วมันจะเป็นไปได้อย่างไรกัน (ที่ความเจ็บป่วยทางร่างกายของฉันจะทำให้ฉันกลับไปเสพยาอีก)

คุณมีความรู้สึก/หรือคิดอย่างไร ตามข้อความที่กล่าวนี้.....

มีหลายสาเหตุที่คนเราจะมีสุขภาพไม่ดี เช่น

1.1 ตัวเหลือง ตาเหลือง แน่นอึดอัดท้อง

1.2 นอนไม่หลับ หวาดระแวงกลัว รู้สึกอ่อนเพลีย

1.3 หูแว่ว เห็นภาพหลอน

1.4 ฟันผุกร่อน ฟันผุ ฟันร่วงง่าย

เหตุการณ์ต่างๆเหล่านี้ ทำให้คุณอ่อนแอลงกว่าปกติ เมื่อร่างกายอ่อนแอก็จะทำให้จิตใจอ่อนแอไปด้วย การต่อสู้กับปัญหาการเสพติดต้องการกำลังใจที่เข้มแข็งอย่างมาก

2. มีสิ่งใดที่เกิดขึ้นเมื่อคุณรู้สึกไม่สบาย และมีผลกำลังน้อยลง

2.1 ไม่มาพบแพทย์ตามนัด

2.2 การขาดการเข้ากลุ่มบำบัดโดยไม่แจ้งให้ทราบ

2.3 คุณไม่สามารถทำงานได้

2.4 การใช้ยา (รักษาโรค) อย่างผิดวิธีอาจเกิดขึ้นได้ (เช่น ใช้อย่างไม่เหมาะสมมากเกินไป)

ลองคิดว่า หากเหตุการณ์เหล่านี้ทั้งหมดเกิดขึ้นทันทีทันใดไม่ว่าจะนานเท่าใด คุณจะรับมือกับมันได้หรือไม่ แม้ว่า你会รู้สึกเข้มแข็งก็ตาม

3. ผลของสภาพปัญหาข้างต้น ผู้ป่วยจำนวนมากได้พูดถึงช่วงเวลาที่พักเขาเจ็บป่วยไว้ ดังนี้

3.1 มันเป็นเรื่องยากที่จะใช้เวลาที่มีเพิ่มขึ้น เพราะทุกอย่างต้องถูกยกเลิกไปหมด

3.2 การไม่ได้ทำตารางกิจกรรมประจำวันเป็นตัวกระตุ้นหนึ่งที่ทำให้อยากเสพยา

3.3 การนอนอยู่บนเตียงและรู้สึกไม่สบายกระตุ้นเตือนให้พวกเขาคิดถึงช่วงเวลาหลังจาก การดื่ม/เสพยา

3.4 การอยู่คนเดียวตามลำพังเป็นระยะเวลานานเป็นตัวกระตุ้นอย่างหนึ่ง

4. ผู้ติดยา หรือติดสารเสพติดมักไม่สนใจตนเอง

เพราะไม่มีเวลาและพลังเพียงพอที่จะดูแลสุขภาพในช่วงที่ดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด สุขภาพไม่ดีเป็นผลมาจากการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด การดูแลตนเองเป็นปัจจัยสำคัญในการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง คุณจะมี

คุณค่าได้ก็ต่อเมื่อให้ความสำคัญแก่มัน และเมื่อเลิกสุรา/สารเสพติด สุขภาพและลักษณะภายนอกกลายเป็นเรื่องสำคัญเมื่อคุณใส่ใจตนเองมากขึ้น มันเป็นส่วนหนึ่งของการเริ่มต้นรับผิดชอบและนับถือตนเอง

- 4.1 คุณเคยไปตรวจสุขภาพบ้างหรือไม่.....
- 4.2 คุณไปพบทันตแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อไร.....
- 4.3 คุณสนใจที่จะดูแลทรงผม/ตัดผม เพื่อให้ดูดีขึ้นหรือไม่.....
- 4.4 คุณสนใจอาหารที่รับประทานหรือไม่ (เช่น มากไป น้อยไป ไม่มีคุณค่า).....
- 4.5 คุณยังคงสวมเสื้อผ้าเก่าๆ ที่คุณเคยใส่ในช่วงติดยาหรือไม่.....
- 4.6 คุณต้องการตรวจสภาพสายตาหรือการได้ยินหรือไม่.....
- 4.7 การออกกำลังกายแบบใดที่คุณทำเป็นประจำ.....
- 4.8 คุณควบคุมการดื่มกาแฟและสูบบุหรี่ได้หรือไม่.....

5. หากในสัปดาห์หนึ่งๆ คุณมีกิจกรรมหลายอย่างที่ต้องกระทำ คุณควรเลือกกิจกรรมที่สำคัญ

อันดับแรกๆ กระทำก่อนเพื่อให้คุณรู้สึกดีขึ้น จะทำให้คุณมีพลังและสุขใจจากการเลิกเหล้าหรือเลิกยาของคุณ สิ่งแรกที่คุณจะทำเพื่อดูแลตนเองคือ.....

6. ในขณะที่คุณยังดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด การควบคุมการใช้จ่ายเงินทองของคุณมักไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เรามีปัญหาเรื่องการตัดสินใจ รวมทั้งการวางแผนการใช้จ่ายไม่เหมาะสม มักควบคุมการใช้จ่ายไม่ได้ และเสียเงินไปกับการซื้อสุรา ยาเสพติด หากเราต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม เราสามารถเริ่มต้นได้ด้วยการจัดการเรื่องเงิน เช่น จดตารางบันทึกค่าใช้จ่ายในแต่ละวัน รายรับ รายจ่าย และเหตุผลของการใช้จ่ายในแต่ละครั้ง และหาผู้ที่สามารถช่วยให้เราจัดการเรื่องการเงินได้

ในขณะที่คุณยังดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอยู่ การใช้จ่ายเงินของคุณเป็นอย่างไร

.....

คุณคิดว่าถ้าปรับเปลี่ยนการใช้จ่ายได้ คุณจะวางแผนอย่างไรกับการใช้จ่าย

.....

คำถามทดสอบความรู้ก่อน-หลัง (Pre-Test / Post-Test)

กิจกรรม เรื่อง ดูได้...ด้วยตัวฉันเอง

จงใส่เครื่องหมาย/หน้าข้อความที่ท่านคิดว่าถูกต้องและใส่เครื่องหมาย x หน้าข้อความที่ท่านคิดว่าผิด

-1. เมื่อดื่มสุรา/เสพสารเสพติดคนเราจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเองโดยอัตโนมัติ
-2. ช่วงที่ใช้สารเสพติดหรือดื่มสุรา คนเรายังดูแลตนเองได้ดีเหมือนเดิม
- 3. การดูแลตนเองดี ทำให้บุคลิกน่าเชื่อถือ ตัวเราเองก็เกิดความภูมิใจในตัวเอง
- 4. เมื่ออยู่ในภาวะติดสุราหรือติดสารเสพติด ชีวิตที่ขาดการควบคุมมักใช้เงินโดยขาดความรับผิดชอบ
- 5.การดูแลตนเองนั้นนอกจากเรื่องความสะอาดแล้ว ยังรวมถึงการพักผ่อน กินยา การรักษาความสะอาดบ้านเรือนด้วย

กิจกรรมที่ 11 สิบซ่อม...เสริมทักษะชีวิต

พัฒนาด้านทักษะทางสังคม (Social Skill Development) เป็นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ และรักษาความสัมพันธ์ที่ดีต่อครอบครัว สังคม ในการแสดงออกด้วยภาษาท่าทาง ภาษาพูดอย่างถูกต้อง มีกาลเทศะ มีวัฒนธรรมที่ดี การแสดงบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย เป็นต้น อันเป็นการได้ประสบการณ์ในการพัฒนาตนเอง เพื่อทำงานร่วมกับผู้อื่นในสังคมต่อไป **A skill-based Approach Therapy** ได้แก่ ทักษะต่อไปนี้

1. ทักษะทางสังคม (Social Skills) ได้แก่ ทักษะการปฏิเสธ การคบเพื่อนหรือหาเพื่อนใหม่ที่เหมาะสม การรับฟังผู้อื่น การแสดงออกอารมณ์ที่เหมาะสม เป็นต้น ทั้งนี้ความฝึกฝนทักษะต่างๆอย่างสม่ำเสมอทุกวัน

2. การพัฒนาเครือข่ายสังคม Social Network เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้มแข็ง สามารถเลิกดื่มได้ **วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องทักษะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา / ใช้สารเสพติด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นของทักษะทางสังคมต่อการทำหน้าที่ตามบทบาทที่เหมาะสมต่อการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกทักษะทางสังคมที่เหมาะสม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรม สิบซ่อม...เสริมทักษะชีวิต
2. ใบกิจกรรม เหตุการณ์สมมติเรื่อง ตันมะม่วงของใคร
3. ใบความรู้เรื่อง การตัดสินใจ
4. ใบกิจกรรม เหตุการณ์สมมติเรื่อง ทักษะการปฏิเสธ
5. ใบความรู้เรื่อง สิบซ่อม...เสริมทักษะชีวิต

ระยะเวลาการดำเนินกลุ่ม 60 นาที

วิธีการดำเนินการกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายผู้ป่วย สร้างความคุ้นเคย แนะนำตัว บอกกฎระเบียบและข้อตกลงในการเข้ากลุ่ม ชี้แจงกิจกรรมการบำบัดและวัตถุประสงค์ ในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้
2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาและอุปสรรคในการทำหน้าที่ตามบทบาทของผู้ป่วยเพื่อให้เห็นความสำคัญของการอยู่ร่วมกันในสังคมผ่านกระดานระดมสมอง
3. ผู้นำกลุ่มสรุปให้เห็นความสำคัญถึงปัญหาการใช้สุรา ยาเสพติดของผู้ป่วยจิตเวชเป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ตามบทบาทที่เหมาะสมและการอยู่ร่วมกับคนอื่น

4. ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมตามใบกิจกรรม เรื่องสืบทอด...เสริมทักษะชีวิตในแต่ละช่อง โดยผู้นำกลุ่มเป็นผู้อธิบายการบันทึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงตนเองตามหัวข้อ 10 ช่องเสริม...ทักษะชีวิต ผู้นำกลุ่มยกตัวอย่างสถานการณ์เรื่องต้นมะม่วงของใครและเรื่อง การปฏิเสธเพื่อน ให้ผู้ป่วยฟังและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

5. ผู้นำกลุ่มและผู้ป่วยร่วมกันอภิปรายทักษะที่เป็นปัญหาและอุปสรรค ซึ่งจำเป็นต้องปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตามใบความรู้“สืบทอด...เสริมทักษะชีวิต”ผ่านกระดานระดมสมอง

6. ขึ้นสรุปผลการทำกลุ่ม ให้ผู้ป่วยแต่ละคนเลือกทักษะและนำเสนอแบบแผนในการสร้างทักษะที่จำเป็นของตนเองเพื่อเป็นแนวทางในการเปลี่ยนแปลงตนเองให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

วิธีการประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้เรื่อง ทักษะทางสังคมและทักษะชีวิต 10 ข้อ
2. ผู้ป่วยมีความรู้เรื่อง ทักษะทางสังคมและทักษะชีวิตของตนเองว่าควรปรับปรุงเรื่องใดอย่างไร
3. ผู้ป่วยมีความรู้เรื่อง การจัดการปัญหาและอุปสรรคของตน
4. ผู้ป่วยมีคะแนนแบบทดสอบความรู้หลังกิจกรรมเพิ่มขึ้น

ใบกิจกรรม สิบข้อ...เสริมทักษะชีวิต

The diagram is a large circle divided into 10 numbered sections by a vertical line and four horizontal lines. The sections are numbered as follows:

- 1: Top section
- 2: Second section from top, left side
- 3: Second section from top, right side
- 4: Third section from top, left side
- 5: Third section from top, right side
- 6: Fourth section from top, left side
- 7: Fourth section from top, right side
- 8: Fifth section from top, left side
- 9: Fifth section from top, right side
- 10: Bottom section

1. การใช้เวลาอย่างมีคุณภาพ
2. การสื่อสารที่ดี
3. มองเห็นคุณค่าของตัวเอง
4. รู้จักเคารพกฎระเบียบในสังคม
5. รู้จักสิทธิหน้าที่ และความรับผิดชอบของตนเอง และผู้อื่น
6. ฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์
7. เลือกคบแต่กัลยาณมิตร
8. ศึกษาพิษภัยของสุราและสารเสพติด
9. ฝึกทักษะในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ
10. ฝึกทักษะการปฏิเสธสารเสพติด

ใบกิจกรรม เหตุการณ์สมมติ เรื่อง การตัดสินใจ
ใบกิจกรรมเหตุการณ์สมมติเรื่อง มะม่วงของใคร ?
ตอน มะม่วงของใคร?

นายกอล์ฟ เป็นคนที่มีนิสัยทำอะไรไม่มีระเบียบ ทำอะไรง่ายๆไม่ค่อยคิดจากเรื่องที่ผ่านมา แล้วลองมาดูกันซิว่าการตัดสินใจของนายกอล์ฟเป็นอย่างไรกันบ้าง เมื่อนายกอล์ฟต้องเผชิญกับสถานการณ์ ที่จำเป็นต้องใช้การตัดสินใจในครั้งนี้

นายกอล์ฟ อยากหาอาหารว่างเพื่อต้อนรับเพื่อนที่จะมาหาที่บ้านในตอนเย็น บ้านนายกอล์ฟ อยู่ติดบ้านนายแดง โดยมีเพียงรั้วที่สูงระดับอกก้นกลางของบ้านทั้งสองคน ในช่วงระยะ 2 เดือนที่ผ่านมา นายกอล์ฟไม่ค่อยได้พูดคุยกับใคร มัวสนใจแต่เรื่องส่วนตัวของตนเอง และไม่สนใจสภาพแวดล้อมสักเท่าไร วันนี้นายกอล์ฟสังเกตเห็นว่าต้นมะม่วงที่ข้างรั้วมีผลมะม่วงอยู่หลายผล แต่อยู่กับกิ่งที่ยื่นเข้าไปในรั้วบ้านของนายแดงประมาณ 1 เมตร ซึ่งขณะนั้นนายแดงไม่อยู่บ้าน และไม่มีใครอยู่บริเวณนั้นเลย

คำถาม ถ้าท่านเป็นนายกอล์ฟ ท่านจะอย่างไร ?

ใบความรู้ เรื่อง ทักษะการตัดสินใจ

แบบที่ 1 เก็บหรือสอยมะม่วงมาเลยโดยไม่ขออนุญาต

หมายถึง ตัดสินใจแบบ**เฉียบพลันไม่รอบคอบ** คำนึงถึงประโยชน์ที่ตนเองจะได้รับ โดยไม่คำนึงถึงการละเมิดพื้นที่ของผู้อื่น ทั้งนี้ท่านอาจไม่ทราบหรือเข้าใจ กฎ ระเบียบ สิทธิ ขอบเขตของตนเองและผู้อื่น เนื่องจากต้นไม้เมื่อออกผลในพื้นที่ใด จะถือว่าผลนั้นเป็นของเจ้าของพื้นที่นั้น

แบบที่ 2 รขอขออนุญาตจากเพื่อนบ้านก่อน เพราะมะม่วงกิ่งนี้เพื่อนบ้านเป็นเจ้าของ

หมายถึง ตัดสินใจแบบ**รู้จักอดทนรอ ประนีประนอม** และไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น มีการคิดคำนึงถึงข้อดี ข้อเสีย และความยืดหยุ่นไตร่ตรองข้อดี ข้อเสียของการกระทำก่อน

แบบที่ 3 จัดการที่ต้นมะม่วงอาจจะตัดหรือโค่นทิ้งต้นไปเลยเพื่อตัดปัญหา

หมายถึง ตัดสินใจแบบ**ตัดปัญหา** กระทำเกินกว่าเหตุ มิได้คิดจะแก้ปัญหที่รอบคอบ ทำเรื่องเล็กให้เป็นเรื่องใหญ่ แต่คำนึงถึงแต่ประโยชน์ที่ตนเองควรจะได้ เช่น ร่มเงาของต้นมะม่วง

แบบที่ 4 ไม่เอาแล้วมะม่วงผลนี้ ออกไปหาของอย่างอื่น หรือซื้อหาจากที่อื่นมาแทน

หมายถึง ตัดสินใจแบบ**รู้จักหักห้ามใจและมีทางเลือกในการแก้ปัญหา**

ใบกิจกรรม เหตุการณ์สมมติ เรื่อง ทักษะการปฏิเสธ

กอล์ฟ: วันนี้ข้ามียาบ้ามาให้พวกเราได้สูบกันทุกคน เป็กเอาด้วยนะ

เป็ก: ขอโทษที ข้าไม่สูบ ข้าเลิกแล้ว

กอล์ฟ: เอาอีกแล้ว ขวณที่ไรเอ็งไม่ยอมร่วมวงซั๊กที แบบนี้ไม่ใช่เพื่อนกันนี่หว่า

เป็ก: มันไม่ใช่อย่างนั้น สูบยาบ้ามันทำให้ข้าไม่สบาย เดี่ยวต้องเข้าโรงพยาบาลอีก

กอล์ฟ: ไม่เห็นมันจะอันตรายที่ไหน มีแต่จะทำให้สบายขึ้น ลองซักครั้ง สองครั้งไม่เป็นไรหรอก หมอไม่รู้หรอก ข้าซักกราบคุณแล้วนะ ถ้าเอ็งไม่ยอมเล่นยากับพวกเราเอ็งก็ไม่ใช่พวกเรา เลิกคบกันได้แล้ว

เป็ก: ข้าเป็นเพื่อนกับทุกคนเสมอ แต่ถ้าไม่อยากคุยกันเพราะยาบ้า ข้าก็เสียใจ ถ้าเมื่อไรเอ็งเปลี่ยนใจ ข้ายินดี ข้าไม่ถือข้ายังเป็นเพื่อนกับทุกคนเสมอ

คำถาม ถ้าท่านเป็นนายเป็ก ท่านจะอย่างไร ?

