

การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ  
สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

The Develop of Motivational Enhancement Group Therapy Program  
for Schizophrenic Patients with  
Alcohol Use Disorders  
(GMET Alcohol)

ไพรวลัย ร่มซ้าย  
ปรารธนา คำมีสินนท์  
ศิริพร ธงยศ

กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์  
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2568

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยและพัฒนา เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรารั้งนี้ สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความร่วมมือจากบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย

คณะผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อ นพ. อาทิตย์ เล่าสูอังกูร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ได้ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

คณะผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณาช่วยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ พญ. ศิริกุล ใจเกษมวงศ์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผศ. ดร. ชูชาติ วงศ์อนุชิต อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และ พว. ประคอง นาโพหนั่น พยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ผู้ใหญ่) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ขอขอบคุณที่มอบเวลาให้ช่วยตรวจสอบคุณภาพและให้การสนับสนุนช่วยเหลือตลอดระยะเวลาในการเก็บข้อมูลของการศึกษา ขอขอบคุณอาจารย์วัชนี หัตถพนม ข้าราชการบำนาญ ที่ให้คำชี้แนะในการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

สุดท้ายนี้ ประโยชน์และคุณค่าที่ผู้อ่านได้รับจากการวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบคุณงามความดีทั้งหมดให้แก่บิดา มารดา ครู อาจารย์ ตลอดจนผู้มีพระคุณของผู้วิจัยทุกท่าน

คณะผู้วิจัย

พฤษภาคม 2568

การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา  
ไพรวลัย รมช้าย, ประรณนา คำมีสินนท์, ศิริพร ธงยศ  
พ.ศ. 2568

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อปริมาณการดื่มสุรา และอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

**วิธีการศึกษา** วิธีวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน 1) วิจัยและพัฒนาโปรแกรมต้นแบบ ได้แก่ ศึกษาสภาพการณ์ พัฒนาโปรแกรม ศึกษาความน่าเชื่อถือ และปรับปรุง 2) ทดลองใช้โปรแกรม โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มมีการวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองเพื่อรับการบำบัดตามโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มละ 16 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต้นแบบ แบบบันทึกการดื่มสุรา และแบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ และ 3) สรุปผลการทดลองและเผยแพร่นวัตกรรม

**ผลการศึกษา** โปรแกรมมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความถามและวัตถุประสงค์ เท่ากับ 0.82 ประกอบด้วยการบำบัดรายกลุ่มสำหรับผู้ป่วย 5 ครั้ง การบำบัดรายบุคคลพร้อมญาติ 3 ครั้ง การประเมินผลในระยะติดตาม 1 และ 3 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีปริมาณการดื่มสุรา และอาการทางจิตลดลงมากกว่าก่อนทดลอง และแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**สรุป** โปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เหมาะสมต่อการใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา และสอดคล้องบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชที่รับผู้ป่วยไว้รักษาระยะสั้น จึงเป็นทางเลือกที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเภท

**คำสำคัญ:** การดื่มสุราแบบมีปัญหา การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ป่วยโรคจิตเภท

## The Develop of Motivational Enhancement Group Therapy Program for Schizophrenic Patients with Alcohol Use Disorders (GMET Alcohol)

Praiwan Romsai, Prattana Khummeeseenon, Siriporn Thongyot.

Year: 2050

### Abstract

Objective of this study to develop and examine the effects of Motivational Enhancement Group Therapy Program to alcohol used and psychotic symptoms in Schizophrenic Patients with Alcohol Use Disorders. (GMET Alcohol).

Research method was divided into 3 phases. 1) Research and development of prototype consists of study the situation, developing a prototype, validity study and improving the prototype. 2) Experiment with two group and repeated measure design. in samples of 32 schizophrenia patients with alcohol use disorders. Selected 16 cases to receive GMET Alcohol program and 16 control to treatment as usual. The instruments included GMET Alcohol programs, Time line follows back, brief psychotic rating scale. The data were analyzed by descriptive statistic and repeated measure ANOVA. 3) Summarizing the results and distributing the innovation.

The results of Item-Objective Congruence Index of GMET Alcohol program was 0.82, together with 5 groups and 3 individual treatments. It was found that during the follow-up phase of 1 and 3 months the Time line follows back decreases, brief psychotic rating scale decreases than received the program, and statistically significantly different than those in the control group at the level of .05.

Conclusion: The GMET Alcohol is suitable for treating schizophrenia patients with alcohol use disorders, appropriated with psychiatric hospital context. It is a choice to alcohol reducing.

**Keywords:** alcohol use disorders, motivational enhancement therapy, schizophrenia

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ซ
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	<b>1</b>
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย	7
นิยามคำศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	9
<b>บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	<b>10</b>
โรคจิตเภท	10
ภาวะโรคจิตเวชร่วมผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา	18
บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา	26
การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	27
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	35
กรอบแนวคิดในการวิจัย	39
<b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัยและพัฒนา</b>	<b>41</b>
ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยและพัฒนาต้นแบบ	42
การศึกษาสภาพการณ์ การวิเคราะห์ปัญหา และการประเมินความต้องการจำเป็น (R1)	42
การพัฒนาโปรแกรมบำบัดต้นแบบ (D1)	47
การตรวจสอบประสิทธิภาพโปรแกรมบำบัดต้นแบบที่พัฒนาขึ้น (R2)	54
การปรับปรุงโปรแกรมบำบัดต้นแบบให้เหมาะสมกับบริบทและตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย (D2)	55

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ขั้นตอนที่ 2 การทดลองใช้นวัตกรรม	55
การทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น (R3)	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	58
การเก็บรวบรวมข้อมูล	61
การวิเคราะห์ข้อมูล	62
ระยะเวลาในการศึกษา	62
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	62
<b>บทที่ 4 ผลการศึกษา</b>	<b>64</b>
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	64
ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิตของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	68
ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิต ของกลุ่มทดลอง	70
ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการการดื่มสุราและอาการทางจิต ของกลุ่มควบคุม	72
ตอนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการการดื่มสุราและอาการทางจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	74
ตอนที่ 6 การกลับไปดื่มสุราซ้ำและลักษณะความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่ม ตัวอย่าง	75
<b>บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ</b>	<b>76</b>
สรุปผลการทดลองและเผยแพร่นวัตกรรม (D3)	76
สรุปผลการทดลอง	76
การเผยแพร่นวัตกรรม	79
การอภิปรายผล	79
ข้อเสนอแนะ	85
<b>บรรณานุกรม</b>	<b>88</b>

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>ภาคผนวก</b>	94
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	95
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	96
ภาคผนวก ค การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ	107
ภาคผนวก ง เอกสารรับรองโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	113
ภาคผนวก จ เอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	117
ภาคผนวก ฉ ประวัติผู้วิจัย	141

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	66
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละปริมาณการการดื่มสุราและอาการทางจิตของกลุ่มทดลอง	69
ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละปริมาณการการดื่มสุราและอาการทางจิตของกลุ่มควบคุม	70
ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณการการดื่มสุรา และอาการทางจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	71
ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการการดื่มสุราและอาการทางจิต ของกลุ่มทดลอง	72
ตารางที่ 6 ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยปริมาณการการดื่มสุราและอาการทางจิต ของกลุ่มทดลอง	73
ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการการดื่มสุราและอาการทางจิต ของกลุ่มควบคุม	73
ตารางที่ 8 ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยปริมาณการการดื่มสุราและอาการทางจิต ของกลุ่มควบคุม	74
ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการการดื่มสุราและอาการทางจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	75
ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละการกลับไปดื่มสุราซ้ำและความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	76

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยและพัฒนากลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา	41
ภาพที่ 2 กระบวนการวิจัยและพัฒนา 3 ขั้นตอน	42
ภาพที่ 3 รูปแบบการทดลอง	56
ภาพที่ 3 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	59

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นความผิดปกติด้านความคิด ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือมีอารมณ์ที่อ การสื่อสารขาดแรงจูงใจ และมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน (American Psychiatric Association [APA], 2013) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุด อุบัติการณ์ 0.1-0.5 ต่อ 1,000 ความชุก 2.5-5.3 ต่อ 1,000 ความชุกตลอดชีวิต (Lifetime prevalence) 7.0-9.0 ต่อ 1,000 มีลักษณะการเจ็บป่วยเป็นแบบเรื้อรัง เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด หลังอาการทุเลาจะยังคงมีอาการหลงเหลือ (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งจะมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน และการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับคนอื่น เป็นภาระในการดูแลของครอบครัว ญาติรู้สึกลำบากใจ เนื่องจากผู้ป่วย ทำร้ายร่างกายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ทำลายสิ่งของและสร้างความเดือดร้อนให้ญาติ (พะยอม ตัณฑจรรยา และคณะ, 2558)

ภาวะโรคร่วมปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราสูง เป็นสาเหตุสำคัญของอาการกำเริบและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ดังการศึกษาของคอสโคเนน และคณะ (Koskinen et al., 2009) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการดื่มสุราแบบมีปัญหาละ 9.4 ความชุกตลอดชีวิตการติดสุรา ร้อยละ 20.6 หรือมีการประมาณการว่าผู้ป่วยจิตเภท 5 คน จะได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมกับการดื่มสุราแบบมีปัญหา 1 คน และสำหรับในประเทศไทยได้ศึกษาระบาดวิทยาระดับชาติ พบว่าภาวะโรคร่วมระหว่างผู้ดื่มสุราแบบติดและมีโรคจิตเวชร่วมพบได้จำนวนมากเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 85.1 (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2554) สอดคล้องกับผลการศึกษาปัญหาการดื่มสุราเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหการดื่มสุราใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 18.5 โดยพบในผู้ป่วยเพศชายมากกว่าผู้หญิง ส่งผลทำให้ความรุนแรงของอาการโรคจิตเภทสูงขึ้น ร้อยละ 63.5 ทำให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 32.4 ความสามารถโดยรวมต่ำ ร้อยละ 64.8 และจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 72.9 (จิระพรรณ สุริยงค์ และคณะ, 2557) และการศึกษาความชุกของการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบความชุกของการใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชในช่วงชีวิตและช่วง 3 เดือน ร้อยละ 86.2 และ 47.9 ตามลำดับ สารเสพติดที่พบบ่อย คือ สุรา คิดเป็นร้อยละ 81.5 เมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงสูง พบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทมีมากที่สุด ร้อยละ 13.7 และมีการใช้สุราแบบเสี่ยงสูง ร้อยละ 3.0 (สมจิตร มณีกันนท์ และคณะ, 2557)

โรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติดส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพโดยรวมอย่างมาก โดยเป็นสาเหตุสำคัญของความสูญเสียสุขภาพ (disability-adjusted life year: DALYs) ในประชากรไทยประมาณ 1,020.5 พันปี หรือร้อยละ 6.8 ของ DALYs จากทุกสาเหตุ โดยเกิดจากปีที่เสียไปเพราะเสียชีวิตก่อนวัย (years of life lost: YLLs) 91.4 พันปี (ร้อยละ 0.9 ของ YLLs) และปีที่เสียไปเพราะโรคหรือความพิการ (years lost due to disability: YLDs) 929.1 พันปี (ร้อยละ 19.3 ของ YLDs) จัดเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของความสูญเสียจาก YLDs จากทุกกลุ่มโรค โดยผู้ชายพบความสูญเสียสูงสุดจากความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและผู้หญิงจากโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 13.1 และร้อยละ 5.2 ของ YLDs

ตามลำดับ) ช่วงอายุที่มีอัตราความสูญเสียจาก YLDs สูงที่สุดคือ 30-44 ปีในผู้ชาย และ 15-29 ปีในผู้หญิง (ขนิษฐา กุศลศรีสกุล และคณะ, 2561) ทำให้รัฐขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ และสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแบบผู้ป่วยในคิดเป็น 372 ล้านบาทต่อปี และสำหรับผู้ป่วยนอกคิดเป็น 171 ล้านบาทต่อปี โดยการรักษาแบบผู้ป่วยในมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 31,207 บาทต่อครั้ง แตกต่างกันมากกว่า 40 เท่า เมื่อเทียบกับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกซึ่งมีค่าเฉลี่ย 714.81 บาทต่อครั้ง (Kongsakon & Kanchanatawan, 2007)

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 250 เตียง มีภารกิจหลักในการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พบผู้มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2560-2562 มีจำนวนทั้งหมด 95,333, 95,773 และ 97,082 คน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทมากที่สุด ร้อยละ 37.3, 37.3 และ 35.7 เป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและจำเป็นต้องรับไว้รักษา ในโรงพยาบาลจำนวน 3,166, 3,446 และ 3,545 คน จำแนกเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุดเช่นเดียวกัน จำนวน 1,515, 1,634 และ 1,369 คน และจากจำนวนทั้งหมดของผู้ป่วยในโรคจิตเภทได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมกับปัญหาการดื่มสุรา ร้อยละ 11.7, 10.9 และ 13.0 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาจากจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของผู้ป่วยในจำหน่ายเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมนี้ พบว่าจำนวนผู้ป่วยรับไว้ครั้งรอง (ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป) มีมากกว่าการรับไว้ครั้งแรก คือ ผู้ป่วยในรับไว้รักษาครั้งแรกมีจำนวน 43, 39 และ 34 คน ในขณะที่ผู้ป่วยในรับไว้รักษาครั้งรองมีจำนวน 125, 133 และ 114 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2560, 2561, 2562) แสดงให้เห็นว่าปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การดำเนินของโรคมักมีลักษณะเป็นแบบเรื้อรัง และมีการกลับเป็นซ้ำในอัตราสูง

สาเหตุการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากหลายปัจจัย ซึ่งอาจมีทั้งความเหมือนและแตกต่างจากสาเหตุการดื่มของประชาชนทั่วไป พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากดื่มสุราเพื่อลดอาการทางจิต หรือเพื่อต้องการฤทธิ์ข้างเคียงทำให้อ่อนหลับ ช่วยลดอารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความวิตกกังวล ความตึงเครียดทางสังคม ความรู้สึกกลัดกลุ้มเป็นทุกข์ ภาวะซึมเศร้า หรือเป็นการดื่มเพื่อความสนุกสนานและเข้าสังคม ต้องการแก้อาการเบื่อ เซ็ง เหนง หรือแก้อาการข้างเคียงของยาจิตเวช (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556; สมจิตร มณีกานนท์ และคณะ, 2557) ซึ่งคล้ายกับผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทชายที่มีปัญหาการดื่มสุรา จำนวน 5 คน ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยจิตเวชชายชงโค โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2563) ได้รับทราบข้อมูลถึงสาเหตุที่ทำให้ดื่มสุราเนื่องจากนอนไม่หลับ จึงใช้การดื่มสุราให้เมาเพื่อให้สามารถนอนหลับได้ มีผู้ป่วยจำนวน 3 คนเชื่อว่าการดื่มสุราช่วยลดอาการทางจิตได้ โดยอาการทางจิตที่ผู้ป่วยต้องการให้ลดลง เช่น หูแว่วและหวาดระแวง เพื่อทำให้รู้สึกใจกล้าที่จะไปพูดคุยกับผู้คน หรือการเข้าไปอยู่ในกลุ่มคนจำนวนมาก เกือบทั้งหมดของผู้ป่วยจิตเภทคิดว่าตนเองไม่ป่วย หรือหายป่วยจากอาการโรคจิตแล้ว จึงสามารถดื่มสุราได้เหมือนคนปกติทั่วไป โดยเชื่อว่าการดื่มสุราในปริมาณเล็กน้อยจะไม่ส่งผลกระทบต่อตนเอง และสามารถควบคุมพฤติกรรมกรรมการดื่มให้อยู่ในระดับเล็กน้อยได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการดื่มสุรามักมีความสัมพันธ์กันอย่างมากกับการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วย โดยเป็นความต้องการอยู่เดิมของผู้ป่วยที่อยากหยุดรับประทานยา เพราะรู้สึกอับอายและกลัวคนอื่นจะรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยและกำลังได้รับการรักษาโรคทางจิตเวช กลัวถูกนายจ้างไม่รับเข้าทำงาน หรือถูกเลิกจ้างงาน จึงเลือกจะหยุดรับประทานยาส่งผลทำให้อ่อนไม่หลับ และใช้การดื่มสุราเพื่อให้สามารถนอนหลับได้ หรือในทางตรงกันข้ามการดื่มสุราทำให้มีอาการวิงเวียน หน้ามืด ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง หรือมีความไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยาเพิ่มขึ้น ทำให้วันไหนที่มีการดื่มสุราจึงเลือกไม่รับประทานยาในวันนั้น

(โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2563ข) แสดงให้เห็นถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังคงพฤติกรรมการดื่มหรือกลับไปดื่มสุราซ้ำ เนื่องด้วยการให้ความสำคัญเฉพาะด้านดีหรือประโยชน์ที่ต้องการให้เกิด มากกว่าความตระหนักถึงผลกระทบด้านลบจากการดื่มที่อาจตามมา หรือผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา

ผลกระทบตามมาในระยะยาวของการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกสัมภาษณ์ ส่งผลทำให้อาการทางจิตทวีความรุนแรงขึ้น ทั้งเรื่องการนอนไม่หลับที่ต้องดื่มสุราในปริมาณจากเดิมเพิ่มขึ้นอย่างมากถึงจะสามารถทำให้นอนหลับได้ หลังการสร้างเมอาการเสียงแว่วได้ยืงขึ้น อาการหวาดระแวงกลัวมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จนทำให้ผู้ป่วยต้องแยกตัวเองไปอยู่คนเดียวไม่กล้าไปอยู่รวมกลุ่มกับผู้อื่น ถึงแม้บุคคลนั้นจะเป็นคนใกล้ชิดและเคยไว้วางใจกันมาก่อนก็ตาม การดื่มสุรายังส่งผลตามมทางด้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัวทำให้ขัดแย้ง ทะเลาะวิวาท และด้านเศรษฐกิจที่ต้องใช้เงินที่หามาได้เกือบทั้งหมดเพื่อซื้อสุรามาดื่ม เป็นภาระของญาติที่ต้องให้การดูแลทั้งด้านชีวิตความเป็นอยู่ และการดูแลด้านความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท คนในชุมชนมีมุมมองต่อผู้ป่วยเป็นบุคคลอันตราย มีพฤติกรรมรุนแรง อาละวาดทำร้ายร่างกายผู้อื่นหรือคนใกล้ชิด จนบางครั้งผู้ที่ถูกทำร้ายได้รับบาดเจ็บสาหัส แสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทร่วมกับมีปัญหาการดื่มสุรา ส่งผลต่อกันทางด้านลบต่อกันทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรง มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และคนในสังคม และในที่สุดทำให้มีความจำเป็นต้องกลับเข้ามารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (จิระพรรณ สุริยงค์ และคณะ, 2557) ทั้งนี้มีความเชื่อว่าน่าจะเกิดจากการที่แอลกอฮอล์ไปยับยั้งที่ NMDA receptor ทำให้สารโดปามีนทำงานมากกว่าปกติ จึงทำให้ร่างกายไม่ตอบสนองหรือตอบสนองลดลงต่อยาต้านโรคจิต ผู้ป่วยจึงสามารถมีอาการทางจิตกำเริบได้ถึงแม้กำลังได้รับการรักษาด้วยยา (นันทาชัยพิชิตพันธ์, 2556; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุทธิชัย, 2558)

การบำบัดรักษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประกอบด้วยการรักษาทางกายด้วยยาต้านโรคจิตเป็นหลัก หรือร่วมกับการรักษาด้วยไฟฟ้า และเมื่อมีอาการทางจิตสงบ สื่อสารรู้เรื่อง พยาบาลผู้ป่วยในจะให้การบำบัดทางจิตสังคมตามสภาพปัญหาได้แก่ การบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคล และการให้สุขภาพจิตศึกษาก่อนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และตระหนักถึงผลกระทบของการดื่มสุราที่มีต่อการกำเริบซ้ำของอาการโรคจิตเภท แต่เนื่องด้วยผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดหรือดื่มสุรามีจำนวนมาก ทำให้การบำบัดแบบรายบุคคลไม่เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วย เพราะต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการบำบัดจำนวนมาก ถ้าต้องการบำบัดให้ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด ดังนั้นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราบางส่วนจะถูกส่งเข้ารับการบำบัด ณ งานจิตสังคมบำบัด (บำบัดสุราและสารเสพติด) ได้แก่ การบำบัดรายบุคคลด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive and Behavioral Therapy: CBT) และการบำบัดรายกลุ่มด้วยโปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (Integrated Co-Occurring psychiatric Substance and alcohol use Disorders Rehabilitation Program: ICOD-R) จำนวน 12 กิจกรรม (การประเมิน 1 ครั้ง กลุ่มบำบัด 10 ครั้ง และกิจกรรมพร้อมญาติก่อนจำหน่าย 1 ครั้ง) ซึ่งเป็นเทคโนโลยีของกรมสุขภาพจิตที่ถูกนำมาใช้สำหรับการบำบัดผู้ป่วยทุกกลุ่มการวินิจฉัยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและดื่มสุรา ทั้งผู้ป่วยที่รับที่มีความผิดปกติทางจิตใจที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดหรือสุรา (F10-F19) และก็รวมหมายถึงผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ ที่มีภาวะโรคร่วมกับปัญหาการดื่มสุรา

ปัญหาอุปสรรคการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งดำเนินการโดยหอผู้ป่วยใน พบว่าไม่สามารถดำเนินการให้ครอบคลุมปัญหาทั้งหมดที่ผู้ป่วยมี ได้แก่ ปัญหาจากความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วย เนื่องด้วยมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาการเข้ารักษาแบบผู้ป่วยในแต่ละครั้งใช้ระยะเวลาสั้น 2-3 สัปดาห์ โดยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยในปีงบประมาณ 2560-2562 คือ 21, 23 และ 23 วัน ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2560-2562) ทำให้มีความจำเป็นต้องคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบำบัดเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่งระหว่างการบำบัดเพื่อลดปัญหาการดื่มสุรา หรือการบำบัดเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทั้งที่ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมนี้มักมีปัญหาทั้งสองเรื่องเกิดขึ้นควบคู่กัน และประกอบกับจำนวนขั้นตอนการบำบัด (session) ภายในโรงพยาบาลที่มีจำนวนมาก (6-12 session) และต้องใช้เวลาการบำบัดเป็นเวลานาน (2-4 สัปดาห์) ทำให้มีความเป็นไปได้สูงที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนได้รับการบำบัดให้ครอบคลุมทุกปัญหาที่พบ ซึ่งถ้าต้องการจะให้การบำบัดครบตามโปรแกรมก็จำเป็นต้องยืดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยออกไป

ปัญหาอุปสรรคการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งดำเนินการโดยงานจิตสังคมบำบัด พบว่าไม่ครอบคลุมจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดหรือดื่มสุราที่จำเป็นต้องส่งเข้ารับการบำบัดในแต่ละวันมีจำนวนมาก ทำให้มีผู้ป่วยจิตเวชจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่ถูกคัดเลือกเพื่อเข้ารับบริการ ผู้ป่วยที่เหลือให้จะถูกให้รอคิวการบำบัด และเนื่องด้วยการบำบัดด้วยโปรแกรม ICOD-R ใช้การบำบัดแบบรวมทุกปัญหาการใช้สารเสพติด (ยาบ้า กัญชา ผีน) และผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราภายในกลุ่มเดียวกัน ทำให้การดำเนินกลุ่มมีความสับสน และเป็นความลำบากของผู้นำกลุ่มจะสามารถถ่ายทอดข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องได้ตรงตามปัญหาหรือชนิดของสารเสพติดที่สมาชิกกลุ่มแต่ละคนใช้ เมื่อพิจารณาด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามักมีความพร่องของระดับสติปัญญา (cognitive impairment) จากพยาธิสภาพของโรคและความเรื้อรังของโรค เมื่อนำไปบำบัดรวมกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเพียงอย่างเดียว ซึ่งส่วนมากมีสติปัญญาในระดับดี จึงทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดมีข้อจำกัดการเรียนรู้หรือการคิดวิเคราะห์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ช้ากว่า นอกจากนี้ยังพบว่าด้านโปรแกรมการบำบัดที่มีจำนวนหลายกิจกรรม (12 กิจกรรม) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดไม่ครบตามโปรแกรม (drop out) และถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนเป็นจำนวนมาก ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2563 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและการดื่มสุราได้ถูกส่งเข้ารับการบำบัด ณ ตึกจิตสังคมบำบัด จำนวน 334 และ 76 ราย ได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรมจำนวน 73 และ 22 ราย ตามลำดับ คือมีประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่ส่งเข้ารับการบำบัดเท่านั้นที่ได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรม ผลการติดตามหลังจำหน่ายพบผู้ป่วยมีอัตราการกลับไปเสพยาเสพติดหรือดื่มสุราซ้ำภายใน 1 เดือนร้อยละ 55.3 (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2563ก)

จากปัญหาที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำเกิดจากปัญหาการดื่มสุราเพิ่มมากขึ้นทุกปี และเนื่องด้วยมีข้อจำกัดในการบำบัดรักษาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิชาการเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมของผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมนี้ พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ได้บ่งชี้ให้เห็นความสัมพันธ์กันระหว่างภาวะความผิดปกติทางจิตใจ และการใช้สารเสพติดชนิดต่างๆ หรือสุรา โดยได้เสนอแนะการดูแลรักษาที่เหมาะสมควรเป็นการบูรณาการการบำบัดรักษา คือ ให้ความสำคัญทั้งการดูแลภาวะความผิดปกติทางจิตใจ และการใช้สารเสพติดที่ผิดปกติ โดยทั้งนี้ต้องคำนึงถึงธรรมชาติของแต่ละโรคหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้น

(บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556) ด้านการบำบัดทางจิตสังคมพบว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์และโรลล์นิก (Miller & Rollnick, 1991) เป็นการบำบัดอย่างหนึ่งที่งานวิจัยในปัจจุบันชี้ให้เห็นว่ามีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (สาวิตรี สุริยะฉาย, 2556) เป็นกระบวนการบำบัดทางจิตวิทยาที่เน้นการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม แนวคิดการขัดแย้งทางความคิด แนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง และการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นแนวทางการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้ป่วยเป็นหลัก มีวัตถุประสงค์ของการบำบัดเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการค้นหา สำรวจ และจัดการกับความลังเลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ตระหนักถึงปัญหา หรือสิ่งที่อาจจะเป็นปัญหาในอนาคต และหาแนวทางในการจัดการกับปัญหานั้น ซึ่งเป็นวิธีการที่เป็นประโยชน์ และเหมาะกับผู้ป่วยที่มีความลังเลใจต่อการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความลังเลใจและก้าวไปข้างหน้าสู่การเปลี่ยนแปลง (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553; Miller, 1995)

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการบำบัดแบบสั้นและมีจำนวนกิจกรรมไม่มาก ได้ถูกพัฒนาและนำมาใช้อย่างแพร่หลายในระดับสากล สำหรับการบำบัดในผู้ป่วยโรคจิตเวชร่วมกับปัญหาการใช้สารเสพติดและ/หรือดื่มสุรามากกว่า 20 ปี ดังเช่นการศึกษาของ มาร์ติโน และคณะ (Martino et al., 2000) ได้ศึกษานำร่องแบบมีการสุ่มของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจำนวน 2 ขั้นตอน ในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดหรือดื่มสุรา จำนวน 44 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้สารเสพติดลดลง มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น และมีอาการทางจิตลดลง ต่อมาเกร์เบอร์ และคณะ (Graeber et al., 2003) ได้ศึกษานำร่องเพื่อเปรียบเทียบผลการบำบัดระหว่างการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบ 3 ขั้นตอน และการให้สุขศึกษาแบบ 3 ขั้นตอน ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 30 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีจำนวนผู้หยุดดื่ม (6 คน) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับสุขศึกษา (ไม่มีคนหยุดดื่ม) ตลอดระยะเวลาที่ประเมิน และการศึกษาของเกร์แฮม และคณะ (Graham et al., 2016) ได้ทำการศึกษานำร่องแบบสุ่ม เพื่อศึกษาผลของการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจจำนวน 3 ขั้นตอน เพื่อลดการใช้สารเสพติดและสุรา และศึกษาความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ในผู้ป่วยจิตเวชที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 59 คน ผลการศึกษาเชิงปริมาณพบว่ากลุ่มทดลอง ร้อยละ 63 มีการหยุดใช้สารเสพติดและสุรา ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจได้รับการยอมรับ และมีความเหมาะสมที่จะนำมาบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมนี้

ในปัจจุบันการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้ถูกนำมาใช้ในประเทศไทยอย่างแพร่หลายเช่นเดียวกัน สำหรับการบำบัดในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ดังเช่นการศึกษาของกฤตยา แสงทรัพย์ และคณะ (2562) ได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 คน ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โปรแกรมประกอบด้วย 4 กิจกรรม ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษามานะศักดิ์ เหลื่อมทองกลาง และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ (2563) ได้ทำการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน

โปรแกรมการบำบัดประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 5 กิจกรรม ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมกรรมการตีศีรษะของผู้ป่วยจิตเภทที่ตีศีรษะภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมลดลงกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมและลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทร่วมกับปัญหาการตีศีรษะว่าเป็นปัญหาสำคัญทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมีจำนวนมาก จึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมระหว่างโรคจิตเภทและปัญหาการตีศีรษะ ให้เป็นการบำบัดทางเลือกอย่างหนึ่ง เพื่อให้มีความครอบคลุมทั้งด้านปริมาณผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับการรักษาจำนวนมาก และครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย อีกทั้งให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในระยะสั้น ด้วยจำนวนกิจกรรมที่ไม่มากเกินไป (5-6 กิจกรรม) และสามารถบำบัดได้แล้วเสร็จภายใน 1 สัปดาห์ อันจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการเลิกตีศีรษะและให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น ให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

#### คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการตีศีรษะเป็นอย่างไร
2. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการตีศีรษะที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีปริมาณการตีศีรษะและอาการทางจิตลดลงหรือไม่

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการตีศีรษะ
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมกรรมการตีศีรษะ และอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการตีศีรษะ ดังนี้
  - 2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการตีศีรษะและอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการตีศีรษะกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือน
  - 2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการตีศีรษะ และอาการทางจิต ระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการตีศีรษะกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือน

### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิต ในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือน น้อยกว่าก่อนการทดลอง
2. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิต ในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือน น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา โดยการศึกษาปัญหา สถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา และการบำบัดรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (mixed method) เพื่อศึกษาข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานที่ตึกจิตสงคมบำบัด และหอผู้ป่วยจิตเวชชายชงโคจำนวน 4 คน ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราและญาติผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวนกลุ่มละ 5 คน และศึกษาจากเอกสารข้อมูลการให้บริการผู้ป่วย ดำเนินการศึกษาในเดือนมิถุนายน 2564

การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดต้นแบบ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สภาพการณ์ และการทบทวนวรรณกรรมนำมาสังเคราะห์เพื่อจัดทำโปรแกรมต้นแบบ มีเป้าหมายการพัฒนาโปรแกรมบำบัดเพื่อให้มีความครอบคลุมทั้งปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และปัญหาการดื่มสุรา รวมถึงการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย หลังจากนั้นนำโปรแกรมไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านเป็นผู้พิจารณา แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ซึ่งต้องมีค่าตั้งแต่ .05-1.00 จึงถือว่าใช้ได้ (Rovinelli & Hambleton, 1977) และปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดำเนินการศึกษาในเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2564

การตรวจสอบประสิทธิภาพโปรแกรมบำบัดต้นแบบที่พัฒนาขึ้น โดยศึกษานำร่องกลุ่มเล็กในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด เพื่อศึกษาความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในกระบวนการบำบัด ใบกิจกรรม และใบความรู้ และศึกษาความเหมาะสมของระยะเวลาในการบำบัดของแต่ละกิจกรรม หลังจากนั้นนำผลการศึกษามาปรับปรุงโปรแกรมให้มีภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจง่าย ปรับระยะเวลาของกิจกรรมย่อยให้มีความเหมาะสม ดำเนินการศึกษาในเดือนกันยายน 2564

การปรับปรุงโปรแกรมบำบัดต้นแบบให้เหมาะสมกับบริบท และตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสรุปผลการจัดทำร่างการนำไปใช้ และจัดทำคู่มือโปรแกรมบำบัด เพื่อให้ผู้บำบัดได้นำไปศึกษาในขณะดำเนินการวิจัย ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2564

ในขั้นตอนการทดสอบโปรแกรมใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบสองกลุ่มมีการวัดซ้ำ (repeated measures designs) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (กลุ่มทดลอง) และศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที

และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือน ในผู้ป่วยโรคจิตเวชร่วมที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) และดื่มสุราแบบมีปัญหาหรือติดสุรา (F10.1-F10.2) หรือมีค่าคะแนนจากแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test: AUDIT) อยู่ในเกณฑ์เป็นผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงขึ้นไป ในผู้ป่วยเพศชาย ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยผู้ป่วยจะได้รับการสุ่มเป็นรายเดือนเพื่อเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน 2568

### นิยามคำศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

**โปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ** หมายถึง การบำบัดในรูปแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์ และโรลล์นิก (Miller & Rollnick, 1991) โปรแกรมมีจำนวน 7 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและความรู้สู่ความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลง 2) การสะท้อนปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา 3) การสร้างความสมดุลเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง 4) ความมั่นคงในสัญญานำพาสู่เป้าหมาย 5) เสริมพลังเพื่อการเปลี่ยนแปลงใหม่ 6) กิจกรรมก่อนการจำหน่าย (การพูดคุยพร้อมญาติ) และ 7) การติดตามหลังจำหน่าย (1 และ 3 เดือน) ใช้เวลาการดำเนินกิจกรรมๆ ละ 60 - 90 นาที

**ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา** หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของความผิดปกติทางจิต และพฤติกรรมขององค์การอนามัยโลก ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem: ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) และได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมเป็นผู้มีความผิดปกติด้านจิตใจและพฤติกรรมที่มีสาเหตุจากการใช้สุรา (F10.1-F10.2) หรือมีค่าคะแนนจากแบบประเมิน AUDIT อยู่ในเกณฑ์เป็นผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงขึ้นไป ในผู้ป่วยเพศชาย ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

**ปริมาณการดื่มสุรา** หมายถึง ปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประเมินโดยใช้แบบสอบถามปริมาณการดื่มสุรา (Time Line Follow Back) เป็นการถามข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับปริมาณการดื่มสุราในแต่ละวันพร้อมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในวันที่ดื่มสุรา โดยปริมาณการดื่มสุราคิดเป็น 1 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ ในที่นี้ 1 ดื่มมาตรฐานเท่ากับสุรากลั่น 30 ซีซี เท่ากับเบียร์ 285 ซีซี เท่ากับไวน์ 120 ซีซี

**พฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา** หมายถึง ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังจำหน่าย โดยมีความไม่ร่วมมือในการรักษาตามเกณฑ์อย่างน้อย 1 อย่าง คือ หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาไม่ตรงตามเวลา ลดหรือเพิ่มยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ และไม่มาตรวจตามแพทย์นัด

**การดูแลตามปกติ** หมายถึง การจัดกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล ได้แก่ การประเมินอาการด้านร่างกายและจิตใจ ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยง การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากยา กลุ่มกิจกรรมบำบัด การให้สุขภาพจิตศึกษา รายบุคคล รวมถึงการให้คำแนะนำครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องก่อนจำหน่าย

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ได้รูปแบบการบำบัดทางด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยในโรคจิตเภท ที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจต่อการเจ็บป่วย การรักษาและการดูแลตนเอง เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และลดพฤติกรรมกำเริบซ้ำอย่างต่อเนื่อง สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ตามศักยภาพ และไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

2. ได้คู่มือโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ สำหรับผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3. เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ สำหรับผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. โรคจิตเภท
2. ภาวะโรคจิตเวชร่วมผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา
3. บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา
4. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### 1. โรคจิตเภท (Schizophrenia)

##### 1.1 ความหมาย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2016) ได้อธิบายถึงโรคจิตเภทว่าเป็นความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ และอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม หรืออารมณ์เฉยเมย โดยที่สติสัมปชัญญะและความสามารถทางเชาว์ปัญญาอยู่ ซึ่งจิตพยาธิวิทยา (psychopathology) ที่สำคัญที่สุดนั้น คือความคิดสะท้อนก้อง (thought echo) ความคิดถูกสอดใส่หรือถูกดูดความคิด (thought insertion or withdrawal) ความคิดถูกถ่ายทอดไปให้บุคคลอื่น (thought broadcasting) หลงผิดในการรับรู้ (delusional perception) หลงผิดว่าถูกควบคุม (delusions of control) ผู้อื่นมีอิทธิพลเหนือกว่าหรือตนเองเป็นผู้ถูกกระทำ (influence or passivity) หูแว่วได้ยินเสียงผู้อื่นวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (hallucinatory voices commenting or discussing) ความคิดผิดปกติ (thought disorders) และมีอาการทางด้านลบ (negative symptoms)

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association [APA], 2013) ได้อธิบายถึงโรคจิตเภทไว้ว่าเป็นลักษณะความผิดปกติทางด้านความคิด ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน การแสดงออกทางด้านอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม หรืออารมณ์ที่อับ การสื่อสารขาดแรงจูงใจ และมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน โดยมีอาการติดต่อกันนาน 6 เดือน และอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน

กล่าวโดยสรุป โรคจิตเภท หมายถึงโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย ยา และสารเสพติด และส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ด้านสังคม การงาน หรือสุขอนามัยของผู้ป่วย (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558; สมภพ เรืองตระกูล, 2557)

##### 1.2 อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท

อาการแสดงของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มอาการหลัก คือ อาการโรคจิต (Psychotic dimension) ความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เป็นระบบ (Disorganization dimension) และกลุ่มอาการด้านลบ (Negative dimension) บางคนจัดรวม psychotic dimension และ Disorganization dimension อยู่ในกลุ่มอาการด้านบวก (Positive dimension) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

### 1.2.1 อาการโรคจิต (Psychotic dimension) ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน

1.2.1.1 อาการหลงผิด (Delusion) เป็นความเชื่อฝังแน่นที่ผิดไปจากความเป็นจริง (fixed false belief) ซึ่งไม่มีหลักฐานหรือเหตุผลมาหักล้างหรือเปลี่ยนความคิดความเชื่อของผู้ป่วยได้ อาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ หวาดระแวงเชื่อว่ามีคนจ้องปองร้ายหรือไม่หวังดีกับตนเอง (persecutory delusion) หลงผิดว่าเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นรอบตัวเองล้วนแต่เกี่ยวข้องกับตัวเอง (delusion of reference) รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider ส่วนอาการหลงผิดอื่น ๆ ที่พบบ้าง เช่น หลงผิดเกี่ยวกับอาการทางกาย (somatic delusion) อาการหลงผิดที่เกี่ยวข้องกับศาสนา (religious delusion) หรือหลงผิดว่าตนเองเป็นเทพ เป็นเจ้า หรือเป็นคนสำคัญกลับชาติมาเกิด (grandiose delusion) เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจ หรือเป็นไปไม่ได้เลย อาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider จัดว่าเป็น bizarre delusion

1.2.1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นการรับรู้ต่างๆ ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นได้กับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้งห้า ที่พบบ่อยเป็นเสียงแว่ว (Auditory hallucination) โดยผู้ที่เป็นมักได้ยินเสียงคนพูดเป็นเรื่องราว และขณะที่ได้ยินก็รู้ตัวที่อยู่ตลอด อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่นๆ ที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง เช่น tactile หรือ somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ เสียงแว่วที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider

1.2.2 ความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เป็นระบบ กระจัดกระจาย (Disorganization dimension) ได้แก่ อาการด้านพฤติกรรมผิดปกติ (Disorganized behavior) และอาการด้านความคิด และคำพูด (Disorganized thought and speech)

1.2.2.1 อาการด้านความคิดและคำพูด (Disorganized thought and speech) ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด มีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลกๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับความคิดที่ตนเองเข้าใจคนเดียว (Autistic thinking) ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทาง การพูดสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมาจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การพูดจาที่ไม่ต่อเนื่องกัน พูดเรื่องหนึ่งยังไม่จบก็เปลี่ยนเรื่องทันที โดยไม่มีความเกี่ยวเนื่องกับเรื่องเดิม หรืออาจเกี่ยวเนื่องเพียงเล็กน้อย (loosening of associations) หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถาม (irrelevant answer) หากเป็นมากๆ การวางคำในตัวเองจะสับสนไปหมด ทำให้ฟังไม่เข้าใจ (incoherent speech) บางคนอาจใช้คำแปลกๆ ที่ไม่มีใครเข้าใจนอกจากตนเอง (neologism) ผู้ป่วยทั้งหมดจะไม่คิดว่าตนเองผิดปกติ (lack of insight) มีความเชื่อว่าเรื่องที่เกิดขึ้นกับตัวเองเป็นเรื่องจริง อาการอย่างนี้ยากต่อการรักษา แม้ในบางครั้งอาการอื่นๆ จะดีขึ้นแล้ว

1.2.2.2 Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ซึ่งอาจเป็นจากความหลงผิด ประสาทหลอน หรือเป็นจากความคิดแปลกๆ ของผู้ป่วย ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลก เช่นสวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปัสสาวะกลางที่สาธารณะ บางคนร้องตะโกนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

1.2.3 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative dimension) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ ได้แก่

1.2.3.1 Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

1.2.3.2 Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลงเป็นอย่างมาก

1.2.3.3 Avolition- apathy ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉย ๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

1.2.3.4 Anhedonia- asociality เก็บตัว เฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน หรือไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร

ในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านลบ ส่วนกลุ่มอาการด้านลบมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

### 1.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโรคฉบับที่ 10 (ICD-10) (WHO, 2016) ดังนี้

G1. มีอาการในข้อ G1.1 อย่างน้อย 1 อาการ และมีอาการในข้อ G1.2 อย่างน้อย 2 อาการ นาน 1 เดือน

G1.1 มีอย่างน้อย 1 อาการต่อไปนี้

- a. หลงผิดว่ามีคนล่วงรู้ความคิดของตน
- b. หลงผิดว่ามีคนปองร้าย หรือพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง
- c. หูแว่ว พูดคนเดียว
- d. หลงผิดแบบต่าง ๆ ซึ่งเป็นไปไม่ได้หรือไม่เหมาะสม

G1.2 มีอย่างน้อย 2 อาการต่อไปนี้

- e. ประสาทหลอนทางใดทางหนึ่งอย่างมาก
- f. ความผิดปกติของคำพูด
- g. พฤติกรรมผิดปกติ
- h. มีอาการด้านลบ

G2. ไม่มีอาการเข้าได้กับโรคจิตทางอารมณ์ระยะคลั่ง (manic episode) หรือ โรคจิตทางอารมณ์ระยะซึมเศร้า (depressive episode) หรืออาการในข้อ 1.1 และ 1.2 ต้องเกิดขึ้นก่อนการมีความผิดปกติทางอารมณ์

G3. ความผิดปกติต้องไม่เกิดจากโรคทางสมอง หรืออาการเป็นพิษจากสุรา/สารเสพติด หรืออาการติดสุรา/สารเสพติด หรืออาการถอนพิษจากสุรา/สารเสพติด

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5<sup>th</sup> edition DSM-5) มีดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ 2558; American Psychiatric Association: APA, 2013)

A. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการในระยะเวลา 1 เดือน (หรือน้อยกว่าหากได้รับการรักษา) และต้องมีอย่างน้อย 2 อาการในข้อ 1, 2 หรือ 3 ดังต่อไปนี้

- 1) อาการหลงผิด (delusion)
- 2) อาการประสาทหลอน (hallucination)
- 3) ความผิดปกติของคำพูด (disorganized speech) เช่น พูดสับสนมาก มักเปลี่ยนเรื่องจนฟังไม่เข้าใจ

ไม่เข้าใจ

- 4) ความผิดปกติของพฤติกรรม (grossly disorganized or catatonic behavior)

5) อาการด้านลบ (negative symptoms) เช่น ไม่มีอาการแสดงออกทางอารมณ์ หรือขาดความสนใจในกิจกรรม

B. ระดับความสามารถในด้านต่างๆ เช่น การทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง ลดลงอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 ด้าน

C. มีอาการของความผิดปกติอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือนซึ่งต้องมีช่วงที่มีอาการในข้อ A อย่างน้อย 1 เดือน (อาจน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) โดยช่วงที่เหลือ ซึ่งเป็นระยะอาการนำหรืออาการหลงเหลืออาจมีเพียงอาการด้านลบ หรือมีอาการอย่างน้อย 2 อาการในข้อ A ที่เหลืออยู่เพียงเล็กน้อย (เช่น มีความเชื่อแปลกๆ หรือมีประสบการณ์รับรู้ที่ไม่ปกติ)

D. ไม่มีอาการเข้าได้กับโรคจิตเภททางอารมณ์ หรือโรคความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย

E. อาการไม่ได้เป็นจากยาสารเสพติด หรือโรคทางกาย

F. หากมีประวัติของโรค autism spectrum disorder หรือ communication disorder ที่เป็นในวัยเด็กจะวินิจฉัยโรคจิตเภทร่วมด้วยได้ต่อเมื่อมีอาการหลงผิด หรือประสาทหลอนเป็นอาการเด่นเพิ่มจากอาการอื่นในข้อ A นานอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่าหากรักษาได้ผลดี)

การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมจิตเวช คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา และปัญหาจิตเวชที่เกิดจากการดื่มสุราเป็นกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส F10. (Mental and behavioral disorders due to use of alcohol) ตามเกณฑ์ ICD-10 ดังนี้ (WHO, 2016)

F10.0 Acute alcohol intoxication: ภาวะเมาสุรา เป็นการดื่มจนเมา และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่เหมาะสม เกณฑ์ในการวินิจฉัยผู้ป่วยต้องมีอาการอย่างน้อย 1 อย่างต่อไปนี้ร่วมด้วย คือ พูดไม่ชัด อ้อแอ้ (slurred speech) การทรงตัวเสีย (impaired coordination) เดินเซ เดินสะเปะสะปะ (unsteady gait) อาการตากระตุก (nystagmus) อาการร่วมอื่นๆ ได้แก่ ร่าเริง ตื่นเต้น พูดมาก หงุดหงิด หรือวังงวมซึม ถ้าเมามากอาจหมดสติ ไม่รู้สึกตัว

F10.1 Harmful use หรือ Alcohol abuse: การดื่มแบบมีปัญหา เป็นการดื่มที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต หน้าที่การงาน หรือสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น เกิดตับอักเสบ แผลในกระเพาะอาหาร การเกิดอาการซึมเศร้าจากการดื่มอย่างหนัก ถูกดำเนินหรือมีผลกระทบทางสังคมตามมา ในประเทศออสเตรเลียได้ให้ความหมายว่า เป็นการดื่มประจำมานาน ในผู้ชายที่ดื่มมากกว่า 40 กรัมต่อวัน หรือผู้หญิงที่ดื่มมากกว่า 20 กรัมต่อวัน หรือเป็นการดื่มหนักในผู้ชายที่ดื่มมากกว่า 60 กรัมต่อวัน หรือผู้หญิงที่ดื่มมากกว่า 40 กรัมต่อวัน

F10.2 Alcohol dependence: ภาวะติดสุรา หมายถึงการดื่มจนมีผลกระทบต่อชีวิตหลายๆด้าน ผู้ดื่มมักใช้เวลาส่วนใหญ่ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม ต้องการดื่มในปริมาณที่มากขึ้น ถ้าหยุดดื่ม หรือดื่มน้อยลงจะเกิดอาการถอนพิษสุรา และที่สำคัญผู้ดื่มไม่สามารถควบคุมการดื่ม หรือไม่สามารถเลิกดื่มได้ และยังคงดื่มต่อไปทั้งๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งกายและจิตใจ เกณฑ์การวินิจฉัย คือมีการดื่มอย่างสม่ำเสมอ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป

- 1) มีความต้องการอย่างมาก หรือมีความต้องการบ่อยๆ ที่จะอยากดื่ม
- 2) ควบคุมพฤติกรรมการดื่มไม่ค่อยได้ทั้งการเริ่มดื่ม การหยุดดื่ม หรือปริมาณที่ดื่ม
- 3) เกิด Physiological withdrawal state เมื่อหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลง หรือการดื่ม หรือการใช้สารอื่นที่คล้ายกันทดแทน สามารถลดอาการถอนพิษสุราได้
- 4) เกิด tolerance โดยจะต้องใช้แอลกอฮอล์มากขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิม
- 5) ค่อยๆ ห่างเหิน ไม่สนใจสิ่งที่เคยพึงพอใจอื่นๆ โดยใช้เวลามากมุ่นในการเสาะหาในการดื่ม หรือการสร้างเมามากขึ้น
- 6) ยังคงดื่มอยู่แม้จะมีหลักฐานแสดงถึงอันตรายจากการดื่ม

F10.3 Alcohol withdrawal: ภาวะถอนพิษสุรา คือ ผู้ที่มีปัญหาการดื่มจนติด เมื่อหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลงจะเกิดอาการถอนพิษสุราขึ้น อาการจะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดลดลง อาการที่พบได้บ่อย เช่น มือสั่น เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง มีไข้ หายใจเร็ว กระสับกระส่าย เครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ หน้าแดง

F10.4 Alcohol withdrawal delirium หรือ Delirium tremens เป็นภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรง อาการเกิดต่อเนื่องจากภาวะถอนพิษสุราที่ไม่ได้รับการรักษา และมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น สับสนมาก เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง และกระสับกระส่ายมากขึ้น หรือมีอาการชัก อาการเพ้อสับสน หูแว่ว และระแวง

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมกับการดื่มแบบมีปัญหา และผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุรา โดยอาจมีภาวะถอนพิษสุราร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้

**1.4 การดำเนินโรคจิตเภท** ลักษณะการดำเนินโรคจิตเภท โดยแบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้ (มานอน หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; Sadock et al., 2015; Townsend, 2015)

1.4.1 ระยะก่อนป่วย (premorbid phase) ผู้ป่วยมีความบกพร่องเล็กน้อยในการทำหน้าที่ทางความคิด (cognitive function) เช่น ระดับเชาว์ปัญญา (Intelligence Quotient: IQ) ความสนใจ (attention) ความจำเกี่ยวกับการพูด (verbal memory) การทำงานของสมองด้านการจัดการ (executive function) และการเคลื่อนไหว (motor skills) มักมีประวัติมีบุคลิกภาพแบบ schizoid หรือ schizotypal personalities เช่น ยอมตามผู้อื่น ชอบคิดแต่เรื่องของตนเอง ในวัยเด็กมีเพื่อนน้อย อาจชอบดูภาพยนตร์หรือโทรทัศน์ ฟังเพลง หรือเล่นเกมคอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นกิจกรรมทางสังคมที่แยกตัวจากผู้อื่น (Sadock et al., 2015) บุคลิกภาพก่อนป่วยนี้มักจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงการปรับตัวทางสังคมไม่ดี

1.4.2 ระยะอาการนำ (prodromal phase) เป็นระยะอาการนำที่จะไปสู่การเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลัน มีอาการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยช่วงแรกอาจมีอาการวิตกกังวล หรือซึมเศร้า ที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ตามมาด้วยอาการด้านลบ โดยจะค่อยๆ แยกตัวไม่เข้าสังคม สนใจดูแลตนเองลดลง ขณะเดียวกันจะเริ่มมีอาการด้านบวก แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน มีอาการด้านอารมณ์ และ

อาการด้านความคิด ผู้ป่วยอาจเริ่มบ่นเกี่ยวกับอาการทางกาย หรือคิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางกาย ครอบครัว และเพื่อนอาจสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยว่าไม่สามารถทำกิจกรรมด้านการงาน สังคม และกิจกรรมส่วนบุคคลได้ดีเหมือนเดิม (Saddock et al., 2015) ระยะเวลาอาจสั้นเพียง 2-3 สัปดาห์ หรือหลายเดือน

1.4.3 ระยะเวลากำเริบ (active phase) เป็นระยะที่มีอาการทางจิตเด่นชัด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาการด้านบวก มักพบว่าการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยลดลงอย่างมาก อาการของโรคอาจเกิดแบบรวดเร็วหรือช้าก็ได้ แต่ส่วนใหญ่จะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป หลังรักษาอยู่นานประมาณ 6 เดือนแล้วอาการจึงเริ่มทุเลา โดยอาการด้านบวกและอาการด้านลบจะลดลง ผู้ป่วยบางคนไม่มีอาการเลย ขณะที่ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการหลงเหลือเพียงเล็กน้อยที่ไม่ใช่อาการโรคจิต เช่น อาการตึงเครียด วิตกกังวล และมีปัญหาการนอน (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.4.4 ระยะเวลาเรื้อรัง/อาการหลงเหลือ (chronic /residual phase) ระยะเวลาอาการทางจิตในระยะเฉียบพลันหายไป หรือไม่แสดงเป็นอาการเด่น อาจมีอาการด้านบวกอยู่บ้างแต่ไม่มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก อาจมีอาการด้านลบ หรือความบกพร่องของความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีการดำเนินโรคเรื้อรัง อาการโรคจิตจะค่อยลดลงตามอายุที่มากขึ้น ผลลัพธ์ระยะยาวของโรคพบได้แตกต่างกันมาก ตั้งแต่โรคทุเลาเหลืออาการน้อยมาก ไปจนถึงมีอาการของโรคเรื้อรังจนไม่สามารถทำอะไรได้ (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

#### 1.4 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นผลจากหลายปัจจัยร่วมกันที่ทำให้เป็นสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม

##### 1.4.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ

1.4.1.1 พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่า ญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง เช่น คู่แฝดของผู้ป่วยที่มีไข่ใบเดียวกัน คู่แฝดของผู้ป่วยที่มีไข่คนละใบ บุตรที่บิดาหรือมารดาป่วย และพี่น้องของผู้ป่วย ซึ่งโรคนี้เกิดจากความผิดปกติของยีนหลายแห่งรวมกัน ทำให้เกิดความผิดปกติในระดับเซลล์ซึ่งส่งผลต่อการสร้าง synapse การเชื่อมโยงระหว่างเซลล์ประสาท (neuronal connectivity) และกระบวนการจัดการข้อมูลของวงจรต่างๆ ในระบบประสาท (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.4.1.2 ระบบสารเคมีในสมอง เชื่อว่าโรคนี้เกิดจากการทำงานของสารสื่อประสาทโดปามีนที่มีมากเกินไป (dopaminergic hyperactivity) โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ post-synaptic receptor เนื่องจากพบว่ายารักษาโรคจิตนั้นออกฤทธิ์โดยการปิดกั้น dopamine receptor type 2 (D2 antagonist) และพบว่าสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (serotonin-2 (5-HT2A) receptor) ในชั้นของสมองส่วนหน้า (frontal cortex) ของผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลง และยารักษาโรคจิตเภตกุ่มใหม่ (serotonin-dopamine antagonists) ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับระบบของสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.4.1.3 กายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติด้านกายวิภาคของสมอง ได้แก่ มีปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของ cortical gray matter และมี ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งการมี ventricle โตกว่าปกติจะสัมพันธ์กับการมีอาการด้านลบ การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี และการบกพร่องทางด้านความคิด (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.4.1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณสมองส่วนหน้า แนวคิดปัจจุบันมองว่าการทำงานของสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทมิได้เป็นจากความผิดปกติเฉพาะบริเวณใดบริเวณหนึ่งของสมอง หากแต่เป็นความผิดปกติในการทำงานของสมองหลายๆ วงจรที่เกี่ยวข้องกัน ทั้งในระดับ cortical และ sub-cortical อาจมองว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคของ disturbed neural connectivity (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

#### 1.4.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ

ตามแนวคิด stress-diathesis model เชื่อว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาวะกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา หรือสภาวะกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพจิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) นอกจากนี้มีนักทฤษฎีได้อธิบายสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท เช่น ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis theories) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theories) ทฤษฎีจิตสังคม (psychosocial theories) ทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theories) เป็นต้น (Bostrom & Boyd, 2015; Sadock et al., 2015)

#### 1.4.3 ปัจจัยทางด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion) เช่น การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) ท่าที่ไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้กับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional involvement) ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท พบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้สถานภาพทางสังคมต่ำลงกว่าเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตมากขึ้น (social causation hypothesis) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; Sadock et al., 2015)

### 1.5 การพยากรณ์โรค

การดำเนินโรคจิตเภทอาจเป็นแบบต่อเนื่อง หรือมีอาการเป็นพัก ๆ แล้วดำเนินต่อ หรือเป็นตลอดเวลา หรือเป็นครั้งเดียวหรือหลายครั้งแล้วหายเป็นปกติหรือไม่ก็ได้ (WHO, 2016) โดยมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และกลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (Complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากอาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลือ (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งอาการหลงเหลือจะมากขึ้น หรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า พบว่าร้อยละ 22 มีอาการเพียงครั้งเดียว ร้อยละ 35 มีอาการหลายครั้ง โดยกลับสู่ภาวะปกติหรือเกือบปกติ ร้อยละ 8 มีความบกพร่อง (Impairment) หลังจากป่วยครั้งแรก และมีอาการกำเริบเป็นระยะ ๆ โดยไม่กลับสู่ภาวะปกติ มีความบกพร่องเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และร้อยละ 35 หลังการป่วยแต่ละครั้งจะไม่กลับสู่ภาวะปกติ ซึ่งการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มามีผลกระทบต่อตัวโรค และจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษา และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยยังเป็นส่วนสำคัญที่ต้องประเมินร่วมด้วยทุกครั้ง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

## 1.6 การรักษา

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความซับซ้อน สาเหตุของโรคไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว การบำบัดรักษารักษาจึงต้องใช้การผสมผสานหลายวิธีเข้าด้วยกันทั้งการรักษาทางชีวภาพ และการบำบัดรักษาทางจิตสังคม ดังนี้ (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; Sadock et al., 2015)

1.6.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อน รำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่น ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา และมีปัญหาในการวินิจฉัย ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

1.6.2 การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (antipsychotics drug) เพื่อให้มีอาการทางจิตหาย และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิตมีอาการสงบลง นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษาด้วยยานั้นอาจแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วง คือ

1.6.2.1 ระยะควบคุมอาการ มีเป้าหมายการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว อาการวุ่นวาย หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรก เป็นผลมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

1.6.2.2 ระยะให้ยาต่อเนื่อง คือ หลังจากที่อาการสงบแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก ในผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยาอาจใช้ยาชนิดประเภทออกฤทธิ์ระยะยาว (long acting) (พงศธร พหลภาคย์ และภัทรี พหลภาคย์, 2560; มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; Sadock et al., 2015)

1.6.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าอาจได้ผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงใช้ ECT ร่วมไปด้วย นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย มีหลายการศึกษาในผู้ป่วยที่เริ่มเกิดอาการป่วยบ่งชี้ว่าการรักษาด้วยไฟฟ้ามีประสิทธิภาพเท่ากับยาต้านโรคจิต และมากกว่า การบำบัดทางจิต ในขณะที่อีกหลายการศึกษารายงานว่า การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตร่วมกับการรักษาด้วยไฟฟ้ามีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตอย่างเดียว (พงศธร พหลภาคย์ และภัทรี พหลภาคย์, 2560; Sadock et al., 2015)

1.6.4 การรักษาจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่ เพราะส่วนใหญ่บุคคลที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องทางสังคม ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ซึ่งอาจเนื่องมาจากการเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรัง บุคลิกภาพส่วนตัว และอาการข้างเคียงจากการใช้ยาเป็นเวลานาน นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะหือแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นต้องมีสิ่งอื่นที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย การบำบัดรักษาทางจิตสังคมทำได้ในหลายรูปแบบ เช่น (พงศธร พหลภาคย์ และภัทรี พหลภาคย์, 2560; มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; Sadock et al., 2015)

1.6.4.1 สิ่งแวดล้อมบำบัด มีเป้าหมายแผนการรักษา คือ มุ่งใช้สภาพแวดล้อมเพื่อการพัฒนาทักษะทางด้านสังคม และอารมณ์ สนับสนุนให้ผู้ป่วยทุกคนมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน องค์ประกอบที่สำคัญของสิ่งแวดล้อมบำบัด คือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น การจัดหอผู้ป่วยมีความเป็นส่วนตัว สะอาดเรียบร้อย และสิ่งแวดล้อมทางด้านบุคคล ครอบคลุมทั้งบุคลากรของโรงพยาบาลและผู้ป่วยด้วยกัน บุคลากรของโรงพยาบาลควรมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ให้ความสำคัญผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และเป็นตัวอย่างที่ดีทั้งทางด้านการสื่อสารมนุษยสัมพันธ์ และการทำงานร่วมกับผู้อื่น

1.6.4.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม มีเป้าหมายหลักในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้เป็นปกติ และสามารถพึ่งตนเองมากที่สุด ซึ่งการฟื้นฟูนี้ครอบคลุมทั้งด้านสังคม การเรียนรู้ อาชีพ พฤติกรรม และความคิด เพื่อช่วยให้บุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่ เทคนิคการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม เช่น การฝึกทักษะทางสังคม (Social skill training) การฝึกทักษะการประกอบอาชีพ การจัดการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี (Case management) การให้ความรู้ทางด้านจิตสังคมแก่ครอบครัว (Psychosocial Family Intervention) และการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน (Community Psychiatric Intervention) เป็นต้น

## 2. ภาวะโรคจิตเวชร่วมผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

### 2.1 ความหมาย

ได้มีผู้บัญญัติศัพท์สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติดร่วมด้วยไว้หลายอย่าง เช่น Fortinash & Holoday-Worret (2012) ให้ความหมายของภาวะโรคร่วม คือ กระบวนการเกิดโรคที่เกิดขึ้นพร้อมกัน 2 โรค หรือมากกว่าในเวลาเดียวกัน

สาวตรี อัจฉรงค์กรชัย (2546) กล่าวว่า Co-morbid psychiatric disorders หมายถึง คนที่มีปัญหาติดยาเสพติดและมีปัญหาทางจิตเวชร่วมด้วย บางครั้งก็เรียก Dual diagnosis แต่คำนี้ไม่ชัดเจนเพราะอาจหมายถึงคนที่มีโรคสองโรคพร้อมกัน ซึ่งเป็นโรคทางกายทั้งสองโรคก็ได้ จึงนิยมใช้ Co-morbid psychiatric disorders มากกว่า

พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2552) ให้ความหมายของโรคจิตเวชร่วม คือ ความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ ภาวะโรคร่วมในกลุ่มการวินิจฉัยโรคเดียวกัน (Homotypic Comorbidity) และภาวะโรคร่วมที่ต่างกลุ่มการวินิจฉัยโรค (Heterotypic Comorbidity)

สรุป ภาวะโรคจิตเวชร่วม (Co-morbid psychiatric disorders) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวช 2 โรคในเวลาเดียว และทั้ง 2 โรคเป็นอิสระต่อกัน ซึ่งในการศึกษานี้สนใจศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตเวชร่วมและต่างกลุ่มการวินิจฉัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) และเป็นผู้มีการดื่มสุราแบบมีปัญหหรือติดสุรา (F10.1-F10.2) หรือมีคะแนนจากแบบประเมิน AUDIT ตั้งแต่การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) ขึ้นไป ซึ่งถือว่าเป็นผู้ดื่มสุราแบบมีปัญหา

## 2.2 อุบัติการณ์การติ่มสุราของผู้ป่วยจิตเภท

ได้มีการศึกษาจำนวนมากทั้งในและต่างประเทศที่แสดงให้เห็นว่าการติ่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ดังเช่นการศึกษาของคอสโคเนน และคณะ (Koskinen et al, 2009) ได้ศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับปัญหาการติ่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทระหว่างปี ค.ศ. 1996-2008 พบผู้ป่วยจิตเภทติ่มสุราแบบมีปัญหาร้อยละ 9.4 และมีความชุกตลอดชีวิตของการติ่มสุรา ร้อยละ 20.6 หรือมีการประมาณการณ์ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท 5 คน จะได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมกับการติ่มสุราแบบมีปัญหา 1 คน

สำหรับการศึกษาปัญหาการติ่มสุราในผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย โดยกรมสุขภาพจิตได้ศึกษาระบาดวิทยาในระดับชาติในปี พ.ศ. 2554 พบว่ากลุ่มผู้ติ่มสุราแบบติดและมีโรคจิตเวชร่วมร้อยละ 85.1 พบผู้ติ่มแบบอันตรายร้อยละ 14.9 (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2554)

ผลการศึกษาของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาการติ่มสุราใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 18.5 พบในผู้ป่วยจิตเภทชายมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทหญิง ซึ่งส่งผลทำให้ความรุนแรงของอาการของโรคจิตเภทสูงขึ้นร้อยละ 63.5 ทำให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 32.4 ความสามารถโดยรวมต่ำร้อยละ 64.8 และในจำนวนนี้มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในร้อยละ 72.9 (จิระพรรณ สุริยงค์ และคณะ, 2557)

สมจิตร มณีกานนท์ และคณะ (2557) ได้ศึกษาความชุกของการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบความชุกของการใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชในช่วงชีวิตและช่วง 3 เดือน ร้อยละ 86.2 และ 47.9 ตามลำดับ สารเสพติดที่พบบ่อยคือสุรา คิดเป็นร้อยละ 81.5 เมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงสูง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีมากที่สุด ร้อยละ 13.7 และมีการใช้สุราแบบเสี่ยงสูง ร้อยละ 3.0

## 2.3 สาเหตุการติ่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติ่มสุรา มีเหตุผลการใช้หลายๆเหตุผล เช่น เพื่อสังคม หรือเพื่อลดอาการทางจิต แต่สมมุติฐานเดิมปัจจัยที่มีส่วนทำให้ประชากรกลุ่มนี้มีอัตราการเกิดความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดที่สูงหรือติ่มสุรา มีหลากหลาย เช่น ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม ดังนี้ (นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2556; บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556)

2.3.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) พบว่ามีปัจจัยที่มีความเป็นไปได้ ที่เป็นสาเหตุการติ่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ

2.3.1.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (genetic factors) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีญาติสายตรง (first degree relative) ที่มีปัญหาการติ่มสุรา มีปัจจัยเสี่ยงที่จะมีปัญหาการติ่มสุราและสารเสพติดได้มากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มอื่น โดยมีการศึกษาในคู่แฝด พบว่าคู่แฝดใบเดียวกัน (monozygotic twin) มีโรคร่วมจิตเภทและปัญหาการติ่มสุรามากกว่าคู่แฝดไขคนละใบ (dizygotic twin)

2.3.1.2 ปัจจัยทางด้านสารสื่อประสาท (neurochemical factor) แอลกอฮอล์ ออกฤทธิ์ต่อระบบสารสื่อประสาท (neurotransmitter) หลายตัว โดยออกฤทธิ์ต่อ inhibitory system ผ่าน GABA receptor และ glycine receptor มีผลทำให้สารโดปามีน (dopamine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทหลัก ในวงจร reward system เพิ่มขึ้น โดยสุราจะเป็นตัวกระตุ้นให้สมองสร้างสารโดปามีน มากกว่าที่ธรรมชาติกำหนดจนทำให้รู้สึกเป็นสุขมากกว่าปกติ สมองจึงมีการปรับตัวด้วยการลดระดับการหลั่งของโดปามีนตามธรรมชาติลง

ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการมึนงง มีความสุขเมื่อได้ดื่มสุรา แต่เมื่อไม่ได้ดื่มทำให้มีอาการถอนพิษสุรา (withdrawal symptom) จึงต้องกลับไปดื่มซ้ำในปริมาณเพิ่มขึ้น เพื่อให้สมองหลังโดปามีนออกมาจนเกิดความสุข

2.3.1.3 ปัจจัยทางชีววิทยาที่มีผลต่อความเครียดเรื้อรัง (the neurobiological effects of chronic stress) จากการศึกษาภาวะเครียดเรื้อรัง (chronic stress) พบว่ามีผลต่อการดื่มสุราและการเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งอธิบายว่าภาวะเครียดเรื้อรังมีผลในการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง และในขณะเดียวกันการดื่มสุราและเสพติดก็ทำให้เกิด neuroadaptation ใน brain reward pathway เกิดภาวะติดและภาวะถอนพิษจากสารเสพติด และทำให้เกิดภาวะเครียดเรื้อรังตามมา ซ้ำไปมาจนเป็นวงจร

2.3.1.4 ปัจจัยทางด้านกายวิภาคสมอง (anatomical factor) ความผิดปกติที่ ventromedial prefrontal cortex ทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะ myopic กล่าวคือ ผู้ป่วยจะตัดสินใจเลือกสิ่งที่ไม่ดีให้รางวัลทันทีแทนที่จะมองผลรวมทั้งหมดและขาดการวางแผน ทำให้ผู้ป่วยเลือกการใช้สารเสพติดโดยไม่ได้คำนึงถึงผลที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะยาว และให้ความสำคัญของการเลิกใช้สารเสพติดว่าเป็นการลงโทษที่มากเกินไป ประกอบกับการมีความบกพร่องทางความคิด และการตัดสินใจทางสังคม (Impaired thinking and social judgment) และการควบคุมตนเองไม่ดี (poor impulse control) อันเป็นผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จึงมีแนวโน้มที่ทำให้ผู้ป่วยดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด

2.3.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) มีหลายการศึกษาที่แสดงถึงการใช้สุราและสารเสพติดเพื่อลดอาการด้านลบของโรคจิตเภท พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเภทใช้สุราเพื่อลดอาการทางจิตเวช (negative symptoms) เช่น ภาวะแยกตัวออกจากสังคม ภาวะอารมณ์เฉยๆ อารมณ์เบื่อหน่าย ความวิตกกังวล ประหม่าในการเข้าสังคม ผู้ป่วยจึงดื่มสุราเพื่อเข้าสังคมและให้เกิดการยอมรับของกลุ่มเพื่อน หรือช่วยทำให้ผ่อนคลายจากความไม่สบายใจ (self-medication) ซึ่งเป็นวิธีการแสวงหาความสุขสบายใจอย่างหนึ่งของผู้ป่วย เพื่อต้องการลดความตึงเครียดจากการเจ็บป่วยทางจิต ความยากจน การขาดโอกาสและความเบื่อหน่าย หรือเพื่อลดอาการผลข้างเคียงจากยาทางจิตเวช และลดอาการประสาทหลอน

2.3.3 ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (Socio-environmental factors) ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความด้อยโอกาสในด้านอาชีพ โอกาสทางสังคม กิจกรรมนันทนาการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ down-ward social shift เพื่อไปอยู่ในสังคมที่ยากจนมากขึ้น ทำให้มีเวลาว่างมากจนกลายเป็นความเหงา ร่วมกับภาวะโรคทำให้ผู้ป่วยเป็นที่รังเกียจและมีโอกาสเป็นคนไม่มีที่อยู่อาศัย ซึ่งทำให้พวกเขามีแนวโน้มที่จะเข้าถึงสารเสพติดได้ง่ายและติดสารเสพติดในที่สุด

## 2.4 ผลกระทบของการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท

การดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภท มักจะมีผลกระทบตามมาทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และผลกระทบด้านอาการทางจิต ดังนี้คือ

2.4.1 ผลของสุราต่อภาวะสุขภาพ การดื่มสุรามีผลต่อร่างกาย 2 แบบ คือ แบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ดังนี้ (ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552; สรายุทธ บุญชัยพานิชวัฒนา และคณะ, 2564)

2.4.1.1 แบบเฉียบพลัน (acute) จะเกิดการเสียการควบคุมระบบกล้ามเนื้อ ระยะเวลาการตัดสินใจช้าลง สมรรถภาพการมองเห็นลดลง ขาดความยับยั้งชั่งใจ มึนงง (stuporous) ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ การหายใจและการเต้นของหัวใจถูกกด ประสาทสัมผัสต่าง ๆ จะเสียไป ไม่รู้สึกตัว

(unconsciousness) การหายใจช้าลง และอาจเสียชีวิตได้ถ้าแก้ไขไม่ทัน และพบว่าผู้ติดสุราจะขับรถด้วยความประมาท อาจเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ บาดเจ็บเสียชีวิต รวมถึงการเสียชีวิตจากภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรง โดยพบว่ามียอดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงสูงถึง ร้อยละ 30

2.4.1.2 แบบเรื้อรัง (chronic) ผู้ที่ดื่มสุราติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน จะทำให้เกิดการเป็นพิษต่ออวัยวะทุกส่วนของร่างกาย โดยพบว่า การดื่มสุราเป็นสาเหตุของโรคมากกว่า 60 ชนิด ทั้งที่เกิดจากสุราโดยตรงหรือโรคที่ได้รับอิทธิพลจากสุรา ได้แก่

1) ผลต่อสมอง ทำให้การทำหน้าที่ตัวรับสื่อประสาทลดลง มีผลต่อการนอนหลับ ทำให้วงจรการนอนขาดเป็นช่วง ๆ นอนหลับไม่สนิท และมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของสมอง เช่น ความบกพร่องทางสติปัญญา ความจำ

2) ผลต่อตับ เนื่องจากตับเป็นแหล่งสันดาปที่สำคัญของแอลกอฮอล์ ดังนั้นทำให้เกิดการสะสมไขมันและโปรตีนในตับ ทำให้เซลล์ของตับถูกทำลายเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่โรคตับอักเสบเนื่องจากพิษของสุรา (alcoholic hepatitis) และตับแข็ง (cirrhosis)

3) ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ในผู้ดื่มสุราเป็นระยะเวลานานๆ และดื่มในปริมาณที่มากมีโอกาสดังเกิดโรคมะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งหลอดลม มะเร็งกระเพาะอาหาร แผลในกระเพาะอาหาร หรือเกิดโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันและเรื้อรัง

4) ผลต่อหัวใจและระบบการไหลเวียนโลหิต เกิดภาวะของโรคกล้ามเนื้อหัวใจบวมโต การเต้นของหัวใจผิดปกติ อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย (congestive heart failure) และทำให้ความดันโลหิตสูง

5) ผลต่อต่อมไร้ท่อ ทำให้ฮอร์โมนคอร์ติซอลสูงขึ้นในเพศชาย ฮอร์โมนเทสโทสเทอโรนต่ำลง แต่ฮอร์โมนเอสโตรเจนสูงขึ้น ทำให้อัณฑะฝ่อ (testicular atrophy) มีเต้านม (gynecomastia) ในเพศหญิงการทำงานของรังไข่จะล้มเหลว (ovarian failure)

6) ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง การขาดวิตามินบี 1 หรือไทอามีน (thiamin) ทำให้มีอาการสับสน (mental confusion) เดินเซ (truncal ataxia) มีอาการสมองฝ่อเพราะสุรา (alcoholic dementia) มีอาการของสมองเสื่อม (dementia) หรือสติปัญญาเสื่อมเนื่องจากจากสมองบางส่วนถูกทำลายเพราะสุรา

7) ผลต่อไต โดยไปลดการผลิตฮอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติก (antidiuretic hormone) ของต่อมพิทูอิทารี (pituitary) จะทำให้ร่างกายสูญเสียโซเดียมออกมามาก ร่างกายจะดูดน้ำเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดที่ละมาก ๆ อาจทำให้เกิดภาวะน้ำเป็นพิษได้

8) ผลต่อทารกในครรภ์จะทำให้ทารกเจริญเติบโตช้า รูปร่างผิดปกติ และพิการ พบว่าหนึ่งในสามของทารกมีโอกาสเป็นสติปัญญาต่ำ ศีรษะเล็ก การเจริญเติบโตช้า

1.4.1.2 ผลต่อสุขภาพจิต ผลของแอลกอฮอล์สามารถก่อให้เกิดอาการทางจิตกำเริบ โดยเฉพาะกลุ่มอาการทางด้านบวก เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน และมีพฤติกรรมก้าวร้าว (จีระพรรณ สุริยงค์ และคณะ, 2557) ขาดความต่อเนื่องในการบำบัดรักษาและติดตามทั้งสุราและโรคจิตเวช ทำให้มีความต้องการการบำบัดรักษามากขึ้น เป็นปัจจัยสำคัญทำให้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และทำให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556; Huang et al., 2025) ทั้งนี้เป็นผลสืบเนื่องจากแอลกอฮอล์จะไปเพิ่มการทำงานของสารโดปามีน ทำให้ร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เกิดผล

ตามมาทำให้มีอาการทางจิตที่แย่ง การดำเนินของโรคมีลักษณะเป็นเรื้อรังเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องของระดับสติปัญญา คุณภาพของการตัดสินใจ ความคิดและการทำหน้าที่ทางจิตสังคม การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิต และมีภาวะโรคร่วมความผิดปกติจากการดื่มสุราไม่ได้ คือ ทำให้มีพัฒนาการของโรคเป็นแบบเรื้อรัง รุนแรง และมีความพิการตามมา (นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2556; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.4.1.3 ผลของสุราต่อสังคมทำให้ศักยภาพการทำงานต่ำลง และขาดกำลังคนในการทำงาน พบว่าประชากรมากกว่าครึ่งหรือร้อยละ 53.4 ของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตทำให้มีความบกพร่องในวันที่สามารถทำงานได้ (role disability day) ถึง 32.1 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรเทียบเคียงกัน ประมาณการเป็นความสูญเสีย 3.6 พันล้านเหรียญสหรัฐ โดยปัญหาสุขภาพจิตทำให้เกิดความบกพร่องในวันทำงานมากเกินครึ่งหนึ่งกว่าปัญหาสุขภาพกาย เกิดปัญหาในครอบครัวทำให้ความสัมพันธ์กับผู้อื่นแย่ง การหย่าร้างสูงขึ้น ปัญหาการเรียน การว่างงาน และการสูญเสียหน้าที่สำคัญต่างๆ มากขึ้น มีปัญหาการเงิน และปัญหาทางสังคม เช่น ด้านกฎหมาย เศรษฐกิจ การไร้ที่อยู่อาศัย เป็นภาระของรัฐต้องดูแลในการจัดสรรงบประมาณจำนวนมากเพื่อให้การรักษายาบาลผู้ป่วยในจิตเวชกลุ่มนี้ (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556)

## 2.5 การบำบัดรักษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

ในการบำบัดผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้มีความผิดปกติโรคร่วม ระหว่างการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต ร่วมกับการมีปัญหาการดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติด พบว่ารูปแบบการบำบัดอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละแห่ง แต่ในกระบวนการบำบัดรักษาจะมีความคล้ายคลึงกัน โดยใช้หลักการบูรณาการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟู คือ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสุราหรือสารเสพติดประยุกต์ใช้ไปด้วยกัน (Integrate and modify mental health and addiction treatment) ดังนี้

2.5.1 การรักษาด้านร่างกาย (Biological) การรักษาด้วยยาที่เหมาะสมทั้งถอนพิษสุราและอาการทางจิตเวชหรือการรักษาด้วยยาเพื่อจัดการกับการเจ็บป่วยทางจิต โดยมีแนวความคิดจากทฤษฎีทางชีวภาพ (Biological model) เชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตมีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของสารสื่อประสาท การรักษาด้วยยา และการดื่มสุรามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับสารสื่อประสาทในสมอง และมีผลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยในทางตรงกันข้าม (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

2.5.2 การบำบัดรักษาจิตสังคม (psychosocial approaches) เพื่อการลดหรือหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่อง และเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย พบว่ามีรูปแบบการให้การบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราหลายวิธี และมีการผสมผสานวิธีการบำบัดหลายอย่างรวมเข้าด้วยกัน ผู้วิจัยได้จำแนกการบำบัดตามกลุ่มเป้าหมายเป็นการบำบัดในผู้ป่วย และการบำบัดร่วมกับญาติผู้ป่วย รวมทั้งมีการนำเสนอแนวคิดการทำกลุ่มบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจะนำมาใช้เพื่อเป็นกรอบแนวคิดสำหรับการพัฒนาโปรแกรมให้เป็นการบำบัดแบบกลุ่มครั้งนี้ ดังมีรายละเอียดของวิธีการบำบัดต่อไปนี้

2.5.2.1 การบำบัดในผู้ป่วย โดย บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ (2556) ได้ทบทวนและเสนอแนะการดูแลรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและปัญหาการใช้สารเสพติดหรือดื่มสุราว่าควรเป็นการบูรณาการการบำบัดรักษา ซึ่งเป็นแนวคิดเชิงระบบที่เกิดขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1980 จากการสังเกตว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วมในสหรัฐอเมริกาที่ต้องการได้รับการบำบัดรักษาทั้งปัญหาสุขภาพจิต และการติดสารเสพติดมีจำนวนที่สูงมาก ภายใต้สถานการณ์ที่ระบบของการบริการที่เป็นอยู่นั้นแยกกันอย่างคู่ขนานและต่างคน

ต่างรักษา ผู้รับบริการมีแนวโน้มที่จะถูกส่งให้เข้ารับบริการในระบบใดระบบหนึ่ง และบางครั้งก็เกิดการเกี่ยงให้ ผู้รับบริการไปอีกระบบ ซึ่งเห็นได้ว่าเป็นมุมมองการรักษาทางเดียว ถึงแม้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาใน ทั้งสองโรค การบำบัดรักษาที่ได้รับก็มักไม่สอดคล้องกันหรือไปด้วยกันไม่ได้ ทำให้งานวิจัยในระยะต่อมาได้นั้น เรื่องการบูรณาการการบำบัดรักษา มีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง

การดูแลบำบัดรักษาแบบบูรณาการ (Treatment Integrated) มีขั้นตอนจำเพาะหรือใช้เทคนิคการ บำบัดเฉพาะสำหรับผู้ป่วยสุราหรือสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทุกราย (all COD diagnoses or symptoms) ร่วมกับการดูแลเฉพาะรายเป็นระยะๆ ทั้งนี้ให้ความสำคัญในการให้การดูแลบำบัดแบบขั้นต้น (acute Interventions) เพื่อความปลอดภัยจากโรคของผู้ป่วยในขณะนั้น เท่าเทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วย (Recovery Interventions) สู่การดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยมีเป้าหมายการบูรณาการการบำบัดรักษา สองประการ คือ 1) พัฒนาการเข้าถึงทั้งการบริการด้านสุขภาพจิตและการบำบัดสารเสพติดในสถานบำบัด เดียวกัน 2) การพัฒนารูปแบบการดูแลทางคลินิกให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลโดยมีการผสมผสานประยุกต์ วิธีการบำบัดรักษา ได้แก่ การให้คำปรึกษารายบุคคล การบำบัดรักษาแบบกลุ่ม หรือวิธีการอื่นๆ โดยมีหลัก การบูรณาการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟู

1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสุราหรือสารเสพติดประยุกต์ใช้ไปด้วยกัน (Integrate and modify mental health and addiction treatment) รูปแบบการบำบัดควรมีองค์ประกอบ ดังนี้ 1.1) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสุราหรือสารเสพติดไปด้วยกัน 1.2) การดูแลแบบผู้ป่วยนอกและใน 1.3) การบูรณาการครอบคลุมครบถ้วนทุกมิติการบำบัด การบำบัดทางจิตสังคมโดยสหวิชาชีพ ได้แก่ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) กลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) และทักษะชีวิต (Life skill) ทั้งนี้ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยสุรามีความแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วย สารเสพติดประเภทอื่นๆ เช่น ช่วงอายุ การรับรู้ ความคิด ความจำ วุฒิภาวะ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ภาวะ สุขภาพที่พื้นตัวค่อนข้างต่ำ ลักษณะพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 1.4) การรักษาด้วยยาที่เหมาะสมทั้งถอนพิษสุรา และอาการทางจิตเวช 1.5) การติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย และ 1.6) การช่วยเหลือทางสังคมและเครือข่าย การสนับสนุนการฝึกงาน และการจ้างงาน

2) สถานบริการมีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคร่วมอย่างต่อเนื่องครบวงจร ซึ่งสอดคล้อง กับงานวิจัยต่างประเทศ ว่าการขาดศักยภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลกระทบต่อ การวินิจฉัยและ ติดตามการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเวช ทำให้ไม่ได้มุ่งเน้นไปที่การบำบัดสารเสพติดและพฤติกรรม การปรับตัวที่มีปัญหาของผู้ป่วย ทั้งนี้สารเสพติดที่ผู้ป่วยใช้มีฤทธิ์รบกวนประสิทธิภาพการให้ยารักษาโรคจิตเวช ของผู้ป่วยอีกด้วย

3) การบำบัดรักษาแบบระยะยาว พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมารับการรักษาแบบผู้ป่วย ในบ่อยขึ้นและหากผู้ป่วยไม่มีญาติจะทำให้อยู่โรงพยาบาลนาน ส่งผลให้ระยะเวลาในการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วย กลุ่มนี้ยาวนานมากขึ้น

#### 2.5.2.2 การบำบัดร่วมกับญาติผู้ป่วย ดังนี้

ครอบครัวบำบัด (Marital and family therapy) ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุน ทางสังคมที่ผู้ให้ข้อมูลใกล้ชิดมากที่สุด มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural Support Systems) เป็นกลุ่ม ที่มีความสำคัญกลุ่มหนึ่ง ที่ช่วยให้ครอบครัวรู้สึกตระหนักและรู้ความต้องการของครอบครัวมากขึ้น และเกิด ความร่วมมือในการรักษา และช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูของผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัดเป็นการส่งเสริม

ให้ครอบครัว ซึ่งได้แก่ตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้บำบัดให้สื่อสารและเข้าใจความหมายของพฤติกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้น ระบุว่าสิ่งใดคือสิ่งที่ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกันเพื่อช่วยให้พฤติกรรมการติดสุราดีขึ้น (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556)

การบำบัดร่วมกับญาติผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อประเมินปฏิสัมพันธ์และแก้ไข ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกของครอบครัวที่ผิดปกติ การส่งเสริมให้สัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้น โดยการ เปลี่ยนความคิดความเชื่อ สร้างความหวัง ลดความรู้สึกลด ช่วยให้ผู้สมาชิกครอบครัวเกิดความเข้าใจตนเอง วิเคราะห์ปัญหา หาวิธีการแก้ปัญหา และมีการปรับตัวช่วยกันแก้ปัญหา ตลอดจนการนำสิ่งที่ดีหรือแนวคิดที่ดี ของครอบครัวมาใช้ประโยชน์ในการรักษา (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

การบำบัดสำหรับญาติในการวินิจฉัยนี้ ใช้การบำบัดแบบรายบุคคลพร้อมกับผู้ป่วย จำนวน 1 ครั้งในวันที่ญาติมารับผู้ป่วยที่โรงพยาบาล เพื่อกระตุ้นให้ญาติเกิดความตระหนัก ให้ความสำคัญ และมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเหมาะสม และลดพฤติกรรม การดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งใช้กิจกรรมการติดตามหลังจำหน่าย ในการพูดคุยกับญาติเพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติ พร้อมทั้งร่วมหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน

#### 2.5.2.3 แนวคิดการทำกลุ่มบำบัด (Group Therapy) ในผู้ป่วยจิตเวช

เป็นวิธีการบำบัดอย่างหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช ทั้งสำหรับผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก (จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว, 2557) เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิด โรคทางจิตเวช ลดอาการของโรค สร้างเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว โดยใช้ ความรู้ ทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนแบบองค์รวม

1) รูปแบบของกลุ่มบำบัด มีหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับแนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ โครงสร้างของการจัดกลุ่ม ลักษณะผู้ป่วย และลักษณะของผู้ที่จะทำกลุ่มบำบัด (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553; ภัทรารณณ์ พุงปันคำ, 2551) ได้แก่

1.1) กลุ่มกิจกรรม (activity groups) มีเป้าหมายเน้นให้ผู้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์ กับบุคคลอื่น ช่วยให้มีการสื่อสาร ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในความเป็นจริง เพิ่มทักษะทางสังคม ป้องกันการถดถอย ของผู้ป่วย เป็นกิจกรรมอย่างง่ายเมื่อผู้ป่วยทำได้สำเร็จจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น กลุ่มประกอบอาหาร กลุ่มศิลปะ กลุ่มนันทนาการ เป็นต้น

1.2) กลุ่มให้ความรู้ (educational groups) มีเป้าหมายเน้นเกี่ยวกับการให้ ข้อมูลความรู้ต่างๆ ส่งเสริมให้เกิดทักษะในการดูแลตนเอง เช่น กลุ่มให้ความรู้เรื่องยา การผ่อนคลาย ความเครียด กลุ่มทักษะทางสังคม กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เป็นต้น

1.3) กลุ่มบำบัดเพื่อการรักษา (therapeutic groups) มีเป้าหมายให้ผู้ผู้ป่วย เกิดความเข้าใจและพัฒนาความตระหนักรู้อารมณ์ความรู้สึกของตนเอง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไปในทางที่ดีขึ้น เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหาในตัวผู้ป่วยเอง เช่น กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มจิตละครบำบัด เป็นต้น

1.4) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self – help groups) มีเป้าหมายในการให้ผู้ผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายกันมาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ทักษะในการแก้ไขปัญหา เกิดความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เช่น กลุ่มผู้ป่วยเลิกสุรา กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเภท เป็นต้น

2) ชนิดของกลุ่ม ลักษณะการจัดกลุ่มแบ่งได้หลายแบบขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม เช่น การแบ่งตามลักษณะของสมาชิกกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน หรือกลุ่มโรคเดียวกัน (homogeneous group) เช่น กลุ่มผู้ป่วยใช้สารเสพติด กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นต้น ส่วนลักษณะสมาชิกกลุ่มที่มีปัญหาต่างกัน (heterogeneous group) มีจุดมุ่งหมายของกลุ่มเพื่อให้สมาชิกได้เกิดการเรียนรู้ทางสังคมและทักษะการแก้ปัญหาอย่างหลากหลายมุมมองที่แตกต่างกันออกไป นอกจากนี้การแบ่งชนิดของกลุ่มบำบัดยังสามารถแบ่งตามลักษณะการเข้าออกของสมาชิกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ กลุ่มเปิด (opened group) ที่มีการเปลี่ยนแปลงสมาชิกกลุ่มอยู่ตลอดเวลา ซึ่งเป็นการดำเนินกลุ่มให้แล้วเสร็จภายในครั้งเดียว และกลุ่มปิด (closed group) เป็นกลุ่มที่จำนวนสมาชิกคงที่ ไม่เปิดรับสมาชิกใหม่ สมาชิกจะเข้ากลุ่มร่วมกันตามจำนวนครั้งที่กำหนด (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์, 2542; ภัทรภรณ์ พุงปันคำ, 2551)

3) ปัจจัยบำบัด (therapeutic factors) การทำกลุ่มให้เกิดประสิทธิภาพ มีองค์ประกอบสำคัญ 2 ส่วน คือ เนื้อหา (content) คือ คำพูดต่างๆ ประเด็นในการอภิปรายที่พูดคุยกันในกลุ่ม และกระบวนการ (process) ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวผู้ป่วย โดยผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มซึ่ง ยาลอมได้เรียกว่าปัจจัยบำบัด มีทั้งหมด 11 ปัจจัย ได้แก่ (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์, 2542; Yalom, 1995)

3.1) การมีความหวัง (instillation of hope) เป็นการสร้างความหวังให้กับผู้ป่วยจากการเห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มดีขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยตระหนักได้ว่าสามารถเอาชนะปัญหาได้

3.2) ความรู้สึกอันเป็นสากล (universality) เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นผู้ที่มีปัญหาอยู่คนเดียว สมาชิกคนอื่นว่ามีปัญหามากมายเช่นเดียวกับตนเอง จึงสามารถบอกเล่าปัญหาของตนเองกับผู้อื่นได้ไม่ใช่เรื่องน่าอับอาย

3.3) การได้รับข้อมูล (imparting information) ทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการที่สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ ข้อเสนอแนะซึ่งกันและกัน และการได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากตัวผู้นำกลุ่ม ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหา

3.4) การรู้สึกได้ทำประโยชน์ (altruism) การที่สมาชิกรู้สึกว่าได้ช่วยเหลือบุคคลอื่น เช่น การให้คำแนะนำแก่เพื่อนสมาชิกในการแก้ปัญหาที่ตนเองเคยประสบมาก่อน และเพื่อนสมาชิกในกลุ่มรับฟังอย่างตั้งใจ ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น

3.5) การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว (corrective recapitulation of the family group) กลุ่มบำบัดจะช่วยให้สมาชิกได้มีโอกาสสำรวจตนเองและเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแบบแผนสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การมีประสบการณ์ที่ไม่ดีหรือมีปมขัดแย้งในครอบครัว แล้วมีการปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรมในแง่ลบเหล่านั้นให้ดีขึ้น

3.6) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (development of social techniques) การมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นภายในกลุ่มเป็นการฝึกทักษะทางสังคม หรือการได้สังเกตเห็นบุคคลอื่นมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันสามารถนำมาเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับตนเองได้ ภายใต้บรรยากาศของกลุ่มที่มีการยอมรับ สนับสนุน และรับฟังความคิดเห็นของคนอื่นทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น

3.7) การเลียนแบบพฤติกรรม (imitative behavior) สมาชิกกลุ่มเกิดการเลียนแบบบุคลิกภาพจากสมาชิกด้วยกัน หรือจากผู้นำกลุ่มที่ตนเองพึงพอใจ ผ่านการสังเกตการณ์มีปฏิสัมพันธ์ของคนอื่นว่าได้รับการตอบสนองอย่างไร

3.8) การระบายอารมณ์ (catharsis) ได้ระบายความคิดความรู้สึก การปลดปล่อยอารมณ์ที่เก็บกดไว้ทำให้เกิดความรู้สึกโล่งสบาย และทำให้เกิดการเรียนรู้วิธีการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม

3.9) การเรียนรู้ความจริงอันเป็นสัจธรรม (existential factors) ผู้ป่วยจิตเวชอาจมีความคาดหวังกับชีวิตต้องสวยงาม สมหวัง ซึ่งไม่ได้เป็นจริงเสมอไป ทำให้สมาชิกได้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจความเป็นจริงของชีวิตจากการฟังประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม

3.10) ความรู้สึกผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (cohesiveness) การเข้าร่วมกลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เกิดความผูกพันกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม รับรู้ว่าเป็นพวกเดียวกัน มีเป้าหมายอันเดียวกัน ซึ่งปัจจัยนี้เป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาที่จะทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

3.11) วิธีที่จะติดต่อและสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (interpersonal learning) โดยกลุ่มถือว่าเป็นสังคมจำลองให้สมาชิกได้มีโอกาสฝึกฝนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม

### 3. บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

การเข้าใจบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มจะทำให้พยาบาลจิตเวชมีแนวทางในการปฏิบัติได้อย่างมั่นใจมากขึ้น บทบาทหน้าที่พื้นฐานของผู้นำกลุ่มมี 3 ประการ ดังนี้ (Yalom, 1995)

#### 3.1 การสร้างและการคงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม (creation and maintenance of the group)

3.1.1 การสร้างวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ให้เป็นที่เข้าใจและเป็นที่ยอมรับร่วมกันของสมาชิก โดยการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมมากที่สุด ซึ่งจะทำให้สมาชิกรู้สึกมีส่วนร่วม เห็นความสำคัญของการมีกลุ่ม รู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม (ปราโมทย์ เชาวศิศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์, 2542; ภัทรารณณ์ พุ่งปันคำ, 2551; Yalom, 1995)

3.1.2 การคัดเลือกสมาชิกเข้ากลุ่ม มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ซึ่งสามารถแบ่งตามระดับความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ (level of function) เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการมากๆ จัดอยู่ในระดับความสามารถน้อย (lower level group) ควรคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มที่ใช้ระดับความสามารถน้อยๆ ได้ เช่น รูปแบบกิจกรรมบำบัด กลุ่มนันทนาการ เป็นต้น แต่ถ้ากลุ่มที่มีวัตถุประสงค์ต้องการให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับการตระหนักรู้ตนเอง เช่น กลุ่มจิตบำบัด ต้องมีการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถที่ดีขึ้น (higher level group) (ปราโมทย์ เชาวศิศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์, 2542; ภัทรารณณ์ พุ่งปันคำ, 2551)

3.1.3 การกำหนดการพบปะกันของสมาชิก ซึ่งยาโลม (Yalom, 1995) กล่าวถึง ความถี่ที่เหมาะสมในการทำกลุ่มจิตบำบัด คือ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และแต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 60- 90 นาที เพราะถ้าน้อยเกินไปจะทำให้อภิปรายประเด็นปัญหาได้ไม่ทั่วถึงแต่ถ้ายาวนานมากก็ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งสมาชิกเองและผู้นำกลุ่ม

3.1.4 การสร้างข้อตกลงในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกเข้าใจบทบาทของตนเองในกลุ่ม โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ถ้าเป็นกลุ่มปิดจะต้องบอกจำนวนครั้งในการทำกลุ่ม ประโยชน์ที่จะได้จากการเข้ากลุ่ม และระยะเวลาในการดำเนินกลุ่ม เป็นต้น การทำข้อตกลงร่วมกันในกลุ่ม เช่น การเข้ากลุ่มตรงเวลาทุกครั้ง

การรักษาความลับของกลุ่มไม่นำเรื่องที่พูดคุยกันในกลุ่มไปพูดข้างนอกกลุ่ม ไม่มีการทำร้ายร่างกายกันในกลุ่ม (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์, 2542)

3.1.5 การสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเกิดปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม ให้มีความอบอุ่น ปลอดภัย น่าเชื่อถือ มีการสนับสนุนให้กำลังใจสมาชิก ผู้นำกลุ่มต้องปกป้องสมาชิกที่อาจตกเป็นแพะรับบาปของกลุ่ม หรือสมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะเจียบ (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์, 2542; ภัทรารณณ์ พุงปันคำ, 2551)

3.2 การสร้างบรรทัดฐานของกลุ่ม (culture building) เป็นพฤติกรรมการแสดงออกที่เป็นที่ยอมรับของสมาชิกในกลุ่มที่ทุกคนปฏิบัติตาม มี 2 รูปแบบ คือ เป็นกฎที่ชัดเจนที่สมาชิกตกลงร่วมกัน มาตั้งแต่ต้น (overt or explicated) เช่น ระยะเวลาการเข้ากลุ่ม เป็นต้น และแบบที่ไม่ต้องมีการพูดเป็นกฎ แต่สมาชิกสามารถเข้าใจได้เองจากการเรียนรู้จากพฤติกรรมของสมาชิกอื่น (covert or implied) เช่น เมื่อมีสมาชิกอื่นพูดควรที่จะเจียบและตั้งใจฟัง เมื่อสมาชิกในกลุ่มอยากฟังความคิดเห็นของทุกคนควรต้องพูดแสดงความคิดเห็น เป็นต้น (Coffin- Roming, 2012)

3.3 การกระตุ้นให้สมาชิกอยู่กับปัจจุบัน (here and now) ผู้นำกลุ่มจะให้ความสนใจในสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม เช่น พฤติกรรมการแสดงออกของสมาชิก การมีปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกในขณะนั้น ถึงแม้จะมีความเชื่อว่าประสบการณ์ในอดีตจะมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่จะแสดงออกมาในรูปแบบของการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ไม่เหมาะสม (maladaptive interpersonal patterns) ผู้นำกลุ่มจะช่วยผู้ป่วยโดยการชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้น และช่วยแก้ไขพฤติกรรมให้เหมาะสม ภายใต้บรรยากาศของกลุ่มที่ให้การยอมรับกันมีความอบอุ่นผู้ป่วยจะเกิดการแก้ไขพฤติกรรมของตนเอง (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์, 2542)

นอกจากนี้บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มยังมีหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในการให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ การรักษาที่เป็นประโยชน์แก่สมาชิก ดังนั้นผู้นำกลุ่มจึงต้องมีความรู้ทางด้านสุขภาพ การรักษาด้วย และอีกบทบาทหนึ่งคือ การเป็นผู้ปกป้องสิทธิของสมาชิกของกลุ่ม โดยป้องกันไม่ให้เกิดการแบ่งแยก กีดกัน ด้านเพศ เชื้อชาติ ศาสนา ป้องกันไม่ให้เกิดการต่อต้านกันในระหว่างกลุ่มย่อย (ภัทรารณณ์ พุงปันคำ, 2551)

## 4. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

### 4.1 ความหมายและแนวคิดการบำบัด

Miller (1995) ได้ให้ความหมายของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ว่าเป็นการบำบัดทางจิตวิทยาอย่างเป็นระบบเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการช่วยให้ผู้รับบริการได้สำรวจ ค้นหา และแก้ไขความลังเลใจในการหยุดดื่มสุรา ภายใต้บรรยากาศที่อบอุ่น มีการแสดงถึงความเข้าใจเห็นใจของผู้บำบัด และส่งเสริมศักยภาพของผู้รับบริการว่าสามารถทำได้ เป็นการบำบัดที่ใช้ได้ผลรวดเร็วต่อการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจภายใน ใช้ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 2-4 ครั้ง อย่างน้อย 15 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการบำบัดอย่างหนึ่ง ที่งานวิจัยในปัจจุบันชี้ให้เห็นว่ามีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ติดสุรา ซึ่งเป็นกระบวนการบำบัดทางจิตวิทยาที่เน้นการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีลเลอร์ และโรลนิก ได้คิดค้นขึ้นมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1991 (Miller & Rollnick, 1991) เป็นแนวทางการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้ป่วยเป็นหลัก มีวัตถุประสงค์ของการบำบัดเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการค้นหา สำรวจ และจัดการกับความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นแนวทางในการช่วยเหลือ

ผู้ป่วยให้ตระหนักถึงปัญหา หรือสิ่งที่อาจจะเป็นปัญหาในอนาคต และหาแนวทางในการจัดการกับปัญหานั้น ซึ่งเป็นวิธีการที่เป็นประโยชน์ และเหมาะกับผู้ป่วยที่มีความลังเลใจต่อการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับภาวะความลังเลใจ และก้าวไปข้างหน้าสู่การเปลี่ยนแปลง สำหรับคนที่มีทักษะ และทรัพยากรอยู่เดิมก็จะสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้ ผู้บำบัดเพียงแค่ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความลังเลใจ ในการเปลี่ยนแปลงนั้น ก็จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินการเปลี่ยนแปลงต่อไปได้ด้วยตนเอง (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

ในกระบวนการให้การบำบัด ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเสมือนหนึ่งคุยกับตนเอง โดยใช้เทคนิค การให้คำปรึกษาที่ต้องใช้บ่อยครั้ง คือ OARS ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening) การสรุปความ (Summarization) เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยินสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึก (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553) ซึ่งมิลเลอร์ (Miller, 1995) กล่าวว่า การใช้คำถามปลายเปิดถามผู้ป่วยเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ยินสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึกเป็นครั้งที่หนึ่ง การสะท้อนความช่วยให้ผู้ป่วยได้ยินสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึกเป็นครั้งที่สอง และการสรุปความช่วยให้ผู้ป่วยได้ยินสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึกเป็นครั้งที่สาม การช่วยให้ผู้ป่วยเสมือนหนึ่งได้คุยกับตนเองซ้ำๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกังวลใจกับพฤติกรรมหรือปัญหาที่ตามมาจากการดื่มสุรา และความกังวลใจเป็นปัจจัยภายในที่ทำให้ผู้ป่วยต้องการเปลี่ยนแปลง

#### 4.2 ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change)

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจได้อิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska & DiClemente (1984, 1986 as cited in Miller, 1995) ซึ่งแนวคิดขั้นแรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญทำให้ ผู้บำบัดสามารถเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยได้ เนื่องจากการที่ผู้บำบัดสามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วย มีแรงจูงใจเป็นอย่างไรตามทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะเป็นแนวทางในการสร้างแรงจูงใจ ของผู้ป่วยให้ขยับไปสู่แรงจูงใจในขั้นสูงขึ้นไปได้ การเข้าใจวงจรของการเปลี่ยนแปลงจะช่วยให้ผู้บำบัดมีท่าที ที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย และสามารถใช้กลยุทธ์การบำบัดได้สอดคล้องกับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการหยุดดื่มสุรา และการตอบสนองที่เหมาะสม ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553; Miller, 1995)

4.2.1 ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation) ในขั้นนี้ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกถึงปัญหา และยังไม่คิดถึง การเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยมักคิดว่าตนเองสามารถควบคุมการใช้แอลกอฮอล์ได้ รู้สึกชื่นชอบในความสุขที่ได้รับ จากการดื่ม และมักโทษบุคคลรอบข้าง หรือโทษสิ่งแวดล้อมว่าทำให้ตนเองเครียด จึงต้องใช้การดื่มสุราเป็นทาง ระบาย ผู้ป่วยจะมีลักษณะต่อต้านหรือปฏิเสธหากถูกบังคับให้เข้ารับการรักษา

การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) และการให้ ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (Information) อย่างตรงไปตรงมา เน้นข้อเท็จจริงเป็นเหตุเป็นผล เป็นกลาง ไม่ชี้หน้า ครองงำ หรืออุ้มให้กลัว เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาและโอกาสในการเปลี่ยนแปลง

4.2.2 ขั้นลังเลใจ (Contemplation) ในขั้นนี้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกัน ในด้านหนึ่งก็มีเหตุผลที่จะกังวลใจซึ่งเป็นผลกระทบในทางลบจากการใช้แอลกอฮอล์ แต่อีกด้านหนึ่งยังเห็นว่า แอลกอฮอล์มีคุณมากกว่าโทษ ผู้ป่วยพยายามควบคุมตนเองมากขึ้น แต่ก็ยังคงพฤติกรรมเดิมๆ ต่อไป

การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือ การเปิดโอกาสให้พูดคุยถึงปัญหาโดยไม่มีคำสั่ง ให้ทำตาม ให้พิจารณาด้วยตนเองระหว่างเหตุผลที่จะยอมรับปัญหา หรือปฏิเสธไม่ใส่ใจ การให้ผู้ป่วยพูดคุย

ถึงข้อดี ข้อเสียของการใช้หรือการเลิกสูรด้วยท่าที่ที่เป็นกลาง และให้ข้อมูลที่ถูกต้องไปด้วย จะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนแปลง

4.2.3 **ขั้นตัดสินใจหยุดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดอย่างจริงจัง (Determination)** ในขั้นนี้ผู้ป่วยมักประสบกับโทษภัยของแอลกอฮอล์ที่รุนแรง หรือตระหนักถึงปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ มีความตั้งใจและตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการขอรับความช่วยเหลือ

การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือ การให้ทางเลือกวิธีการในการเลิกแอลกอฮอล์ (Menu) ที่เหมาะสม ยอมรับได้ มีประสิทธิภาพ และทำได้จริง ไม่ควรมีหนทางเลือกมากจนสับสน หรือน้อยเกินไป เหมือนถูกบังคับ ผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกได้อย่างอิสระ (Freedom of choice) เน้นความรับผิดชอบในการเลือกของผู้ป่วยเอง (Responsibility) และส่งเสริมศักยภาพในการกระทำได้ (Self-efficacy) ของผู้ป่วย

4.2.4 **ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action)** ในขั้นนี้ผู้ป่วยกำลังลงมือหยุดแอลกอฮอล์แต่ยังไม่สำเร็จ ระยะเวลาที่มักอยู่ในช่วง 6 เดือนแรก ผู้ป่วยได้พยายามใช้หลายๆวิธีการเพื่อแก้ไข้ปัญหา และให้เลิกแอลกอฮอล์ให้ได้ ผู้ป่วยอาจกระทำไม่ได้ไม่สม่ำเสมอในบางช่วง

การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือ การทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในส่วนที่เป็นปัญหา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกได้อย่างต่อเนื่อง (Compliance or Adherence) ขจัดอุปสรรคที่อาจทำให้มีการกลับไปดื่มซ้ำ

4.2.5 **ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance)** ในขั้นนี้ผู้ป่วยมักเลิกแอลกอฮอล์มาได้ประมาณ 6 เดือน อารมณ์ ความคิดค่อนข้างมั่นคง กระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกได้อย่างต่อเนื่อง มีความมั่นใจว่าตนเองเลิกแอลกอฮอล์ได้

การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือ การดำรงการเปลี่ยนแปลงให้คงอยู่ต่อไป ด้วยการกระทำ และป้องกันการกลับไปใช้แอลกอฮอล์ (Relapse prevention) การคงการเปลี่ยนแปลง อาจจำเป็นต้องใช้ทักษะหรือกลยุทธ์หลายอย่าง เช่น การออกกำลังกาย การบริหารเวลา การผ่อนคลาย ความเครียด การดูแลสุขภาพตนเอง การควบคุมสิ่งเร้าที่ทำให้อยากยา การหมั่นสังเกตสัญญาณที่สื่อถึงการกลับไปดื่มซ้ำ เป็นต้น

4.2.6 **ขั้นกลับไปมีปัญหาล้ำ (Relapse)** ในขั้นนี้ผู้ป่วยเริ่มต้นจากการนำพาตัวเองเข้าไปสู่สถานการณ์ที่เสี่ยง การปล่อยให้ตนเองมีความประมาททางอารมณ์จิตใจ การไม่สามารถจัดการกับอาการอยากยา และผลใจกลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำ ซึ่งอาจเป็นการใช้บางครั้ง (slip) หรือใช้อย่างต่อเนื่อง (relapse) ก็ได้ ปฏิกริยาทางจิตใจที่ตามหลังจากการผลใจไปใช้ ผู้ป่วยจะรู้สึกผิด ซ้ำเติมตนเอง ไม่เคารพนับถือตนเอง ปฏิเสธความจริง จนกระทั่งควบคุมการใช้ไม่ได้ จึงกลับไปมีปัญหาคิดแอลกอฮอล์อีก

การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือ การให้กำลังใจและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเอาชนะความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง การยอมรับความอ่อนแอของตนเอง การสารภาพผิด และมองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา ผู้บำบัดจะให้การประคับประคองจิตใจ และดึงผู้ป่วยให้กลับไปสู่หนทางแห่งการหยุดแอลกอฮอล์ให้เร็วที่สุด (Recovery process)

### 4.3 เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ

มิลเลอร์ และโรลนิก (Miller & Rollnick, 1991) ได้อธิบายเทคนิคที่สำคัญในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจคือ DARES ได้แก่

4.3.1 Develop discrepancy ค้นหาช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ในปัจจุบันตามแนวคิดของการการไม่ลงรอยกันของการรู้คิด เชื่อว่าการทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เขาอยากเป็นกับสิ่งที่เขาเป็นอยู่ในปัจจุบัน จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงโทษภัยที่เกิดจากพฤติกรรม ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายสำคัญในชีวิต การช่วยให้ผู้ป่วยได้ค้นหาช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ในปัจจุบัน เป็นกระบวนการอย่างหนึ่งของการสร้างแรงจูงใจจากสิ่งที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย หากผู้บำบัดทำให้เป้าหมายของผู้ป่วยมีความชัดเจนขึ้น และทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนการรับรู้โดยปราศจากความรู้สึกกดดันหรือถูกบีบบังคับ จะช่วยให้แรงจูงใจการเปลี่ยนแปลงตนเองเกิดขึ้น

4.3.2 Avoid argumentation หลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย การบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ผู้ป่วยได้เผชิญหน้ากับความจริง ว่าตัวเขามีปัญหาและจำเป็นต้องทำบางสิ่งให้เกิดขึ้น แต่ทั้งนี้ไม่ได้เป็นการบังคับให้ผู้ผู้ป่วยเผชิญกับความจริง (confrontational approach) ซึ่งจะทำให้เกิดการต่อต้านมากกว่าการเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง และยังนำมาซึ่งสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบริการ วิธีการที่เหมาะสมตามหลักการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยค่อยๆ เปลี่ยนการรับรู้แทนการโต้แย้งเพื่อให้เกิดการยอมรับ การช่วยเหลือผู้ป่วยในการค้นหา และจัดการกับความลังเลใจของตนเองเป็นแนวทางสำคัญของการบำบัดด้วยวิธีนี้

4.3.3 Roll with resistance ยอมรับแรงต้านที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพราะแรงต้านที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติ ผู้บำบัดจะไม่ใช้ผู้เสนอแนวคิดหรือวางเป้าหมายให้ผู้ผู้ป่วยทำตาม แต่ผู้ป่วยจะถูกชักชวนให้พิจารณาข้อมูลและแนวคิดในการมองปัญหาใหม่ การตอบสนองที่สอดคล้องกับระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย การเคารพในความคิดเห็น และให้เกียรติผู้ป่วยได้เลือกตัดสินใจวางแผนการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง จะช่วยลดแรงต้านได้

4.3.4 Express empathy การแสดงความเข้าใจเห็นใจผู้ป่วย เคารพความเป็นบุคคล และยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นอย่าง โดยปราศจากการตัดสินว่าถูกหรือผิด วิจาร์ณ หรือกล่าวโทษ จะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างการรักษา และช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง บทบาทของผู้บำบัดคือการรับฟังอย่างตั้งใจ เคารพความคิดเห็นและการตัดสินใจของผู้ป่วย ใช้ทักษะการฟังมากกว่าการบอกให้ผู้ผู้ป่วยทำ (listening rather than telling)

4.3.5 Support self-efficacy สนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองทำได้ เป็นปัจจัยสำคัญทำให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองได้ ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) ได้เสนอข้อคิดเห็นว่าการรับรู้ศักยภาพแห่งตน (self-efficacy) เป็นสิ่งกำหนดให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงการมีความหวัง (hope) และโอกาส (opportunity) เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองที่จะจัดการกับเรื่องต่างๆได้ ผู้บำบัดจึงควรสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงปัญหาการดื่มสุราได้

#### 4.4 ข้อความที่จูงใจตนเอง

ในกระบวนการบำบัดด้วยการสร้างแรงจูงใจ สิ่งที่คุณบำบัดอยากให้ผู้ป่วยกล่าวออกมาในระหว่างการสนทนา คือข้อความที่จูงใจตนเอง (Self-Motivational Statement: SMS) โดยผู้บำบัดจะตั้งคำถามในการกระตุ้นเร้าให้ผู้ป่วยพูดข้อความจูงใจตนเองออกมา การสะท้อนความให้ผู้ป่วยรับทราบในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดหรือคิด และใช้การสรุปความเพื่อทำให้ผู้ป่วยได้ยินได้รับทราบ SMS ของตนเองซ้ำๆ เมื่อเวลาการสนทนาผ่านไป SMS จากผู้ป่วยจะออกมาเพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงก็มากขึ้นตาม ประเภทของข้อความที่จูงใจผู้ป่วยมี 4 ประเภท ดังต่อไปนี้ (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553; Miller, 1995)

4.4.1 Problem Recognition เป็น SMS ที่แสดงถึงการตระหนักในปัญหา เช่น “ผมเพิ่งจะรู้ว่าผมมีปัญหามากกว่าที่คิดไว้”

4.4.2 Concern เป็น SMS ที่แสดงถึงความกังวลกับปัญหาการติดสุรา เช่น “เรื่องนี้มันเกิดกับผมได้อย่างไร” “ผมกังวลกับมันจริงๆ”

4.4.3 Intention to change เป็น SMS ที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง เช่น “ผมคิดว่าถึงเวลาแล้วที่ผมต้องเลิกดื่ม” “ผมต้องทำบางสิ่งบางอย่างกับเรื่องนี้ได้แล้ว”

4.4.4 Optimism for change เป็น SMS ที่แสดงถึงทัศนคติที่ดีต่อการเลิกดื่มสุรา เช่น “ผมตัดสินใจแล้ว และผมมั่นใจว่าผมทำได้”

#### 4.5 กลยุทธ์การสร้างแรงจูงใจ

การกล่าวข้อความจูงใจตนเองเป็นการแสดงถึงการเกิดความตระหนัก หรือกังวลต่อปัญหาที่จะเกิดขึ้น มีความตั้งใจ หรือทัศนคติที่ดีต่อการเลิกสุรา บางครั้งผู้ป่วยอาจต้องการเหตุผลอย่างมากเพื่อช่วยให้เกิดความมั่นใจ ดังนั้นจึงต้องใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายเพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเอง กลยุทธ์ที่สำคัญ มีดังต่อไปนี้ (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553; Miller & Rollnick, 1991)

4.5.1 Evocative Questions เป็นกลยุทธ์ถามเพื่อกระตุ้นเร้าให้ผู้ป่วยพูด SMS การใช้คำถามปลายเปิดเป็นเทคนิคที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักและสนใจกับปัญหา ไม่ควรใช้คำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เช่นควรถามผู้ป่วยว่า “คุณห่วงกังวลกับเรื่องการดื่มหรือเสพสารเสพติดอย่างไร” มากกว่า “คุณห่วงกังวลกับเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์หรือเสพสารเสพติดหรือไม่” เมื่อผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจของตนเองออกมา ผู้บำบัดควรพยายามส่งเสริมให้การแสดงออกนั้นดำเนินต่อไป โดยแสดงการยอมรับ การสะท้อนความ และให้การสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยสำรวจปัญหาต่อไป คำถามที่กระตุ้นเร้า SMS ชนิดต่างๆ มีดังต่อไปนี้

4.5.1.1 คำถามที่กระตุ้นเร้า SMS ที่แสดงถึงการตระหนักในปัญหา (Problem Recognition) เช่น “คุณคิดว่าการดื่มสุราของคุณมีผลอย่างไรต่อสุขภาพ” “มันเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายในชีวิตของคุณอย่างไรบ้าง” “คนอื่นพูดถึงเรื่องนี้อย่างไรบ้าง”

4.5.1.2 คำถามที่กระตุ้นเร้า SMS ที่แสดงถึงความกังวลกับปัญหาการติดสุรา (Concern) เช่น “อะไรที่ทำให้คุณกังวลเกี่ยวกับการดื่มที่ผ่านมา” “อะไรที่ทำให้ครอบครัวของคุณเป็นห่วง” “คุณคิดว่าจะเกิดอะไรขึ้นหากคุณไม่เลิกดื่ม”

4.5.1.3 คำถามที่กระตุ้นเร้า SMS ที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง (Intention to change) เช่น “อะไรที่ทำให้คุณคิดว่าคุณอาจจะต้องเลิกดื่มสุรา” “สมมติว่าคุณเลิกมันได้สำเร็จ ชีวิตมันจะดีขึ้นอย่างไรบ้าง” “อะไรเป็นข้อดีของการเลิกดื่มสุรา”

4.5.1.4 คำถามที่กระตุ้นเร้า SMS ที่แสดงถึงทัศนคติที่ต่อการเลิกแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด (Optimism for change) เช่น “อะไรที่ทำให้คุณคิดว่าคุณสามารถจะเลิกดื่มสุราได้สำเร็จ” “อะไรที่ทำให้คุณมีความเชื่อมั่น” “คุณคิดว่าวิธีอะไรที่จะช่วยหากคุณคิดจะเลิกดื่มสุรา”

4.5.2 Exploring Pros and Cons เป็นกลยุทธ์ตรวจสอบเหตุผลทั้งสองด้าน ทั้งข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมที่เขาทำอยู่ในปัจจุบัน การเปิดโอกาสได้ตรวจสอบข้อดีข้อเสียของการดื่ม และการเลิกดื่มสุรา ทั้ง 4 ด้าน ด้วยท่าที่ไม่มีอคติ ครอบงำ หรือชักจูงใจเกินเหตุ จะเกิดผลดีทำให้แรงจูงใจมั่นคงกว่าการชักจูงจากผู้บำบัดฝ่ายเดียว ทำให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นภาพรวมของปัญหาทั้งหมด และทำให้ผู้ป่วยแสดงความสนใจหรือความกังวลใจเกี่ยวกับปัญหาออกมา จนกระทั่งนำไปสู่การตัดสินใจด้วยตนเอง ตัวอย่างการตรวจสอบข้อดีข้อเสียทั้ง 4 ประเด็น มีดังนี้

4.5.2.1 ข้อดีการดื่มสุรา: เมา มีความสุข แก่เบื้อแข็ง สนุกสนาน คลายเครียด มีเพื่อน

4.5.2.2 ข้อเสียการดื่มสุรา: สุขภาพแย่ สิ้นเปลือง อุบัติเหตุ ถูกจับกุม ครอบครัวยุ่งเครียด ขาดงาน เสี่ยงติดเชื้อเอชไอวี ฝืนศีล

4.5.2.3 ข้อดีการเลิกดื่มสุรา: แข็งแรง ประหยัด ทำงานดีขึ้น ลูกไม่มีปัญหา ครอบครัวสบายใจ

4.5.2.4 ข้อเสียการเลิกดื่มสุรา: เสียเพื่อน ไม่สนุก เครียด เบื้อแข็ง ซึมเศร้า

4.5.3 Elaboration เป็นกลยุทธ์การถามเพื่อให้ได้รายละเอียดมากๆ การช่วยให้ผู้ป่วยกล่าวถึงปัญหาโดยละเอียดจะเป็นประโยชน์ในการช่วยให้ประเด็นหลักของการพูดคุยมีความชัดเจนขึ้น และผู้ป่วยจะพูด SMS มากขึ้น บทบาทของผู้บำบัดทำหน้าที่ตั้งคำถาม ขอให้ผู้ป่วยยกตัวอย่าง ขอรายละเอียด และขอคำอธิบาย (ทำไม อย่างไร) จะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้คิด ได้ฟังข้อความจูงใจของตนเองมากขึ้นเรื่อย ๆ แรงจูงใจก็จะมีมากขึ้นตาม

4.5.4 Looking Back เป็นกลยุทธ์มองย้อนกลับไปสู่อดีต การมองย้อนกลับไปที่ก่อนที่ดื่มสุราเปรียบเทียบกับปัจจุบันที่ดื่มสุราช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพของปัญหาชัดเจนขึ้น และมองเห็นความแตกต่างระหว่างในอดีตและปัจจุบัน เช่น ผู้บำบัดอาจจะถามว่า “การดื่มสุราทำให้สุขภาพเปลี่ยนแปลงไปจากช่วงก่อนหน้าที่จะดื่มอย่างไรบ้าง” เป็นต้น

4.5.5 Looking Forward เป็นกลยุทธ์คาดการณ์ในอนาคต การช่วยให้ผู้ป่วยลองวาดภาพในอนาคต เป็นอีกวิธีการหนึ่งในการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ โดยการถามถึงความคาดหวังในอนาคตว่า สิ่งที่จะเกิดขึ้นหากมีการเปลี่ยนแปลง อาจถามว่า “อะไรจะเกิดขึ้นหากคุณเลิกดื่มสุราได้สำเร็จ” “คุณรู้สึกไม่ติดกับสิ่งที่เป็นอยู่ในขณะนี้ คุณอยากให้มันเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร”