ใบความรู้ เรื่อง ทักษะการปฏิเสธ

การปฏิเสธทำได้หลายรูปแบบ พอสรุปได้ดังนี้

1. ปฏิเสธอย่างสุภาพแต่หนักแน่น ไม่มีการลังเลใจ ไม่มีการต่อรอง
2. ปฏิเสธโดยมีข้ออ้างที่ฟังขึ้น
3. ยืนกรานในคำปฏิเสธ ไม่ว่าจะถูกเข้าชี้เท่าไรก็ตาม
4. เมื่อถูกชวนทำในสิ่งที่เสี่ยง ให้เปลี่ยนเรื่องคุย
5. ไม่ให้ความสนใจในคำชวน
6. ให้หลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยง
7. ถ้าไม่รู้จะอย่างไรให้เดินหนีจากสถานที่นั้น
8. ถ้าหลบไม่ทัน เดินหนีไม่ได้ ให้เกาะกลุ่มเพื่อนที่ไม่ดื่มสุราหรือไม่เสพสารเสพติด

ใบความรู้ เรื่อง สิบข้อ... เสริมทักษะชีวิต

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา/สารเสพติด มีความก้าวหน้าถึงขั้นสามารถระบุได้ถึงปัจจัยที่เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุรา/เสพสารเสพติดซ้ำ ดังนั้นหัวใจในการป้องกันการดื่ม/เสพซ้ำอยู่ที่การใช้ทักษะต่างๆที่ตนเองมีอยู่ในการดำรงชีวิตอย่างถูกต้องเหมาะสมและสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข

ข้อเสริมข้อที่ 1 คือ การใช้เวลาอย่างมีคุณภาพ

ปัญหาสำคัญของผู้ติดสุราหรือสารเสพติดคือ การมีเวลาว่างมากเกินไปหรือใช้เวลาในการดื่มหรือเสพยาเกินกว่าที่ตนจะควบคุมได้ ทั้งนี้เนื่องจากขาดทักษะในการใช้เวลาอย่างมีคุณภาพ มีประโยชน์ต่อตนเอง ดังนั้นควรคิดว่าทุกวินาทีมีค่า จึงต้องใช้เวลาร่างๆที่มีให้คุ้มค่า เป็นประโยชน์ เป็น“เวลาคุณภาพ” แม้ไม่ได้หาเงินก็ไม่ควรเสียเงิน เสียสุขภาพโดยไม่จำเป็น

ข้อเสริมข้อที่ 2 คือ การสื่อสารที่ดี

ในสังคมปัจจุบัน ช่องว่างระหว่างบุคคลและช่วงอายุมีมาก ดังนั้นจึงควรใช้การสื่อสารแบบไปกลับสองทาง **หลักเรื่องการสื่อสารทางเดียว** เช่น คิดเอง เออเอง หรือพูดมากกว่าฟังผู้อื่น เป็นต้นควรรู้จักพูด รู้จักฟัง รู้จักออกความเห็น รู้จักวิจารณ์ รู้จักชม รู้จักตำหนิ รู้จักรับรู้ในความรู้สึกของผู้อื่น โดยไม่ควรอภิสทิธิตนว่า “ตนเองป่วยควรได้รับการยกเว้น” หรือต่อหน้ารับฟัง ลับหลังดื้อรั้น เรียกว่าฝึกตนเองให้“พูดกันรู้เรื่อง” หันมาฟังคนอื่น และรับรู้ในความรู้สึกนึกคิดของคนในสังคม

ข้อเสริมข้อที่ 3 คือ ”มองเห็นคุณค่าของตัวเอง”

คนเรามีมุมมองที่ดีต่อตนเอง จะทำให้รู้สึกดีต่อตนเอง คนที่รู้สึกดีต่อตนเองจะมีโอกาส ติดสุราและสารเสพติดน้อยมาก เราสามารถฝึกให้เราเกิดสิ่งดีๆกับตัวเราได้ โดยการฝึกให้มองตนเองในแง่ดี นึกถึงสิ่งดีๆกับตนเอง วันละ 1-2 ข้อ จนติดเป็นนิสัย เช่น คิดดีต่อตนเองว่า เราสามารถหยุดดื่มสุราและเสพสารเสพติดได้ ฝึกให้รู้จักให้กำลังใจตนเองและผู้อื่น ฝึกให้รู้จักมองเห็นข้อดีของคนอื่น

ข้อเสริมข้อที่ 4 คือ รู้จักเคารพกฎระเบียบในสังคม

สังคมที่มีความสงบสุขจะต้องมีกฎเกณฑ์และกติกายอยู่ร่วมกัน กฎควรชัดเจนไม่คลุมเครือ กฎระเบียบเกี่ยวกับสุราและสารเสพติดในสังคมให้ชัดเจน ในฐานะที่เราอยู่ในสังคมร่วมกัน ควรศึกษา เรียนรู้ กฎเกณฑ์ เช่น กฎหมาย กฎระเบียบที่โรงเรียนที่ทำงานให้เข้าใจ รวมทั้งทำให้ผู้ปฏิบัติตามได้ง่าย

ข้อเสริมข้อที่ 5 คือ รู้จักสิทธิหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเองและผู้อื่น

การประพฤติตนในทุกเรื่อง ควรคำนึงถึงสิทธิในการกระทำของตนเองและพึงระวังการละเมิดสิทธิของผู้อื่น ต้องคิดเสมอว่าการกระทำของตนเองนั้น ทำให้ใครเดือดร้อนหรือไม่ ต้องรู้จักหน้าที่และความรับผิดชอบ รู้จักหน้าที่ของลูกที่ดี สามัคคี ปรียาที่ดี เพื่อนที่ดี ฝึกให้รู้จักทำงานร่วมกับผู้อื่น โดยเริ่มจากทำกิจกรรมในสังคมร่วมกัน ฝึกให้รู้จักช่วยเหลือสังคมและผู้ด้อยโอกาสกว่า เป็นการลดความเห็นแก่ตัว ซึ่งจะเพิ่มศักดิ์ศรีของตนเองและยังส่งผลให้ “ดูแลตัวเอง” ในภายหลัง

ข้อเสริมข้อที่ 6 คือ ฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์

ความเครียดและปัญหาทางอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์โกรธ อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย มักเป็นตัวกระตุ้นภายในให้ดื่มสุราหรือเสพสารเสพติด จึงจำเป็นต้องฝึกตนเองให้รู้จักจัดการกับความเครียดและอารมณ์ ฝึกให้รู้ว่าเมื่อไรเครียดหรือมีอารมณ์ไม่ดี รู้ถึงผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม รู้จักหาสาเหตุและฝึกวิธีคลายเครียดและระบายอารมณ์ให้เป็น เราควรรู้จักอ่านความเครียดและอ่านอารมณ์ของผู้อื่น ฝึกให้รู้จัก “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” หมั่นฝึกซ้อมด้วยตนเอง หากพลังพลาดใช้อารมณ์ไม่เหมาะสมกับผู้อื่น ควรตั้งสติฝึกฝนซ้ำๆ ในการสงบจิตใจ รู้จักสำนึกผิด ขอโทษ เพื่อให้เกิดทักษะในการผ่อนคลายความเครียดและระบายอารมณ์ให้เหมาะสม

ข้อเสริมข้อที่ 7 คือ คบหากัลยาณมิตร

ครอบครัวปัจจุบันต่างคนต่างอยู่ ผู้ดื่ม/ผู้เสพนึกเอาเพื่อนเป็นเรื่องใหญ่โอกาสคบเพื่อนผิตมีมาก เราจึงต้องรู้จักกับเพื่อนและสังคมนอกบ้านที่ดี ฝึกให้แยกเพื่อนดีออกจากเพื่อนชั่ว หลีกเลี้ยงเพื่อนไม่ดี รู้จักวิธีการปฏิเสธเพื่อนที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราหรือเสพสารเสพติดอีกจะได้เป็นแนวร่วมปรึกษาและอาจทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ร่วมกัน

ข้อเสริมข้อที่ 8 คือ ศึกษาพิษภัยของสุราและสารเสพติด

ผู้ดื่มสุรา/ผู้เสพสารเสพติดควรได้รับหรือค้นหาความรู้เรื่องผลกระทบของสุราและสารเสพติด ทำให้เรารู้เท่าทันผลเสียเพื่อสร้างความตระหนักรู้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ป้องกันไม่ให้เราเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสุราและสารเสพติดอีก

ข้อเสริมข้อที่ 9 คือ ฝึกทักษะในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ”

การฝึกให้ตัวเอง “คิดเป็น” คือรู้จักแยกแยะปัญหา รู้จักหาทางแก้ปัญหาที่อาจจะเป็นไปได้ รู้จักไตร่ตรองถึงข้อดีและข้อเสีย โดยชั่งน้ำหนักผลกระทบและรู้จักทำการตัดสินใจโดยมีสติปัญญากำกับให้ฝึกทักษะด้านนี้จากชีวิตเมื่อเรารู้สาเหตุของปัญหา เมื่อเราพลาดผิดไปการรู้จักหาสาเหตุและ ยึดไว้เป็นบทเรียน

ข้อเสริมข้อที่ 10 คือ ฝึกทักษะการปฏิเสธสารเสพติด”

โดยทั่วไปผู้ที่พยายามเลิกสุรา/สารเสพติดนั้นควรหลีกเลี่ยงสถานที่เสี่ยงที่มีโอกาสให้ดื่ม/เสพเช่น บ้านเพื่อน งานแต่ง งานบวช งานศพ งานปาร์ตี้ เป็นต้น แต่หากต้องเผชิญกับสิ่งยั่วยุและแรงกดดันให้ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดมักวางตัวไม่ถูก เราต้องฝึกซ้อมกับตัวเองอยู่เสมอ โดยสมมติเหตุการณ์ขึ้น เล่นละครซ้อมบทกันให้สมจริง ใช้เทคนิคปฏิเสธในสถานการณ์เสี่ยงต่าง ๆ

ชีวิตคนเรานั้นมีโอกาสผิดพลาดได้หลายครั้งก็จริง แต่ก็สามารถปรับปรุงแก้ไขได้ ดังนั้นขอให้อย่าท้อถอยต่ออุปสรรคในการฝึกฝน ข้อเสริมทักษะทั้ง 10 ประการ เพื่ออนาคตที่มีความสุขของตนเองและคนรอบข้าง

คำถามทดสอบความรู้ก่อน-หลัง (Pre-Test/Post-Test)

กิจกรรม เรื่อง สิบข้อ...เสริมทักษะชีวิต“

จงใส่เครื่องหมายถูกหน้าข้อความที่ท่านคิดว่าถูกต้องและใส่เครื่องหมาย x หน้าข้อความที่ท่านคิดว่าผิด

-1. ทักษะการตัดสินใจเป็นทักษะที่จำเป็นที่สุดในการเลิกสุราหรือเสพยาเสพติด
-2. ทักษะการจัดการกับอารมณ์ทำให้เราสามารถเข้าใจตนเองและผู้อื่น
-3. การปฏิเสธเพื่อนที่ชวนดื่มสุราหรือเสพยาเสพติด เป็นวิธีที่ถูกต้อง
-4. หน้าที่คือสิ่งที่เราควรทำ ตามบทบาทที่เป็นอยู่
-5. เมื่อเราทำผิดพลาดเล็กๆ น้อยๆ เราไม่จำเป็นต้องขอโทษก็ได้