4.5.6 Imagining เป็นกลยุทธ์จินตนาการสมมติ โดยผู้บำบัดถามถึงสิ่งที่เลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้น หากไม่เลิกแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด แล้วจินตนาการสมมติว่าตนเองอยู่ในสภาวะนั้นจะเป็นอย่างไร ก็จะถูกเร้าให้เกิดความกังวลใจ ความกังวลใจจะทำให้เกิดแรงจูงใจที่อยากจะเปลี่ยนแปลงแก้ไข

4.5.7 Exploring Goals and Values เป็นกลยุทธ์สำรวจเป้าหมายในชีวิต โดยการถามผู้ป่วยว่า อะไรคือสิ่งที่สำคัญมากที่สุดในชีวิต เป้าหมายในชีวิตคืออะไรที่เขาเชื่อมั่น มีพฤติกรรมอะไรในปัจจุบันที่เป็นปัญหาไม่สอดคล้องกับค่านิยมหรือเป้าหมายที่คาดหวัง เมื่อผู้ป่วยได้พูดถึงเป้าหมายในชีวิต หรือสิ่งที่มีค่าในชีวิต พร้อมกับเห็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในปัจจุบัน ผู้ป่วยก็จะมีแรงจูงใจในการแก้ไขพฤติกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต

4.5.8 Paradoxical Challenge เป็นกลยุทธ์ขัดเพื่อให้แย้ง โดยผู้บำบัดใช้เหตุผลของจิตใจด้านที่ไม่อยากรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยโต้แย้งหรือกระตุ้นจิตใจด้านที่อยากรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น “คุณแล้วคุณยังเสียดายความสุขที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์อยู่มาก คงจะเลิกมันได้ยาก” “สำหรับคุณ การมาดูแลจะเป็นเรื่องสำคัญกว่าสุขภาพ คุณทำคุณคงจะเลิกมันได้ยาก”

#### 4.6 ขั้นตอนของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

Miller (1995) กล่าวถึงขั้นตอนของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยหลักการใหญ่ๆ ของการบำบัดด้วยวิธีนี้ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง และ 2) การทำให้มั่นคงในการเปลี่ยนแปลง ซึ่งใน 2 ขั้นตอนนี้จะรวมถึงการจัดชั่วโมงการพูดคุยกับญาติ และในกระบวนการบำบัดเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วย จึงได้เพิ่มขั้นตอนที่ 3 คือ การติดตามต่อเนื่องรวมไว้ด้วย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) ในขั้นตอนแรกของการบำบัดจะมุ่งความสนใจที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดื่มสุรา หรือให้เกิดความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง (readiness to change) โดยการช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจความลังเลตนเองจะระหว่างการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงโทษภัยการดื่ม และมีการรับรู้ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองตามมา ซึ่งตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจทางจิตวิทยา ได้อธิบายถึงกระบวนการจูงใจให้ผู้ป่วยพูด หรือแสดงออกถึงความต้องการการเปลี่ยนแปลงว่ามีความเกี่ยวข้องกับการขัดแย้งทางความคิด และการรับรู้ตนเอง ซึ่ง Bem (1972) ได้กล่าวว่าคำพูดที่ออกมาจากปากของผู้รับการบำบัดเปรียบเสมือนการได้พูดกับตนเอง จะทำให้เกิดการจูงใจได้มากกว่าคำพูดโดยบุคคลอื่น “As I hear myself talk, I learn what I believe” เพราะหากผู้รับการบำบัดเป็นคนพูดข้อความจูงใจตนเอง โดยที่ไม่ต้องมีใครมาบังคับให้พูดข้อความนั้น จะทำให้ผู้รับการบำบัดเชื่อในสิ่งที่ตนเองพูด “If I say it, and no one has force me to say it, then I must believe it” ซึ่งมีกลยุทธ์สำคัญในการกระตุ้นเร้าให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมาแล้วข้างต้น

ขั้นตอนที่ 2 การทำให้มั่นคงในการเปลี่ยนแปลง (Strengthening commitment to change) จากขั้นตอนที่ 1 เกี่ยวกับการดำเนินการสร้างแรงจูงใจ จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้พิจารณาเหตุผลที่ต้องเปลี่ยนแปลง จนผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงขั้นแรงจูงใจจากการลังเลใจ มาสู่ขั้นการตัดสินใจเลิกดื่มอย่างจริงจัง หรือผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกระทำการเปลี่ยนแปลง บทบาทสำคัญของผู้บำบัด คือ การประคับประคองแรงจูงใจผู้ป่วยให้คงอยู่ ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงแก้ไข ซึ่งกิจกรรมที่ต้องดำเนินการในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย การตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงว่าเป็นอย่างไร การพูดคุยถึงแผนเปลี่ยนแปลง การเสนอทางเลือกโดยอิสระ การให้ข้อมูลและการแนะนำที่จำเป็น ร่วมวางแผนการเปลี่ยนแปลง และการถามถึงความมั่นคงที่จะเปลี่ยนแปลง

การพูดคุยกับญาติ (Involving a significant other) แนวทางการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ ญาติมีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากที่จะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพ ผู้บำบัดจะประเมินว่าใครที่ใกล้ชิดและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และให้ญาติมาเข้าร่วมในชั่วโมงการบำบัด โดยมีเป้าหมายในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับญาติ การทำให้ญาติเห็นความสำคัญ

ของการเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วย ประโยชน์ที่ได้รับจะส่งผลกระทบต่อทั้งครอบครัว และการทำให้ญาติให้คำมั่นสัญญาที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยหยุดแอลกอฮอล์ได้สำเร็จ

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow-Through Strategies) หลังการดำเนินการสร้างแรงจูงใจ (ขั้นตอนที่ 1) จนผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลง (ขั้นตอนที่ 2) ในขั้นตอนต่อไปของการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจจะให้ความสำคัญที่การติดตาม กระบวนการในการบำบัดมีความคล้ายคลึงกับสองขั้นตอนแรก ขึ้นกับความก้าวหน้าหรือแรงจูงใจของผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การตรวจสอบแรงจูงใจว่ายังมั่นคงดีหรือไม่ (reviewing progress) 2) การสร้างแรงจูงใจ (renewing motivation) และ 3) การทำให้มั่นคงในการเปลี่ยนแปลง (redoing commitment)

#### 4.7 จำนวนขั้นตอนของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดหรือติ่มสุรา

ในแนวทางการปฏิบัติการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้มีผู้แบ่งขั้นตอนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจไว้หลายรูปแบบ เช่น การบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ 1 ขั้นตอน (Monti et al., 2007) การบำบัดด้วย 2 ขั้นตอน (Martino et al., 2000) การบำบัดด้วย 3 ขั้นตอน (Miller, 1995; Baker et al., 2002; Graeber et al., 2003) การบำบัดด้วย 10 ขั้นตอน (Miller & Rollnick, 1991) และการบำบัดด้วย 12 ขั้นตอน (Carey et al., 2007) ทั้งนี้ขึ้นกับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการบำบัด เช่น การบำบัดในผู้ติดยา หรือการบำบัดในผู้ป่วยโรคจิต และขึ้นกับบริบทหน่วยงานที่ดำเนินการ เช่น การบำบัดในหน่วยบริการฉุกเฉิน การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก หรือการบำบัดแบบผู้ป่วยใน เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการพัฒนาโปรแกรมในการบำบัดในผู้ป่วยจำนวน 5-6 ครั้ง เพื่อให้สามารถดำเนินการบำบัดให้แล้วเสร็จภายใน 1 สัปดาห์ (วันทำการ) และการบำบัดผู้ป่วยพร้อมญาติอีก 1 ครั้ง รวมถึงมีการติดตามต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้การบำบัดมีความต่อเนื่อง ซึ่งได้ประยุกต์มาจากรูปแบบการบำบัดของ Miller (1995) ให้มีความสอดคล้องกับประเภทผู้ป่วยจิตเภทที่ขั้นตอนต้องไม่มากจนเกินไป แต่ให้มีประสิทธิภาพในการบำบัดไม่แตกต่างจากการบำบัดด้วยวิธีอื่น (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553; Graeber et al., 2003) อีกทั้งเป็นความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลซึ่งรับผู้ป่วยไว้รักษาระยะสั้นประมาณ 2-3 สัปดาห์

สรุป การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการบำบัดทางจิตวิทยาอย่างเป็นระบบ ผ่านกระบวนการบำบัดที่มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ค้นหา และแก้ไขความลังเลใจในเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งแรงจูงใจที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยสามารถประเมินได้จากคำพูดของผู้ป่วย ที่สื่อออกมาทางข้อความจูงใจตนเองถึงการตระหนักในปัญหา ความกังวลกับปัญหา ความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง และการมีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง กระบวนการบำบัดจะเน้นการสร้างความหวังและศรัทธาของผู้ป่วย การทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับอุปสรรค ปัญหา จะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงได้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจะใช้แนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการลดพฤติกรรมการติ่มสุรา โดยให้การบำบัดรายกลุ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการติ่มสุรา

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีรายงานการศึกษาจำนวนมากที่ดำเนินการศึกษาเพื่อพัฒนาการบำบัดและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุรา ทั้งที่เป็นการบำบัดภายในโรงพยาบาลและในชุมชน ดังนี้

ลูกจันทร์ วิทยาการวงศ์ และคณะ (2559) ทำการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิต วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดแบบบูรณาการต่อปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ตัวอย่างคือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับสุรา ที่รับไว้แบบผู้ป่วยใน จำนวน 100 คน สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 50 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (ICOD-R) จำนวน 18 ครั้ง ใน 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาเมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมี 43 คน กลุ่มควบคุม 29 คน หลังรับโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนปริมาณการดื่มสุราและคะแนนระดับอาการทางจิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลอง 1, 2 และ 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .001$

นิภาพร รัฐมัน และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ (2560) ทำการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทชายที่ใช้สุราจำนวน 40 คน และผู้ดูแลหลักที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ พฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พุดิชาดา จันทะคุณ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2560) ศึกษาเรื่องผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ร่วม ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนและมารับบริการงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช จำนวน 40 คน สุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับ กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมลดลงกว่าก่อนได้รับกลุ่มบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการบริโภค แอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมลดลงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่ใช้แอลกอฮอล์ที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรินทร ปันสุภา (2560) ได้ทำการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อ พฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยครอบครัวในระยะก่อนและหลังการทดลอง และ 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติใน

ระยะก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการติ่มสุราในระยะหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุปรานี พลไชย และคณะ (2561) ได้ทำการวิจัยเรื่องผลของรูปแบบการจัดการเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการติ่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโยธธ โดยมียัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการติ่มสุราของผู้ป่วยจิตเภท คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 13 คน เพื่อให้การบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ คนละ 3 ครั้ง และให้คำปรึกษาอีก 1 ครั้งพร้อมกับญาติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 13 คนมีแรงจูงใจเพิ่มขึ้นเฉลี่ยในระดับที่ 7.62 คือมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติ่มสุรา หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยมีพฤติกรรมการติ่มสุราลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งการลดปริมาณและจำนวนวันที่ติ่ม มีผู้ป่วย 7 คนที่หยุดติ่มสุราได้ตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษา ในระยะติดตามผลมีผู้ป่วย 5 คนกลับไปติ่มสุราซ้ำเป็นบางโอกาส และอีก 1 คนมีการติ่มสุราอย่างต่อเนื่องแต่ลดปริมาณการติ่มลง ด้านความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและอาการทางจิต ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี 10 คน รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง 3 คน มีอาการทางจิตสงบ 8 คน และมีอาการทางจิตกำเริบบางครั้ง 5 คน

อรุณรัตน์ คำสอนทา และคณะ (2562) ได้ทำการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากติ่มต่อพฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ติ่มแอลกอฮอล์ ยัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการบำบัดตามโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากติ่มแอลกอฮอล์ (กลุ่มทดลอง) และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ใช้การสุ่มอย่างง่ายเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดแบบรายบุคคลด้วยโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากติ่มแอลกอฮอล์ จำนวน 5 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม 2 ครั้ง ขณะผู้ป่วยกำลังรักษาในโรงพยาบาล สัปดาห์ที่ 2-4 ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งทางโทรศัพท์ขณะผู้ป่วยรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และสัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง โดยการนัดผู้ป่วยมาที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อติดตามผล ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากติ่มแอลกอฮอล์มีพฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับการบำบัด และดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กฤตยา แสงทรัพย์ และคณะ (2562) ได้ทำการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการติ่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา ยัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) พฤติกรรมการติ่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม 2) พฤติกรรมการติ่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา จำนวน 46 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 23 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง มี 4 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 กิจกรรมต่อครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรม

การตีตราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีตราหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มานะศักดิ์ เหลื่อมทองกลาง และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ (2563) ได้ทำการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการตีตราของผู้ป่วยจิตเภทที่ตีตราวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) พฤติกรรมการตีตราของผู้ป่วยจิตเภทที่ตีตราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ตีตรา 2) พฤติกรรมการตีตราของผู้ป่วยจิตเภทที่ตีตราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ตีตรา กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน ได้รับการจับคู่ด้วยปัญหาการตีตราแบบติดแล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการตีตราของผู้ป่วยจิตเภทที่ตีตราภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมลดลงก่อนการเข้าโปรแกรมและลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Martino et al. (2000) ได้ทำการศึกษาสำรวจแบบมีการสุ่มของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของ MI แบบ 2 ขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างเป็นทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชใน New Haven จำนวน 44 คน ได้รับการสุ่มเพื่อเข้ารับการรักษาด้วย MI 2 ขั้นตอน และการสัมภาษณ์แบบมาตรฐาน 2 ขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้สารเสพติดลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่ม ความสนใจในการบำบัดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีการลดลงของปัญหาที่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดประเภทที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีอาการทางจิตลดลง

Barrowclough et al. (2001) ทำการศึกษาแบบมีการสุ่มของการเสริมสร้างแรงจูงใจและการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการรวมการบำบัดหลายชนิดเข้าในการดูแลปกติ ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด โดยมีผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าร่วมการศึกษา 66 คน เป็นผู้ป่วย 36 คน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ารับการรักษาด้วยการรวมวิธีการบำบัดแบบต่างๆ เข้ากับการดูแลปกติ หรือได้รับการดูแลแบบปกติอย่างเดียว โปรแกรมการบำบัดประกอบด้วย MI 5 ครั้ง CBT 24 ครั้ง และการบำบัดครอบครัว 10-16 ครั้ง ระยะเวลาในการบำบัด 9 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการทำหน้าที่ต่างๆดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มทดลองมีการลดลงของอาการทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญในระยะเวลา 9 เดือน อัตราการป่วยซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในระยะเวลา 12 เดือน กลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันหยุดตีตรามากกว่ากลุ่มควบคุมเป็นอย่างมากหลังการบำบัด แต่ไม่มีนัยสำคัญเมื่อทำการเปรียบเทียบในห้วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนประเมินการเสพติด และระดับการใช้สารเสพติดหรือตีตรา

Baker et al. (2002) ได้ประเมินผลการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตที่รับการรักษาในโรงพยาบาล มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในลดการใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติดอื่นๆ ในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมของโรคจิตเวชและการใช้สารเสพติดที่กำลังรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช

ในรัฐนิวเซาท์เวลส์ (New South Wales) ประเทศออสเตรเลีย ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติดอื่นๆ ในทางที่ผิดหรือมีการติดยา (6 เดือนก่อน) จำนวน 160 คน ผู้ป่วยจะได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองเพื่อได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) และกลุ่มควบคุมจะได้รับการให้คำแนะนำแบบสั้น ทำการประเมินผลก่อนการบำบัด และ 6 เดือน และ 12 เดือนหลังการบำบัด ผลการศึกษาพบว่าการเปลี่ยนแปลงในการใช้ยาเสพติด อาการ การทำหน้าที่ทางสังคม และการก่ออาชญากรรมในทุกขั้นตอนการบำบัด พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของการลดจำนวนการใช้สารเสพติด เมื่อทำการเปรียบเทียบระหว่างก่อนการบำบัดและ 12 เดือนที่ทำการติดตามผลการบำบัด ผลของการบำบัดทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทำการเปรียบเทียบอาการก่อนการบำบัดกับทั้ง 3 ระยะ

Graeber et al. (2003) ทำการศึกษานำร่องเพื่อเปรียบเทียบผลการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจและการให้สุศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบ 3 ขั้นตอน และการให้สุศึกษาแบบ 3 ขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างเป็นทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชใน Albuquerque Department of Veterans Affairs Medical Center จำนวน 30 คน ผู้ป่วยจะได้รับการสุ่มเพื่อเข้ารับการบำบัดด้วย MI 3 ขั้นตอน และการให้สุศึกษา 3 ขั้นตอน ใช้เวลาในการบำบัดประมาณ 1 ชั่วโมง ต่อ 1 สัปดาห์ ทำการประเมินก่อนการบำบัด และประเมินขณะการติดตามผล 4, 8 และ 24 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดด้วย MI มีจำนวนผู้หยุดติ่ม (6 คน) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้สุศึกษา (ไม่มีคนหยุดติ่ม) ตลอดระยะเวลาที่ประเมิน ไม่พบความแตกต่างระหว่างสองกลุ่มเกี่ยวกับความทนของการติ่มและปริมาณการติ่ม

Nokoy et al. (2010) ทำการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มตัวอย่างมีกลุ่มควบคุม (RCT) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบให้บริการที่บ้านโดยพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ติ่มแบบอันตรายในหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย จำนวน 117 คน (เป็นชายร้อยละ 91) ทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 59 คน เพื่อรับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคลจำนวน 3 ครั้ง และอีก 58 คนเป็นกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่าจากรายงานการประเมินการติ่มด้วยตนเอง จำนวนความถี่ของวันที่ติ่มแบบอันตรายต่อวัน และรายสัปดาห์ลดลงในกลุ่มทดลองมากกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) ทั้งในระยะ 3 และ 6 เดือน แต่ไม่มีความแตกต่างกันในระยะ 6 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าปริมาณการติ่มที่รายงานด้วยตนเองของอาสาสมัครในทั้งสองกลุ่มลดลงจากก่อนการทดลองในช่วงระยะเวลา 6 เดือน แต่ระดับserum gamma-glutamyl transferase ที่สูงขึ้นทั้งสองกลุ่ม ทำให้เกิดความสงสัยเกี่ยวกับความถูกต้องของข้อมูลที่รายงานด้วยตนเองของอาสาสมัครในการศึกษานี้

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าแนวคิดการบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการติ่มสุราส่วนใหญ่ใช้หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งถือว่าการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดปริมาณการติ่มสุรา ลดจำนวนวันที่ติ่ม และการหยุดติ่มสุรา เกิดความร่วมมือในการบำบัดรักษาเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้มีอาการทางจิตลดลง และการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ การบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในและต่างประเทศ ในกลุ่มผู้ป่วยติ่มสุราอย่างมีปัญญา และผู้ติ่มสุรา ที่พบว่าผู้ที่ติ่มสุราในระดับผิดปกติในกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมติ่มสุราแตกต่างจากกลุ่มควบคุม สามารถลดปริมาณการติ่มสุราให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้มากกว่า

## 6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยการใช้แนวทางการเข้าสู่ระบบ ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีระบบของ Von Bertalanff (1967) เป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประกอบด้วยการศึกษาปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Output) ผลลัพธ์ (Outcome) และผลย้อนกลับ (Feedback) และได้นำกรอบแนวคิดการสัมภาษณ์และบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์และโรลส์นิก (Miller & Rollnick, 1991) ซึ่งเป็นกระบวนการบำบัดทางจิตวิทยาที่มีวัตถุประสงค์ของการบำบัดเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการค้นหาสำรวจ และจัดการกับความลังเลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ตระหนักถึงปัญหาหรือสิ่งที่อาจจะเป็นปัญหาในอนาคต และหาแนวทางในการจัดการกับปัญหานั้นและก้าวไปข้างหน้าสู่การเปลี่ยนแปลง มาเป็นต้นแบบในการพัฒนาโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง ระยะที่ 2 การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการเปลี่ยนแปลง และระยะที่ 3 กลยุทธ์การติดตามต่อเนื่อง รวมถึงการมีส่วนร่วมของญาติในการบำบัดรักษา

การดำเนินการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ระยะ มี 3 ขั้นตอน (กิตติยา วงษ์ชันต์, 2560) คือระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยและพัฒนาต้นแบบ โดยการศึกษาสภาพการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา และการบำบัดรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา การประชุมทีมผู้วิจัยเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดและพัฒนาโปรแกรมบำบัดต้นแบบ การตรวจสอบประสิทธิภาพโปรแกรมโดยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ให้แสดงความคิดเห็นแล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำไปทดลองบำบัดในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกัน

ระยะที่ 2 การทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมและเผยแพร่นวัตกรรม ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 2 การทดลองใช้โปรแกรม โดยพยาบาลวิชาชีพ (ผู้บำบัด) จำนวน 2 คน ที่มีประสบการณ์อบรมเชิงปฏิบัติการความรู้เรื่องการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ และได้รับการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงศึกษาและทำความเข้าใจการบำบัดแบบกลุ่มตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นแล้วให้นำไปบำบัดในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติที่กำหนด ประเมินผลการบำบัดที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิต และขั้นตอนที่ 3 สรุปผลการทดลองและเผยแพร่นวัตกรรม ดังภาพที่ 1



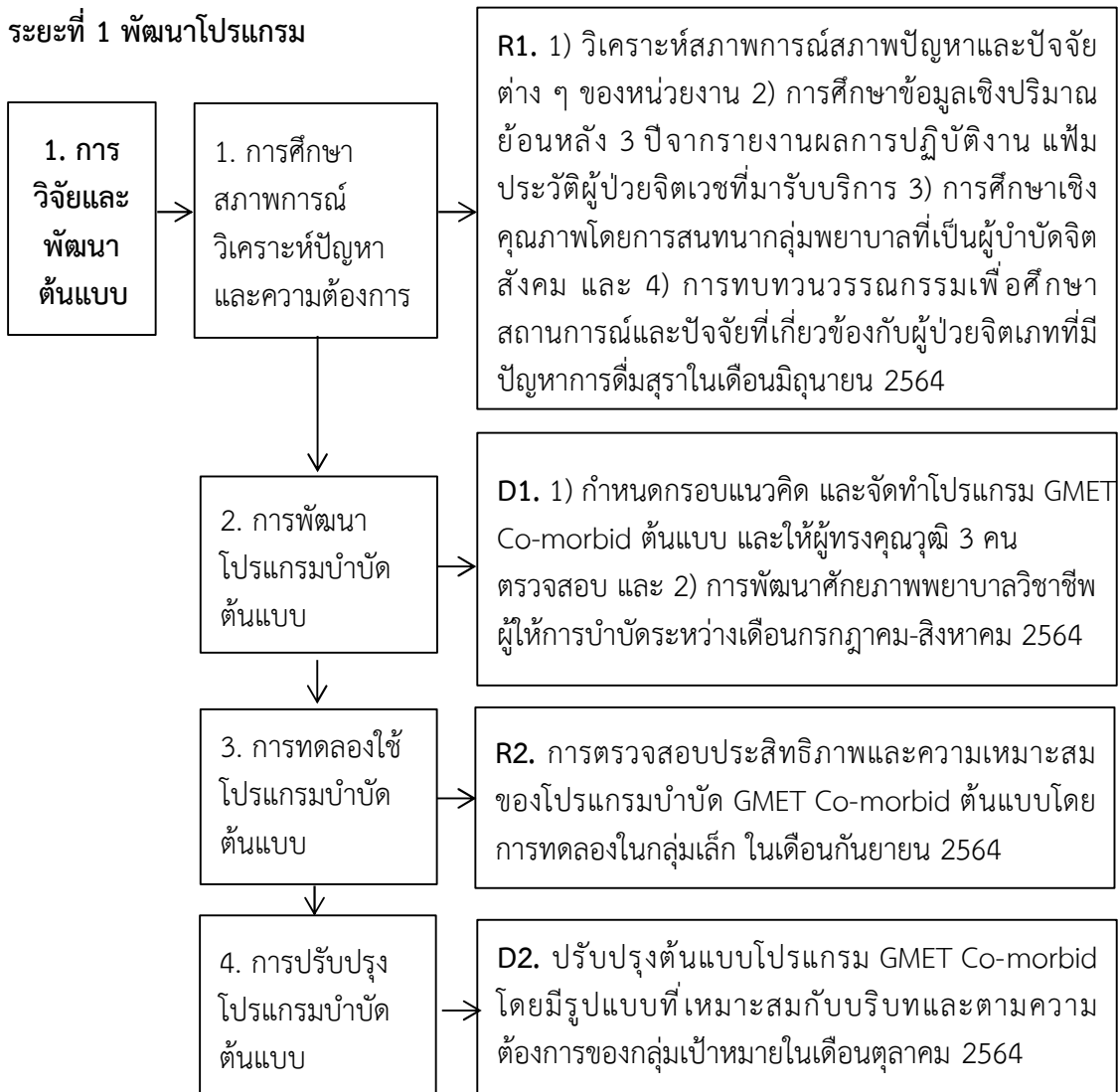
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา

### บทที่ 3

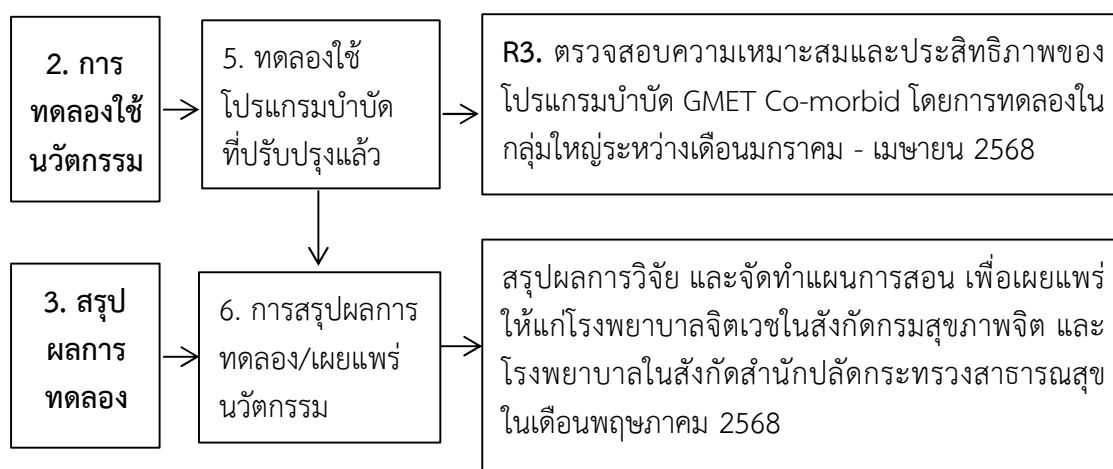
#### วิธีดำเนินการวิจัยและพัฒนา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา (Group Motivational Enhancement Therapy for Co-morbid Schizophrenic Patient with Alcohol Use Disorders: GMET Alcohol) ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีวิธีดำเนินการตามกระบวนการวิจัยและพัฒนาของกิตติยา วงษ์จันทร์ (2560) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ระยะพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยและพัฒนาต้นแบบ 2) ระยะทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมและเผยแพร่นวัตกรรม ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 2 การทดลองใช้นวัตกรรม และขั้นตอนที่ 3 สรุปผลการทดลอง โดยมีกระบวนการวิจัยและระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา ดังภาพที่ 2

#### ระยะที่ 1 พัฒนาโปรแกรม



## ระยะที่ 2 ทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมและเผยแพร่นวัตกรรม



ภาพที่ 2 กระบวนการวิจัยและพัฒนา 2 ระยะ 3 ขั้นตอน (กิตติยา วงษ์จันทร์, 2560)

วิธีดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีรายละเอียดวิธีดำเนินการตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 2 ระยะ 3 ขั้นตอน และ 6 กระบวนการ ดังนี้

### 1. ระยะพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย 1 ขั้นตอน คือ

#### 1.1 การวิจัยและพัฒนาต้นแบบ

1.1.1 กระบวนการที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์ การวิเคราะห์ปัญหา และการประเมินความต้องการจำเป็น (R1) ใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed method) เพื่อศึกษาข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยดำเนินการในเดือนมิถุนายน 2564 ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

1.1.1.1 การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการบำบัดรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยดำเนินการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยประจำหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การบำบัดทางจิตสังคม จำนวน 4 คน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นปัญหาเกี่ยวข้องกับกระบวนการการบำบัดรักษาที่ไม่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย โดยมีแนวคำถาม 4 ประเด็นหลักประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา 2) รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้ในปัจจุบันในระบบบริการผู้ป่วยในและผลลัพธ์ 3) ปัญหาและสาเหตุที่พบจากการให้บริการ และ 4) ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาประสิทธิภาพการบำบัดเพื่อแก้ปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท ได้ข้อสรุป ดังนี้

1) แนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา พบว่ายังไม่มีแนวปฏิบัติที่จำเพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา แต่มีแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (Clinical Practice Guideline for Schizophrenic Patient: CPG Schizophrenia) และแนวปฏิบัติสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (Clinical Practice Guideline for Alcohol Abuse: CPG Alcohol) โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคร่วมจิตเภท (F20) และปัญหาการดื่มสุรา (F10) จะใช้แนวทางการดูแล 2 ฉบับร่วมกัน โดยเน้นการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และผลกระทบจากการดื่มสุรา เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำและป้องกันอาการกำเริบ และผู้ป่วยที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

เมื่อพยาบาลประเมินได้ว่ามีปัญหาการดื่มสุราและมีอาการทางจิตสงบ ( $BPRS \leq 36$  คะแนน) ผู้ป่วยจะถูกส่งประเมินเพื่อรับการบำบัดทางจิตสังคมที่กลุ่มงานจิตสังคมบำบัด (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็นกลุ่มงานการพยาบาลยาเสพติด) เพื่อเข้ากลุ่มบำบัดด้วยโปรแกรม ICOD-R หรือการบำบัดรายบุคคล

2) รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้ในปัจจุบันในระบบบริการผู้ป่วยในและผลลัพธ์ รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยผู้ป่วยจะถูกประเมินด้วยแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) เพื่อจำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงของการดื่ม (ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ ผู้ดื่มแบบเสี่ยง ผู้ดื่มแบบอันตราย และผู้ดื่มแบบติด) และให้การบำบัดตามระดับความเสี่ยง ดังนี้ 1) การบำบัดรายบุคคล ได้แก่ ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice: BA) ผู้ดื่มแบบเสี่ยงให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention: BI) หรือการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Counselling: BC) ผู้ดื่มแบบอันตราย และผู้ดื่มแบบติดจะให้การบำบัดโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) หรือการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy: PST) 2) การบำบัดรายกลุ่ม ได้แก่ โปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (ICOD-R) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต มีจำนวน 20 กิจกรรม ซึ่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ นำมาประยุกต์ใช้ให้เหลือ 12 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาการบำบัด 2 สัปดาห์

3) ปัญหาและสาเหตุที่พบจากการให้บริการ ผลลัพธ์ด้านกระบวนการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราแบบผู้ป่วยใน ดังนี้

3.1) การบำบัดด้วยโปรแกรม ICOD-R จำนวน 12 กิจกรรม ณ กลุ่มงานจิตสังคมบำบัด พบว่าการบำบัดไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความต้องการเข้ารับการบำบัดด้วยปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดในแต่ละวันมีจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงบริการและต้องรอคิวการบำบัด หรือให้กลับไปเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่ทางหอผู้ป่วยจัดให้ เช่น กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา หรือกลุ่มนันทนาการ เป็นต้น บางรายจำหน่ายก่อนได้รับการประเมินเพื่อรับการบำบัด สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดพบปัญหาเนื่องจากโปรแกรมมีจำนวนหลายกิจกรรม แต่จำนวน วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยมีระยะเวลาสั้น (20-21 วัน) ทำให้การบำบัดต้องทำด้วยความเร่งรีบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรม โดยดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2-3 ขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล ทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ วันละ 2 ครั้ง (เช้า-บ่าย) ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดของโปรแกรมที่ต้องมีระยะห่างของเวลาการบำบัดมากกว่านี้ ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2563 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและดื่มสุราเข้ารับการบำบัด ณ ตึกจิตสังคมบำบัด จำนวน 334 และ 76 ราย แต่ได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรมจำนวน 73 และ 22 ราย ตามลำดับ คือมีประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่ส่งเข้ารับการบำบัดเท่านั้นที่ได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรม และในจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดจนครบโปรแกรมส่วนใหญ่จะได้รับการเลื่อนวันนัดญาติออกไปเพื่ออยู่บำบัดให้ครบตามโปรแกรม

3.2) มีข้อจำกัดด้านผู้ป่วยจิตเภทที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน และเรื้อรัง ส่งผลทำให้มีความเสื่อมของการทำหน้าที่และทักษะต่าง ๆ ลดลง และมักมีปัญหาความบกพร่องทางสติปัญญา (cognitive impairment) ผู้ป่วยบางคนไม่สามารถคิดวิเคราะห์หรือเกิดการเรียนรู้ได้ขณะเข้าร่วมกลุ่มบำบัด จึงทำให้กระบวนการบำบัดไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากในระหว่างดำเนินการบำบัดได้

ดำเนินการโดยให้ผู้ป่วยทุกการวินิจฉัยเข้ารับการรักษาในคลินิกเดียวกัน ทั้งผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ผู้ป่วยที่มีปัญหาการติ่มสุรา รวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมนี้ด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะโรคร่วมกับการติ่มสุราไม่สามารถคิดวิเคราะห์ได้เท่าทันกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีปัญหาการติ่มสุราหรือใช้สารเสพติดเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้การนำผู้ป่วยมาบำบัดรวมกันทำให้เกิดความสับสนด้านการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เนื่องจากประเภทของสารเสพติดที่ผู้ป่วยใช้มีความหลากหลายและออกฤทธิ์แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่ติ่มสุราร่วมยังเป็นปัญหาจากปัจจัยด้านผู้ป่วยเอง ที่มีความยุ่งยากซับซ้อนด้านตัวผู้ป่วยเอง และวิธีการจัดกิจกรรมบำบัด

3.3) กลุ่มงานจิตสังคมบำบัดไม่ได้วัดผลลัพธ์การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยที่มีปัญหาการติ่มสุราหลังได้รับบำบัดอย่างเป็นรูปธรรมเกี่ยวกับอัตราการกลับไปติ่มซ้ำในชุมชน หรืออัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล แต่มีการกำกับตัวชี้วัดด้านกระบวนการ คือ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีปัญหาการติ่มสุราได้รับการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) และจากการทบทวนรายงานผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จะพบได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรายังมีอัตราสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีปัญหาการกลับมารักษาซ้ำบ่อยด้วยสาเหตุจากการขาดยาและกลับไป ติ่มสุราซ้ำ ดังนั้นกลุ่มงานจิตสังคมบำบัดจึงได้ทำวิจัยเพื่อประเมินผลการดำเนินงานโดยการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าในภาพรวมของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดตามโปรแกรมมีอัตราการกลับไปเสพยาเสพติดหรือติ่มสุราซ้ำภายใน 1 เดือน ร้อยละ 55.3 (กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล และคณะ, 2564)

4) ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ในการแก้ไข ปัญหาการติ่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วย และผู้ให้การบำบัดทางจิตสังคมเกี่ยวกับปัญหาการติ่มสุรา ได้ให้ข้อเสนอแนะใกล้เคียงกันว่าควรเป็นการดำเนินการบำบัดให้มีความควบคู่กัน ทั้งปัญหาการติ่มสุราและความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เนื่องจากเป็นปัญหาสำคัญและต่อเนื่องที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายในโรงพยาบาล คือปัญหาการขาดยา และการใช้สารเสพติดหรือติ่มสุราของผู้ป่วย จึงควรเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง สาเหตุ และการรักษา รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และควรทำในระยะแรกของการเจ็บป่วย เพราะเมื่อปล่อยให้การเจ็บป่วยเรื้อรัง อาจทำให้เกิดความเสื่อมของหน้าที่ (function) และความคิดตามมาได้ รวมทั้งการให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา เพราะญาติหรือผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญที่สุดที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาขณะกลับเข้าไปอยู่ในชุมชน จึงควรมีการสอนญาติหรือครอบครัวให้เกิดการเรียนรู้ และปรับตัวเข้าหากันและกัน มีการสื่อสารทางบวก เช่น การยกย่อง ยอมรับ การเข้าใจตนเอง เพราะหากมีปัญหาการสื่อสารทางลบ อาจทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรักษาซ้ำไปติ่มซ้ำ และเกิดปัญหาทำให้ไม่ร่วมมือรับประทานยาและกลับมารักษาอีก และหากมีความเป็นไปได้การบำบัดควรดำเนินการภายในหอผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยจะทราบปัญหาของผู้ป่วยได้ครอบคลุมดีกว่าพยาบาลผู้ให้การบำบัดทางจิตสังคม ที่เน้นให้การบำบัดเฉพาะปัญหาการติ่มสุราเพียงอย่างเดียว และควรมีการติดตามผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม

1.1.1.2 การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา โดยได้ทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี จากรายงานผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ รายงานสถิติของงานเวชระเบียน สถิติการให้บริการของผู้ป่วยใน และข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา พบว่าจากรายงานผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลจิตเวช

ขอนแก่นราชชนครินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 พบผู้ป่วยที่มารับบริการมีจำนวนทั้งหมด 97,082, 94,769 และ 94,267 คน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทมีมากที่สุด จำนวน 34,674, 33,276 และ 31,107 คน คิดเป็นร้อยละ 35.7, 35.11 และ 33.00 ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่อาการทางจิตรุนแรงและจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลมีจำนวน 3,545, 3,548 และ 3,359 คน เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 1,369, 1,334 และ 1,024 คน คิดเป็นร้อยละ 38.6, 37.60 และ 30.49 ตามลำดับ และในจำนวนทั้งหมดของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมกับปัญหาการติ่มสุรามีสจำนวนมากเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 13.0, 6.5 และ 8.73 ซึ่งปัญหาการติ่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับอัตราการกลับเป็นซ้ำสูง พบว่าร้อยละผู้ป่วยจิตเภทมีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10.81, 4.60 และ 13.92 โดยมีสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำด้านผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความตระหนักและแรงจูงใจในการบำบัดรักษา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และไปใช้สารเสพติดหรือติ่มสุรา (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์, 2562, 2563ก)

1.1.1.3 การศึกษาเชิงคุณภาพโดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราเกี่ยวกับพฤติกรรมการณ์ ปัจจัยสาเหตุที่นำไปสู่การติ่มสุราหรือการกลับไปติ่มซ้ำ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยทั้งเรื่องการเจ็บป่วยทางจิตและพฤติกรรมการณ์ติ่มสุรา ตลอดจนปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการดูแลและการแก้ไขเบื้องต้น และความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

1) ปัจจัยสาเหตุที่นำไปสู่การติ่มสุราหรือการกลับไปติ่มซ้ำ โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา จำนวน 5 คน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการณ์ติ่มสุราในปริมาณไม่แน่นอน ขึ้นกับวิธีการที่จะหาสุรามาดื่มได้ โดยผู้ป่วยที่ไม่มีเงินซื้อสุรามาดื่มจะใช้วิธีการขอดืมจากเพื่อนบ้าน หรือขอดืมในงานบุญงานพิธีต่างๆ บางคนที่มีเงินบ้างจะซื้อมาดื่มกับเพื่อนประมาณ 3-4 ขวดเล็ก/วัน บางคนไปขอซื้อสุราตามร้านค้ามาดื่มแล้วให้ญาติไปตามจ่ายเงิน ในภายหลัง เหตุผลของการกลับไปติ่มสุราซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเพราะคิดว่าตนเองหายป่วยจากโรคจิตแล้วจึงสามารถดื่มได้เหมือนคนปกติทั่วไป หรือดื่มเพื่อให้นอนหลับได้ เพื่อบรรเทาความทุกข์ใจที่เกิดจากความขัดแย้งภายในครอบครัว และคาดว่า การติ่มสุราจะช่วยบรรเทาอาการทางจิตของตนเองให้ลดลงได้ เช่น การติ่มสุราในปริมาณที่มากจนเมาจะช่วยลดอาการหูแว่ว ทำให้รู้สึกใจกล้า (ลดความกลัว) และลดอาการหวาดระแวง เป็นต้น

2) ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา พบว่าเกือบทั้งหมดของผู้ป่วยโรคร่วมนี้มักมีพฤติกรรมแสดงออกถึงความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ มีการใช้ยาไม่ต่อเนื่อง หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาไม่ถูกขนาดโดยมีการปรับลดหรือเพิ่มขนาดยาเองด้วยสาเหตุที่แตกต่างกัน คือ คิดว่าอาการหายดีแล้วจึงหยุดรับประทานยาเอง มีการปรับเพิ่มหรือลดยาเองตามอาการทางจิตของตนเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ เช่น นอนไม่หลับจะเพิ่มยาก่อนนอน ถ้าง่วงมากหรือไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยาทำให้ตัวแข็ง ลื่นแข็ง ก็จะปรับลดยาเองตามอาการหรือเลือกรับประทานยาบางตัว นอกจากนี้ยังพบว่าความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์กันอย่างมากกับพฤติกรรมการณ์ติ่มสุรา ทั้งในระยะสั้นในวันที่มีการดื่มทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายจากอาการวิงเวียนหน้ามืด สมอมนิ่งง คัดอะไรไม่ออก การควบคุมตนเองมีข้อจำกัด จึงทำให้ผู้ป่วยเลือกไม่รับประทานยาในวันที่มีการดื่มเพื่อลดความไม่สุขสบายเหล่านั้น ในระยะแรกของการดื่มอาจมีการสลั้ววันกันกับการรับประทานยา