กิจกรรมที่ 12 ความหวังพลังใจ

ระบบและรูปแบบการรักษาทั้งสองระบบ ได้แก่ โรครจิตเวช และการตีตรารูปแบบขั้นตอนจำเพาะ หรือใช้เทคนิคการบำบัดเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทุกราย ทั้งนี้ให้ความสำคัญในการให้การดูแลบำบัดแบบขั้นต้น (Early Interventions) เพื่อความปลอดภัยจากโรคของผู้ป่วยในขณะนั้น เท่าเทียมกับการฟื้นฟูระยะยาวที่มีระบบการติดตามและดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Recovery Interventions) ทั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะใช้เวลาการรักษาที่ยาวนานมากขึ้น ซึ่งต้องการให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง

การที่บุคคลจะอยู่ร่วมกับภาวะการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังนี้ได้ จะต้องได้รับการช่วยเหลือให้มีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง ดำรงชีวิตอยู่ด้วยความหวังตลอดจนรู้จักรับผิดชอบตนเองเพื่อต่อสู้และอยู่ร่วมกับภาวะการเจ็บป่วยได้อย่างมีความหมายและมีความสุขตามอัตภาพ ความหวัง (Hope) ความหวังเป็นปัจจัยสำคัญของการฟื้นฟูสภาพจิตใจเพราะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้และยอมรับปัญหาการเจ็บป่วยตลอดจนช่วยให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองเพื่อจะได้มีชีวิตที่ดีภายหลังการเจ็บป่วย นอกจากนี้ความหวังยังช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ประสบการณ์สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อการเจ็บป่วยและชีวิตไปในทางที่สร้างสรรค์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการหาส่วนที่ดีและส่วนที่ควรปรับปรุงของตน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงประโยชน์ของการปรับปรุงพฤติกรรมตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า
3. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักตั้งเป้าหมายในชีวิตทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมเรื่อง ต้นไม้ที่ฉันเป็น
2. บทความเรื่อง ฉันคือเพื่อนที่ดีที่สุดของตัวเอง
3. ใบกิจกรรมเรื่อง สัญญาเพื่อพัฒนาตัวฉันเอง
4. ใบความรู้เรื่อง การวางแผนเป้าหมายในการเลิกดื่ม/เลิกเสพแบบขั้นบันได
5. สีเมจิก

ระยะเวลาการดำเนินกลุ่ม 60 นาที

วิธีการดำเนินการกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายผู้ป่วย สร้างความคุ้นเคย แนะนำตัว บอกกฎระเบียบและข้อตกลงในการเข้ากลุ่มชี้แจงกิจกรรมการบำบัด และวัตถุประสงค์ ในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้
2. ผู้นำกลุ่มแจกใบกิจกรรมที่ 1 (กระดาษที่เป็นภาพต้นไม้ที่ไม่มีใบ) ให้ผู้ป่วยคนละ 1 แผ่น
3. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยเขียนสิ่งที่ดี ๆ หรือความสามารถของตนเองในส่วนรากของต้นไม้
4. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยออกมานำเสนอต้นไม้ของตนเอง แก่ผู้ป่วยอื่นได้รับฟัง

5. หลังจากนำเสนอแล้วให้ผู้ป่วยคนอื่นแสดงความคิด ความรู้สึก และมุมมองที่มีต่อคนนำเสนอ (เจ้าของภาพ)

6. ผู้นำเสนอเขียนหรือใส่สัญลักษณ์ที่ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นนั้นลงในส่วนของต้นไม้

7. ผู้นำกลุ่มและผู้ป่วยร่วมกันอภิปรายความรู้สึกที่ได้ขณะค้นหาคุณสมบัติของตนเอง เปรียบเทียบขณะที่แสดงความคิดเห็นต่อผู้อื่น

8. ผู้ป่วยทำกิจกรรมครบทุกคนแล้วให้เปลี่ยนอิริยาบถในท่าที่สบายหลับตาทำสมาธิผู้นำกลุ่มอ่าน หรือ บทความเรื่อง ฉันคือเพื่อนที่ดีที่สุดในชีวิตของตนเอง (ตามบทความฉันคือเพื่อนที่ดีที่สุดในชีวิตของตนเอง)

9. ให้ผู้ป่วยพิจารณาต้นไม้ของตนเองและปรับปรุงตกแต่งเพิ่มเติมหรือแก้ไขพร้อมทั้งตั้งชื่อของต้นไม้ตามความเห็น และความรู้สึกของตนเอง

10. ให้ผู้ป่วยกำหนดผลิตผลต้นไม้ของตนเอง เขียนใบกิจกรรมสัญญาเพื่อพัฒนาตัวฉันเอง โดยให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงตนเอง 3 ช่วงเวลา ดังนี้

ใน 1 วันคุณอยากทำอะไรให้สำเร็จบ้าง

ใน 3 เดือนต้นไม้จะเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง

ใน 1 ปีและตลอดไปต้นไม้ที่สมาชิกตกแต่งและดูแลจะให้ผลิตผลเป็นอย่างไร

เมื่อผู้ป่วยเขียนเสร็จแล้ว ให้เพื่อนผู้ป่วยอีกคนหนึ่งลงชื่อเป็นพยาน

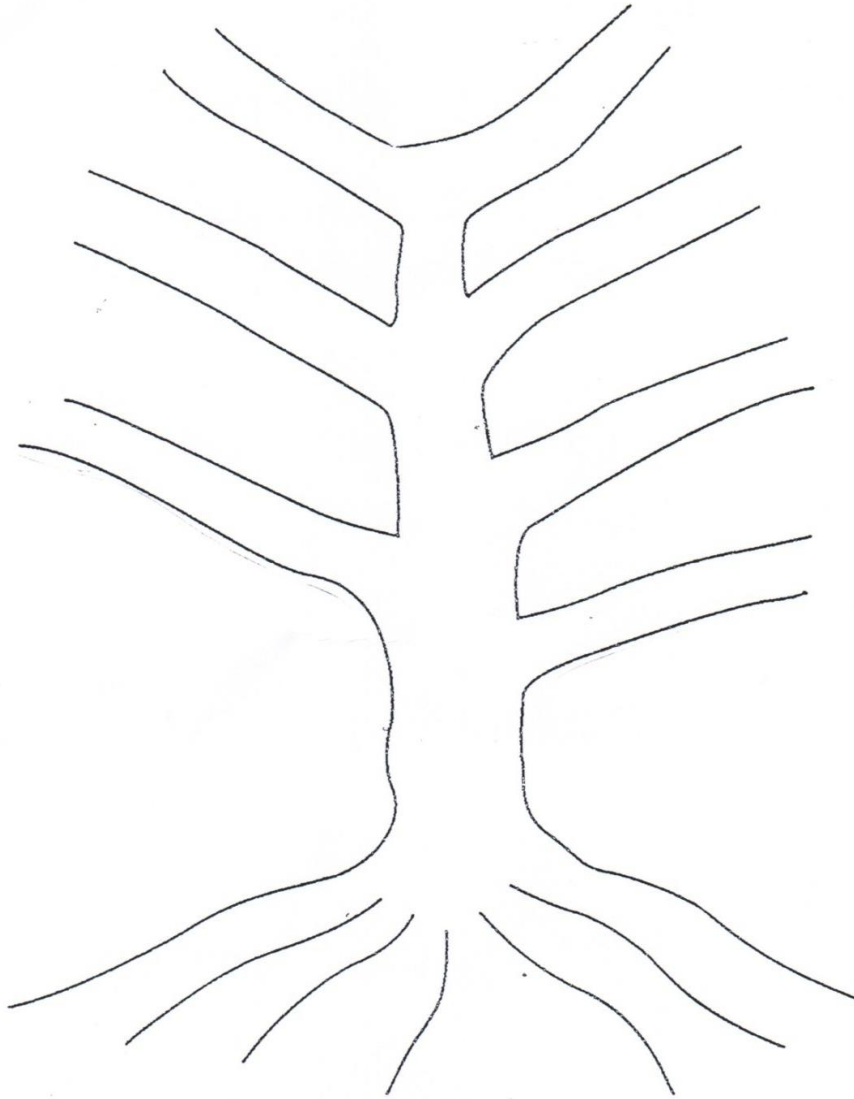
11. ให้ผู้ป่วยแต่ละคนนำเสนอแบบแผนในการดูแลต้นไม้ของตนเองในแต่ละวัน เพื่อเป็นแนวทางและเป้าหมายในการดำเนินชีวิตแต่ละระยะเวลาได้ โดยใช้ภาพต้นไม้เป็นสิ่งที่สะท้อนความคิด ความรู้สึก และคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วยแต่ละคนออกมา ผู้นำกลุ่มและผู้ป่วยช่วยสรุปประเด็น

วิธีการประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้วิธีการหาส่วนที่ดีและส่วนที่ควรปรับปรุงของตนเอง ในการเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง
2. ผู้ป่วยรู้วิธีตั้งเป้าหมายในชีวิตของตนเองทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาวได้
3. ผู้ป่วยรู้วิธี การปรับปรุงและพัฒนาตนเองเพื่อไปสู่เป้าหมายของชีวิต

ใบกิจกรรม เรื่อง ต้นไม้ที่ฉันเป็น

1. จงเขียนสิ่งที่คนอื่นบอก
ว่าฉันควรปรับปรุงตนเอง
2. จงเขียนสิ่งที่คนอื่นบอก
ว่าเป็นส่วนดีของฉัน



ภาพต้นไม้ของฉัน.....

จงเขียนถึง ความสามารถ ความภูมิใจ จุดเด่นของฉัน

ใบกิจกรรม เรื่อง สัญญาเพื่อพัฒนาตัวฉันเอง

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ให้สัญญา” ขอทำหนังสือนี้
ให้ไว้แก่ตนเอง อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... เพื่อเป็นหลักฐานว่า:-

ข้อ 1. ข้าพเจ้าจะตั้งเป้าหมายชีวิตระยะสั้นดังนี้ในแต่ละวันข้าพเจ้าจะทำสิ่งเหล่านี้ให้สำเร็จ

1.
2.
3.
4.
5.

ข้อ 2. เป้าหมายในระยะกลางของข้าพเจ้าที่จะทำให้สำเร็จใน 1 ปี คือเรื่อง.....

ข้อ 3. เป้าหมายระยะยาว และแผนปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปคือ.....

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน ณ วัน เดือน ปี ที่
ระบุข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้ให้สัญญา

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ใบความรู้เรื่อง การวางแผนเป้าหมายในการเลิกดื่ม/เลิกเสพแบบขั้นบันได

วิธีวางแผนเป้าหมายการดื่ม/การเสพ

กรณีสารเสพติดเมื่อท่านตัดสินใจแล้วว่าท่านจะเลิกเสพควรลงมือกระทำทันทีควบคู่ไปกับการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง สามารถจัดการกับอาการและสถานการณ์เสี่ยงที่กระตุ้นได้

กรณีสุรา เมื่อท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเลิกดื่ม ควรลงมือกระทำทันที **ขอให้ท่านกำหนดว่าคุณจะเริ่มตั้งแต่วันไหน และจะดื่ม วันละเท่าใด วันใดบ้างที่คุณจะไม่ดื่มเลย** โดยเขียนเป้าหมายของคุณลงในแบบบันทึกในหน้าถัดไป หลังจากนั้น ให้คุณจดบันทึกการดื่มของคุณเป็นประจำทุกวันติดต่อกัน 4 สัปดาห์ เพื่อตรวจสอบว่าคุณสามารถทำตามที่คุณตั้งใจไว้ได้จริงหรือไม่ หากมีอาการถอนพิษสุราอย่างมาก ควรมาพบแพทย์เพื่อรับประทานยารักษาอาการถอนพิษสุรา

ตัวอย่างแบบบันทึกที่กรอกข้อมูลเพื่อการวางแผนเป้าหมายลดการดื่มสุราแบบขั้นบันได

วันเริ่มต้น วันจันทร์ที่ 1 มีนาคม 2563

สัปดาห์ที่1	เป้าหมาย	ดื่มจริง
วันจันทร์	0	0
วันอังคาร	0	1
วันพุธ	2	2
วันพฤหัสบดี	2	3
วันศุกร์	2	2
วันเสาร์	2	5
วันอาทิตย์	2	6
รวม	10 แก้ว	19 แก้ว

สำหรับผู้บันทึกรายนี้ จะเห็นว่าสามารถเริ่มต้นได้ดีในวันจันทร์ อังคาร และพุธ ส่วนวันถัดมา กลับไม่สามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทำให้ดื่มเกินไปถึง 9 แก้ว

การจดบันทึกเช่นนี้ตลอดเวลา 4 สัปดาห์ จะช่วยให้คุณตรวจสอบการดื่มของคุณได้ง่ายขึ้น ถ้าเห็นว่าดื่มมากเกินไปจะได้ปรับลดได้ทันท่วงที และถ้าทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ก็เกิดความภาคภูมิใจ และมีกำลังใจที่จะดื่มให้น้อยลงต่อไปเรื่อยๆ

บทความเรื่อง “ฉันคือเพื่อนที่ดีที่สุดของตัวเอง”

ชีวิตใหม่ของฉันเริ่มต้นตั้งแต่วันนี้ ฉันเริ่มต้นชีวิตใหม่ด้วยความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ฉันรักตนเอง รักทุกสิ่งทุกอย่างที่ประกอบเป็นตัวฉัน อารมณ์ ความรู้สึก อวัยวะทุกส่วนในร่างกายของฉัน ฉันรู้สึกได้ถึงความรัก ความเมตตาที่ยิ่งใหญ่ที่อยู่ภายในจิตใจเล็กๆของฉันและของทุกคน หายใจเข้า เอาพลังแห่งความรักเมตตาเข้ามาในตัวเรา หายใจออกแผ่ความรัก ความเมตตาให้กับตัวเอง ให้กับคนรอบข้างทุกคน พลังแห่งความรัก ความเมตตา ทำให้ฉันรู้สึกมั่นใจในตนเอง เห็นว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญ และเมื่อฉันมีความรักให้ตนเอง

ฉันได้รู้สึกถึงความรักที่ฉันมีให้กับผู้อื่น พลังแห่งความรัก ความเมตตา ทำให้ฉันมีความสุขอยากแบ่งปันความสุขนี้ให้กับทุกคน ฉันอยากให้ทุกคนในโลกนี้มีความสุขและอยากมีส่วนร่วมทำให้โลกของเราเป็นโลกที่น่าอยู่ขึ้น เมื่อฉันมีความรักให้กับตนเอง ฉันมีความสุขมากขึ้นทุกวัน และฉันอยากแบ่งปันความสุขนี้ให้กับทุกคน ฉันรู้แล้วว่าโลกนี้ไม่มีใครอีกแล้วที่เหมือนฉัน และทำหน้าที่แทนฉันได้อย่างแท้จริง ฉันคือฉัน เธอคือเธอ ทุกคนมีความแตกต่างกัน

ฉันเริ่มรู้สึกถึงความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อตนเอง และเริ่มขจัดความรู้สึกลบต่างๆ ออกจากจิตใจของฉัน แม้ว่าฉันจะยังไม่เป็นคนที่มีสมบุรณ์แบบในทุกๆ ด้าน และบางทีฉันอาจจะไม่มีวันได้เป็นคนที่มีสมบุรณ์แบบในทุกๆ ด้านของชีวิต แต่ฉันก็จะปรับปรุงตัวเองให้ดีขึ้นทุกวัน ฉันเคยทำสิ่งที่ผิดพลาดมาแล้วมากมายและในอนาคตฉันก็อาจจะทำพลาดอีก โดยที่ฉันไม่ได้ตั้งใจ ฉันจะนำสิ่งที่ผิดพลาดเหล่านั้นมาเป็นบทเรียนของชีวิตที่ทำให้ฉันเข้มแข็งขึ้น ปรับปรุงตัวเองได้รวดเร็วขึ้นและช่วยเหลือคนรอบข้างได้มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นอะไรเกิดขึ้นในชีวิตฉัน ฉันก็จะรักตัวเอง มีความรู้สึกที่ดีแก่ตัวเอง ฉันอยากเป็นเพื่อนที่ดีที่สุดของตัวเอง ถ้าฉันไม่เป็นเพื่อนที่ดีที่สุดของตัวเองแล้วใครจะมาเป็นเพื่อนที่ดีที่สุดของตัวเอง ถ้าฉันไม่เป็นเพื่อนที่ดีที่สุดของตัวเอง แล้วใครจะมาเป็นเพื่อนที่ดีที่สุดของฉัน ฉันรักตัวเองมากขึ้นทุกวัน มันเป็นความรู้สึกเช่นเดียวกับคนรอบข้าง ยิ่งฉันมีความรักให้แก่ตนเองมากและคนรอบข้างมากขึ้นเท่าใด ฉันก็ยิ่งมีความสุขยิ่งขึ้นเท่านั้น ฉันมีความสุขมากจริงๆ

ฉันเริ่มเห็นความดีงามและความสามารถต่างๆ ที่มีอยู่ในตัวฉัน ยิ่งย้อนกลับมาศึกษาตัวเองมากขึ้นเท่าใด ฉันก็พบความสามารถที่ซ่อนเร้นอยู่ในตัวฉันมากขึ้นเท่านั้น ฉันแสดงออกถึงความสามารถต่างๆ เหล่านี้มากขึ้น ฉันพัฒนาความสามารถต่างๆ เหล่านั้นไปพร้อมกับนำความสามารถเหล่านั้นมาช่วยเหลือผู้อื่น เมื่อฉันมองเข้าไปในจิตใจเล็กๆ ของฉัน ฉันได้เห็นพลังแห่งความรัก ความเมตตาที่ซ่อนอยู่ในจิตใจเล็กๆ ของฉัน

หายใจเข้าเอาพลังแห่งความรักความเมตตาเข้ามาในตัวเรา หายใจออกแผ่พลังแห่งความรักความเมตตาให้กับตนเอง ให้กับคนรอบข้างทุกคน ฉันรู้สึกถึงการแผ่พลังแห่งความรัก ความเมตตาให้กับตนเอง ให้กับคนรอบข้างทุกคน ฉันรู้สึกถึงพลังแห่งความรัก ความเมตตาที่มีอยู่ในตัวฉันมากขึ้น ฉันพูด คิด และทำแต่สิ่งที่เป็นบวกแก่ตนเองและผู้อื่น ฉันรู้จักให้อภัยแก่ตนเองและผู้อื่น ฉันตั้งใจที่ได้เกิดขึ้นมาเป็นตัวฉัน ฉันบอกกับตัวเองในใจว่า ขอบคุณ ขอบคุณ ขอบคุณ สำหรับการที่ฉันได้เกิดมาเป็นตัวฉัน ฉันเป็นเพื่อนที่ดีที่สุดของตัวเองตลอดไป