ในระยะยาวทำให้เกิดอาการข้างเคียงของยาต้านโรคจิตชนิดรุนแรง เช่น อาการตัวแข็งทื่อ ลื่นแข็ง น้ำลายไหล เป็นต้น ประกอบกับผู้ป่วยมักมีความคิดความเชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตของตนเองได้ถูกรักษาให้หายขาดแล้วตั้งแต่การรักษาอยู่ภายในโรงพยาบาล หรือคิดว่าตนเองไม่ป่วย ทำให้เกิดมีความคิดความเชื่อว่าตนเองสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติเหมือนบุคคลทั่วไป สามารถดื่มสุราได้เหมือนคนทั่วไปในชุมชนที่ไม่ป่วย และไม่จำเป็นต้องรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจหยุดรับประทานยาและคงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองไว้ ทั้งนี้เพื่อเป็นการบรรเทาอาการทางจิตและสามารถทำให้ออนหลับได้ แต่หลังจากการสร้างมาผู้ป่วยมักจะพบว่าอาการทางจิตและอาการนอนไม่หลับของตนเองยิ่งทวีความรุนแรง จึงมีความจำเป็นต้องดื่มสุราอย่างต่อเนื่องในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น จึงจะสามารถบรรเทาอาการทางจิตและทำให้ออนหลับได้ดี จนในที่สุดทำให้มีอาการกำเริบรุนแรงและได้ถูกนำส่งเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และจากการทบทวนแฟ้มรายงานผู้ป่วยจะพบว่าส่วนใหญ่ถูกนำส่งด้วยพฤติกรรมที่เป็นอันตราย ได้แก่ ดื่มสุรามาแล้วมีอาการหูแว่ว หวาดระแวง ทำร้ายญาติและเพื่อนบ้านใกล้เคียง ซึ่งบางคนถูกทำร้ายจนได้รับบาดเจ็บสาหัสจนได้นอนรักษาในโรงพยาบาล

3) การดูแลผู้ป่วยของญาติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและพฤติกรรมการดื่มสุรา ผลการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยจำนวน 5 คน เกี่ยวกับ วิธีการดูแลผู้ป่วยทั้งเรื่องการเจ็บป่วยทางจิตและพฤติกรรม การดื่มสุรา ปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการดูแลและการแก้ไขเบื้องต้น และความต้องการการดูแลหรือเตรียม ความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย พบว่าญาติผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเบื่อหน่ายกับการดูแลผู้ป่วยที่บอกไม่เชื่อฟัง และรู้สึก กลัวเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ทำให้ไม่กล้าเข้าไปกำชับผู้ป่วยมากเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย การดูแล โดยญาติส่วนใหญ่ใช้วิธีการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาเมื่อถึงเวลา การดูแลป้องกันการกลับไปดื่มสุรา โดยการตักเตือนไม่ให้ดื่มสุราเพราะจะทำให้อาการจะกำเริบ หรือการไม่ให้เงินแก่ผู้ป่วยเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเอาไป ซื้อสุรามาดื่ม บางคนได้ไปขอความร่วมมือจากร้านค้าไม่ให้ ขายสุราแก่ผู้ป่วย แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักไม่เชื่อฟัง และไม่ยอมรับว่าตนเองป่วยหรือคิดว่าหายป่วยแล้ว จึงไม่ต้องการรับประทานยา เกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุรา ของผู้ป่วยก็มักจะมาขู่ขอเงินจากญาติ ถ้าไม่ให้ก็จะอาละวาด ทำให้ญาติรู้สึกหวาดกลัวและจำใจให้เงินแก่ผู้ป่วย ไป หรือบางครั้งผู้ป่วยใช้วิธีไปซื้อสุราที่ร้านค้ามาก่อนค่อยให้ญาติตามไปจ่าย ถ้าเขาไม่ให้ก็จะหยิบเอามาเฉยๆ ก็มี คนในชุมชนมีทั้งรู้สึกรำคาญและหวาดกลัวผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยไปขอสุรามาดื่มบางครั้งก็ให้เพื่อตัดรำคาญ บางคนใช้การดูค่าไล่ผู้ป่วยหนีเพราะทราบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชจึงไม่ต้องการให้ดื่ม

4) ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย และการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นของญาติ เกี่ยวกับปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยโดยพามาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อขอให้ ฉีดยาให้ผู้ป่วยมีอาการสงบ บางคนใช้วิธีการบดยาผสมในอาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน และเมื่อผู้ป่วยมีอาการ กำเริบจะขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านและญาติ ผู้นำชุมชน และตำรวจเพื่อนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล

5) ความต้องการดูแลช่วยเหลือสำหรับการดูแลผู้ป่วย คือ ต้องการให้เตรียม ความพร้อมผู้ป่วยเพื่อกลับไปอยู่ในชุมชนเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจิตและการรักษา การให้ความร่วมมือในการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยในการรับประทานยา และการพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้เลิกดื่มสุรา เนื่องจากญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงและมีอายุมาก จึงไม่สามารถควบคุมผู้ป่วยในการรับประทานยาหรือบอกให้หยุดดื่ม สุราได้หากผู้ป่วยมีการปฏิเสธ และญาติรู้สึกหวาดกลัวผู้ป่วย สำหรับความต้องการโดยตรงสำหรับญาติเอง

คือ ต้องการมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในปัจจุบัน และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน รวมถึงการมีแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบและจำเป็นต้องนำส่งผู้ป่วยที่โรงพยาบาลจิตเวช

1.1.1.4 การทบทวนวรรณกรรมแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยดำเนินการทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุรา การบำบัดรักษา กระบวนการกลุ่ม แนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (รายละเอียดดังบทที่ 2)

1.1.2 กระบวนการที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมบำบัดต้นแบบ (D1) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่

1.1.2.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดกรอบแนวคิด และพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดต้นแบบ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สภาพการณ์ (เชิงปริมาณ และคุณภาพ) และการทบทวนวรรณกรรม นำมาสังเคราะห์เพื่อจัดทำโปรแกรมต้นแบบให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์ ที่รับผู้ป่วยไว้รักษาในระยะเวลายาว (ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ย 20-21 วัน) ให้โปรแกรมการบำบัดสามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 1 สัปดาห์ ขณะผู้ป่วยรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายการพัฒนาโปรแกรมบำบัดเพื่อให้มีความครอบคลุมทุกปัญหาผู้ป่วย ทั้งที่เป็นปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และปัญหาการดื่มสุรา รวมถึงการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1) การคัดเลือกแนวคิดสำหรับพัฒนาโปรแกรม การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกแนวคิดการสัมภาษณ์และกระบวนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นำมาเป็นแนวคิดหลักการพัฒนาโปรแกรมต้นแบบสำหรับการบำบัดในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีรายละเอียดและเหตุผลของการคัดสรร ดังนี้

1.1) แนวคิดการสัมภาษณ์ และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing & Motivational Enhancement Therapy: MI & MET) เป็นกระบวนการบำบัดทางจิตวิทยาที่มีเลออร์และโรลล์นิก ได้คิดค้นขึ้นมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1991 (Miller & Rollnick, 1991) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีผู้นำมาใช้อย่างแพร่หลายสำหรับการบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดหรือดื่มสุรา รวมถึงพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเวช และเนื่องด้วยการมีข้อจำกัดด้านความเป็นเรื้อรังของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ที่มีส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดจากความพร่องด้านสติปัญญา (cognitive impairment) ทำให้ความสามารถในการคิดวิเคราะห์และเลือกตัดสินใจได้ด้วยตนเองของผู้ป่วยลดลงในขณะการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด ดังนั้นการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจจึงถือว่ามี ความง่ายและเหมาะสมสำหรับการบำบัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากการบำบัดที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการสะท้อนพฤติกรรม และให้ข้อมูลแบบตรงไปตรงมาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยในปัจจุบัน และมีขั้นตอนไม่ซับซ้อน จึงถือว่าเป็นเรื่องใกล้ตัวที่ผู้ป่วยจะสามารถนำผลการเรียนรู้มาคิดวิเคราะห์เพื่อประกอบการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองไปในแนวทางที่เหมาะสม

1.2) ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (the stage of change theory) พัฒนาขึ้นโดย Prochaska & DiClemente เพื่อใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมบุคคลใน 6 ขั้นตอน และมีการตอบสนองที่เหมาะสมในแต่ละระดับขั้น ดังนี้ ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation) การตอบสนองที่เหมาะสมคือ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) การให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (information) ขั้นลังเลใจ (Contemplation) การตอบสนองที่เหมาะสมคือ การพูดคุยถึงข้อดีข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงและไม่เปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา (pros & cons) ขั้นตัดสินใจหยุดดื่มอย่างจริงจัง หรือขั้นเตรียมการเปลี่ยนแปลง (Determination) การตอบสนองที่เหมาะสมคือ ให้ทางเลือกในการเลิกดื่มสุรา

(menu of options) ชั้นลงมือปฏิบัติ (Action) การตอบสนองที่เหมาะสมคือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำตามวิธีที่ตนเองเลือกอย่างต่อเนื่อง (compliance & adherence) ชั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) การตอบสนองที่เหมาะสมคือ การป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ (relapse prevention) และ ชั้นไปติดสุราซ้ำ (Relapse) การตอบสนองที่เหมาะสมคือ การให้ความช่วยเหลือ และสร้างความเข้มแข็งให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่ม และดึงผู้ป่วยให้กลับไปสู่หนทางแห่งการหยุดดื่มสุราให้เร็วที่สุด (support to recovery process)

เหตุผลของการนำทฤษฎีนี้มาพิจารณาในการพัฒนาโปรแกรมบำบัดครั้งนี้ เนื่องจากผู้วิจัยมีความตระหนักว่าผู้ป่วยที่มาเข้ารับการบำบัดแบบกลุ่มย่อมมีระดับขั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ทำให้เป็นเรื่องยากที่จะสามารถตอบสนองอย่างเหมาะสมตรงตามระดับขั้นของแรงจูงใจของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ซึ่งอาจแตกต่างจากการบำบัดแบบรายบุคคลที่สามารถตอบสนองได้โดยตรง ซึ่งในระยะแรกเมื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัด ผู้ป่วยมักมีระดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation) หรือยังไม่คิดถึงการเปลี่ยนแปลง หรือมีความลังเลใจ (Contemplation) และเมื่อพิจารณาตามบริบทการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช ทำให้คาดการณ์ได้ว่าระดับขั้นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถเป็นไปได้สูงสุดคือขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination) เพราะถึงแม้ผู้ป่วยจะมีการหยุดดื่มสุรา และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ก็อาจไม่สามารถกล่าวได้ว่าเป็นระดับขั้นการลงมือปฏิบัติ (Action) หรือมีการคงไว้ซึ่งการหยุดดื่มอย่างต่อเนื่อง (Maintenance) เนื่องจากพฤติกรรมหยุดดื่มหรือความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพียงการปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องปฏิบัติตาม แต่อาจไม่ได้เกิดจากแรงจูงใจภายในตัวผู้ป่วยที่ต้องการเปลี่ยนแปลงด้วยตัวเอง ดังนั้นเพื่อให้โปรแกรมสามารถตอบสนองได้ครอบคลุมทุกระดับขั้นของแรงจูงใจผู้ป่วยทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยได้วางแผนพัฒนาโปรแกรมโดยให้กิจกรรมกลุ่มบำบัดขณะผู้ป่วยกำลังรักษาภายในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการตอบสนองต่อระดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงจากระดับขั้นไม่สนใจปัญหาจนถึงขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลงเท่านั้น ส่วนการตอบสนองที่เหมาะสมในระดับขั้นที่สูงขึ้นไป คือ ชั้นลงมือปฏิบัติ และชั้นกระทำต่อเนื่อง หรือแม้แต่ขั้นของการไปดื่มสุราซ้ำ ผู้วิจัยได้วางแผนให้มีการดำเนินการหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว คือ การติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือน

2) การกำหนดรายละเอียดขั้นตอนโปรแกรมบำบัด ตามแนวคิดการสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ของมิลเลอร์และโรลนิก (Miller & Rollnick, 1991) และได้ทบทวนประกอบจากคู่มือการสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราของ พิชัย แสงชาญชัย และคณะ (2553) ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง ระยะที่ 2 การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง และระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง ด้านการกำหนดเนื้อหาของบำบัดมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้โปรแกรมบำบัดที่ต้องการพัฒนาขึ้นใหม่ให้มีความครอบคลุมในการแก้ไขปัญหาระยะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการส่งเสริมความร่วมมือในรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน และการแก้ไขเพื่อลด/เลิกพฤติกรรมดื่มสุราที่เป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบรุนแรงมากขึ้น ด้านการพิจารณาจำนวนกิจกรรมกลุ่มให้มีความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่รับผู้ป่วยจิตเวชไว้รักษาแบบผู้ป่วยในระยะเวลาสั้นๆ ประมาณ 2-3 สัปดาห์ (โดยเฉลี่ยประมาณ 20-21 วัน) ซึ่งในระยะสัปดาห์แรกๆ ของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่ผู้ป่วยมีอาการอยู่ในระยะวิกฤตฉุกเฉิน (acute phase) บุคลากรผู้ให้การดูแลจะเน้นการดูแลให้

ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากความเสี่ยงด้านต่างๆ การดูแลให้ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย และให้การรักษาด้วยยาเพื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบลงโดยเร็ว ในสัปดาห์ต่อมาเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตเริ่มสงบจึงจะเริ่มสามารถคัดกรองให้เข้ารับการบำบัดทางจิตสังคมตามปัญหาที่พบได้ ซึ่งจะเหลือระยะเวลาสำหรับการบำบัดทางจิตสังคมประมาณ 1 สัปดาห์ ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันการสูญหาย (drop-out) ของผู้ป่วยในระหว่างดำเนินโครงการ จึงกำหนดจำนวนกิจกรรมของโปรแกรมการบำบัดสำหรับผู้ป่วยจำนวน 5 กิจกรรม เพื่อให้สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 1 สัปดาห์ (วันทำการ) ขณะผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล และด้านความต้องการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แต่เนื่องด้วยมีข้อจำกัดของโรงพยาบาลจิตเวชที่ไม่มีนโยบายให้ญาติผู้ป่วยอยู่เฝ้าผู้ป่วยตลอดเวลาที่โรงพยาบาล ประกอบกับญาติไม่สะดวกที่จะเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกระบวนการ ได้วางแผนพัฒนาโปรแกรมการบำบัดสำหรับญาติผู้ป่วยจำนวน 1 กิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนการกำหนดรายละเอียด ขั้นตอน และเนื้อหาให้ครอบคลุมตามแนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีโครงสร้างและกระบวนการบำบัด ดังนี้

2.1) ระยะเวลาที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Phase 1: Building motivation for change) กระบวนการบำบัดประกอบด้วย Elicit self motivation: ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดประโยคที่สร้างแรงจูงใจ (self motivation statement) โดยพูดถึงการตั้งมสรุอย่างตรงไปตรงมา Listening with empathy: การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความหรือการเข้าใจ Questioning การถามถึงความรู้สึก ความคิด ความกังวลเมื่อได้รับข้อมูล แล้วตอบสนองด้วยการแสดงความเห็นอกเห็นใจ (empathic response) ให้ความมั่นใจ (affirmation) และการเปลี่ยนมุมมองปัญหา (reframing) Presenting personal feedback: การให้ข้อมูลสะท้อนกลับก่อนได้รับการรักษาแก่ผู้ป่วย เพื่อเสริมประโยคที่สร้างแรงจูงใจ ในขณะเดียวกันต้องสะท้อนปฏิกิริยาด้านที่ต่อต้านด้วย Affirming client: การสร้างความมั่นใจและให้กำลังใจผู้ป่วยให้รู้สึกรับผิดชอบในตนเอง และรู้สึกว่าคุณเองมีพลัง Handling with resistance: การจัดการกับแรงต้าน Reframing: ให้ผู้รับการบำบัดได้ตรวจสอบความคิดหรือการรับรู้ของตัวเองด้วยมุมมองใหม่ที่เป็นบวก Summarization: สรุปถึงสิ่งที่ผู้รับการบำบัดได้พูด ซึ่งเป็นการย้ำข้อความที่เป็นข้อความที่จูงใจตนเอง (Self-Motivational Statement: SMS) ของผู้ป่วยอีกครั้ง

2.2) ระยะเวลาที่ 2 การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง (Phase 2: Strengthening commitments to change) กระบวนการบำบัดประกอบด้วย Recognizing change readiness: การสังเกตความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง Discussing a plan: การพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนของผู้รับการบำบัดหรือของญาติ Communicating free choice: การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถเลือกได้อย่างอิสระ เน้นย้ำความรับผิดชอบของตนเอง Consequences of action and inaction: Decisional balance sheet (reflection, summarization, reframing) การตรวจสอบถึงผลกระทบจากการกระทำและไม่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ โดยใช้ทักษะการสะท้อนความ การสรุปความ และการปรับมุมมอง Information and advice: การให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ Emphasizing abstinence: การให้เหตุผลความจำเป็นของการหยุดดื่มโดยเด็ดขาด Dealing with resistance: การจัดการกับแรงต้าน ได้แก่ reflection, reframing, paradoxical statements The change plan worksheet: การวางแผนการเปลี่ยนแปลงในใบงาน Recapitulating: การสรุปสิ่งที่คุยทั้งหมดตั้งแต่ระยะที่ 1 และข้อมูลใหม่ที่ได้จากระยะที่ 2 และ Asking for commitment: การถามถึงคำมั่นสัญญาต่อการเปลี่ยนแปลง

### 2.3) ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Phase 3: Follow through strategies)

กระบวนการบำบัดประกอบด้วย Reviewing progress: การทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงการรักษาครั้งที่แล้ว โดยการตรวจสอบว่าผู้รับการบำบัดได้ทำอะไรไปบ้างแล้ว Renewing motivation: การสร้างแรงจูงใจใหม่ โดยอาจใช้การทบทวนขบวนการของระยะที่ 1 และใช้คำถามเพื่อทบทวนความจำว่าอะไรเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้ต้องการเปลี่ยนแปลง และ Redoing commitment: การกำหนดแผนการใหม่และให้คำมั่นสัญญาอีกครั้ง

4) การกำหนดเนื้อหาของโปรแกรม โดยการทบทวนเนื้อหาการบำบัดจากวิจัยที่ได้นำแนวความคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยและญาติ ประกอบด้วยการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา ได้แก่การศึกษาของ ลูกจันทร์ วิทยาวรวงศ์ และคณะ (2559) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช เป็นโปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่มและเป็นการผสมผสานของการบำบัดหลายรูปแบบ เช่น การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด การให้การปรึกษาครอบครัว การเสริมสร้างทักษะทางสังคม การดูแลด้านยา ความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยประสบอยู่ เป็นต้น โปรแกรมมีจำนวน 15 ครั้ง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้คัดเลือกเอาเฉพาะกิจกรรมที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา และเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่ 1) แรงจูงใจสร้างได้ 2) เลิกสุรา/สารเสพติด สบายๆ เมื่อใช้ยาคุณหมอ 3) รู้จักเสี่ยงจะเสี่ยงน้อยลง 4) สุราและสารเสพติดเกี่ยวข้องกับโรคจิตเวชได้อย่างไร เป็นต้น การศึกษาของ กฤตยา แสงทรัพย์, เพ็ญพักตร์ อุทิศ และสุนิศา สุขตระกูล (2562) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา เป็นโปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง คือ 1) การเสริมสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา การสร้างสัมพันธภาพ และสะท้อนให้เห็นผลกระทบของพฤติกรรมการดื่มสุรา 2) การสร้างความเข้าใจ การยอมรับ และสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา การประเมินแรงจูงใจ การชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ และ การสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา 3) การกำจัดอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา การประเมินแรงจูงใจ และสร้างแนวทางในการกำจัดอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา และ 4) การสร้างความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา และการศึกษาของมานะศักดิ์ เหลื่อมทองกลาง, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ (2563) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา เป็นโปรแกรมบำบัดแบบกลุ่มประกอบด้วย 3 ขั้นตอน จำนวน 5 กิจกรรม คือ 1) การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับอาการทางจิต และความสัมพันธ์กับการดื่มสุราและอาการทางจิต 2) การค้นหาสิ่งทำให้เกิดภาวะสองจิตสองใจเกี่ยวกับการดื่มสุรากับการร่วมมือรักษาโรคและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 3) การพัฒนาทักษะการร่วมมือปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา 4) การร่วมมือในการรับประทานยา และ 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา

4.1) การบำบัดแบบกลุ่มภายในโรงพยาบาล จากการทบทวนโปรแกรมการบำบัดเพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ ทั้งที่เป็นการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุรา และการพัฒนาความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พบว่ามีจำนวนของกิจกรรมอยู่ระหว่าง 4-6 กิจกรรม และมีองค์ประกอบของเนื้อหาที่มีความใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยจึงได้นำผลการทบทวนที่พบมากำหนดเนื้อหาโปรแกรมกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลได้จำนวน 5 กิจกรรม (กิจกรรมที่ 1-5) โดยได้พยายามให้คงเนื้อหา

ครอบคลุมปัญหา และให้มีเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคเรื้อรังมากที่สุด ได้แก่ เนื้อหาสำหรับการบำบัด เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุรา การให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องโรคจิตเภทและการรักษา ผลกระทบของการดื่มสุราที่มีต่อการรักษาอาการโรคจิต การพัฒนาความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเกี่ยวกับการรักษาอาการของโรคจิตเภท การเฝ้าระวังอาการทางจิตกำเริบ และการป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ เป็นต้น

4.2) การพูดคุยกับญาติ (Involving a significant other) (กิจกรรมที่ 6) ได้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการบำบัดเป็นแบบรายบุคคลในวันที่ญาติมาเยี่ยมหรือรับผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้มีความสอดคล้องกับบริบทการให้บริการแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งญาติไม่ได้อยู่เฝ้า และไม่สะดวกที่จะเดินทางมาร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง เนื่องจากบ้านมีระยะทางไกล ไม่มีเงินค่ารถ และต้องทำงานหาเลี้ยงอาชีพ แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยมีความตระหนักว่าผู้ดูแลหรือญาติ (care giver) ถือว่ามีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากที่จะช่วยให้การรักษาของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่มักมีความพร้อมทางพุทธิปัญญาและการตัดสินใจ จึงได้จัดชั่วโมงการบำบัดสำหรับญาตินี้ขึ้น โดยมีเป้าหมายในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับญาติ การทำให้ญาติเห็นความสำคัญของการเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วย ประโยชน์ที่ได้รับจะส่งผลต่อทั้งครอบครัว และการทำให้ญาติให้คำมั่นสัญญาที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราได้สำเร็จ ตลอดจนมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553; Miller, 1995)

4.3) การติดตามหลังจำหน่าย (1 และ 3 เดือน) (กิจกรรมที่ 7) เป็นกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาขึ้นเพื่อให้มีการตอบสนองที่เหมาะสมในระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) และขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) หรือแม้แต่ขั้นของการไปดื่มสุราซ้ำ (Relapse) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีการคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงใหม่ในแนวทางที่เหมาะสม และสามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้ทั้งที่เป็นปัญหาการดื่มสุรา และอาการของโรคจิตเภท โดยให้ผู้ช่วยการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นในชั่วโมงการรักษาครั้งที่แล้ว การสร้างแรงจูงใจใหม่ และการกำหนดแผนการใหม่และให้คำมั่นสัญญาอีกครั้ง (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553) ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการบำบัดแบบรายบุคคลเช่นเดียวกับกิจกรรมที่ 6

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาศาสนาพยากรณ์ผู้ป่วยและญาติ เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการออกแบบใบกิจกรรมและใบความรู้ของการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ เพื่อให้โปรแกรมมีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มสุรา ปัจจัยสาเหตุของการดื่มหรือการกลับไปดื่มสุราซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท รวมถึงความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราและความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ตลอดจนความพร้อมรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วย และความต้องการให้มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นทำให้ได้โปรแกรมการบำบัดต้นแบบ ประกอบด้วย 3 ระยะ จำนวน 7 กิจกรรม

5) การศึกษาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยภายหลังการพัฒนาโปรแกรมต้นแบบตามกรอบแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน) แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ซึ่งต้องมีค่าตั้งแต่

.05-1.00 จึงถือว่าใช้ได้ ผลการศึกษาครั้งนี้ได้ค่า IOC = 0.82 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดี (Rovinelli & Hambleton, 1977)

6) การปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ตั้งข้อสังเกตว่าเท่าที่อ่านดูรายละเอียดของโปรแกรมน่าจะเป็นการประยุกต์ MET มาใช้ ซึ่งน่าจะระบุงการปรับปรุง หรือเหตุผลในการประยุกต์มาใช้ด้วย เพราะถ้าไม่ระบุงดูเหมือนว่าผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมนี้ขึ้นมาเองทั้งหมดซึ่งผู้วิจัยได้เพิ่มหัวข้อหลักการและเหตุผลในการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ พร้อมทั้งได้ระบุงเหตุผลความจำเป็นในการเลือกใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้

6.1) หัวข้อวิธีการดำเนินกลุ่มควรบอก หรือกำหนดเป็นแนวทางกว้างๆ ว่าแต่ละกิจกรรมจะใช้เวลาในการดำเนินการประมาณกี่นาที สำหรับกิจกรรมในแต่ละข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาในแต่ละกิจกรรมย่อยให้เมื่อรวมกันแล้วให้ได้ระยะเวลารวมเท่ากับ 60 นาที

6.2) ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะควรมีการประเมินผลลัพธ์ (Outcomes) ที่ต้องการศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ด้วย ผู้วิจัยจึงได้กำหนดเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 1) ตัวแปรกำกับการทดลอง โดยประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (stage of change) เกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุรา และพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระหว่างการบำบัด และ 2) ตัวแปรประเมินผล ได้แก่ การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา และอาการทางจิต ในระยะก่อนการบำบัด หลังการบำบัดทันที และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือน

6.3) ระยะเวลาการบำบัดในแบบกลุ่มขณะผู้ป่วยกำลังรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 5 กิจกรรม ภายใน 1 สัปดาห์ ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตั้งข้อสังเกตว่าโปรแกรมมีความอัดแน่นเกินไป ซึ่งประเด็นนี้ผู้วิจัยไม่ได้ปรับเปลี่ยน เนื่องจากการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดครั้งนี้ ต้องการให้มีความสอดคล้องกับระยะเวลาของนอนของผู้ป่วยและครอบคลุมแนวคิดการบำบัดเพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจที่นำมาใช้มากที่สุด จึงยังคงระยะเวลาการบำบัดและกิจกรรมเหมือนเดิมไปก่อน แต่หากภายหลังพบว่าโปรแกรมมีความอัดแน่นเกินไปและไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงตามบริบทของโรงพยาบาล จึงจะมีการปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสมในโอกาสต่อไป

6.4) การกำหนดคุณสมบัติผู้ใช้โปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้รับการอบรมวิธีการบำบัดตามโปรแกรมฯ และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมจิตเวชระหว่างโรคจิตเภทและเป็นผู้ดื่มสุราแบบมีปัญหาหรือติดสุราอย่างน้อย 1 ปี

7) โปรแกรมการบำบัดต้นแบบ พบว่าภายหลังการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้โปรแกรมต้นแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราฉบับร่างที่พร้อมสำหรับนำไปทดสอบในขั้นตอนต่อไป ประกอบด้วย 3 ระยะ จำนวน 7 กิจกรรม ดังนี้

7.1) ระยะที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการสะท้อนคิด มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกและผู้บำบัด
- 2) ให้สมาชิกได้ประเมินปัญหาและได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุรา และ
- 3) ให้สมาชิกเกิดความตระหนักและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากการดื่มสุรา

กิจกรรมที่ 2 ความรู้สู่ความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลง มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) ให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต การติ่มสุรา และการกำเริบของอาการโรคจิตเภท และ 2) ให้สมาชิกเกิดความตระหนักถึงผลกระทบของการติ่มสุรา ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาและเกิดแรงจูงใจที่จะตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

7.2) ระยะเวลาที่ 2 การนำไปสู่ การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Strengthening commitments to change) ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 3 การสร้างความสมดุลเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) ให้สมาชิกได้สำรวจเป้าหมายสำคัญในชีวิต พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและไม่สอดคล้องกับค่านิยมหรือเป้าหมายที่คาดหวัง เกี่ยวกับพฤติกรรมติ่มสุราและความร่วมมือในการรักษา 2) ให้สมาชิกได้ตรวจสอบข้อดีข้อเสียของการติ่มและไม่ติ่มสุรา และความร่วมมือและไม่ร่วมมือในการรักษา 3) ให้สมาชิกตระหนักถึงปัญหาการติ่มสุรา ความไม่ร่วมมือในการรักษา และเกิดแรงจูงใจที่จะตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 4 ความมั่นคงในสัญญานำพาสู่เป้าหมายมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) ให้สมาชิกตระหนักถึงประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการติ่มสุราและความสำคัญในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง 2) ให้สมาชิกได้สำรวจความมั่นใจของตนเอง กำหนดเป้าหมายและให้คำมั่นสัญญาที่จะทำตามเป้าหมายอย่างชัดเจน

7.3) ระยะเวลาที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow through strategies) ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 5 เสริมพลังเพื่อการเปลี่ยนแปลงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) ให้สมาชิกได้รับรู้การป้องกันการกลับไปติ่มสุราซ้ำและมีทักษะในการจัดการตัวกระตุ้นความอยากติ่มสุราเมื่อกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชน 2) ให้สมาชิกได้รับรู้ประโยชน์ของการรักษาด้วยยา การจัดการอาการข้างเคียงของยาที่รับประทานในปัจจุบัน การสังเกตอาการเตือนและการจัดการเบื้องต้นเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบ และ 3) ให้สมาชิกเกิดความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดการติ่มสุราและความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมก่อนการจำหน่าย (การพูดคุยพร้อมญาติ) มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) สร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้บุตรระบายความรู้สึกคับข้องใจ 2) ประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการติ่มสุราของผู้ป่วย 3) ให้ญาติผู้ป่วยเห็นความสำคัญและให้คำมั่นสัญญาที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย 4) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการติ่มสุราและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องขณะกลับไปอยู่บ้านและ 5) ให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีทักษะการจัดการความเครียดและการสื่อสารทางบวก

กิจกรรมที่ 7 การติดตามหลังจำหน่าย (1 และ 3 เดือน) มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) ประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วยว่ายังมั่นคงอยู่หรือไม่ 2) การค้นหาปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงและร่วมหา แนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้บำบัด ผู้ป่วยและญาติ 3) ให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม

1.1.2.2 การพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การบำบัด คือ ผู้วิจัยคนที่ 1 และ 2 ที่มีประสบการณ์ได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการความรู้เรื่องการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจให้ตรงกันเกี่ยวกับการบำบัดแบบกลุ่มตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ รายละเอียดและวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมของแต่ละกิจกรรมในโปรแกรมกลุ่มบำบัดที่พัฒนาขึ้น ขั้นตอนการดำเนินกลุ่มแต่ละกิจกรรม การประเมินผลรายกิจกรรม และการประเมินผลในภาพรวม

1.1.3 กระบวนการที่ 3 การตรวจสอบประสิทธิภาพโปรแกรมบำบัดต้นแบบที่พัฒนาขึ้น (R2) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่

1.1.3.1 จัดประชุมเพื่อทบทวนโปรแกรมการบำบัดระหว่างทีมผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพ ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ให้การบำบัดทางจิตสังคม เพื่อประเมินในความเป็นไปได้ของโปรแกรมในการนำไปใช้บำบัดผู้ป่วย รวมทั้งการศึกษาปัญหาอุปสรรคในการบำบัดและให้ข้อเสนอแนะ แล้วนำมาปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งในที่ประชุมมีความคิดเห็นตรงกันว่าโปรแกรมการบำบัดที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ เนื้อหา มีความเหมาะสมสำหรับนำไปใช้บำบัดสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมจิตเภทและปัญหาการดื่มสุรา และมีข้อเสนอแนะว่าหากเป็นไปได้ควรเป็นการบำบัดโดยพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เพราะจะทราบปัญหาของผู้ป่วยได้ครอบคลุมดีกว่าพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การบำบัด ณ กลุ่มงานจิตสังคมบำบัด อีกทั้งเป็นการลดการเสียโอกาสที่ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการบำบัดเนื่องจากผู้ป่วยที่ต้องการรับการบำบัดและส่งเข้ารับบำบัดที่กลุ่มงานจิตสังคมบำบัดในแต่ละวันมีจำนวนมาก

1.1.3.2 การศึกษานำร่องกลุ่มเล็กในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยพยาบาลจิตเวช ผู้บำบัดที่ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาและทำความเข้าใจรายละเอียดโปรแกรมการบำบัด (ผู้วิจัยคนที่ 1, 2) ทำการทดสอบโปรแกรมบำบัด GMET Alcohol กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มารับบริการแบบผู้ป่วยใน (หอผู้ป่วยชงโค) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จำนวน 1 กลุ่ม (6 คน) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ มีเป้าหมาย เพื่อศึกษาความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในกระบวนการบำบัด ใบกิจกรรม และใบความรู้ และศึกษาความเหมาะสมของระยะเวลาในการบำบัดของแต่ละกิจกรรม หลังจากนั้นนำผลการศึกษามาปรับปรุงโปรแกรม ดังนี้

1) ปรับภาษาที่ใช้ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจง่าย ปรับระยะเวลาของกิจกรรมย่อยให้มีความเหมาะสม (60 นาที) เพื่อไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเมื่อยล้ามากเกินไปจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นเวลานาน และอาจมีผลต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งส่วนใหญ่มีสมาธิมุ่งมั่นในระยะเวลาสั้น

2) ในระหว่างการทดลองบำบัดในกลุ่มเล็กตามกิจกรรมที่ 1 “การสร้างสัมพันธภาพและการสะท้อนคิด” (feedback) พบปัญหาอุปสรรค คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปกปิดข้อมูลหรือให้ข้อมูลไม่ตรงตามเป็นจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง เพื่อนำมาสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันภายในกลุ่ม ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจากผู้วิจัย (คนที่ 1, 2) ได้ถูกย้ายออกจากหอผู้ป่วยชงโคเพื่อไปปฏิบัติงานที่หน่วยงานอื่นเป็นระยะเวลานาน ทำให้ไม่ได้มีความคุ้นเคยกันและอาจเป็นคนแปลกหน้าสำหรับผู้ป่วย นำมาซึ่งการขาดสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ จึงทำให้ไม่กล้าให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเองตามความเป็นจริง ดังนั้นเพื่อต้องการลดความอึดอัดใจของผู้ป่วยจากความรู้สึกว่าถูกคุกคามข้อมูลความลับที่เป็นส่วนตัว ผู้วิจัยจึงได้ปรับเปลี่ยนขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม โดยได้นำกิจกรรมที่ 2 “ความรู้สู่ความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลง” ซึ่งเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลความรู้ (information) มาดำเนินเป็นกิจกรรมที่ 1 โดยคาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายได้มากขึ้น เนื่องจากเนื้อหาการดำเนินกิจกรรมไม่ได้

สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลความลับที่เป็นส่วนตัว อีกทั้งผู้วิจัยต้องการใช้ระยะเวลาระหว่างนี้เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจเพิ่มมากขึ้น และได้ปรับหัวข้อกิจกรรมใหม่ คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความรู้สู่ความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลง และกิจกรรมที่ 2 การสะท้อนปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมการดื่มสุรา

1.1.4 กระบวนการที่ 4 การปรับปรุงโปรแกรมบำบัดต้นแบบให้เหมาะสมกับบริบทและตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย (D2) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่

1.1.4.1 การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสรุปผลการจัดทำร่างการนำไปใช้ ในการพิจารณาความสมบูรณ์ของเนื้อหา ระยะเวลา ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และปรับปรุงโปรแกรมบำบัดต้นแบบ การศึกษามาปรับปรุงโปรแกรมให้มีภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจง่าย และปรับระยะเวลาของกิจกรรมให้มีความเหมาะสมให้อยู่ในกรอบเวลาประมาณ 60 นาที

1.1.4.2 จัดทำคู่มือโปรแกรมบำบัดเพื่อให้ผู้บำบัดได้นำไปศึกษาในขณะดำเนินการวิจัย (รายละเอียดดังเอกสารในภาคผนวก)

**2. ระยะทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมและเผยแพร่นวัตกรรม** ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

**2.1 การทดลองใช้นวัตกรรม** ประกอบด้วย 1 กระบวนการ คือ

2.2.1 กระบวนการที่ 5 การทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น (R3) ดำเนินการโดยใช้รูปแบบการศึกษาด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มมีการวัดซ้ำ (Repeated measures designs) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อปริมาณการดื่มสุรา และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังภาพที่ 3

	Pre-test		Post-test	Follow up 1 mo	Follow up 3 mo
R	O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
R	O <sub>5</sub>	Y	O <sub>6</sub>	O <sub>7</sub>	O <sub>8</sub>

**ภาพที่ 3** รูปแบบการทดลอง

โดยกำหนดให้

R = การสุ่มตัวอย่างแบบรายเดือนเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

X = การบำบัดแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

Y = การดูแลตามปกติ

O<sub>1</sub> = การประเมินปริมาณการดื่มสุรา และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง

O<sub>2</sub> = การประเมินปริมาณการดื่มสุรา และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

O<sub>3</sub> = การประเมินปริมาณการดื่มสุรา และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย 1 เดือนของกลุ่มทดลอง

O<sub>4</sub> = การประเมินปริมาณการดื่มสุรา และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย 3 เดือนของกลุ่มทดลอง

O<sub>5</sub> = การประเมินปริมาณการดื่มสุรา และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม

O<sub>6</sub> = การประเมินปริมาณการดื่มสุรา และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

O<sub>7</sub> = การประเมินปริมาณการดื่มสุรา และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย 1 เดือนของกลุ่มควบคุม

O<sub>8</sub> = การประเมินปริมาณการดื่มสุรา และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย 3 เดือนของกลุ่มควบคุม

### 2.2.1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ การวินิจฉัยของความผิดปกติทางจิต และพฤติกรรมขององค์การอนามัยโลก ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem: ICD-10) ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) และการดื่มสุราแบบมีปัญหา (alcohol use disorders) หรือติดสุรา (alcohol dependence) หรือมีค่าคะแนนจากแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test: AUDIT) อยู่ในเกณฑ์เป็นผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วย ใน หอผู้ป่วยจิตเวชชายชงโค โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในช่วงเดือนมกราคม ถึง เมษายน 2568 เป็นผู้ป่วยเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 18-59 ปี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1) มีอาการทางจิตสงบโดยมีคะแนนแบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น (Brief Psychotic Rating Scale : BPRS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน

2) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป (การศึกษาระดับประถมศึกษา) และ 23 คะแนนขึ้นไป (การศึกษาระดับสูงกว่าระดับประถมศึกษา)

3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) มีดังนี้

1) มีภาวะแทรกซ้อนทางกายรุนแรง

2) ได้รับการวินิจฉัยโรคความผิดปกติของสมอง เช่น ปัญญาอ่อน สมองเสื่อม เกณฑ์ในการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการ (termination criteria) มีดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรมที่กำหนด

2) กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรง หรืออยู่ในระยะวิกฤติ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) ในการศึกษาครั้งนี้คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณแบบการหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่มีจำนวนมากกว่า 2 ขึ้นไป (difference between many means) (Twisk, 2003) ดังนี้

$$n/\text{group} = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \sigma^2 (r+1) [1+(T-1)p]}{v^2 r T}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

$Z_{1-\alpha/2}$  = ระดับนัยสำคัญกำหนดที่ 0.05 (เท่ากับ 1.645)

$Z_{1-\beta}$  = อำนาจการทดสอบ (Power of test) กำหนดที่ 95% เท่ากับ 1.645

r = อัตราส่วนของจำนวนตัวอย่างในการเปรียบเทียบแต่ละกลุ่มกำหนด

เท่ากับ 1

T = จำนวนครั้งของการวัด ในการวิจัยครั้งนี้กำหนด 4 ครั้ง คือระยะก่อนทดลอง และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1, 2 และ 3 เดือน

V = ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

p = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการวัดซ้ำ เท่ากับ 0.5

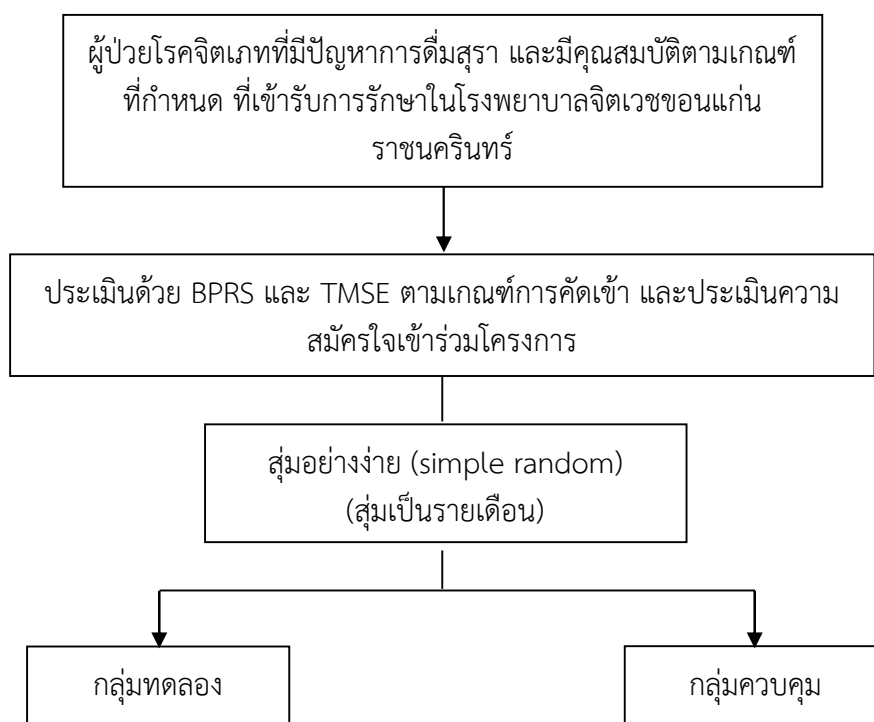
$\sigma$  = ความแตกต่างของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าเฉลี่ยจากงานวิจัยของลูกจันทร์ วิทยาพรพงศ์ และคณะ (2559) ซึ่งได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมกรรมการเสพสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางจิตเวช จำนวน 100 คน เป็นกลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มควบคุม 50 คน พบค่าเฉลี่ย (หลังทดลอง) ของข้อมูลในกลุ่มทดลองเท่ากับ 1.07 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 4.21 ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.14 และค่าความแตกต่างของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 3.14 แทนค่าในสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned} n/\text{group} &= \frac{(1.645+1.645)^2(3.14)^2(2)[1+(4-1)0.5]}{(3.14)^2 \times 4} \\ &= \frac{(3.290)^2 9.86 \times 2 \times 2.5}{39.438} \\ &= \frac{10.82 \times 9.86 \times 5}{39.438} \\ &= \frac{533.426}{39.438} \\ &= 13.53 \end{aligned}$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ได้อย่างน้อยกลุ่มละ 13.53 คน แต่ในระหว่างดำเนินการวิจัยเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล (drop out) จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 (Grove et al., 2013) คิดเป็นเป็นจำนวน 2.71 คน รวมเป็น 16 คนต่อกลุ่ม การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยสุ่มเป็นรายเดือน

การสุ่มตัวอย่างเข้าเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ก่อนการเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างน้อย 1 วัน หลังจากนั้นจึงขอความยินยอม และให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมด้วยความสมัครใจ โดยในการสุ่มตัวอย่างครั้งนี้ใช้การสุ่มเป็นรายเดือนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนการบำบัด (contamination) จากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และจำนวนของผู้ป่วยอาจไม่เพียงพอหากต้องสุ่มแบบง่ายเพื่อเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงระยะเวลาเดียวกัน ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

#### 2.2.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

##### 1) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1.1) แบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) เป็นเครื่องมือตรวจสอบอาการทางคลินิกทั้งอาการทางด้านบวก และอาการทางด้านลบ พัฒนาโดยโอเวอร์ฮอล และกอร์แฮม (Overall & Gorham, 1962) นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุงภา กิตติรัตนไพบูลย์ (กรมสุขภาพจิต, 2561) ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 9 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่น (content validity) อยู่ระหว่าง .62 - .87 ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยในที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่น หรือค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .86 แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นมาตราวัด 7 ระดับ คือ 1 = ไม่มีอาการ 2 = สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้างแต่ยังไม่ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3 = มี

อาการเล็กน้อย 4 = มีอาการปานกลาง 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง 6 = มีอาการรุนแรง และ 7 = มีอาการรุนแรงมาก คะแนนเต็มอยู่ในช่วง 18-126 คะแนน มีการแปลผลค่าคะแนน ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า 18 หมายถึง เกณฑ์ปกติ

คะแนนระหว่าง 18-36 หมายถึง มีอาการทางจิต

คะแนนมากกว่า 37-126 หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือนี้ในการสัมภาษณ์เพื่อประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยก่อนคัดเลือกเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยมีเกณฑ์การประเมินการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย คือ ค่าคะแนน BPRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน และนอกจากนี้ยังใช้เครื่องมือนี้ในการวัดผลลัพธ์การวิจัย (Research measurement) เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือนอีกด้วย

1.2) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (กรมการแพทย์, 2557) ใช้สำหรับประเมินความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมอง ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบไปศึกษาค่าความเชื่อมั่นในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน นำมาคำนวณหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .83 แบบทดสอบประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม สำหรับประเมินการทำงานของสมอง 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ ความจำ สมาธิ การคำนวณ ความจำระยะสั้น และการใช้ภาษา มีคะแนนเต็มสำหรับผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ 23 คะแนน คะแนนเต็มสำหรับผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษาหรือสูงกว่าประถมศึกษา 30 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนรวมเท่ากับจุดตัด (cut-off point) ให้สงสัยว่ามีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมอง (cognitive impairment) ดังนี้

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด (cut-off point)	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับ ประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับ สูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินนี้สำหรับคัดกรองผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้ป่วยต้องมีค่าคะแนนสูงกว่าจุดตัดค่าคะแนนตามระดับการศึกษา จึงสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ เนื่องจากการดำเนินของโรคจิตเภทมักเป็นเรื้อรัง และมีความบกพร่องในเรื่องความคิด ความจำ และเซาว์ปัญญา (cognitive impairment) ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ และไม่สามารถเข้าใจเนื้อหาหรือแสดงความคิดเห็นในเชิงสร้างสรรค์ได้

1.3) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2001) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุรักษา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) มีค่าความไว (sensitive) ร้อยละ 96 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 96 ในการตรวจสถานะการดื่มแบบอันตราย และมีค่าความไว (sensitive) ร้อยละ 81 ในการตรวจสถานะการดื่มแบบมีปัญหา แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เคยเลย	0 คะแนน
น้อยกว่าเดือนละครั้ง	1 คะแนน
2-4 ครั้งต่อเดือน	2 คะแนน
2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	3 คะแนน
4 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป	4 คะแนน

โดยมีการแปลผลคะแนน คือ 0-7 = ผู้ดื่มแบบเสียงต่ำ 8-15 = ผู้ดื่มแบบเสียง 16-19 = ผู้ดื่มแบบอันตราย  $\geq 20$  = ผู้ดื่มแบบติด

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินนี้สำหรับคัดกรองผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้ป่วยต้องมีค่าคะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป หรือเป็นผู้ดื่มแบบเสียงจึงสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้

1.4) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและนำไปวิเคราะห์ผลการบำบัดประกอบด้วย เพศอายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา และระยะเวลาการเจ็บป่วย

1.5) แบบบันทึกการดื่มสุรา (Time Line Follow Back: TLFB) พัฒนาโดย Sobell & Sobell (1995) ดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์ (2547) เป็นแบบบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้เป็นโรคติดสุรา ได้แก่ ปริมาณการดื่มสุรา และจำนวนวันของการดื่มสุรา โดยปริมาณการดื่มสุราคิดเป็น 1 ต้มมาตรฐานต่อสัปดาห์ ในที่นี้ 1 ต้มมาตรฐานเท่ากับสุรากลั่น 30 ซีซี เท่ากับ เบียร์ 285 ซีซี เท่ากับไวน์ 120 ซีซี ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราบันทึกเหตุการณ์การดื่มสุรา และปริมาณการดื่มสุราย้อนหลังไปภายใน 1 สัปดาห์ขึ้นไป ทั้งนี้การประเมินวันที่ดื่มหนักจะใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก คือ การดื่มในเพศชายเท่ากับหรือมากกว่า 5 ต้มมาตรฐาน และในเพศหญิงเท่ากับหรือมากกว่า 4 ต้มมาตรฐาน

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามนี้เพื่อเปรียบเทียบกับปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือน โดยคิดค่าเฉลี่ยจำนวนดื่มมาตรฐานที่ดื่มในแต่ละครั้งที่ติดตามผล

## 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1) โปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์ และโรลลนิก (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553; Miller & Rollnick, 1991) ประกอบด้วย 3 ระยะ 7 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินกิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที ดังนี้

ระยะที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการสะท้อนคิด และกิจกรรมที่ 2 ความรู้สู่ความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลง

ระยะที่ 2 การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Strengthening commitments to change) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 3 การสร้างความสมดุลเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง และกิจกรรมที่ 4 ความมั่นคงในสัญญานำพาสู่เป้าหมาย

ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow through strategies) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 5 เสริมพลังเพื่อการเปลี่ยนแปลงใหม่ กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมก่อนการจำหน่าย (การพูดคุยพร้อมญาติ) และกิจกรรมที่ 7 การติดตามหลังจำหน่าย (1 และ 3 เดือน)

2.2) แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินแรงจูงใจ เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินแรงจูงใจการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาโดยปีเนอร์ และอาดัม (Biener & Adam, 1991) มีทั้งหมด 10 ขั้นบันได แบ่งออกเป็น 4 ขั้นของระยะการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

ก = ขั้นบันไดที่ 0 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 1 คือ ขั้นเมินเฉย (Pre-Contemplation)

ข = ขั้นบันไดที่ 1-2 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 2 คือ ขั้นลังเลใจ (Contemplation) มีเมินเฉยรวมกับความลังเลใจเล็กน้อย

ค = ขั้นบันไดที่ 3-5 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 2 คือ ขั้นลังเลใจ (Contemplation) มีความลังเลใจและคิดที่จะเตรียมพร้อมในการเปลี่ยนแปลง

ง = ขั้นบันไดที่ 6-8 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 3 คือ ขั้นเตรียมพร้อม (Preparation หรือ Determination)

จ = ขั้นบันไดที่ 9-10 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 4 คือ ขั้นลงมือกระทำ (Action)

ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์นี้เพื่อเป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง สำหรับประเมินแรงจูงใจเกี่ยวกับการลดหรือเลิกดื่มสุรา และความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในการดำเนินการบำบัดตามโปรแกรม เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยว่ามีแรงจูงใจเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างไร

### 2.2.1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

#### 1) ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการก่อนการทดลอง

1.1) เตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัย โดยจัดประชุมชี้แจงผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัย (ไม่ใช่ผู้วิจัย) ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน โดยชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูลและให้ทดลองใช้เครื่องมือโดยการสลับคู่กันถามตอบ อภิปรายซักถามกรณีมีข้อสงสัย หรือมีอุปสรรคในการเก็บข้อมูล และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน จนกระทั่งมั่นใจในการเก็บข้อมูลวิจัย แล้วนำไปทดลองเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยในจำนวน 5 คน เพื่อสามารถใช้เครื่องมือได้ถูกต้อง

1.2) ประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยในเพศชาย (หอผู้ป่วยชงโค) เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย

#### 2) ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการเก็บข้อมูลของตัวแปรทุกตัวในการวิจัย ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือน ดังนี้

2.1) การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง 1 วัน ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ป่วย แบบสอบถามปริมาณการดื่มสุรา และแบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น

2.2) เก็บข้อมูลตามแบบสอบถามปริมาณการดื่มสุรา และแบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น ในระยะหลังการบำบัดทันทีภายในโรงพยาบาล และระยะติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 และ 3 เดือน ในวันที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

ตามนัดหมาย หรือใช้การติดตามทางโทรศัพท์ โดยก่อนถึงวันนัด 2-3 วัน ผู้วิจัยจะโทรศัพท์แจ้ง และนัดหมายวัน เวลาตามผู้ป่วยและญาติมีความสะดวกจะให้ข้อมูล

### 3) ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล

นำข้อมูลที่ได้รับมาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล แล้วแปลง ข้อมูลเป็นรหัสบันทึกลงในโปรแกรม R 3.5.2 for Windows เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

#### 2.2.1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ค่าสถิติพื้นฐานของปริมาณการดื่มสุรา และอาการทางจิตใช้สถิติเชิงบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุรา และอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามหลัง จำหน่าย 1 และ 3 เดือน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (Repeated measures ANOVA: Within-Subjects Main Effect)

3) ศึกษาความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้ง 4 ระยะ โดยการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Turkey

4) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุรา และคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย t-test

5) ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผลการทำกลุ่มบำบัดทั้งในด้านการศึกษา สภาพการณ์ กระบวนการบำบัด เนื้อหาในการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และนำเสนอในรูปแบบการบรรยาย

**2.2 สรุปผลการทดลอง** ประกอบด้วย 1 กระบวนการ (ซึ่งจะนำเสนอต่อไปในบทที่ 4 และ 5) คือ กระบวนการที่ 6 การสรุปผลการทดลองและการเผยแพร่นวัตกรรม ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่

2.2.1 การสรุปผลการทดลองและการเขียนรายงานฉบับสมบูรณ์

2.2.2 การเผยแพร่นวัตกรรม

## 12. ระยะเวลาในการศึกษา มิถุนายน 2564 – เมษายน 2568

### 13. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเขียนโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองโครงการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และได้รับการรับรองตามเลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.COA 005/2564 ฉบับลงวันที่ 20 พฤษภาคม 2564 และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย ดังนี้

13.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนวิธีการร่วมการวิจัย ระยะเวลาและประโยชน์ของการเข้าร่วมโครงการวิจัยและการได้รับสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เช่น สิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างเปิดเผยทั้งด้านบวกและด้านลบของการวิจัย สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง รวมถึงการชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ซึ่งการปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่สูญเสียสิทธิในการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด

และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่วิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจให้เซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยขออนุญาตบันทึกที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้เพื่อความสะดวกในการนัดหมายเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง และกรณีมีข้อสงสัยหรือคำถาม

13.2 ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใดๆต่อร่างกายของกลุ่มทดลอง แต่อาจมีผลด้านจิตใจทำให้รู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจที่เป็นผลมาจากการสัมภาษณ์หรือการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งสามารถแจ้งแก่ผู้วิจัยและออกจากโครงการก่อนจบโครงการก็สามารถทำได้ โดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ในขณะที่เข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดกลุ่มผู้วิจัยจะใช้ภาษาคำพูดด้วยความระมัดระวัง และกลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในความดูแลของผู้วิจัยซึ่งจะคอยสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ จนไม่สามารถดำเนินกิจกรรมต่อไปได้ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างหยุดกิจกรรม และให้การช่วยเหลือด้วยการให้บริการปรึกษาจนกว่าอาการจะดีขึ้นโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

13.3 ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลทุกอย่างในการวิจัยจะได้รับการปกปิดเป็นความลับไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับและใช้เพื่อวัตถุประสงค์การวิจัย การเปิดเผยข้อมูลจะนำเสนอเป็นภาพรวมในรูปของผลการวิจัยเท่านั้น ไม่ระบุชื่อเฉพาะบุคคลที่ทำให้สามารถสืบหาข้อมูลกลุ่มตัวอย่างได้ และการนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะไม่มีการเปิดเผย ชื่อ-สกุล และจะใช้รหัสในการบันทึกแทน ชื่อ-สกุล

13.4 เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจะให้ความรู้และได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามความสมัครใจ

## บทที่ 4 ผลการศึกษา

การวิจัยและพัฒนา (research and development) โปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มารับบริการแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) การวิจัยและพัฒนาต้นแบบ ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังนี้ 1.1) การศึกษาสภาพการณ์ การวิเคราะห์ปัญหา และการประเมินความต้องการจำเป็น 1.2) การพัฒนาโปรแกรมต้นแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา 1.3) การทดลองใช้โปรแกรมบำบัดต้นแบบในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก และ 1.4) การปรับปรุงโปรแกรมบำบัดต้นแบบให้มีรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทและตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย 2) การทดลองใช้นวัตกรรม ประกอบด้วย 1 กระบวนการ คือ การทดลองใช้โปรแกรมบำบัดที่ปรับปรุงแล้วในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และ 3) การสรุปผลการทดลอง ประกอบด้วย 1 กระบวนการ คือ การสรุปผลการทดลองและเผยแพร่นวัตกรรม โดยผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 (กระบวนการที่ 1-4) ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลควบคุมไปกับวิธีดำเนินการวิจัยและพัฒนาในบทที่ 3 แล้ว ในที่นี้จะนำเสนอเฉพาะผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 2 (กระบวนการที่ 5) คือ การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัด GMET Alcohol ที่มีต่อปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

**ขั้นตอนที่ 2 การทดลองใช้นวัตกรรม** ประกอบด้วย 1 กระบวนการ

**กระบวนการที่ 5 การศึกษาผลของโปรแกรมบำบัด GMET Alcohol ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น (R3)**

ดำเนินการโดยใช้รูปแบบการศึกษาด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มมีการวัดซ้ำ (Repeated measures designs) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน ทำการวัดผลจำนวน 4 ครั้ง ประกอบด้วยก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 1 และ 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณการดื่มสุรา และค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต ภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจระหว่างช่วงระยะเวลาการวัดผลที่แตกต่างกัน ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลในแบบ repeated measure ANOVA เลือกใช้การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) และศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติด้วยสถิติ t-test ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

**ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 16 คน และเมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ

การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งที่รักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การวินิจฉัยโรค และระยะเวลาการดื่มสุรา ในภาพรวมพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน ดังนี้

กลุ่มทดลองทั้งหมดเป็นเพศชาย ร้อยละ 100 มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 43.75 รองลงมา 30-39 ปี ร้อยละ 31.25 (อายุเฉลี่ย 37.31 ปี SD=9.05 ต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 57 ปี) สถานภาพโสด ร้อยละ 68.75 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.75 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส ร้อยละ 31.25 อาชีพว่างงาน ร้อยละ 50.00 รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.25 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 1-1,000 บาท ร้อยละ 56.25 (รายได้เฉลี่ย 2,406.25 บาท SD = 2,164.40 ต่ำสุด 600 บาท สูงสุด 6,500 บาท) จำนวนครั้งที่รักษาในโรงพยาบาล 1-2 ครั้ง ร้อยละ 56.25 (เฉลี่ย 4.31 ครั้ง SD=4.13 ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 14 ครั้ง) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 50.00 ปี รองลงมา 5-10 ปี ร้อยละ 31.25 (เฉลี่ย 7.38 ปี SD=7.15 ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 20 ปี) ได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมจิตเภทกับการดื่มสุราแบบมีปัญหาหรือติดสุรา ร้อยละ 50.00 โดยมีระยะเวลาการดื่มสุรา 5-10 ปี ร้อยละ 50.00

กลุ่มควบคุมทั้งหมดเป็นเพศชาย ร้อยละ 100 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 31.3 รองลงมา 40-49 ปี ร้อยละ 28.1 (อายุเฉลี่ย 36.88 ปี SD=8.20 ต่ำสุด 26 ปี สูงสุด 60 ปี) สถานภาพโสด ร้อยละ 68.75 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช ร้อยละ 37.50 รองลงมา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31.25 อาชีพว่างงาน ร้อยละ 43.75 รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.25 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 1-1,000 บาท ร้อยละ 56.25 (รายได้เฉลี่ย 2,881.25 บาท SD = 3,158.10 ต่ำสุด 400 บาท สูงสุด 9,500 บาท) จำนวนครั้งที่รักษาในโรงพยาบาล 1-2 ครั้ง ร้อยละ 62.50 (เฉลี่ย 3.00 ครั้ง SD=2.73 ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 10 ครั้ง) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช 5-10 ปี ร้อยละ 37.50 ปี รองลงมา น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 31.25 (เฉลี่ย 9.00 ปี SD=6.71 ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 21 ปี) ได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมจิตเภทกับการดื่มสุราแบบมีปัญหาหรือติดสุรา ร้อยละ 56.25 โดยมีระยะเวลาการดื่มสุรามากกว่า 10 ปี ร้อยละ 50.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง (n = 16 คน) และกลุ่มควบคุม (n = 16 คน)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>		
ชาย	16 (100)	16 (100)
<b>อายุ</b>		
20-29 ปี	3 (18.75)	1 (6.25)
30-39 ปี	5 (31.25)	10 (62.50)
40-49 ปี	7 (43.75)	4 (25.00)
50 ปีขึ้นไป	1 (6.25)	1 (6.25)
<b>หมายเหตุ</b>	อายุเฉลี่ย 37.31 ปี SD=9.05 ต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 57 ปี	อายุเฉลี่ย 36.88 ปี SD=8.20 ต่ำสุด 26 ปี สูงสุด 60 ปี

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง (n = 16 คน) และกลุ่มควบคุม (n = 16 คน) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	11 (68.75)	11 (68.75)
คู่	1 (6.25)	4 (25.00)
หย่า/ร้าง	4 (25.00)	1 (6.25)
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	7 (43.75)	5 (31.25)
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช	4 (25.00)	6 (37.50)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส	5 (31.25)	3 (18.75)
อนุปริญญา	-	2 (12.50)
<b>อาชีพ</b>		
ว่างงาน	8 (50.00)	7 (43.75)
รับจ้าง	5 (31.25)	5 (31.25)
ค้าขาย	-	2 (12.50)
เกษตรกรกรรม	3 (18.75)	2 (12.50)
<b>รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย</b>		
1-1,000 บาท	9 (56.25)	9 (56.25)
1,001-2,000 บาท	-	-
2,001-3,000 บาท	1 (12.50)	2 (12.50)
3,001-4,000 บาท	2 (12.50)	-
4,001-5,000 บาท	2 (12.50)	1 (6.25)
5,001 บาทขึ้นไป	2 (12.50)	4 (25.00)
หมายเหตุ	รายได้เฉลี่ย 2,406.25 บาท	รายได้เฉลี่ย 2,881.25 บาท
	SD = 2,164.40	SD = 3,158.10
	ต่ำสุด 600 บาท	ต่ำสุด 400 บาท
	สูงสุด 6,500 บาท	สูงสุด 9,500 บาท

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง (n = 16 คน) และกลุ่มควบคุม (n = 16 คน) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>จำนวนครั้งที่รักษาในโรงพยาบาล</b>		
1-2 ครั้ง	9 (56.25)	10 (62.50)
3-4 ครั้ง	1 (6.25)	3 (18.75)
5-6 ครั้ง	1 (6.25)	1 (6.25)
7-8 ครั้ง	2 (12.50)	1 (6.25)
9-10 ครั้ง	2 (12.50)	1 (6.25)
11 ครั้งขึ้นไป	1 (6.25)	-
หมายเหตุ	เฉลี่ย 4.31 ครั้ง SD=4.13 ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 14 ครั้ง	เฉลี่ย 3.00 ครั้ง SD=2.73 ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 10 ครั้ง
<b>ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช</b>		
น้อยกว่า 5 ปี	8 (50.00)	5 (31.25)
5-10 ปี	5 (31.25)	6 (37.50)
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	3 (18.75)	5 (31.25)
หมายเหตุ	เฉลี่ย 7.38 ปี SD=7.15 ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 20 ปี	เฉลี่ย 9.00 ปี SD=6.71 ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 21 ปี
<b>การวินิจฉัยโรค</b>		
F 20	2 (12.50)	3 (18.75)
F 20 + F 10	8 (50.00)	9 (56.25)
F 20 + F 19	6 (37.50)	4 (25.00)
<b>ระยะเวลาการดื่มสุรา</b>		
น้อยกว่า 5 ปี	4 (25.00)	6 (37.50)
5-10 ปี	8 (50.00)	3 (18.75)
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	4 (25.00)	8 (50.00)
หมายเหตุ	เฉลี่ย 9.00 ปี SD=7.16 ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 24 ปี	เฉลี่ย 9.13 ปี SD=7.06 ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 20 ปี

ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐาน จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณ การติ่มสุราและอาการทางจิต ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามหลัง จำหน่าย 1 และ 3 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาปริมาณการติ่มสุราในกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีปริมาณการติ่มสุรา แบบเสียง (29-42 ต่อมมาตรฐาน/สัปดาห์) ร้อยละ 37.50 รองลงมาแบบติ่มหนัก (15-28 ต่อมมาตรฐาน/สัปดาห์) และติ่มแบบอันตราย (> 42 ต่อมมาตรฐาน/สัปดาห์) มีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 31.25 ในระยะหลัง การทดลองทันทีไม่มีการติ่มสุราเนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยกำลังรักษาในโรงพยาบาล และในระยะติดตามหลัง จำหน่าย 1 และ 3 เดือน ไม่มีการติ่มสุรา ร้อยละ 50.00 และ 62.50 ตามลำดับ

ด้านอาการทางจิตในกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามหลัง จำหน่าย 1 เดือน มีคะแนนอาการทางจิตระดับเล็กน้อย ร้อยละ 100 ในระยะติดตามหลังจำหน่าย 3 เดือน มีคะแนนอาการทางจิตระดับเล็กน้อย ร้อยละ 93.75 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละปริมาณการติ่มสุราและอาการทางจิตของกลุ่มทดลอง (n=16)

ระดับ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ติดตาม 1 เดือน		ติดตาม 3 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ปริมาณการติ่มสุรา/สัปดาห์</b>								
ไม่ติ่มสุรา	-	-	16	100	8	50.00	10	62.50
การติ่มแบบเสียงต่ำ	-	-	-	-	8	50.00	5	31.25
การติ่มหนัก	5	31.25	-	-	-	-	1	6.25
การติ่มแบบเสียง	6	37.50	-	-	-	-	-	-
การติ่มแบบอันตราย	5	31.25	-	-	-	-	-	-
<b>อาการทางจิต</b>								
อยู่ในเกณฑ์ปกติ	-	-	-	-	-	-	-	-
มีอาการทางจิตเล็กน้อย	16	100	16	100	16	100	15	93.75
อาการทางจิตรุนแรง	-	-	-	-	-	-	1	6.25

ผลการศึกษาปริมาณการติ่มสุราในกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีปริมาณการติ่มสุรา แบบติ่มหนัก (15-28 ต่อมมาตรฐาน/สัปดาห์) และติ่มแบบอันตราย (> 42 ต่อมมาตรฐาน/สัปดาห์) มีจำนวน เท่ากัน ร้อยละ 37.50 ในระยะหลังการทดลองทันทีไม่มีการติ่มสุราเนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยกำลังรับการรักษา ในโรงพยาบาล ในระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือน ไม่มีการติ่มสุรา ร้อยละ 43.75 และ 56.25 ตามลำดับ

ด้านอาการทางจิตในกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามหลัง จำหน่าย 1 มีคะแนนอาการทางจิตระดับเล็กน้อย ร้อยละ 100 ในระยะติดตามหลังจำหน่าย 3 เดือน มีคะแนน อาการทางจิตระดับเล็กน้อย ร้อยละ 81.25 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิตของกลุ่มควบคุม (n=16)

ระดับ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ติดตาม 1 เดือน		ติดตาม 3 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ปริมาณการดื่มสุรา/สัปดาห์</b>								
ไม่ดื่มสุรา	-	-	16	100	7	43.75	9	56.25
การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ	-	-	-	-	2	37.50	4	25.00
การดื่มหนัก	6	37.50	-	-	6	12.50	2	12.50
การดื่มแบบเสี่ยง	4	25.00	-	-	1	6.25	1	6.25
การดื่มแบบอันตราย	6	37.50	-	-	-	-	-	-
<b>อาการทางจิต</b>								
อยู่ในเกณฑ์ปกติ	-	-	-	-	-	-	-	-
มีอาการทางจิตเล็กน้อย	16	100	16	100	16	100	13	81.25
อาการทางจิตรุนแรง	-	-	-	-	-	-	3	18.75

ผลการศึกษาคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราของกลุ่มทดลอง พบว่าในระยะก่อนการทดลองมีปริมาณการดื่มสุรา 34.63 ดื่มมาตรฐาน/สัปดาห์ หลังการทดลองทันทีที่ไม่มีการดื่มสุราเนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยกำลังรับการรักษาในโรงพยาบาล และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือน มีปริมาณการดื่มสุรา 4.38 และ 3.38 ดื่มมาตรฐาน/สัปดาห์ ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าระยะก่อนการทดลองมีปริมาณการดื่มสุราใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง คือ 34.56 ดื่มมาตรฐาน/สัปดาห์ หลังการทดลองทันทีที่ไม่มีการดื่มสุรา และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือน มีปริมาณการดื่มสุรา 11.75 และ 13.50 ดื่มมาตรฐาน/สัปดาห์ ตามลำดับ และพบว่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือนเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่กลุ่มควบคุมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่า

คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของกลุ่มทดลอง พบว่าในระยะก่อนการทดลองสูงกว่าทุกระยะ และในระยะติดตามหลังจำหน่าย 3 เดือนมีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย คือ 29.31, 28.81, 26.50 และ 26.81 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าระยะก่อนการทดลองสูงกว่าระยะหลังการทดลองทันที และในระยะติดตามผลหลังจำหน่าย 1 แต่ในระยะติดตามหลังจำหน่าย 3 เดือน มีค่าเฉลี่ยอาการทางจิตเพิ่มขึ้นและมากกว่าก่อนการทดลอง คือ 29.25, 28.88, 29.81 และ 31.88 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิตของกลุ่มทดลอง (n = 16 คน) และกลุ่มควบคุม (n = 16 คน)

ระยะเวลาการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
<b>ปริมาณการดื่มสุรา/สัปดาห์</b>				
ก่อนการทดลอง	34.63	10.90	34.56	12.72
หลังการทดลอง	-	-	-	-
ติดตาม 1 เดือน	4.38	4.76	11.75	11.92
ติดตาม 3 เดือน	3.38	4.94	13.50	16.40
<b>อาการทางจิต</b>				
ก่อนการทดลอง	29.31	3.46	29.25	3.02
หลังการทดลอง	28.81	3.04	28.88	2.68
ติดตาม 1 เดือน	26.50	4.08	29.81	3.78
ติดตาม 3 เดือน	26.81	5.76	31.88	7.61

**ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิต ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือนของกลุ่มทดลอง**

ก่อนการทดสอบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ปริมาณการดื่มสุรา และอาการทางจิตของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือน ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นว่าชุดของข้อมูลในแต่ละระยะของตัวแปรจะมีการกระจายข้อมูลหรือมีการแจกแจงแบบปกติหรือไม่ โดยสถิติการตรวจสอบการกระจายของข้อมูล Shapiro Wilk test ( $n < 50$ ) ผลการทดสอบพบว่าชุดข้อมูลบางส่วนมีค่า Sig น้อยกว่าค่าแอลฟา ( $< .05$ ) จึงปฏิเสธ  $H_0$  ยอมรับ  $H_1$  สรุปว่าข้อมูลนี้มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากการทดสอบหา Fisher's skewness (Z skewness) และ Fisher's kurtosis (Z kurtosis) โดยใช้เกณฑ์ ค่า Skewness  $< 2$ , Kurtosis  $< 4$  (Mishra et al., 2019) พบว่าอยู่ในเกณฑ์ สะท้อนให้เห็นว่าชุดข้อมูลดังกล่าวไม่ได้มีความเบ้และความโด่งมากจนเกินที่จะยอมรับได้สำหรับการเลือกใช้สถิติกลุ่มพาราเมตริก จึงสรุปได้ว่าชุดข้อมูลนี้มีการแจกแจงเข้าใกล้โค้งปกติ (normal distribution) ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA) สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิต และถ้าชุดข้อมูลอย่างน้อยสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจะทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Turkey ต่อไป

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิต ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือนของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (Repeated Measure ANOVA: Within-Subjects Main Effect)

พบว่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) แต่คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตไม่แตกต่าง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิตของกลุ่มทดลอง (n=16)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
<b>ปริมาณการดื่มสุรา/สัปดาห์</b>					
ภายในกลุ่ม	12,488.19	1.47	8505.67	135.51	.001**
ความคลาดเคลื่อน	1,382.31	22.02	62.77		
<b>อาการทางจิต</b>					
ภายในกลุ่ม	93.38	1.18	79.09	3.12	.089
ความคลาดเคลื่อน	448.63	17.71	25.33		

\*\* $p < 0.05$

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราเป็นรายคู่ในกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกัน 5 คู่ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองทันที แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยระยะติดตาม 1 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยระยะติดตาม 3 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 1 เดือน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยระยะติดตาม 1 เดือนมีคะแนนสูงกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

คะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 3 เดือน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยระยะติดตาม 3 เดือนมีคะแนนสูงกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

คะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราในระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตาม 3 เดือน แตกต่างกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิตในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 1 และ 3 เดือนของกลุ่มทดลอง (n=16)

ระยะเวลาการทดลอง		Mean Difference	Std. Error	p-value
<b>ปริมาณการดื่มสุรา/สัปดาห์</b>				
ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	34.63	2.73	.001**
	ติดตาม 1 เดือน	30.25	2.51	.001**
	ติดตาม 3 เดือน	31.25	2.44	.001**
หลังการทดลอง	ติดตาม 1 เดือน	-4.38	1.19	.002**
	ติดตาม 3 เดือน	-3.38	1.23	.015**
ติดตาม 1 เดือน	ติดตาม 3 เดือน	1.00	.67	.153

\*\* $p < 0.05$

**ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิต ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือนของกลุ่มควบคุม**

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิตของกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (Repeated Measure ANOVA: Within-Subjects Main Effect) พบว่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) แต่คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตไม่แตกต่าง ดังตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิตของกลุ่มควบคุม (n=16)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
<b>ปริมาณการดื่มสุรา/สัปดาห์</b>					
ภายในกลุ่ม	9,927.92	1.94	5,121.96	43.35	.001**
ความคลาดเคลื่อน	3,435.33	29.08	118.16		
<b>อาการทางจิต</b>					
ภายในกลุ่ม	85.92	1.26	67.98	1.98	.174
ความคลาดเคลื่อน	650.33	18.96	34.30		

\*\* $p < 0.05$

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุร่าเป็นรายคู่ของกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุร่าแตกต่างกัน 5 คู่ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุร่าในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุร่าในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยระยะติดตาม 1 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุร่าในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยระยะติดตาม 3 เดือนมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุร่าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยระยะติดตาม 1 เดือนมีคะแนนสูงกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

คะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุร่าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยระยะติดตาม 3 เดือนมีคะแนนสูงกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

คะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุร่าในระยะติดตาม 1 เดือน และระยะติดตาม 3 เดือน แตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ดังตารางที่ 8

**ตารางที่ 8** ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุร่าและอาการทางจิตในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 1 และ 3 เดือนของกลุ่มควบคุม ( $n=16$ )

ระยะเวลาการทดลอง		Mean Difference	Std. Error	p-value
<b>ปริมาณการดื่มสุร่า/สัปดาห์</b>				
ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	34.56	3.18	.001**
	ติดตาม 1 เดือน	22.81	2.65	.001**
	ติดตาม 3 เดือน	21.06	3.46	.001**
หลังการทดลอง	ติดตาม 1 เดือน	-11.75	2.98	.001**
	ติดตาม 3 เดือน	-13.50	4.10	.005**
ติดตาม 1 เดือน	ติดตาม 3 เดือน	-1.75	1.57	.283

\*\* $p < 0.05$

### ตอนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุรา ในระยะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งมีความเหมาะสมในการเปรียบเทียบผลของการบำบัดเพราะถือว่าการเริ่มต้นของทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราเท่ากัน ระยะหลังการทดลองทันทีทั้งสองกลุ่มไม่มีการดื่มสุราเนื่องจากเป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มกำลังรักษาในโรงพยาบาล แต่ในระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) หมายความว่า การบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันทีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) หมายความว่า การบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ดังตารางที่ 9

**ตารางที่ 9** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุรา และอาการทางจิตในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1, 2 และ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง ( $n = 16$ ) และกลุ่มควบคุม ( $n = 16$ )

ระยะเวลาการทดลอง	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		<i>p</i> -value
			Lower	Upper	
<b>ปริมาณการดื่มสุรา</b>					
ก่อนการทดลอง	.06250	4.18812	-8.49079	8.61579	0.988
หลังการทดลอง	-	-	-	-	-
ติดตาม 1 เดือน	-7.37500	3.20855	-13.92773	-0.82227	0.029**
ติดตาม 3 เดือน	-10.12500	4.28162	-18.86942	-1.38076	0.025**
<b>อาการทางจิต</b>					
ก่อนการทดลอง	0.06250	1.14826	-2.28255	2.40755	0.957
หลังการทดลอง	-0.06250	1.01281	-2.13093	1.00539	0.951
ติดตาม 1 เดือน	-3.31250	1.39110	-6.15350	-0.47150	0.024**
ติดตาม 3 เดือน	-5.00000	2.40442	-9.91049	-0.08951	0.046**

\*\* $p < 0.05$

### ตอนที่ 6 การกลับไปดื่มสุราซ้ำและลักษณะความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษากลับไปดื่มสุราซ้ำและลักษณะความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองมีการกลับไปเสพดื่มสุราซ้ำหลังจำหน่าย 1 เดือน 8 คน (ร้อยละ 50.00) ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา จำนวน 7 คน (ร้อยละ 43.75) หลังจำหน่าย 3 เดือนการดื่มซ้ำลดลงเหลือ 6 คน (ร้อยละ 37.50) ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา 5 คน (ร้อยละ 31.25) กลุ่มควบคุมมีการกลับไปดื่มสุราซ้ำหลังจำหน่าย 1 เดือน 9 คน (ร้อยละ 56.25) ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา 9 คน (ร้อยละ 56.25) หลังจำหน่าย 3 เดือน การดื่มซ้ำลดลงเหลือ 7 คน (ร้อยละ 43.75) และไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา 7 คน (ร้อยละ 43.75) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละพฤติกรรมการดื่มสุราซ้ำและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลอง (n = 16) และกลุ่มควบคุม (n = 16)

ระยะเวลาติดตาม	ดื่มสุราซ้ำ	ไม่ดื่มสุราซ้ำ	ร่วมมือรักษา	ไม่ร่วมมือรักษา
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>กลุ่มทดลอง</b>				
ติดตาม 1 เดือน	8 (50.00)	8 (50.00)	9 (56.25)	7 (43.75)
ติดตาม 3 เดือน	6 (37.5)	10 (62.50)	11 (68.75)	5 (31.25)
<b>กลุ่มควบคุม</b>				
ติดตาม 1 เดือน	9 (56.25)	7 (43.75)	7 (43.75)	9 (56.25)
ติดตาม 3 เดือน	7 (43.75)	9 (56.25)	9 (56.25)	7 (43.75)

## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ดำเนินการตามแนวทางการวิจัยและพัฒนา 3 ขั้นตอน ของกิตติยา วงษ์จันทร์ (2560) ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1) การวิจัยและพัฒนาต้นแบบ 2) การทดลองใช้นวัตกรรม และ 3) สรุปผลการทดลองและเผยแพร่นวัตกรรม โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาของขั้นตอนที่ 1-2 เรียบร้อยแล้วในบทที่ 3-4 ในบทนี้จึงเป็นการนำเสนอการศึกษาในขั้นตอนที่ 3 คือ การสรุปผลการทดลองและเผยแพร่นวัตกรรม ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอสรุปผลการศึกษาเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย คือ 1) ผลการศึกษาสภาพการณ์ การวิเคราะห์ปัญหา และการประเมินความต้องการจำเป็น 2) ผลการพัฒนาโปรแกรมบำบัด GMET Alcohol และ 3) ผลการทดลองใช้โปรแกรมบำบัดต้นแบบ GMET Alcohol ต่อปริมาณการดื่มสุรา และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา รวมถึงนำเสนอการอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

#### 1. สรุปผลการทดลองและเผยแพร่นวัตกรรม (D3)

##### 1.1 การสรุปผลการทดลอง

###### 1.1.1 ผลการศึกษาสภาพการณ์ การวิเคราะห์ปัญหา และการประเมินความต้องการจำเป็น

ผลการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพได้รับทราบข้อมูลว่าการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดหรือดื่มสุราไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับการบำบัดในแต่ละวันมีจำนวนมาก โปรแกรมมีจำนวนหลายกิจกรรม แต่จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยมีระยะเวลาสั้น จึงดำเนินการบำบัดด้วยความเร่งรีบเพื่อให้ครบทุกกิจกรรมตามโปรแกรม แต่อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยจำนวนมากได้ถูกจำหน่ายก่อนได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรม ผลการดำเนินงานในภาพรวมของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดมีอัตราการกลับไปเสพยาเสพติดหรือดื่มสุราซ้ำภายใน 1 เดือน ร้อยละ 55.3