กิจกรรมที่ 13 ตาราง...สร้างชีวิต

ความเบื่อ (Boredom) ช่วงที่เลิกสุราและยาเสพติดชีวิตต้องมีกิจกรรมใหม่ๆ และทำต่อไปเรื่อยๆ การมีงานอดิเรก สันทนาการ และความสนใจอื่น ทำให้ชีวิตน่าสนใจ ความเบื่อจะทำให้เฉยชา ความเบื่อจะไม่หายไปเอง จึงต้องหาทางแก้ไข การมีเวลาว่างมากเกินไป เป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดตัวกระตุ้นภายใน คือ ความเบื่อ และเป็นเหตุให้กลับไปสู่วจรการดื่มสุราและเสพยาเสพติดซ้ำ การจัดการตารางเวลาในชีวิตประจำวัน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการใช้เวลาได้อย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราและเสพยาเสพติดซ้ำ A skill-base Approach Therapy ทักษะพื้นฐานในการดำเนินชีวิต เช่น การจัดการความเครียด ความคิดความรู้สึกที่ไม่พอใจ หรือสถานการณ์เสี่ยงที่กระตุ้นให้ดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด (Coping with Unpleasant Emotions) ได้แก่ ทักษะการมีเวลาว่างให้เป็นประโยชน์ (Leisure Skill) การดื่มสุรา/การใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา/สารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีหลายสาเหตุ ดังนั้น จึงต้องมีการส่งเสริมทักษะการมีเวลาว่างให้เป็นประโยชน์ การวางแผนการดำเนินชีวิตให้มีเป้าหมาย เพื่อลดการกลับไปดื่มสุรา/ใช้สารเสพติดซ้ำ และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจการวางแผนการดำเนินชีวิตให้มีเป้าหมาย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ในการป้องกันการกลับไปดื่มสุรา/ใช้สารเสพติดซ้ำ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยกำหนดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์และนำไปปฏิบัติได้

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมเรื่อง แบบวัดความสนใจ
2. ใบกิจกรรมเรื่อง ตารางกิจกรรม
3. ใบกิจกรรม ตามภาพจำลอง

ระยะเวลาดำเนินกลุ่ม 60 นาที

วิธีการดำเนินการกลุ่ม

1. การเตรียมตัวก่อนทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่ม ศึกษาข้อมูลเบื้องต้น ผู้ป่วยร่วมกลุ่มจาก ทีมฯ หรือศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติ (ถ้ามี)
2. ผู้นำกลุ่มแนะนำตัว และให้ผู้ป่วยแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของกลุ่ม
3. ถามผู้ป่วยว่า ในเวลาที่คุณเบื่อหน่าย..คุณชอบทำกิจกรรมอะไรมากที่สุดและเพราะอะไร
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเป็นรายบุคคล
5. ผู้นำกลุ่มกล่าวถึงกิจกรรมอื่นๆที่ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้พูดถึง พร้อมทั้งแนะนำให้ทำแบบวัดความสนใจกิจกรรม

6. ผู้นำกลุ่มชี้แจงให้ผู้ป่วนำกิจกรรมที่ตนเองชื่นชอบ นำมาวางแผนทำกิจกรรมเหล่านั้น ตามตารางกิจกรรมประจำวัน

7. ให้ผู้ป่วนแต่ละคนประเมินโอกาสที่จะเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามตารางกิจกรรมประจำวัน

8. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้ป่วนสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้ากลุ่มนี้

วิธีประเมินผล

1. ผู้ป่วนมีความรู้เรื่อง งานหรือกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง
2. ผู้ป่วนรู้วิธี การวางแผนการทำงาน/กิจกรรมที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของตนได้
3. ผู้ป่วนรู้วิธี การตั้งเป้าหมายชีวิตของตนเองจากการวางแผนการทำงาน/กิจกรรม

ใบกิจกรรมเรือ แบบวัดความสนใจ

ให้ใส่เครื่องหมายถูก / หน้ากิจกรรมที่ท่านชื่นชอบ หรืออยากจะทำในเวลาว่างจากงานประจำ

ทำสวน	สะสมสิ่งของ	อ่านหนังสือ
เก็บกวาดบ้าน	ถ่ายภาพ	งานเครื่องหนัง
ฟังเพลง	ดูทีวี	วาดรูป-ระบายสี
เดินรำ	เข้าค่ายพักแรม	เครื่องบินดินเผา
เล่นเกมสต่อภาพ	นัดพบปะสังสรรค์	งานถักไหมพรม
งานเทศกาล	เล่นเกมสต่อคำ	ว่ายน้ำ
เล่นเกมสคอมพิวเตอร์	เข้ากลุ่มบำเพ็ญประโยชน์	ฟุตบอล
ดูภาพยนตร์	รีดผ้า	ตีกอล์ฟ
เย็บเย็บญาติมิตร	กิจกรรมลูกเสือ/เนตรนารี	เที่ยวกลางคืน
เล่นหมากรุก	การละเล่นพื้นบ้านต่างๆ	ปั่นจักรยาน
ทำกับข้าว	พูดคุยสนทนา	เบตอง
การเดินทางท่องเที่ยว	เย็บผ้า	บริหารร่างกาย
งานเลี้ยง	ซ่อมรถ	ตะกร้อ
การแสดงละคร	รดน้ำต้นไม้	งานฝีมือ/งานประดิษฐ์
เล่นหมากรุกฮอส	ล้างจาน	ปิงปอง
ร้องเพลง	ปั่นรูปจำลอง	วิ่งออกกำลังกาย
เล่นกีตาร์	งานไม้	เขียนหนังสือ
ปลูกต้นไม้	เลี้ยงสัตว์	สวดมนต์
กิจกรรมอื่นๆ (ที่สนใจแต่ไม่มีในรายการ)		
กิจกรรมอื่นๆ (ที่สนใจแต่ไม่มีในรายการ)		
กิจกรรมอื่นๆ (ที่สนใจแต่ไม่มีในรายการ)		

ใบกิจกรรม เรื่อง ตารางกิจกรรมประจำวัน

เวลา	กิจกรรมที่ต้องทำ
01.00 น.-02.00 น.	
02.00 น.-03.00 น.	
03.00 น.-04.00 น.	
04.00 น.-05.00 น.	
05.00 น.-06.00 น.	
06.00 น.-07.00 น.	
07.00 น.-08.00 น.	
08.00 น.-09.00 น.	
09.00 น.-10.00 น.	
10.00 น.-11.00 น.	
11.00 น.-12.00 น.	
12.00 น.-13.00 น.	
13.00 น.-14.00 น.	
14.00 น.-15.00 น.	
15.00 น.-16.00 น.	
16.00 น.-17.00 น.	
17.00 น.-18.00 น.	
18.00 น.-19.00 น.	
19.00 น.-20.00 น.	
20.00 น.-21.00 น.	
21.00 น.-22.00 น.	
22.00 น.-23.00 น.	
23.00 น.-24.00 น.	
24.00 น.-01.00 น.	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติ ลงชื่อ.....พยาน

กิจกรรมที่ 14 อยู่อย่างไร...ให้เข้าใจกัน

เนื่องจากการศึกษาวิจัยหลายเรื่องพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยคือ **ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล** การมีส่วนร่วมของครอบครัวที่เหมาะสม ผลลัพธ์ในการรักษาก็จะออกมาดี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยของผู้ดูแล ความเครียดของผู้ดูแลขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของผู้ป่วย สามารถทำให้เกิดผลกระทบทั้งร่างกายและสุขภาพจิต

เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยมีผลต่อตัวผู้ดูแลด้วยเช่นกัน การเกิดความเครียดในตัวผู้ดูแล ซึ่งอาจส่งผลกระทบถึงการดูแลผู้ป่วยต่อ ดังนั้นการให้ความสำคัญของการบำบัดแบบผสมผสานจึงรวมกับการให้การปรึกษารอบครัวด้วย การประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป หากครอบครัวใดมีปัญหาด้านการสื่อสารทางลบ ซึ่งเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ จำเป็นต้องสอนทักษะการสื่อสารทางบวกให้แก่สมาชิกครอบครัว เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องสามารถใช้ร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่นที่กล่าวมาข้างต้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับผลของยาเสพติดต่อสมอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึง ผลเสียที่เกิดขึ้นในระยะต่างๆ ของการติดยา
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปฏิกิริยาของครอบครัวที่มีต่อตัวผู้เสพยา
4. เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีแรงจูงใจในการร่วมมือและสร้างสัมพันธภาพในการบำบัดใหม่ระหว่างกัน

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมเหตุการณ์สมมติเรื่อง เพื่อนของฉันทื่นยา
2. ใบกิจกรรมเรื่อง ความไว้วางใจ
3. ใบกิจกรรมเรื่อง การแสดงความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว(สำหรับญาติ)

ระยะเวลาการดำเนินกลุ่ม 60 นาที

วิธีการดำเนินการกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มสร้างความคุ้นเคยด้วยการกล่าวทักทาย แนะนำตัว พร้อมกับอธิบายวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ดังนี้ “ สวัสดีครับกระผม.....วันนี้เป็นกิจกรรมกลุ่มที่เน้นสร้างความรู้และความเข้าใจเรื่องการติดสุราและยาเสพติดแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจในตัวผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมงในการทำกิจกรรม” สมาชิกอื่นๆ แนะนำตัว บอกกิตติการอยู่ร่วมกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มบรรยายอิทธิพลของยาเสพติดที่มีผลต่อสมอง

3. ผู้นำกลุ่มอธิบายผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้สุรา/ยาเสพติดในผู้ป่วย รวมถึงปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการติดสุรา/ยาเสพติดในระยะต่างๆ ได้แก่ ระยะเริ่มติดยา ระยะคงเสพยา ระยะหมกมุ่นกับการเสพยา และระยะวิกฤต

3.1 ผู้นำกลุ่มถามคำถาม “ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวที่เกิดขึ้น ในการตอบสนองพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วยในระยะต่างๆของการติดยา”

3.2 ผู้นำกลุ่มถามคำถาม “ความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อสมาชิกครอบครัวแสดงปฏิกิริยาต่างๆในแต่ละระยะ” และให้ครอบครัวและผู้ป่วยทำใบกิจกรรมแสดงความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว

3.3 ผู้นำกลุ่มนำประเด็นความรู้สึกผู้ป่วยที่เกิดขึ้น มาร่วมอภิปรายในกลุ่ม

4. ผู้นำกลุ่มบรรยายเรื่องการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจในระยะต่างๆของการเลิกสุรา/ยาเสพติด และให้ครอบครัวทำใบกิจกรรมเรื่อง การสื่อสารทางบวกในครอบครัว เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องการสื่อสารทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

4.1 ให้ความรู้ครอบครัว เช่น การจัดการเงินทอง การคบเพื่อน การดูแลเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

5. ผู้นำกลุ่มถามผู้ป่วยและคนในครอบครัวเรื่อง ในช่วงที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัด คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง

5.1 ให้สมาชิกครอบครัวแต่ละรายได้เปิดเผยความรู้สึก

5.2 ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปความรู้สึกที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพราะความไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะกลับไปติดยาอีกหรือไม่

5.3 ให้สมาชิกครอบครัวทำใบกิจกรรมเรื่องการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ติดยา

วิธีการประเมินผล

1. ครอบครัวมีความรู้ เรื่อง โรคสมองติดสุรา / ติดยาเพิ่มขึ้น
2. ครอบครัวและผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการสื่อสารทางบวกในครอบครัวที่ถูกต้อง สามารถยกตัวอย่าง การสื่อสารเชิงบวกได้
3. ครอบครัวและผู้ป่วยบอกได้ถึงความรู้สึกของกันและกัน
4. ครอบครัวมีคะแนนแบบทดสอบความรู้หลังกิจกรรมเพิ่มขึ้น

ใบกิจกรรม เหตุการณ์สมมติ เรื่อง เพื่อนของฉันชื่อนายเอ

ฉันมีเรื่องของเพื่อนคนหนึ่งที่จะเล่าให้ฟัง อยากให้พวกเราลองฟังและคิดตามนะ ว่านายเอเป็นคนอย่างไร

เขาชื่อว่า นายเอ เป็นคนที่นิสัยทำอะไรไม่มีระเบียบ นัดก็ไม่เคยมาตรงเวลา อีกอย่างคือ เป็นคนที่มีมือไวมาก เข้าบ้านใครละของหายทุกที แต่มีอยู่วันหนึ่งนายเอเขาโทรมาชวนเราไปเที่ยวนัดเวลา 10.00 น. จะไปดูหนัง

คำถาม

1. พวกเราคิดว่า นายเอ จะมากี่โมง
2. ถ้าคิดว่า นายเอมาสาย เพราะอะไรเราจึงคิดอย่างนั้น
3. ถ้าคิดว่า นายเอ มาตรงเวลา เพราะอะไรจึงคิดว่าเป็นอย่างนั้น

ปรากฏว่า นายเอ มาตามนัดคือ 10.00 น. แล้วเราก็ก็นัดหนังกับนายเอ พอหนังเสร็จนายเอก็ขอเราไปไหว้แม่เราที่บ้าน

4. คิดว่า นายเอ จะไปบ้านเราทำไม
5. อยากให้ นายเอ ไปบ้านไหม เพราะอะไร

เมื่อนายเอ ปรบรั่มมากๆ เราเลยให้นายเอไปบ้านเรา เราจะทำอย่างไร เมื่อนายเอไปบ้านเรา แล้วถ้าเกิดนายเอไปสวัสดี พ่อแม่ เราเฉยๆ แต่ไม่ได้ขโมยของล่ะ เราจะคิดว่านายเอเป็นคนยังไง คราวหน้าเราจะไว้นายเออีกได้หรือไม่

เรื่องนี้พวกเราสรุปได้ว่าอย่างไร

การสร้างควมไว้วางใจให้กลับคืนมา อาจเป็นเรื่องยาก เพราะแต่ก่อนนิสัยเดิมของนายเอ เป็นคนไม่อยู่กับร่องกับรอย นัดแล้วไม่เคยมาตามนัด และเป็นคนมือไว ชอบขโมยของ คนอื่นก็จะมองว่านายเอ น่าจะเป็นอย่างนั้นอีก ซึ่งทำให้เพื่อนๆ ไม่ไว้วางใจ

เราคิดว่านายเอจะต้องทำพฤติกรรมดีๆ สักกี่ครั้งถึงจะทำให้เราไว้วางใจได้

เรื่องนี้ให้แก่วัดกับตัวพวกเราอย่างไร

บทสรุป

การจะสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นได้นั้น ต้องอาศัยระยะเวลาที่เราทำพฤติกรรมนั้นให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง อดีตที่ผ่านมา เราอาจเคยทำเรื่องที่ผิดพลาด น่าเสียใจ จนคนรอบข้างตัวเราเกิดความไม่ไว้วางใจเรา พวกเขาคิดแบบนั้น เราก็อย่าเพิ่งโกรธเขา แต่ถ้าเราคิดจะเปลี่ยนตัวของเราใหม่ เราก็ควรเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง ทำดีอย่างต่อเนื่อง แล้วสักวันคนเหล่านั้นจะเชื่อในตัวเราเอง ว่าเราสามารถเปลี่ยนเป็นคนใหม่ได้จริงๆ อย่าเพิ่งท้อ

ใบกิจกรรม เรื่อง ความไว้วางใจ

โปรดตอบคำถามต่อไปนี้

1. การติตสุรา หรือเสพยามีผลต่อความไว้วางใจระหว่างคุณกับคนที่คุณรักหรือคนในครอบครัวหรือไม่ เพราะอะไร.....
2. เคยมีบางคนแสดงความไม่ไว้วางใจคุณ จนอยากให้คุณไปดื่มเหล้าซ้ำ หรือใช้ยาจริงๆบ้างหรือไม่ ถ้ามี โปรดบอกเหตุการณ์.....
3. ถ้ามีคนสงสัยว่าคุณยังกินเหล้าหรือยังใช้ยาอยู่ คุณจะอย่างไร
.....
4. คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อคนอื่นไม่ไว้วางใจคุณ
.....
5. คุณจะอย่างไรเพื่อให้คนอื่นไว้วางใจคุณ
.....

ใบกิจกรรม เรื่อง การแสดงความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว (สำหรับญาติ)

ชื่อญาติ.....เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย
ชื่อผู้ป่วย.....

โปรดตอบคำถามดังต่อไปนี้

- * ความคิดและความรู้สึกที่ท่านมีต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

.....
.....



ตัดครึ่ง

ใบกิจกรรม เรื่อง การแสดงความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว (สำหรับผู้ป่วย)

ชื่อผู้ป่วย.....

โปรดตอบคำถามดังต่อไปนี้

ความต้องการที่ท่านอยากได้จากครอบครัว

.....
.....

ใบความรู้ เรื่อง ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยหลังการรักษา

การสนับสนุนทางสังคมกับการหยุดยั้งของผู้ติดเชื้อ/สารเสพติดพบว่า สมาชิกในครอบครัวคือ ผู้ที่มีบทบาทหลักในการสนับสนุนให้หยุดดื่ม/หยุดเสพ โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์ ตัวผู้ดื่ม/ผู้เสพเองรับรู้ได้ว่ายินดี ได้รับกำลังใจ เป็นห่วงตักเตือน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดเชื้อ/สารเสพติด หยุดดื่ม/หยุดดื่มได้นานขึ้น

การบำบัดรักษาผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยผ่านการบำบัดรักษาแล้ว ครอบครัว คือ บุคคลสำคัญที่ต้องดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยกลับไปอาศัยอยู่กับครอบครัว การเรียนรู้และปรับตัวของครอบครัวต่อผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งเพราะจะเป็นสิ่งที่ทำให้ครอบครัวสามารถรับรู้ได้ถึงความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วย

การดูแลของครอบครัวที่สนับสนุนให้การสื่อสารทางบวก

1. การยกย่องและยอมรับ ผู้ป่วยต้องการให้ครอบครัวพูดดีๆ ไม่เสียดสี ดุด่า ต้องการให้ครอบครัวเลิกพูดถึงอดีตที่ผิดพลาด และผู้ป่วยมีความต้องการให้ครอบครัวยกโทษให้กับเรื่องที่ผ่านมา เนื่องจากครอบครัวมีความเข้าใจในความรู้สึกและลักษณะของผู้ป่วยสุราที่มีจิตใจอ่อนแอ มักพึ่งพาผู้อื่น ต้องการให้ผู้อื่นดูแลเอาใจใส่ ยกย่องยอมรับ ซึ่งครอบครัวรู้ว่า คำพูดและการปฏิบัติลักษณะใดที่ผู้ป่วยต้องการและสิ่งใดผู้ป่วยไม่ต้องการ

2. การเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ของผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ป่วยต้องการเป็นคนดีของครอบครัว ต้องการทำให้ครอบครัวมีความสุข และผู้ป่วยต้องการดำเนินชีวิตปกติสุขเช่นคนทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากหน้าที่ผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัว ผู้ป่วยต้องการปรับตัวเข้ากับครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ทำให้ครอบครัวได้เห็นความพยายามในการแสดงออกถึงความรู้ความสามารถด้วยการประกอบกิจกรรมต่างๆ ที่ดี ช่วยเหลือครอบครัวและสังคม