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณย้อนหลัง 3 ปี (2560-2562) ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมกับปัญหาการดื่มสุราจำนวนมาก คิดเป็นร้อยละ 13.0, 6.5 และ 8.73 ซึ่งสัมพันธ์กับอัตราการกลับเป็นซ้ำ และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยขาดความตระหนัก และแรงจูงใจในการบำบัดรักษา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และกลับไปใช้สารเสพติดหรือดื่มสุรา

ผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา พบว่ามีเหตุผลของการกลับไปดื่มสุราซ้ำเพราะคิดว่าตนเองหายป่วยจากโรคจิตแล้ว หรือคิดว่าไม่ป่วย เพื่อให้นอนหลับได้ดี และช่วยบรรเทาอาการทางจิต เช่น ลดอาการหิวแหว่ว ทำให้รู้สึกใจกล้า (ลดความกลัว) หรือลดความหวาดระแวง เกือบทั้งหมดของผู้ป่วยมีความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ดื่มสุรา เนื่องจากการดื่มสุราทำให้เกิดอาการข้างเคียงของยาและไม่สุขสบายเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจึงเลือกที่หยุดรับประทานยาในวันที่มีการดื่มสุรา และหยุดรับประทานยาตลอดในที่สุด แต่ยังคงพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราไว้ เพื่อเป็นการบรรเทาอาการทางจิตและทำให้นอนหลับได้

ญาติผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเบื่อหน่ายกับการดูแลผู้ป่วยที่บอกไม่เชื่อฟัง และรู้สึกกลัวเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่เชื่อฟังคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา และข่มขู่ขอเงินจากญาติเพื่อไปซื้อสุรามาดื่ม คนในชุมชนมีทั้งรู้สึกรำคาญและหวาดกลัวผู้ป่วย เวลาผู้ป่วยไปขอสุรามาดื่ม บางครั้งก็ให้เพื่อตัดรำคาญ บางคนใช้การดูค่าไถ่ผู้ป่วยหนีเพราะทราบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชจึงไม่ต้องการให้ดื่ม

### 1.1.2 ผลการพัฒนาโปรแกรมบำบัด GMET Alcohol

โดยนำผลการศึกษาสภาพการณ์และการทบทวนวรรณกรรม มาสังเคราะห์เพื่อจัดทำโปรแกรมต้นแบบให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่รับผู้ป่วยไว้รักษาในระยะเวลาสั้น ให้สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 1 สัปดาห์ โดยมีเป้าหมายให้โปรแกรมมีความครอบคลุมปัญหาผู้ป่วยทั้งจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และปัญหาการดื่มสุรา รวมถึงมีการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้นำกรอบแนวคิดการสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์ และโรลล์นิก (พีซีย์ แสงชาญชัย และคณะ, 2553; Miller & Rollnick, 1991) เป็นกรอบแนวคิดหลักในการพัฒนาโปรแกรมบำบัด (ฉบับร่าง) นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านเป็นผู้พิจารณาและให้ข้อเสนอแนะ แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ ได้ค่า IOC = 0.82 และได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ทำให้ได้โปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มต้นแบบที่พร้อมสำหรับนำไปทดสอบในขั้นตอนต่อไป ประกอบด้วย 3 ระยะ 7 กิจกรรม คือ

ระยะที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความรู้สึกมั่นใจในการเปลี่ยนแปลง และกิจกรรมที่ 2 การสะท้อนปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

ระยะที่ 2 การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Strengthening commitments to change) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 3 การสร้างความสมดุลเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง และกิจกรรมที่ 4 ความมั่นคงในสัญญานำพาสู่เป้าหมาย

ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow through strategies) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 5 เสริมพลังเพื่อการเปลี่ยนแปลงใหม่ กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมก่อนการจำหน่าย (การพูดคุยพร้อมญาติ) และกิจกรรมที่ 7 การติดตามหลังจำหน่าย (1 และ 3 เดือน)

1.1.3 ผลการทดลองใช้โปรแกรมบำบัดต้นแบบ GMET Alcohol ต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา กำหนดรูปแบบวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มมีการวัดซ้ำ (Repeated measures designs) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราจำนวน 32 คน ที่มีคุณสมบัติตามกำหนด ใช้การสุ่มอย่างง่ายเป็นรายเดือน เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 16 คน เพื่อให้กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดแบบรายกลุ่มตามโปรแกรมบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่พัฒนาขึ้น กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรม GMET Alcohol ต้นแบบที่พัฒนาขึ้น และเครื่องมือประเมินผล ได้แก่ 1) แบบบันทึกการดื่มสุรา (Time Line Follow Back: TLFB) พัฒนาโดย Sobell & Sobell (1995) ดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2547) และ 2) แบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) พัฒนาโดยโอเวอร์วอล และ

กอร์แฮม (Overall & Gorham, 1962) นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (กรมสุขภาพจิต, 2561)

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงบรรยาย เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิตภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (Repeated measures ANOVA : Within-Subjects Main Effect) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และนำเสนอในรูปแบบการบรรยาย

ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือน ลดลงกว่าระยะก่อนการทดลอง และพบว่าหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าในระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีลดลงกว่าก่อนการทดลองเช่นเดียวกัน แต่ในระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของกลุ่มทดลองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุรา และอาการทางจิต ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือนของกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ( $F_{1,47, 22.02} = 135.51, p\text{-value} = <0.001$ ) แต่คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตไม่แตกต่าง ( $F_{1,18,17.71} = 3.12, p\text{-value} = 0.089$ ) และเมื่อทำการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุรา พบว่าแตกต่างกัน 5 คู่ โดยคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือน แตกต่างกับระยะก่อนการทดลองในลักษณะการมีแนวโน้มลดลง ในระยะติดตามหลังจำหน่าย 3 เดือนมีแนวโน้มลดลงกว่าระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือนเช่นเดียวกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ )

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุรา และอาการทางจิต ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที (ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังรักษาในโรงพยาบาล) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งมีความเหมาะสมในการเปรียบเทียบผลของการบำบัดเพราะถือว่าการเริ่มต้นของทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน แต่ในระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ผลการศึกษาการกลับไปดื่มสุราซ้ำและลักษณะความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการกลับไปดื่มสุราซ้ำในปริมาณที่ลดลง และมีความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นบางครั้งในช่วงเวลาที่มีการดื่มสุรา และพบว่ากลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้กลับไปดื่มสุราซ้ำและไม่ร่วมมือในการรักษามากกว่ากลุ่มทดลอง (ดังตารางที่ 10)

สรุปว่าโปรแกรมบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และอาการทางจิต สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้บำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา สามารถลดปริมาณการดื่มสุรา และลดอาการทางจิตของผู้ป่วย จึงควรมีการขยายผล

ไปใช้ให้ครอบคลุมทั่วทั้งโรงพยาบาล และเผยแพร่แก่หน่วยงานบริการสาธารณสุขทั้งภายในและภายนอก กรมสุขภาพจิตในโอกาสต่อไป

## 1.2 การเผยแพร่นวัตกรรม

ภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้นผู้วิจัยได้เผยแพร่ผลงานวิจัย โดยการขยายผลเพื่อนำไปใช้ในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชเลย ราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

## 2. การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยโดยจำแนกเป็น 2 ส่วน คือการอภิปรายผลตามลักษณะของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการพัฒนาโปรแกรม และการอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าทั้งหมดเป็นเพศชาย (ร้อยละ 100) มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี (อายุเฉลี่ย 37.31 ปี) สถานภาพโสด (ร้อยละ 68.75) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43.75) อาชีพว่างงาน (ร้อยละ 50.00) รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ (31.25) 1-1,000 บาท (ร้อยละ 56.25) ระยะเวลาการดื่มสุรา 5-10 ปี (ร้อยละ 50.00) จำนวนครั้งที่รักษาในโรงพยาบาล 1-2 ครั้ง (ร้อยละ 56.25) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 50.00 ปี รองลงมา 5-10 ปี ร้อยละ 31.25

ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย (กลุ่มทดลอง) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.25) มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 37.50) (อายุเฉลี่ย 54.63 ปี) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.50) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 56.25) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดา/มารดา (ร้อยละ 68.75) และมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 1-4 ปี (ร้อยละ 43.75)

จากลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ทำให้การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยจากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิต พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 15-54 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (มานิซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) อาจแตกต่างเล็กน้อยกับการศึกษาระบาดวิทยาทั่วโลกพบว่าอุบัติการณ์ความชุกและภาระของโรคสูงสุดของโรคจิตเภทพบในช่วงอายุประมาณ 30-40 ปี แต่อย่างไรก็ตามสามารถพบในผู้ชายสูงกว่าผู้หญิง (Charlson, et al., 2018) เช่นเดียวกันด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษานี้เป็นโสด สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ยังไม่แต่งงานหรือผ่านการหย่าร้างมาแล้วจึงอาศัยอยู่กับบิดา/มารดาซึ่งมีอายุมาก จบการศึกษาในระดับต่ำ ทำให้ขาดความรู้เข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคและการดูแล มีพฤติกรรมแสดงออกต่อผู้ป่วยไม่เป็นมิตรและมีความขัดแย้ง ประกอบกับการดูแลต้องใช้ระยะเวลานาน ทำให้ญาติรู้สึกเบื่อหน่ายกับอาการผู้ป่วยที่รักษาไม่หายขาด บางครั้งหวาดกลัวพฤติกรรมแสดงออกที่รุนแรงของผู้ป่วย ส่งผลกระทบให้เป็นข้อจำกัดของญาติในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน (นุจรินทร์ บัวละคร และคณะ, 2561) แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีคู่สมรสเป็นผู้ให้การส่งเสริมสุขภาพและมีพฤติกรรมดูแลที่ดีกว่า และเนื่องด้วยลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มักเป็นแบบเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องหลายด้านตามมาทั้งความคิดการตัดสินใจ และขาดแรงจูงใจ (APA, 2013) ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการบำบัดรักษาและติดตามทั้งสุราและโรคจิตเวช เป็นปัจจัยสำคัญของการ

กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556; Huang et al., 2025) ในการศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ หรือว่างงาน หรือทำงานรับจ้างเล็กน้อยๆภายในหมู่บ้านที่ไม่ได้เป็นงานประจำและมีรายได้ไม่สูง ส่งผลทำให้เศรษฐกิจฐานะของรายได้ต่ำเมื่อเทียบกับประชาชนทั่วไป สอดคล้องกับผลการทบทวนของบุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ (2556) พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชทำให้ศักยภาพการทำงานของผู้ป่วยต่ำลง มากกว่าครึ่งหรือร้อยละ 53.4 ของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีความบกพร่องในวันที่สามารถทำงานได้ 32.1 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรเทียบเคียงกัน เกิดความบกพร่องในวันทำงานมากเกินครึ่งหนึ่งกว่าปัญหาสุขภาพกาย และด้วยลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่เป็นแบบเรื้อรังอยู่เดิม การดื่มสุราแม้ในปริมาณเล็กน้อย ส่งผลทำให้อาการของโรคทวีความรุนแรง และเสื่อมลงเรื่อยๆ ความสามารถของผู้ป่วยลดลงเกือบทุกด้าน (นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2556; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาอื่น พบว่าลักษณะการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีลักษณะการดำเนินของโรคเป็นแบบเรื้อรังเช่นเดียวกัน โดยพิจารณาจากการมีประวัติการดื่มสุรที่ยาวนาน ที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และทำมีระยะเวลาอยู่กับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเภทมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.00

การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราครั้งนี้ ได้คัดสรรแนวคิดการสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์ และโรลล์นิก (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553; Miller & Rollnick, 1991) นำมาเป็นกรอบแนวคิดหลักในการพัฒนาโปรแกรม ซึ่งเป็นกระบวนการบำบัดชนิดสั้น (brief intervention) ที่มีผู้นิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลายสำหรับการแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และได้รับการพิสูจน์ว่าให้ผลการบำบัดไม่แตกต่างจากการบำบัดด้วยวิธีการอื่น (นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2556) โดยมีเป้าหมายสำคัญให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้ ทั้งที่เป็นปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ต้องให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อเนื่องเป็นเวลานานเพื่อควบคุมอาการทางจิต และลดพฤติกรรมดื่มสุราที่เป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญทำให้อาการทางจิตกำเริบรุนแรง และรวมหมายถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติเพื่อการดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา โปรแกรมการบำบัดประกอบด้วย 3 ระยะ จำนวน 7 กิจกรรม ผลการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ ได้ค่า IOC = 0.82 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดี (Rovinelli & Hambleton, 1977)

ผลจากการทบทวนแนวคิดการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา พบว่ามีหลากหลายแนวคิดทั้งที่เป็นโปรแกรมการบำบัดโดยใช้แนวคิดเดียว หรือเป็นการผสมผสานหลายแนวคิดเพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมสำหรับให้การบำบัดในผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มนี้ เช่น การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การบำบัดทางพฤติกรรม การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจ การให้การปรึกษาคครอบครัว และแนวคิดการมีส่วนร่วมของญาติ เป็นต้น (ลูกจันทร์ วิทยาการวงศ์ และคณะ, 2559; นิภาพร รัฐมั้น และเพ็ญญา แดงต่อมยุทธ์, 2560; พุฒิชาดา จันทะคุณ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ, 2560; Barrowclough et al., 2001) และพบว่าทุกแนวคิดที่ได้ถูกนำมาใช้มีประสิทธิผลในการบำบัดไม่แตกต่างกันทั้งด้านการลดปริมาณการดื่มสุรา ลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก หรือแม้แต่มีการลดลงของอาการโรคจิตเภทอันเป็นผลสืบเนื่องจากการลดการดื่มสุราที่ไม่แตกต่างกัน แต่ในการศึกษานี้ได้มีการคัดสรรแนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นเพียงแนวคิดเดียวสำหรับการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา เนื่องจากมีความตระหนักถึงลักษณะของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท มักพบความพร่องด้านการทำงาน

ของสมองหรือการรู้คิด (cognitive function) ในหลายด้าน เช่น ความจำ สมาธิ ทักษะการบริหารจัดการ (การวางแผน แก้ปัญหา) การใช้ภาษา และการประมวลผลข้อมูล อันเป็นผลสืบเนื่องจากความเรื้อรังของโรคตามระยะเวลาของการเจ็บป่วยและเกิดความเสื่อม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) การบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจจึงมีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องด้วยเป็นแนวทางการบำบัดที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการสะท้อน (feedback) พฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการให้ข้อมูล (information) แบบตรงไปตรงมาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหา เน้นให้มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต (นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2556) ถือว่าเป็นเรื่องใกล้ตัวและมีความง่าย (simplify) ต่อการทำความเข้าใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทจะสามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเองให้มีความเหมาะสม ทำให้โปรแกรมบำบัดนี้อาจแตกต่างจากการศึกษาของลูกจันทน์ วิทยาธารวงศ์ และคณะ (2559) ได้ศึกษาผลของการบำบัดแบบบูรณาการต่อปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหลักหรือรองว่าเป็นโรคแอลกอฮอล์ F10.XX (ความผิดปกติทางจิต และพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา) พบว่าการใช้การบำบัดแบบบูรณาการจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดได้ดีกว่าการบำบัดด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งอย่างเดียว ซึ่งต่างจากการศึกษานี้ที่ได้คัดสรรมาเพียงแนวคิดเดียว เพราะถึงแม้จะเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคร่วมทางจิตเวชเหมือนกัน แต่หากเมื่อพิจารณาลักษณะกลุ่มตัวอย่างด้านการวินิจฉัยจะพบว่าแตกต่างกัน กล่าวคือผู้ป่วยโรคแอลกอฮอล์และมีอาการของโรคจิตเวชร่วมมักมีระดับสติปัญญาสำหรับคิดวิเคราะห์ได้ดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในการศึกษานี้ อย่างไรก็ตามเนื้อหากิจกรรมบำบัดเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราและความร่วมมือในการรักษามีความใกล้เคียงกัน

การศึกษานี้ได้ออกแบบรูปแบบการบำบัดให้มีความหลากหลายและยืดหยุ่น เพื่อให้สอดคล้องตามบริบทการให้บริการผู้ป่วยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ทั้งที่เป็นงานบริการแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และเพื่อให้โปรแกรมมีความครอบคลุมเนื้อหาตามแนวคิดของการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ จึงมีการออกแบบโปรแกรมให้เป็นทั้งการบำบัดแบบเผชิญหน้ารายกลุ่มภายในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วย (กิจกรรมที่ 1-5) สำหรับเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อกลับไปอยู่ในชุมชน จนเกิดแรงจูงใจระดับมีความพร้อมจะเปลี่ยนแปลงเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราและการให้ความร่วมมือในการรักษา มีการบำบัดรายบุคคลพร้อมญาติในวันจำหน่าย (กิจกรรมที่ 6) เพื่อให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาเมื่อต้องกลับไปใช้ชีวิตร่วมกันในครอบครัว และใช้การติดตามหลังจำหน่าย (การบำบัดรายบุคคลหรือพร้อมญาติ) ในวันที่ผู้ป่วยและญาติมารับยาตามนัดที่โรงพยาบาล หรืออาจใช้การพูดคุยทางโทรศัพท์ในกรณีผู้ป่วยและญาติไม่สะดวกเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล (กิจกรรมที่ 7) สำหรับเป็นกระตุ้นการบำบัด (booster) และเพื่อเป็นการตอบสนองต่อขั้นของแรงจูงใจผู้ป่วยในระดับการนำแผนการเปลี่ยนแปลงไปลงมือปฏิบัติ (action) ในชุมชน การป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ (relapse) และเพื่อให้สามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมหยุดดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง (maintenance) (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553; Miller & Rollnick, 1991) ทำให้การศึกษานี้ อาจมีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่เน้นการบำบัดเฉพาะแห่งใดแห่งหนึ่งระหว่างการบำบัดภายในโรงพยาบาล หรือการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก และใช้รูปแบบการบำบัดแบบเผชิญหน้าด้วยการบำบัดแบบกลุ่ม หรือการบำบัดแบบรายบุคคล (กฤตยา แสงวาทย์ และคณะ, 2562; มานะศักดิ์ เหลื่อมทองกลาง และเพ็ญนภา แต่งต่อมยุทธ, 2563; ลูกจันทน์ วิทยาธารวงศ์ และคณะ, 2559; สุปรานี พลไชย และคณะ, 2561; อรุณรัตน์ คำสอนทา และคณะ, 2562)

ผลของโปรแกรมการกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะติดตาม 1 และ 3 เดือน ทั้งด้านปริมาณของการติ่ม และจำนวนวันติ่มใน 1 สัปดาห์ แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่มีปริมาณการติ่มสุราและจำนวนวันติ่มมากกว่า สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ได้แนะนำแนวทางการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้สำหรับการบำบัดเพื่อลดการติ่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท (นิภาพร รัฐมัน และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2560; พรินทร ปิ่นสุภา, 2560; มานะศักดิ์ เหลือมทองกลาง และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2563; สุปรานี พลไชย และคณะ, 2561; อรุณรัตน์ คำสอนทา และคณะ, 2562) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยในการค้นหา สำรวจ และจัดการกับความลังเลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก ถึงปัญหา หรือสิ่งที่อาจจะ เป็นปัญหาในอนาคต และหาแนวทางในการจัดการกับปัญหานั้น ให้เกิดแรงจูงใจจากภายในตนเองและนำไปสู่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ตามแนวทางที่เหมาะสม (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553; Miller & Rollnick, 1991) ผ่านกระบวนการให้ข้อมูลตามกิจกรรมที่ 1 ให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ โรคจิตเภทและความสัมพันธ์ที่มีต่อกันด้านลบระหว่างการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต และพฤติกรรมกรรมการติ่มสุรา และการสะท้อนข้อมูลสุขภาพที่เป็นปัญหาจากพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราที่ส่งต่อกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้มีการกำเริบซ้ำของอาการโรคจิตเภท (กิจกรรมที่ 2) รวมทั้งการได้พิจารณาถึงข้อดี ข้อเสียอย่างรอบด้านตามกิจกรรมที่ 3 จะช่วยให้ผู้ป่วยซึ่งแต่เดิมขาดความตระหนักถึงปัญหา หรือยังมีความลังเลใจจะเปลี่ยนแปลง ให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบของการติ่มสุราของตนเอง จนในที่สุดทำให้เกิดมีความมุ่งมั่นและพร้อมจะดำเนินการการเปลี่ยนแปลง (determination) และหลายการศึกษาได้อธิบายไว้ว่าการเสริมแรงจูงใจจากภายในตนเองของผู้ป่วยจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อลดพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนได้ดีกว่า (นิภาพร รัฐมัน และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2560; พรินทร ปิ่นสุภา, 2560; มานะศักดิ์ เหลือมทองกลาง และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2563; สุปรานี พลไชย และคณะ, 2561; อรุณรัตน์ คำสอนทา และคณะ, 2562)

ผลการศึกษาในระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองจำนวน 8 คน มีพฤติกรรมการกลับไปติ่มสุราซ้ำในปริมาณที่ลดลงกว่าก่อนเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยให้เหตุผลของการกลับไปติ่มว่าเป็นการติ่มตามเพื่อน เนื่องจากในช่วงในช่วงการดำเนินศึกษาเป็นช่วงเดือนเมษายนซึ่งมีประเพณีสำคัญ คือ เทศกาลวันสงกรานต์ ซึ่งมีญาติพี่น้องกลับมาเยี่ยมบ้านจำนวนมากและรวมตัวกันติ่มสุรา ผู้ป่วยจึงมีการติ่มเพื่อต้องการความสนุกสนานตามเทศกาล แต่ในภายหลังที่ได้รับการกระตุ้นบำบัดตามกิจกรรมที่ 7 ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมตนเองเพื่อกลับไปเป็นผู้หยุดติ่มในระหว่างการศึกษาเพิ่มขึ้น พบว่าในระยะติดตาม 3 เดือน มีผู้หยุดติ่มเพิ่มขึ้นจำนวน 2 คน และในผู้ที่ยังคงมีการติ่มจำนวน 6 คนก็พยายามลดปริมาณการติ่มของตนเองลงให้อยู่ในระดับการติ่มแบบเสียงน้อย โดยไม่มีวันที่ติ่มหนักในระหว่างนี้ และเมื่อพิจารณาถึงสาเหตุของการกลับไปติ่มซ้ำในผู้ป่วย ทำให้สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าปัจจัยกระตุ้นสำคัญทั้งที่เป็นปัจจัยกระตุ้นภายในที่ทำให้เกิดความเหงา หว้าเหว่ จากการถูกแยกออกจากสังคม หรือแม้แต่ปัจจัยด้านความพร้อมในการจัดการความเครียดจากการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มสูงจะกลับไปติ่มสุราซ้ำเพื่อเป็นการตอบสนองต่อความเครียดที่ไม่สามารถจัดการได้ (Yang et al, 2018) รวมถึงการมีปัจจัยกระตุ้นจากภายนอก เช่น การมีผู้ติ่มสุราจำนวนมากในชุมชน และการมีค่านิยมการติ่มสุราในงานรื่นเริงเป็นเรื่องปกติ

จึงเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยบางคนเลือกตัดสินใจกลับไปดื่มสุรารั่วเพื่อเป็นการเข้าสังคม หรือทำให้ตนเองเกิดความสนุกสนานครั้งคราว สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ นียตีวัฒน์ชาญชัย และปัทมา ศิริเวช (2562) พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทดื่มสุรารั่ว คือ ปัจจัยทางสังคมในแง่ของอิทธิพลจากคนรอบข้างเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ปัจจัยจากการจัดการกับปัญหาในแง่เพื่อลดความเครียด แต่เนื่องด้วยยังมีความตระหนักถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นรุนแรงในระยะยาว จึงเลือกดื่มในปริมาณที่ลดลง และพยายามไม่ได้ดื่มต่อเนื่อง

กระบวนการบำบัดในระยะติดตาม (กิจกรรมที่ 7) ทั้งที่เป็นการพูดคุยแบบเผชิญหน้าที่โรงพยาบาล ในวันผู้ป่วยและญาติมารับยา หรือใช้การติดตามทางโทรศัพท์ ผู้วิจัย (ผู้บำบัด) ใช้กระบวนการบำบัดตามหลักของการเสริมสร้างแรงจูงใจในการสำรวจว่าแรงจูงใจของผู้ป่วยยังมีความมั่นคงที่อยู่หรือไม่ และให้การตอบสนองตามขั้นของแรงจูงใจที่ประเมินได้ สำหรับผู้ที่มีความมั่นคงที่อยู่จะใช้การเน้นความรับผิดชอบต่อตนเองและให้การส่งเสริมศักยภาพว่าสามารถทำได้ แต่สำหรับผู้กลับไปดื่มจะใช้การพูดคุยเพื่อเป็นการแก้ไขความลังเลใจให้ผู้ป่วยกลับมาสู่วิถีของการเป็นผู้หยุดดื่มโดยเร็วที่สุด (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553; Miller & Rollnick, 1991) จึงทำให้ผู้ป่วยเลือกจะเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อหยุดดื่มอีกครั้ง โดยให้เหตุผลความต้องการหยุดดื่มเพราะกลัวผลกระทบทำให้เกิดการกำเริบซ้ำของอาการโรคจิตเภท จนต้องเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล การศึกษานี้มีความคล้ายกับการศึกษาของอรุณรัตน์ คำสอนทา และคณะ (2562) ได้ศึกษาผลของผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีการใช้วิธีการติดตามทางโทรศัพท์ขณะผู้ป่วยรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับการบำบัด และดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้อาจมีความแตกต่างกันด้านการประเมินผลกับการศึกษาของสายรัตน์ นกน้อย และคณะ (Noknoy et al., 2010) ที่ได้ศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบให้บริการที่บ้านโดยพยาบาล และได้ตั้งข้อสังเกตจากผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกันระหว่างการให้อาสาสมัครประเมินการดื่มสุรารั่วด้วยตนเอง พบว่าทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการดื่มลดลงจากก่อนการทดลองในช่วงระยะเวลา 6 เดือน แต่ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่าระดับ serum gamma-glutamyl transferase สูงขึ้นทั้งสองกลุ่มทำให้เกิดความสงสัยเกี่ยวกับความถูกต้องของข้อมูลที่รายงานด้วยตนเองของอาสาสมัคร ซึ่งลูกจันทร์ วิทยาาวรวงศ์ และคณะ (2559) ได้ให้ข้อเสนอแนะในประเด็นที่ใกล้เคียงกันจากปัญหาที่พบเป็นข้อจำกัดในการศึกษาที่มีระยะเวลาในการติดตามประเมินผลน้อย จึงเสนอแนะว่าควรมีการเพิ่มระยะเวลาการติดตามที่นานขึ้นในการทดสอบความคงทนของพฤติกรรมหลังได้รับโปรแกรม ควรมีระบบการดูแลที่บ้าน และส่งต่อกับ รพ.ชุมชน รพ.สต. ทีมแพทย์ประจำครอบครัว อสม. และผู้นำครอบครัว ซึ่งในการศึกษานี้ได้มีการวางแผนสำหรับการประเมินผลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับปริมาณการดื่มสุรารั่ว และความร่วมมือในการรักษา โดยให้มีการทวนสอบข้อมูลทั้งจากผู้ป่วยและญาติให้ตรงกัน

การมีส่วนร่วมของญาติในการบำบัดของกิจกรรมที่ 6-7 (กิจกรรมก่อนจำหน่าย และการติดตามหลังจำหน่าย) เป็นการส่งเสริมให้ญาติหรือหรือผู้ดูแลใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นแรงสนับสนุนส่งเสริมความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปดื่มสุรารั่วของผู้ป่วยให้คงอยู่ และเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง สามารถลดอาการกำเริบซ้ำของโรคจิตเภทได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่มุ่งเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุรารั่ว (นิภาพร รัฐมัน และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2560; พรินทร ปิ่นสุภา, 2560; Barrowclough et al., 2001) หรือสนับสนุนให้เกิด

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ดีที่สุด (ปรารภนา คำมีสินนท์ และคณะ, 2561) ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ยาวนานกว่าโดยไม่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชบ่อยๆ เนื่องจากมีการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่าในครอบครัวที่มีปัญหาหรือไม่สามารถทำหน้าที่พื้นฐานที่ครอบครัวควรจะทำได้ (Hammerbacher & Lyvers, 2006) การมีความขัดแย้งในครอบครัว หรือมีปัญหาสัมพันธภาพ ทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดความเครียด มีความทุกข์ใจ และเมื่อครอบครัวไม่ให้การดูแลช่วยเหลือหรือสนับสนุน ให้การปรึกษาหรือรับฟัง จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขาดที่พึ่งทางจิตใจ รู้สึกเครียด และกดดันเพิ่มขึ้น จึงเป็นสาเหตุของการกลับไปใช้สารเสพติดหรือดื่มสุราซ้ำ (เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา, 2556)

ด้านพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจากการศึกษาสภาพการณ์ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมากกับพฤติกรรมการดื่มสุรา เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยาเพิ่มขึ้น ดังนั้นในช่วงเวลาที่มีการดื่มสุราจึงเลือกหยุดรับประทานยาเพื่อลดความไม่สุขสบายเหล่านั้น ประกอบกับผู้ป่วยมักมีความคิดความเชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตของตนเองได้ถูกรักษาให้หายขาด หรือคิดว่าตนเองไม่ป่วย จึงไม่มีความจำเป็นที่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลจากการบำบัดในการสะท้อนพฤติกรรมการดื่มสุราและความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่มีผลต่ออาการกำเริบของโรคจิตเภทซ้ำๆ (กิจกรรมที่ 1-2) บวกกับการมีประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยที่ค้นพบได้ด้วยตนเองในระหว่างการติดตามหลังจำหน่าย (กิจกรรมที่ 7) ที่พบว่ากลับไปดื่มสุราซ้ำแม้ในปริมาณเล็กน้อย และการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาทำให้อาการทางจิตของตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมากในระหว่างนั้น การให้ข้อมูลตามความเป็นจริงเกี่ยวกับการดื่มสุราและการรับประทานยาที่มีผลต่ออาการของโรคจิต จึงทำให้ผู้ป่วยที่ยังมีความลังเลใจอยู่และมีพฤติกรรมไม่สอดคล้องกับแผนการรักษา เกิดแรงจูงใจที่หนักแน่นเพิ่มขึ้น และดำเนินการเปลี่ยนแปลงตนเองโดยการหยุดดื่มสุราและหันมาให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอีกครั้ง สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ให้การบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น (นิภาพร รัฐมัน และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2560; พรินทร ปิ่นสุภา, 2560; มานะศักดิ์ เหลือมทองกลาง และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2563; สุปรานี พลไชย และคณะ, 2561; อรุณรัตน์ คำสอนทา และคณะ, 2562)

ผลการศึกษานี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของกลุ่มทดลอง ทั้งในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 1 และ 3 เดือนลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง แต่ผลการทดสอบทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 4 ระยะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าเป็นผลจากเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา (inclusion criteria) เดิมอยู่แล้วว่าผู้ป่วยต้องมีอาการทางจิตสงบ (BPRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน) ทำให้คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที ซึ่งเป็นระยะผู้ป่วยกำลังรักษาในโรงพยาบาล มีความใกล้เคียงกัน ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 และ 3 เดือน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยกลุ่มทดลองบางคนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งเป็นผลจากการกลับไปดื่มสุราซ้ำและความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในขณะที่ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาดีจะมีอาการทางจิตลดลงสุดท้ายทำให้คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตเพิ่มขึ้นแต่ไม่มากพอที่จะทำให้มีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีอาการทางจิตสงบอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิตเพิ่มขึ้นมากกว่า และมีความแตกต่างกับกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้กลับไปดื่มสุราซ้ำมีจำนวนและดื่มในปริมาณที่มากกว่า รวมถึงผู้ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาก็มีจำนวนมากกว่าเช่นเดียวกัน

การติดเชื้อในผู้ป่วยจิตเภทแม้ในปริมาณเล็กน้อยในกลุ่มทดลอง และ/หรือร่วมกับพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทโดปามีนและอาการทางจิตที่เพิ่มขึ้นทันที (นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2556; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) และในขณะเดียวกันในกลุ่มควบคุมที่มีปริมาณการติดเชื้อที่มากกว่า จึงมีคะแนนอาการทางจิตเพิ่มขึ้นได้มากกว่าเช่นเดียวกัน ทำให้การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ใช้แนวความคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีเป้าหมายเพื่อลดทั้งพฤติกรรมติดเชื้อและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท (Martino et al., 2000; Baker et al., 2002) หรือการบำบัดเพื่อเป็นการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (ปรารธนา คำมีสินนท์, 2561) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ ทำให้มีการปรับตัวตามแผนการรักษาที่ดีขึ้น และอาการของโรคจิตเภทลดลง

### ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากในระหว่างการศึกษาได้เกิดการระบาดใหญ่ของไวรัสโควิด-19 จึงไม่สามารถลงไปทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมได้ จากการมีข้อจำกัดตามมาตรการเว้นระยะห่าง และการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการให้บริการเพื่อปรับตัวเข้าสู่วิถีใหม่ (new normal) ทำให้การดำเนินการวิจัยขาดความต่อเนื่องและเว้นระยะหลายปี จึงอาจเป็นข้อจำกัดด้านความล้ำสมัยของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น และอาจส่งผลถึงการสรุปผลการศึกษาถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรศึกษาในระยะยาวได้

ประกอบกับในระหว่างการเว้นระยะการศึกษา ได้เกิดการแพร่ระบาดของยาเสพติดชนิดอื่นเพิ่มขึ้นจำนวนมากโดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีน รวมถึงนโยบายการปลดล็อกสารเสพติดบางชนิด ได้แก่ พิษกระท่อม และกัญชา ส่งผลให้รูปแบบการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภทเปลี่ยนไป คือ มีการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน (F19) เพิ่มขึ้น ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเพียงอย่างเดียวมีจำนวนลดลง ทำให้ผู้วิจัยจึงมีความจำเป็นต้องคัดเลือกผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดหลายชนิดเพื่อนำเข้ามาสู่การศึกษาร่วมด้วย โดยได้เน้นคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเป็นหลักและมีการใช้สารเสพติดชนิดอื่นเป็นบางโอกาส ซึ่งสารเสพติดชนิดอื่นที่ผู้ป่วยใช้ร่วมด้วยนี้ จึงอาจเป็นตัวแปรรบกวนให้การสรุปผลการศึกษาเบี่ยงเบนไป เนื่องจากฤทธิ์ของยาเสพติดมีผลทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบซ้ำได้เช่นเดียวกัน

การศึกษานี้ดำเนินการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยเพศชาย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย จึงอาจมีข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิง (generalized) ประสิทธิภาพของโปรแกรมไปสู่ประชากรหลัก โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิง ซึ่งอาจมีบริบทหลายด้านที่ต่างจากปัจจัยด้านเพศและสถานที่ศึกษา

## 3. ข้อเสนอแนะ

จากการดำเนินการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อปริมาณการติดเชื้อและอาการทางจิตสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการติดเชื้อ ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 จากผลการศึกษานำโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อปริมาณการติดเชื้อและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติดเชื้อ สามารถลดปริมาณการติดเชื้อและป้องกันอาการทางจิตกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทขณะดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้ เนื้อหาที่มีความเจาะจงและ

ครอบคลุมปัญหาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมของการเจ็บป่วยโรคจิตเภทและปัญหาการติ่มสุรา จึงควรมีการนำการบำบัดด้วยโปรแกรมเพื่อเป็นการบำบัดทางเลือกอย่างหนึ่งสำหรับผู้บำบัดสามารถนำไปประยุกต์ใช้สำหรับการบำบัดในหอผู้ป่วย หรือใช้บำบัดในหน่วยงานจิตสังคมบำบัดที่ให้บริการผู้ป่วยโรคร่วมกลุ่มนี้

3.1.2 โปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา เป็นการบำบัดเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มโรคร่วมจิตเวชที่มีปัญหาการติ่มสุรา ซึ่งมีความซับซ้อนด้วยลักษณะการเจ็บป่วยของตัวผู้ป่วยเอง ดังนั้นผู้บำบัดจะต้องเป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับลักษณะการเจ็บป่วยด้วยภาวะโรคร่วมนี้ ทั้งที่เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและปัญหาการติ่มสุรา และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคร่วมกลุ่มนี้อย่างน้อย 1 ปี รวมถึงมีความจำเป็นต้องผ่านการอบรมทักษะการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) หรือการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) และการศึกษารายละเอียดขั้นตอนการบำบัดตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ทำการบำบัดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมาย หลักการ และเทคนิคการบำบัดตามโปรแกรม อันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพต่อไป

3.1.3 ควรมีการจัดอบรมการใช้โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราให้กับพยาบาล ทีมการบำบัดทางจิตสังคม และสหวิชาชีพให้มีความรู้ความเข้าใจในการบำบัดตามหลักการเสริมสร้างแรงจูงใจ และทักษะการบำบัดในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา ก่อนนำโปรแกรมไปขยายผลเพื่อใช้บำบัดในโรงพยาบาล

### 3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ขั้นตอนการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ที่มีต่อปริมาณการติ่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราในการศึกษาครั้งนี้ มีข้อจำกัดด้านการดำเนินการวิจัยขาดความต่อเนื่องและเว้นระยะหลายปี เนื่องจากมีการระบาดใหญ่ของไวรัสโควิด-19 และเกิดข้อจำกัดการบำบัดแบบกลุ่มตามมาตรการเว้นระยะห่าง จึงอาจเป็นข้อจำกัดด้านเนื้อหาของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีความล้าสมัย และอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรศึกษาในระยะยาว ดังนั้นก่อนนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ควรมีการศึกษานำร่องในกลุ่มเล็กเพื่อทดสอบความเหมาะสมของการนำโปรแกรมไปใช้

3.2.2 การศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยเพศชาย และบางส่วนมีรูปแบบการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน ซึ่งอาจมีผลทำให้การสรุปผลการศึกษาเบี่ยงเบนไป ดังนั้นหากต้องการนำไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิง หรือผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดหลายชนิด จึงควรมีการศึกษาซ้ำ เพราะปัญหาความต้องการของผู้ป่วยอาจมีความแตกต่างกัน

3.2.3 ลักษณะการดำเนินการบำบัดตามโปรแกรมที่พัฒนานี้มีความยืดหยุ่น และสามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ทั้งที่เป็นการบำบัดแบบเผชิญหน้ารายกลุ่ม การบำบัดรายบุคคล หรือแม้แต่ใช้การติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและมีปัญหาการติ่มสุราในความดูแล และสนใจจะนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของการให้บริการของโรงพยาบาล ทั้งที่เป็นการบำบัดแบบผู้ป่วยใน หรือการนัดหมายผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (ไป-กลับ) ก็อาจสามารถดำเนินการได้ แต่อย่างไรก็ตามควรมีการประเมินประสิทธิผลของการบำบัดตามโปรแกรมนี้ซ้ำ เนื่องจากบริบทและวิธีการดำเนินการบำบัดอาจมีความแตกต่างกัน

3.2.4 การศึกษาครั้งนี้เป็นเฉพาะการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และมีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (n=32) จึงไม่อาจสามารถนำไปอ้างอิงยังประชากรของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งอื่น ดังนั้นโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่มีความสนใจนำไปโปรแกรมไปใช้ ควรมีการวิจัยและประเมินผลในการนำไปโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

## บรรณานุกรม

- กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, จารุพันธ์ คำชมพู, ศุภรัตน์ เวชสุวรรณ, กาญจน์กนก สุรินทร์ชมภู, ณิชฐาภรณ์ เป้าเรือง, พรดลิต คำมีสินนท่ม, ภาวิณี สถาพรธีระ, จิตรประสงค์ สิงห์นาง, ธนันยาภรณ์ เจริญกิจตระกูล, และพิสมัย บัวคำทุม. (2564). *ผลการศึกษาการบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด ที่มีอาการทางจิตร่วมในระบบบังคับรักษา รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.*
- กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. (2558). โรควิตกกังวลและโรควิตกกังวลอื่น [Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders]. ใน นันทวิช สิริธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, พนม เกตุมาน (บ.ก.). *จิตเวชศิริราช DSM-5* (พิมพ์ครั้งที่ 2). (น.365-372). ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.
- กิตติยา วงษ์จันทร์. (2560). *รูปแบบการวิจัยเชิงนวัตกรรม (R&D, D&D, AR, R2R)*. ใน เอกสารประกอบโครงการฝึกอบรม “สร้างนักวิจัยรุ่นใหม่ (ลูกไก่)” รุ่นที่ 5 วันที่ 19 – 23 มิถุนายน 2560. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.
- กตยา แสวงทรัพย์, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ, และสุนิสา สุขตระกูล. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 33*(2), 122-36.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ [Elderly screening/assessment manual]*. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์ องค์การทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.*
- ชนิษฐา กุศลิสกุล, พันธุนภา กิตติรัตนไพบูลย์, ณัฐพัชร์ มรรคา, และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2561). ภาวะโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 26*(1), 1-15.
- จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว. (2557). กลุ่มบำบัดกับพยาบาลจิตเวช: Group therapy and psychiatric nurses. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28*(1), 1-15.
- จิระพรรณ สุริยงค์, กิตติศักดิ์ วิบูลย์มา, พิมพ์ภรณ์ แก้วมา, มธุริน วงศ์คำปิ่น, และเดชา ทำดี. (2557). ความชุกปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 22*(1), 38-47.
- นันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2556). การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: ทางเลือกเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติด. *ธรรมศาสตร์เวชสาร, 13*(1), 98-108.
- นิภาพร รัฐมัน, และเพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์. (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 31*(3), 99-112.
- นุจรินทร์ บัวละคร, รัชสิมันต์ สุนทรไชยา, และสารรัตน์ วุฒิอาภา. (2561). ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยในโรควิตกกังวลและสุรา. *วารสารพยาบาลทหารบก, 19*(sup), 423-432.