3. ความรักและความรู้สึกเป็นเจ้าของ ผู้ป่วยต้องการกำลังใจจากครอบครัว ต้องการให้ครอบครัวแสดงความรัก ความห่วงใย และผู้ป่วยต้องการให้ครอบครัวแสดงความเอาใจใส่ เนื่องจากครอบครัวมีความสัมพันธ์รักใคร่ช่วยเหลือกันดี และมีบทบาทเป็นมารดา สามี/ภรรยา และเป็นบิดา ซึ่งจากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะบอกหรือแสดงพฤติกรรมเกี่ยวกับความต้องการดังกล่าวให้ครอบครัวรับรู้ได้ดี บุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้ดูแลหลังการบำบัดรักษาคือครอบครัวหรือญาติ ซึ่งผู้ป่วยต้องพึ่งพาอาศัยและใช้ชีวิตร่วมกัน โดยจะมีการสื่อสารหรือปรึกษาหารือกับมารดา บิดาและคนใกล้ชิด ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ครอบครัวสามารถรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้มาก

4. ความปลอดภัย ผู้ป่วยต้องการโอกาสเริ่มต้นชีวิตใหม่ที่ปลอดสุรา/ยาเสพติด ต้องการให้ครอบครัวอยู่ด้วยความปรองดองไม่ทะเลาะกัน เนื่องจากภายหลังจากการบำบัดรักษา ครอบครัวได้เห็นการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตใหม่ที่แตกต่างจากก่อนการบำบัดรักษา พยายามละเว้นสุรา/สารเสพติด พยายามทำงานทำที่แสดงให้เห็นว่า ตนนั้นกลับมามีค่าอีกครั้งหนึ่ง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสุรา/สารเสพติดได้เพราะ

ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี มีความรัก ความอบอุ่น ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ประสบความสำเร็จหลังการบำบัดรักษาไม่สามารถเลิกได้ เพราะความสัมพันธ์ในครอบครัวแตกแยก ไม่ปรองดองและมีความตึงเครียด

ครอบครัวกับดูแลเรื่องการกินยา

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชนั้น เมื่อเกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกของพฤติกรรมและอารมณ์ การรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยอาจมีอาการหลายอย่างแตกต่างกันออกไป โดยผู้ป่วยจำนวนมากจะมีอาการของโรคจิตที่ชัดเจน

การพบแพทย์ตามนัด/กินยาตามแพทย์สั่ง รวมทั้งการติดตามโดยทีมสุขภาพอย่างเคร่งครัด

จากการที่ผู้ให้ข้อมูลเคยเจ็บป่วยจากการติ่มสุรา จนต้องเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล แพทย์พยาบาลที่ดูแลรักษาได้อธิบายถึงสาเหตุความเจ็บป่วยที่มาจากการติ่มสุรา แนะนำให้เลิกติ่ม หากกลับไปติ่มจะมีผลต่อร่างกายและทำให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้น ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาก่อน ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกกลัวไม่อยากเจ็บป่วยอีก เพราะทราบถึงผลของการเจ็บป่วยที่รุนแรง ทุกข์ทรมานมาแล้วจึงอยากเลิกสุรา

ครอบครัวกับการฝึกวินัย มีหน้าที่รับผิดชอบ ใช้เวลาว่างอย่างมีประโยชน์

การสร้างตารางเวลา การจัดให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทำระหว่างที่เริ่มต้นหยุดติ่มสุราจะช่วยให้ผู้ป่วยมีแผนการจัดการเวลาที่ดี และกระตุ้นให้ใช้เวลาว่างที่เกิดประโยชน์แทนการติ่มสุรา

ครอบครัวกับการให้เงินคนไข้ การให้รางวัลไม่ควรให้เงิน เพราะเงินเป็นส่วนสำคัญที่กลับไปใช้ซ้ำ

ควรมีการวางแผนการใช้จ่าย จัดทำตารางการใช้จ่ายเงินในแต่ละวันให้ผู้ป่วยบันทึก ไม่ควรให้เงินผู้ป่วยติดตัวไว้มากๆ เพราะทำให้เป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้กลับไปติ่มสุราซ้ำได้

ภาคผนวก ค ประวัติผู้วิจัย

1. ชื่อ-สกุล	นายนิมิต แก้วอาจ
วัน เดือน ปี เกิด	วันที่ 14 มีนาคม 2508
ที่อยู่	135/572 หมู่ที่ 7 ตำบล เมืองเก่า อำเภอ เมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2529	ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พ.ศ. 2536	ปริญญาบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2538	ปริญญาบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พ.ศ. 2544	ประกาศนียบัตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต
พ.ศ. 2549	ปริญญาบัตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
สถานที่ทำงาน	กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
2. ชื่อ-สกุล	นายสุริยา ศิริสุข
วัน เดือน ปี เกิด	วันที่ 20 พฤษภาคม 2529
ที่อยู่	100 หมู่ที่ 6 ตำบล กระสัง อำเภอ สดัก จังหวัด บุรีรัมย์ 31150
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2552	ปริญญาบัตรพยาบาลบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร
พ.ศ. 2558	ประกาศนียบัตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
พ.ศ. 2562	ปริญญาบัตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
สถานที่ทำงาน	กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

3. ชื่อ-สกุล	นางสาวนุจรินทร์ บัวละคร
วัน เดือน ปี เกิด	วันที่ 12 มีนาคม 2517
ที่อยู่	33 หมู่ที่ 8 ตำบล ท่ากระเสริม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น 40140
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2539	ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
พ.ศ. 2549	ปริญญาบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2555	ประกาศนียบัตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต
พ.ศ. 2560	ปริญญาบัตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
สถานที่ทำงาน	กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
4. ชื่อ-สกุล	นายภาณุรัตน์ ศรีมงคล
วัน เดือน ปี เกิด	วันที่ 26 สิงหาคม 2533
ที่อยู่	75 หมู่ที่ 8 ตำบล ยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 46120
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2556	ปริญญาบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
พ.ศ. 2558	ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะสาขาผู้สูงอายุและสารเสพติด สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์
พ.ศ. 2562	ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต
สถานที่ทำงาน	กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ชื่อโครงการ : ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ
ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท

รหัสโครงการ : 001/2563

หัวหน้าโครงการ : นายนิมิต แก้วอาจ

หน่วยงานที่สังกัด : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เอกสารที่รับรอง

1. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยสำหรับอาสาสมัคร
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่รับรอง : 7 กุมภาพันธ์ 2563

วันที่หมดอายุ : 7 กุมภาพันธ์ 2564

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้ผ่านการพิจารณาแล้ว และเห็นว่าไม่มีการ
ล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ร่วมวิจัย จึงเห็นสมควร ให้ดำเนินการวิจัยใน
ขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ ภายในระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่วันที่ออกหนังสือรับรองฉบับนี้

หนังสือออกวันที่ 7 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

(นางชนันฐา สนแท้)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

(นายณัฐกร จำปาทอง)

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์)



บันทึกข้อความ

รับที่...
วันที่...
วันที่...
วันที่...

ส่วนราชการ...งานบริหารงานผู้ช่วยนอก...กลุ่มภารกิจบริหารงาน...รพ.จิตเวชขอนแก่น...ราชชนครินทร์
ที่...รพจ. 18 / 340-รพจ. 09/2841...วันที่ 9 กรกฎาคม 2563

เรื่อง...ขออนุญาตเผยแพร่ผลงานวิจัย

เลขรับ...
วันที่...
เวลา...

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์

ด้วยข้าพเจ้านายนิมิต แก้วอาจ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการและคณะ ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ นั้น

ข้าพเจ้าและคณะได้จัดทำรายงานผลการศึกษาดังกล่าวเสร็จเรียบร้อยแล้ว มีความประสงค์ขออนุญาตเผยแพร่ผลงานวิจัย ณ ห้องสมุดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ ห้องสมุดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และ ห้องสมุดวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจได้ศึกษาค้นคว้าต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(นายนิมิต แก้วอาจ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(นายณัฐกร จำปาทอง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์

- 9 ก.ค. 2563



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โทร. ๐-๔๓๒๐-๙๙๙๙ โทรสาร ๐-๔๓๒๒-๔๗๒๒
ที่ สจ.๐๘๓๕.๙/ พิ.๗๖ วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ผลงานวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ตามที่ นายนิมิต แก้วอาจ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และคณะ ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ นั้น

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ขออนุญาตเผยแพร่ผลงานวิจัยดังกล่าว จำนวน ๑ เล่ม เพื่อประโยชน์ต่อผู้สนใจได้ศึกษาค้นคว้าต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(นายณัฐกร จำปาทอง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ที่ สธ ๐๘๓๕.๙/ พิ ๑๗



โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๐

๕

กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่รายงานการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายงานการวิจัย

จำนวน ๑ เล่ม

ตามที่นายนิมิต แก้วอาจ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และคณะ ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ นั้น

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ขออนุญาตเผยแพร่ผลงานวิจัยดังกล่าว จำนวน ๑ เล่ม เพื่อประโยชน์ต่อผู้สนใจได้ศึกษาค้นคว้าต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายณัฐกร จำปาทอง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กลุ่มภารกิจโรงพยาบาล

โทร ๐ ๔๓๒๐ ๙๙๙๙ ต่อ ๖๓๒๐๘ , ๖๓๒๐๙

โทรสาร ๐ ๔๓๒๒ ๔๗๒๒

ที่ สธ ๐๘๓๕.๙/ กิ๑๒



โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๐

๕ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่รายงานการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายงานการวิจัย จำนวน ๑ เล่ม

ตามที่นายนิมิต แก้วอาจ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และคณะ ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ นั้น

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ขออนุญาตเผยแพร่ผลงานวิจัยดังกล่าว จำนวน ๑ เล่ม เพื่อประโยชน์ต่อผู้สนใจได้ศึกษาค้นคว้าต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายณัฐกร จำปาทอง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กลุ่มภารกิจโรงพยาบาล

โทร ๐ ๔๓๒๐ ๙๙๙๙ ต่อ ๖๓๒๐๘ , ๖๓๒๐๙

โทรสาร ๐ ๔๓๒๒ ๔๗๒๒