- บุญศิริ จันศิริมงคล, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, มธุรินทร์ วงศ์คำปิ่น, วรวรรณ จุฑา, ธรณินทร์ กองสุข, และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2554). ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การสำรวจระดับชาติ 2551. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 2(19), 88-102.
- บุญศิริ จันศิริมงคล, ลูกจันทร์ วิทยาสุวรรณ, เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา, สาวิตรี สุริยะฉาย, เกษมกรกำจายฤทธิ์, จุฑามาศ ตังมโนธรรม, ผดุงศักดิ์ ครุฑหุ่่น, และทรงศักดิ์ ยุทธนัยกุล. (2556). *การทบทวนองค์ความรู้เรื่องภาวะโรคร่วมทางจิตเวชในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา*. วนิดาการพิมพ์.
- ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์, และรณชัย คงสกนธ์. (2542). *กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้ใน*. ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์.
- ปรารธนา คำมีสินนท์, ไพรวลัย รมชัย, และศิริพร ธงยศ. (2561). *ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมที่มีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท*. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- ปริทรรศ ศิลปะกิจ, และพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2552). *แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา: แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ทานตะวันเปเปอร์.
- พงศธร พหลภาคย์, และภัทรี พหลภาคย์. (2560). กลุ่มโรคจิตเภทและกลุ่มโรคจิตชนิดอื่น. ใน กุศลภรณ์ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภาคย์, ภาพันธ์ วัฒนวิทย์กิจ, พงศธร พหลภาคย์ (บ.ก.), *จิตเวชศาสตร์*. (น.281-301). คลังนานาวิทยา.
- พรินทร ปิ่นสุภา, และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(sup), 213-20.
- พะยอม ตันตจรรยา, สุนัญญา พรหมดวง, และวันเพ็ญ ทัดศรี. (2558). *ผลการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบสั้นในผู้ป่วยโรคจิตเภทขาดยา*. โรงพยาบาลสุรินทร์.
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2547). *แบบบันทึกการติดตามพฤติกรรมการดื่มสุรา (timeline follow back) ฉบับภาษาไทย*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- \_\_\_\_\_, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เฟ็งจันทร์, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, วรวรรณ จุฑา, และเกษราภรณ์ เคนบุปผา. (2552). ระบาดวิทยาโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การศึกษาระดับชาติ 2551. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(1), 1-14.
- พิชัย แสงชาญชัย, ดรุณี ภูขาว, สัจวร สมบัติใหม่, ณัฐนาถ สระอุบล, สายรัตน์ นกน้อย, และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2553). *คู่มือสำหรับผู้อบรมการให้คำปรึกษาและบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา* โรงพยาบาลสวนปรุง. วนิดาการพิมพ์.
- พุมิชาดา จันทะคุณ, และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2560) ผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1), 88-103.
- เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา. (2556). ความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพ*, 27(1), 1-15.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. ธรรมสาร.
- ภัทรภรณ์ พุงป็นคำ. (2551). *การทำกลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ*. นันทพันธ์.

- มานะศักดิ์ เหลื่อมทองกลาง, และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ. (2563). ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(1), 163-78.
- มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2560). *รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2560*. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต.
- \_\_\_\_\_. (2561). *รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2561*. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต.
- \_\_\_\_\_. (2562). *รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2562*. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต.
- \_\_\_\_\_. (2563ก). *ผลการศึกษาการบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมในระบบบังคับรักษา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2563*. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต.
- \_\_\_\_\_. (2563ข). *แบบรายงานข้อมูลสถิติผู้ป่วยหอผู้ป่วยตึกขงโค ประจำเดือนมกราคม-มีนาคม 2563*. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต.
- ลูกจันทร์ วิทยถาวรวงศ์, บุญศิริ จันศิริมงคล, สาวิตรี สุริยะฉาย, เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา, เกษม กรกำจายฤทธิ, และอุจน์จิตร कुमारักษ์. (2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิต ในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(2), 143-54.
- สมจิตรี มณีกานนท์, สุวรรณมา อรุณพงศ์ไพศาล, วิจิตรา พิมพ์นิษฐ์, นิตยา จรัสแสง, และขวัญสุดา บุญทศ. (2557). ความชุกของการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(4), 371-380.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2557). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 10). เรือนแก้วการพิมพ์.
- สาวิตรี อัจฉนากรชัย. (2546). ประสบการณ์บำบัดผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิต. ใน กลุ่มงานพัฒนาบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (บ.ก.). *สุขภาพจิตกับยาเสพติด การประชุมวิชาการประจำปี 2546 ครั้งที่ 2 วันที่ 19-21 สิงหาคม 2546*. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สาวิตรี สุริยะฉาย. (2556). การบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ประสบความสำเร็จ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(2), 1-15.
- สุปรานี พลไชย, เรณุการ์ ทองคำรอด, และกชพงศ์ สารการ. (2561). *ผลของรูปแบบการจัดการเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโยธธร. โรงพยาบาลโยธธร.*
- สุภาภรณ์ นิตวิวัฒน์ชาญชัย, และปัทมา ศิริเวช. (2562) ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมสารเสพติด. *วารสารจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 13(1), 11-20.

- สรายุทธ บุญชัยพานิชวัฒนา, อังกูร ภัทรากร, ลำซำ ลักษณะพิখনซ์, อภิชาติ เรณูวัฒนานันท์, และนันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2564). *แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสาร*. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อรุณรัตน์ คำสอนทา, ยุพิน อังสุโรจน์, และสุนิศา สุขตระกูล. (2562). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์. *วารสารแพทยน์าวี*, 46(2), 268-83.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (5<sup>th</sup>ed.). APA.
- Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., & Garrett, R. (2002). Motivational interviewing among psychiatric in-patients with substance use disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 106(3), 233-240.
- Bandura, A. (1977). Social learning theory. Retrieved 27 August 2022, from <http://www.rpi.edu/~verwyc/bandura.html>
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S.W., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., & McGovern, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1706–1713.
- Biener, L., & Adams, D. B. (1991). The contemplation ladder: Validation of measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychology*, 10, 360–365.
- Bem, D.J. (1972). *Self-Perception Theory*. Stanford University, Stanford California.
- Carey, K.B., Leontieva, L., Dimmock, J., Maisto, S.A., & Batki, S.L. (2007). Adapting motivational intervention for comorbid schizophrenia and alcohol use disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(1), 39-57.
- Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J. G., McGrath, J. J., & Whiteford, H. A. (2018). Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophrenia bulletin*, 44(6), 1195–1203.
- Coffin-Roming, N.A. (2012). Therapies: Theory and clinical practice. In Fortinash, K.M., & Holoday-Worret, P.A. (Eds.), *Psychiatric Mental Health Nursing* (4<sup>th</sup> ed.) (pp. 597-620). Mosby.
- Fortinash, K.M., & Holoday-Worret, P.A. (2012). *Psychiatric-mental health nursing* (5<sup>th</sup>ed.). Affiliate of Elaevier.
- Graeber, D.A., Moyers, T.B., Griffith, G., Guajardo, E., & Tonigan, S. (2003). A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Journal of Community mental health*, 39(3), 189-202.

- Graham, H.L., Copello, A., Griffith, E., Freemantle, N., McCrone, P., Clarke, L., Walsh, K., Stefanidou, C.A., Rana, A., & Birchwood, M. (2016). Pilot randomised trial of a brief intervention for comorbid substance misuse in psychiatric in-patient settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(4), 298-309.
- Grove, S.K., Burns, N. & Gray, J.R. (2013). *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis and generation of evidence* (7<sup>th</sup> ed.). Saunders Elsevier.
- Hammerbacher, M., & Lyvers, M. (2006). Factors associated with relapse among clients in Australian substance disorder treatment facilities. *Journal of Substance Use*, 11(6), 387–394.
- Huang, X., Zhang, T., Li, B., Meng, Y., & Li, F. (2025) Research on comorbidity characteristics and patterns of hospitalized participants with schizophrenia in China. *Front. Psychiatry* 16:1619051. doi: 10.3389/fpsy.2025.1619051
- Kongsakon, R., & Kanchanatawan, B. (2007). Cost analysis of treatment for schizophrenic patients in social security scheme, Thailand. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 8(2), 118-123.
- Koskinen, J., Lohonen, J., Koponen, H., Isohanni, M., & Miettunen, J. (2009). Prevalence of alcohol use disorders in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, 120(2), 85-96.
- Martino, S., Carroll, K.M., O'Malley, S.S., & Rounsaville, B.J. (2000). Motivational interviewing with psychiatrically ill substance abusing patients. *Winter*, 9(1), 88-91.
- Miller, W.R. (1995). *Motivational enhancement therapy with drug abusers*. The University of New Mexico.
- \_\_\_\_\_, & Rollnick, S. (1991). *Motivation Interviewing: Preparing people to change addictive behaviors*. The Guilford Press.
- Mishra, P., Pandey, C.M., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C., & Keshri, A. (2019). Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Annals of Cardiac Anaesthesia*, 22(1), 67-72.
- Monti, P.M., Barnett, N.P., Colby, S.M., Gwaltney, C.J., Spirito, A., Rohsenow, D.J., & Woolard, R. (2007). Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking. *Addiction (Abingdon, England)*, 102(8), 1234–1243.
- Noknoy, S., Rangsin, R., Saengcharnchai, P., Tantibhaedhyangkul, U., & McCambridge, J. (2010). RCT of effectiveness of motivational enhancement therapy delivered by nurses for hazardous drinkers in primary care units in Thailand. *Alcohol & Alcoholism*, 45(3), 263–70.
- Overall, J.E., & Gorham, D.R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological report*, 10, 790–812.

- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Dow Jones Irwin.
- \_\_\_\_\_. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp. 3–27). Plenum Press.
- Rovinelli, R.J., & Hambleton, R.K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatric: Behavior science / clinical psychiatry* (8<sup>th</sup> ed.). Wolters Kluwer.
- Sobell, L.C., & Sobell, M.B. (1995). Alcohol consumption measures. In Allen, J.P., & Columbus, M. (Eds.). *Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Researchers. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Treatment Handbook Series* (pp. 55-73). Government Printing Office.
- Townsend, M.C. (2015). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidenced-based practice* (8<sup>th</sup> ed). F.A.
- Twisk, J. W. (2003). *Applied longitudinal data analysis for Epidemiology: A practical guide*. Cambridge university press.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. George Braziller.
- World Health Organization [WHO]. (2001). *The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care, 2nd edition*. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6a.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf)
- \_\_\_\_\_. (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) WHO Version*. <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
- Yalom, J.D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4<sup>th</sup> ed.). Basic Books.
- Yang, P., Tao, R., He, C., Liu, S., Wang, Y., & Zhang, X. (2018). The risk factors of the alcohol use disorders: through review of its comorbidities. *Front. Neuro sci.* 12, 1-7.

## ภาคผนวก

ภาคผนวก ก รายนามและประวัติผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ภาคผนวก ค การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ

ภาคผนวก ง เอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ภาคผนวก จ เอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ภาคผนวก ฉ ประวัติผู้วิจัย

**ภาคผนวก ก**  
**รายนามและประวัติผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

**ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1**

**ชื่อ – ชื่อสกุล** แพทย์หญิง สิริกุล ใจเกษมวงศ์  
**ตำแหน่ง** นายแพทย์ชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ  
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

**ประวัติการศึกษา**  
ปริญญาตรี : แพทยศาสตรบัณฑิต สาขาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ. ขอนแก่น  
: วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญ (ว.ว.) สาขาจิตเวชศาสตร์ทั่วไป คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ. ขอนแก่น

**ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2**

**ชื่อ- ชื่อสกุล** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูชาติ วงศ์อนุชิต  
**ตำแหน่ง** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

**ประวัติการศึกษา**  
ปริญญาเอก : Ph.D.(Nursing) Saint Louis University, Saint Louis, Missouri, USA  
ปริญญาโท : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล  
กรุงเทพมหานคร  
ปริญญาตรี : พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสงค์ จ. อุบลราชธานี

**ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3**

**ชื่อ – ชื่อสกุล** นางประคอง นาโพชนันท์  
**ตำแหน่ง** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชให้คำปรึกษา  
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

**ประวัติการศึกษา**  
ปริญญาโท : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ. ขอนแก่น  
ปริญญาตรี : พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลนครรราชสีมา จ. นครรราชสีมา

## ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### แนวคำถามการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ

**แนวคำถามการสัมภาษณ์** เพื่อค้นหาคำตอบเกี่ยวกับปัญหา สถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษา และโปรแกรมบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีประสิทธิผลและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ แบ่งออกเป็น 3 ชุด ดังนี้

**ชุดที่ 1** แนวคำถามการสัมภาษณ์สำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลและผู้บำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ดังนี้

1. โรงพยาบาลมีระบบ/แนวปฏิบัติในการดูแลรักษา/แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเป็นอย่างไร
2. รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้ในปัจจุบันในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยในและผลลัพธ์เป็นอย่างไร
3. ปัญหาและสาเหตุที่พบจากการให้บริการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเป็นอย่างไร
4. ท่านมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาประสิทธิภาพการบำบัดเพื่อแก้ปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถป้องกันการป่วยซ้ำและการกลับไปดื่มสุราซ้ำได้ดีหลังจำหน่ายควรเป็นอย่างไร

**ชุดที่ 2** แนวคำถามการสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ดังนี้

1. พฤติกรรมการดื่มสุราของท่านเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยสาเหตุที่นำไปสู่การดื่มสุราหรือการกลับไปดื่มซ้ำของท่านเป็นอย่างไร
3. พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตของท่านเป็นอย่างไร

**ชุดที่ 3** แนวคำถามการสัมภาษณ์สำหรับญาติ/ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ดังนี้

1. ท่านมีวิธีการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยที่ผ่านมาอย่างไร
2. ปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไร และที่ผ่านมามีได้แก้ไขปัญหานั้นเบื้องต้นอย่างไร
3. ท่านต้องการคำแนะนำหรือให้ทางโรงพยาบาลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างไร

### แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป (สำหรับผู้ป่วย)

คำชี้แจง: ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ใช้สอบถาม เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน ( ) หน้าข้อความที่ ตรงกับตัวท่านมากที่สุด หรือเติมคําลงในช่องว่างที่กำหนดไว้

#### 1. เพศ

- ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

#### 2. อายุ.....ปี

#### 3. ระดับการศึกษา

- ( ) 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) 2. ประถมศึกษา  
( ) 3. มัธยมศึกษา ( ) 4. อนุปริญญา/ปวช/ปวส  
( ) 5. ปริญญาตรีขึ้นไป

#### 4. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไร

- ( ) 1. นักศึกษา ( ) 2.ว่างงาน  
( ) 3. รับจ้าง ( ) 4. เกษตรกร  
( ) 5. ค้าขาย ( ) 6. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ  
( ) 7. อื่น ๆ ระบุ.....

#### 5. ระยะเวลาที่ท่านเจ็บป่วย.....ปี

#### 7. การวินิจฉัยโรค.....

#### 8. การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลนี้ เป็นครั้งที่.....

#### 9. ท่านอาศัยอยู่กับ ระบุ.....

### แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

ชื่อผู้ป่วย..... ผู้ประเมิน .....

วันที่ .....

อาการและอาการแสดง	1	2	3	4	5	6	7
1. Somatic concern (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) (G1) คุณรู้สึกว่าคุณป่วยเป็นโรคทางกายหรือไม่							
2. Anxiety (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) (G2) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างไหม ความ คิดเห็นนี้ ครอบคลุมจิตใจบ่อยไหม รู้สึกมีอาการใจสั่น อาการที่บอกมีผลต่อการ ทำงานคุณ ไหม							
3. Emotional Withdrawal (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) (N1) มีลักษณะแยกตัว ไม่มีปฏิสัมพันธ์โต้ตอบกับผู้อื่น ไม่แสดงอารมณ์ หน้าตาเฉย เมย							
4. Conceptual Disorganization (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) (P1) พูดไม่ได้เรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง พูดอ้อมค้อม ไม่ต่อเนื่อง ดูปน 15 นาทีแรก							
5. Guilt Feeling (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) (G3) รู้สึกตำหนิตนเองในสิ่งที่ทำไม่ดี หรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีตหรือไม่							
6. Tension (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) (G4) มองจากทำนองรู้สึกตึงเครียด ขณะพูดอาจมีการกระตุก เสียงสั่น							
7. Mannerisms and Posturing (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) (G5) มีท่าทางและการเคลื่อนไหวไม่เป็นธรรมชาติ เก้งก้าง แข็ง ดูแปลกๆ							
8. Grandiosity (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) (P2) คุณรู้สึกมีความสามารถพิเศษบางอย่างหรือไม่ ที่ผ่านมามีคิดว่าเป็นคนที่มี ชื่อเสียงหรือไม่							
9. Depressive Mood (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) (G6) คุณรู้สึกว่าไม่มีความสุข หรือมีความเศร้าไหม รู้สึกเศร้าบ่อยแค่ไหน สามารถเบน ความสนใจไปเรื่องที่ทำให้มีความสุขได้ไหม ความรู้สึกรบกวนการทำงานของคุณ ไหม							
10. Hostility (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) (P3) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหงุดหงิดหรืออารมณ์เสียบ่อยๆ เคยมีปัญหาชก ต่อยหรือทะเลาะกับคนอื่น สัมพันธภาพกับผู้อื่น คนในครอบครัว เพื่อน ร่วมงานเป็นอย่างไร							
11. Suspiciousness (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) (P4)							

อาการและอาการแสดง	1	2	3	4	5	6	7
คุณรู้สึกเหมือนกับมีคนคอยจับผิด มีคนคิดร้ายบ้างไหม โดยวิธีใด รู้สึกกังวลเกี่ยวกับการคิดร้ายของใครบ้างไหม							
12. Auditory Hallucinatory (Rateตามคำบอกเล่าของผู้ป่วย) (P5) คุณได้ยินเสียงหรือมีคนพูดโดยไม่เห็นตัวหรือไม่ คุณมองเห็นหรือได้กลิ่นอะไรบางอย่างโดยคนอื่นไม่รู้สึก ประสบการณ์นี้มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันไหม							
13. Motor retardation (Rateตามความเห็นของผู้ตรวจ) (G7) การพูด การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ (สังเกตพฤติกรรม)							
14. Uncooperativeness (Rateตามความเห็นของผู้ตรวจ) (G8) มีท่าทีต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ							
15. Unusual Thought Content (Rateตามความเห็นของผู้ตรวจ) (G9) ความคิดแปลก เช่น มีความเชื่อเรื่องพลังจิต วิญญาณ หากพบในข้อ Somatic Grandiosity จะพบในข้อนี้ด้วย							
16. Blunted Affect (Rateตามความเห็นของผู้ตรวจ) (N2) สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อารมณ์							
17. Excitement (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) (P6) ทำที่ลุกลุกกลน มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว อยู่ไม่เป็นสุข							
18. Disorientation (Rateตามความรู้สึกของผู้ป่วย) (G10) ถามวันที่ สถานที่ เวลา บุคคล							
คะแนนรวม							

### แบบประเมินอาการทางจิต

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เป็นการตรวจสอบอาการทางคลินิก (อาการทางบวกและอาการทางลบ) ตามหัวข้อในแบบประเมิน แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดย Overall & Gorham (1962) ประกอบด้วยอาการทางจิต 18 ข้อ เป็นมาตราวัด 7 ระดับ คือ 1=ไม่มีอาการ 2=สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3 = มีอาการเล็กน้อย 4 = มีอาการปานกลาง 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง 6 = มีอาการรุนแรง 7 = มีอาการรุนแรงมาก มีระดับความเชื่อมั่นของค่าคะแนนอยู่ระหว่าง .62-.87 และนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข คะแนนรวม 126 คะแนน การแปลผล ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2545)

≤18 หมายถึง อยู่ในเกณฑ์ปกติ

19-36 หมายถึง มีอาการทางจิตเล็กน้อย

37-126 หมายถึง อาการทางจิตรุนแรงต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการบำบัดผู้ป่วยได้คะแนนน้อยกว่า 37 คะแนน

**แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย**  
(MMSE-Thai 2002)

ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหรือไม่รู้หนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ไม่ต้องทำข้อ 4 ข้อ 9 และข้อ 0

**1. Orientation for time:** ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน (5 คะแนน) .....

- 1.1 วันนี้..วันที่เท่าไร
- 1.2 วันนี้..วันอะไร
- 1.3 เดือนนี้..เดือนอะไร
- 1.4 ปีนี้..ปีอะไร
- 1.5 ฤดูนี้.. ฤดูอะไร

**2. Orientation for place:** ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับที่อยู่ในปัจจุบัน (5 คะแนน) .....

- 2.1 กรณีอยู่สถานพยาบาล
  - 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร ชื่อว่าอะไร
  - 2.1.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของของตัวอาคาร
  - 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร
  - 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
  - 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร
- 2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ
  - 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร เลขที่เท่าไร
  - 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน (หรือ ละแวก คุ้ม ย่าน ถนน) อะไร
  - 2.2.3 ที่นี้อำเภอ หรือ เขตอะไร
  - 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
  - 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร

**3. Registration:** ทดสอบการบันทึกความจำโดยให้จำชื่อของ 3 อย่าง (3 คะแนน) .....

ต่อไปนี้จะเป็นการทดสอบความจำโดยจะบอกชื่อของ 3 อย่าง ให้คุณ (ตา,ยาย...) ฟังทีละคำ จะบอกเพียงครั้งเดียว เมื่อพูดจบแล้วให้คุณ (ตา,ยาย...) พูดทวนตามที่ได้ยินทั้ง 3 ชื่อ แล้วจำไว้ให้ดีนะคะ เดี่ยวจะถามซ้ำ

- ดอกไม้                       แม่น้ำ                       รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

- ต้นไม้                       ทะเล                       รถยนต์

**4. Attention or Calculation:** ทดสอบสมาธิโดยให้คิดเลขในใจ (5 คะแนน) .....

- ถามผู้ถูกทดสอบว่า “คิดเลขในใจเป็นหรือไม่” ถ้าคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2
- 4.1 ขอนี้คิดเลขในใจโดยเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา

.....

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 ครั้งแล้วตอบไม่ได้ให้คิดคะแนนเท่าที่ทำไม่ได้ไม่ต้องเปลี่ยนไปทำข้อ 4.2



### เกณฑ์การประเมิน

ถ้าคะแนนรวมเท่ากับจุดตัด (cut-off point) ให้สงสัยว่ามีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมอง (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด (cut-off point)	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับ ประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับ สูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

### แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา

#### Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT

คำชี้แจง: กรุณาอ่านคำถามตามตัวหนังสือ บันทึกคำตอบด้วยความระมัดระวัง เริ่มต้นการประเมินโดยกล่าวว่า “ตอนนี้ ผม/ดิฉันจะถามคุณเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา) ของคุณในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา” อธิบายความหมายของ “เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือ สุรา” โดยใช้ตัวอย่างเครื่องดื่มที่นิยมในท้องถิ่น เช่น เบียร์ ไวน์ วอดก้า ฯลฯ ให้ลงคำตอบเป็น “ดื่มมาตรฐาน” กรอกคำตอบที่ถูกต้องลงในช่องสี่เหลี่ยมด้านขวามือ

<p>1. คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร</p> <p>(0) ไม่เคยเลย (ข้ามไปที่คำถามข้อ 9 – 10)</p> <p>(1) เดือนละครั้ง หรือ น้อยกว่า</p> <p>(2) 2 ถึง 4 ครั้งต่อเดือน</p> <p>(3) 2 ถึง 3 ครั้งต่อสัปดาห์</p> <p>(4) 4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์</p>	<p>6. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณต้องรีบดื่มทันทีในตอนเช้าเพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา</p> <p>(0) ไม่เคยเลย</p> <p>(1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง</p> <p>(2) เดือนละครั้ง</p> <p>(3) สัปดาห์ละครั้ง</p> <p>(4) ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน</p>
<p>2. เวลาที่คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยทั่วไปแล้ว คุณดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน (ดื่มมาตรฐาน)</p> <p>(0) 1 หรือ 2</p> <p>(1) 3 หรือ 4</p> <p>(2) 5 หรือ 6</p> <p>(3) 7, 8 หรือ 9</p> <p>(4) 10 หรือ มากกว่านั้น</p>	<p>7. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ดี โกรธ หรือเสียใจเนื่องจากคุณได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปขณะที่คุณดื่ม</p> <p>(0) ไม่เคยเลย</p> <p>(1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง</p> <p>(2) เดือนละครั้ง</p> <p>(3) สัปดาห์ละครั้ง</p> <p>(4) ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน</p>
<p>3. คุณดื่ม 6 ดื่มมาตรฐานหรือมากกว่านั้นบ่อยแค่ไหน</p> <p>(0) ไม่เคยเลย</p> <p>(1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง</p> <p>(2) เดือนละครั้ง</p> <p>(3) สัปดาห์ละครั้ง</p> <p>(4) ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน</p> <p>(ข้ามไปที่คำถามที่ 9 และ 10 ถ้าคะแนนรวมของคำถามที่ 2 และ 3 = 0)</p>	<p>8. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมาหลังจากคุณดื่ม</p> <p>(0) ไม่เคยเลย</p> <p>(1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง</p> <p>(2) เดือนละครั้ง</p> <p>(3) สัปดาห์ละครั้ง</p> <p>(4) ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน</p>
<p>4. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณพบว่าคุณไม่สามารถหยุดดื่มได้หากคุณได้เริ่มดื่มไปแล้ว</p> <p>(0) ไม่เคยเลย</p> <p>(1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง</p> <p>(2) เดือนละครั้ง</p> <p>(3) สัปดาห์ละครั้ง</p> <p>(4) ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน</p>	<p>9. ตัวคุณเองหรือคนอื่นเคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มของคุณหรือไม่</p> <p>(0) ไม่เคยเลย</p> <p>(2) เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว</p> <p>(4) เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว</p>

<p>5. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณควรจะทำตามปกติ เพราะคุณมัวแต่ไปดื่มเสีย</p> <p>(0) ไม่เคยเลย  (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง  (2) เดือนละครั้ง  (3) สัปดาห์ละครั้ง  (4) ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน</p>	<p>10. เคยมีแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้อง แสดงความเป็นห่วงเป็นใยต่อการดื่ม ของคุณหรือไม่</p> <p>(0) ไม่เคยเลย  (2) เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว  (4) เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว</p>
	บันทึกคะแนนรวม

#### การแปลผล

0-7 = ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ                      8-15 = ผู้ดื่มแบบเสี่ยง  
16-19 = ผู้ดื่มแบบอันตราย                     $\geq 20$  = ผู้ดื่มแบบติด

### แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม

คำชี้แจง: ในแต่ละขั้นบันไดจะหมายถึงความคิดเห็นของบุคคลที่ดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นความคิดเห็นที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง

โปรดวงกลมล้อมรอบหมายเลขหนึ่ง หมายเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านอย่างมากที่สุดในขณะนี้

10	→ จ.	ฉันเริ่มลงมือกระทำบางสิ่งบางอย่าง เพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของฉัน (เช่น ลดจำนวนและความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์)
9		
8	→ ง.	ฉันเริ่มที่จะคิดเกี่ยวกับการหาวิธีการต่าง ๆ ที่จะ使我สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของฉันได้
7		
6		
5	→ ค.	ฉันคิดว่าในขณะนี้ฉันควรที่จะลดหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์แต่ฉันยังรู้สึกว่าคุณเองยังไม่พร้อมที่จะกระทำการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว
4		
3	→ ข.	ฉันคิดว่าในวันใดวันหนึ่งข้างหน้าฉันจะต้องมาไตร่ตรองเกี่ยวกับการลดจำนวนการดื่มแอลกอฮอล์หรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์
2		
1	→ ก.	ฉันยังไม่คิดที่จะหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ที่ฉัยเคยดื่มอยู่เป็นประจำในตอนนี้อย่างไรก็ตาม จากระดับแอลกอฮอล์ที่ฉันดื่มอยู่ตอนนี้ยังไม่ได้ส่งผลทำให้ฉันเกิดปัญหาใด ๆ ตามมา วัน/เดือน/ปี ที่สัมภาษณ์.....
0		

(Biener & Adams, 1991)

**แบบสัมภาษณ์ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์**  
(Time Line Follow Back)

**คำชี้แจง:** แบบสอบถามนี้จะสอบถามปริมาณการดื่มสุรา (แอลกอฮอล์) ที่คุณดื่มในแต่ละวัน

1. ขอความกรุณาระบุปริมาณการดื่มสุราในแต่ละวันในสัปดาห์ที่ผ่านมาในกระดาษหน้าถัดไป
2. ในวันที่ท่านไม่ได้ดื่มสุราเลยให้ท่านเขียนหมายเลข “0” ลงไปในช่องปริมาณที่ดื่มในวันนี้
3. ในวันที่ท่านดื่มสุรา โปรดบันทึกปริมาณการดื่มเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณ 1 ดริงมาตรฐาน
4. โปรดเติมจำนวนการดื่มสุราของท่านทุกวันและบันทึกเหตุการณ์ เช่น งานเลี้ยง สถานเริงรมย์

ความเหงา เศร้า ลงในช่อง “เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในวันนี้”

5. ถ้าท่านลืมบันทึกปริมาณการดื่มสุราของท่านให้ท่านคาดเดาปริมาณการดื่มให้ใกล้เคียงกับความ เป็นจริงมากที่สุด

**ดริงมาตรฐาน**

1 ดริงมาตรฐาน หมายถึง สุรากลั่น 30 ซีซี หรือเบียร์ 285 ซีซี/ขวด หรือไวน์ 100 ซีซี  
(มีแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด 15 มิลลิกรัม)

เหล้าขวดกลม 750 ซีซี, เหล้าขาว 450 ซีซี, เบียร์ขวด 630 ซีซี, เบียร์กระป๋อง 330 ซีซี

สัปดาห์ที่ .....	วัน/เดือน/ปี	เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นวันนี้	จำนวนที่ดื่มในวันนี้ (ซีซีหรือดริง/ชนิดของสุรา)
อาทิตย์			
จันทร์			
อังคาร			
พุธ			
พฤหัสบดี			
ศุกร์			
เสาร์			

## ภาคผนวก ค การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ

### การหาค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) (สำหรับผู้เชี่ยวชาญ)

**เพื่อศึกษาเรื่อง** การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา (The Develop of Group Motivational Enhancement Therapy for Persons with Schizophrenia and Alcohol Use Disorders)

#### คำชี้แจง

1. โปรแกรมนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการพัฒนาต้นแบบ (develop prototype)
2. การศึกษาครั้งนี้เป็นขั้นตอนการศึกษาความตรงตามเนื้อหา (content validity) และการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ของโปรแกรมและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำไปปรับปรุงโปรแกรมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
3. แบบแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญนี้ ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ 1) ลักษณะของโปรแกรม 2) โปรแกรมการบำบัดและวัตถุประสงค์ 3) คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 4) การประเมินผลโปรแกรม 5) รายละเอียดของโปรแกรม 6) ข้อเสนอแนะอื่นๆ
4. ขอความกรุณาผู้เชี่ยวชาญได้โปรดพิจารณาร่างโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใหม่นี้ว่ารายละเอียดเนื้อหาของโปรแกรมมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ หรือครอบคลุมเนื้อหาสำหรับการศึกษานี้หรือไม่ โดยให้ท่านพิจารณาและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด และมีเกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้
  - เหมาะสม (+1) หมายถึง เนื้อหาที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา
  - ไม่แน่ใจ (0) หมายถึง ไม่แน่ใจว่าเนื้อหาที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา
  - ไม่เหมาะสม (-1) หมายถึง เนื้อหาไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา
5. ในกรณีที่ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นว่าไม่แน่ใจ หรือเนื้อหาไม่มีความเหมาะสม ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านได้ให้ข้อเสนอแนะหรือแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่สมบูรณ์ โดยการเขียนข้อเสนอแนะไว้ท้ายข้อความนี้ๆ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความกรุณาของท่านมา ณ โอกาสนี้

นายไพรวลัย	ร่มซ่าย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางปรารถนา	คำมีสินนท์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางศิริพร	จงยศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ข้อ	รายการพิจารณา	ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ			ข้อเสนอแนะ
		เหมาะสม +1	ไม่แน่ใจ 0	ไม่เหมาะสม -1	
1	ลักษณะของโปรแกรม				
	1.1 วัตถุประสงค์ของการบำบัด				
	1.2 ระยะเวลาของการบำบัด				
	1.3 กลุ่มเป้าหมายของการบำบัด				
	1.4 คุณสมบัติผู้ใช้โปรแกรม				
2	โปรแกรมการบำบัดและวัตถุประสงค์				
3	คำจำกัดความ				
4	การประเมินผล				
5	รายละเอียดโปรแกรม				
	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และสะท้อนคิด				
	- สาระสำคัญ				
	- วัตถุประสงค์				
	- วิธีดำเนินงานกลุ่ม				
	- วิธีการประเมินผล				
	- สื่อและอุปกรณ์				
	- ใ้บความรู้/ใ้บกิจกรรม				
	กิจกรรมที่ 2 ความรู้สู่ความมั่นใจใน การเปลี่ยนแปลง				
	- สาระสำคัญ				
	- วัตถุประสงค์				
	- วิธีดำเนินงานกลุ่ม				
	- วิธีการประเมินผล				
	- สื่อและอุปกรณ์				
	- ใ้บความรู้/ใ้บกิจกรรม				

ข้อ	รายการพิจารณา	ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ			ข้อเสนอแนะ
		เหมาะสม +1	ไม่แน่ใจ 0	ไม่เหมาะสม -1	
	กิจกรรมที่ 3 การสร้างความสมดุล เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง				
	- สาระสำคัญ				
	- วัตถุประสงค์				
	- วิธีดำเนินงาน				
	- วิธีการประเมินผล				
	- สื่อและอุปกรณ์				
	- ใ้บความรู้/ใ้บกิจกรรม				
	กิจกรรมที่ 4 ความมั่นคงในสัญญา นำพาสู่เป้าหมาย				
	- สาระสำคัญ				
	- วัตถุประสงค์				
	- วิธีดำเนินงาน				
	- วิธีการประเมินผล				
	- สื่อและอุปกรณ์				
	- ใ้บความรู้/ใ้บกิจกรรม				
	กิจกรรมที่ 5 เสริมพลังสู่การ เปลี่ยนแปลงใหม่				
	- สาระสำคัญ				
	- วัตถุประสงค์				
	- วิธีดำเนินงาน				
	- วิธีการประเมินผล				
	- สื่อและอุปกรณ์				
	- ใ้บความรู้/ใ้บกิจกรรม				
	กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมก่อนจำหน่าย (การพูดคุยพร้อมญาติ)				
	- สาระสำคัญ				
	- วัตถุประสงค์				
	- วิธีดำเนินงาน				
	- วิธีการประเมินผล				
	- สื่อและอุปกรณ์				

ข้อ	รายการพิจารณา	ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ			ข้อเสนอแนะ
		เหมาะสม +1	ไม่แน่ใจ 0	ไม่เหมาะสม -1	
	กิจกรรมที่ 7 การติดตามหลัง จำหน่าย (1 และ 3 เดือน)				
	- สาระสำคัญ				
	- วัตถุประสงค์				
	- วิธีดำเนินงาน				
	- วิธีการประเมินผล				
	- สื่อและอุปกรณ์				

ข้อเสนอแนะ (อื่นๆ) .....

.....

.....

(ลงชื่อ).....ผู้เชี่ยวชาญ  
(.....)  
ตำแหน่ง .....

**การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ**  
 การคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับ  
 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

หัวข้อ	กิจกรรม	ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ			ผลรวม
		+1	0	-1	
1	1.1	✓✓✓			3
	1.2	✓✓✓			3
	1.3	✓✓✓			3
	1.4	✓	✓✓		1
2	2.0	✓✓	✓		2
3	3.0	✓✓	✓		2
4	4.0	✓	✓✓		1
5	5.1.1	✓✓	✓		2
	5.1.2	✓✓	✓		2
	5.1.3	✓	✓✓		1
	5.1.4	✓	✓✓		1
	5.1.5	✓✓	✓		2
	5.1.6	✓✓	✓		2
5	5.2.1	✓✓✓			3
	5.2.2	✓✓✓			3
	5.2.3	✓✓	✓		2
	5.2.4	✓✓	✓		2
	5.2.5	✓✓✓			3
	5.2.6	✓✓✓			3
5	5.3.1	✓✓✓			3
	5.3.2	✓✓✓			3
	5.3.3	✓✓	✓		2
	5.3.4	✓✓	✓		2
	5.3.5	✓✓✓			3
	5.3.6	✓✓✓			3
5	5.4.1	✓✓✓			3
	5.4.2	✓✓✓			3

หัวข้อ	กิจกรรม	ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ			ผลรวม
		เหมาะสม +1	ไม่แน่ใจ 0	ไม่เหมาะสม -1	
	5.4.3	✓✓	✓		2
	5.4.4	✓✓	✓		2
	5.4.5	✓✓✓			3
	5.4.6	✓✓✓			3
5	5.5.1	✓✓✓			3
	5.5.2	✓✓✓			3
	5.5.3	✓✓	✓		2
	5.4.4	✓✓	✓		2
	5.5.5	✓✓✓			3
	5.5.6	✓✓✓			3
5	5.6.1	✓✓✓			3
	5.6.2	✓✓✓			3
	5.6.3	✓✓	✓		2
	5.6.4	✓✓	✓		2
	5.6.5	✓✓✓			3
5	5.7.1	✓✓✓			3
	5.7.2	✓✓✓			3
	5.7.3	✓✓	✓		2
	5.7.4	✓✓	✓		2
	5.7.5	✓✓✓			3
<b>ผลรวม</b>	47×3 = 141	115	0	0	<b>115</b>

$$IOC = \frac{115}{141} = 0.8156$$

หมายเหตุ: จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ข้อคำถาม 47 ข้อ

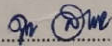
**ภาคผนวก ง**  
**เอกสารรับรองโครงการวิจัย**



AL 03.1

กรมสุขภาพจิต  
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย

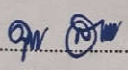
เลขที่หนังสือรับรอง	DMH.IRB.CO.A 005/2564	
ชื่อโครงการ	การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา The Develop of Group Motivational Enhancement Therapy for Persons with Schizophrenia and Alcohol Use Disorders	
รหัสโครงการวิจัย	DMH.IRB 050/2563 BRm_Ful	
ผู้วิจัยหลัก	นายไพรวลัย รมช้ายและคณะ	
สังกัดหน่วยงาน	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย	-	
ประเภทการทบทวน	การพิจารณาโครงร่างการวิจัยแบบเต็มชุด	
เอกสารที่รับรอง		
1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน	ฉบับวันที่ 26 พฤศจิกายน 2563	
2. โครงร่างการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 29 เมษายน 2564	
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย / อาสาสมัคร	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 29 เมษายน 2564	
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 1 มีนาคม 2564	
5. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	ฉบับวันที่ 26 พฤศจิกายน 2563	
6. ประวัติผู้วิจัย	ฉบับวันที่ 26 พฤศจิกายน 2563	
วันที่รับรอง 20 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564	วันที่หมดอายุการรับรอง 19 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565	
กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 12 เดือน (ส่งรายงานความก้าวหน้าภายใน 30 วัน ก่อนวันหมดอายุ)		
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)		
ลงนาม.....  ( นายดุสิต ลิขนะพิชิตกุล ) ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต		
ทั้งนี้ การรับรองมีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)		



AL 03.1

กรมสุขภาพจิต  
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

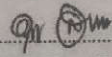
## หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย (ต่ออายุครั้งที่1)

เลขที่หนังสือรับรอง	DMH.IRB.COA 005/2564	
ชื่อโครงการ	การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา The Develop of Group Motivational Enhancement Therapy for Persons with Schizophrenia and Alcohol Use Disorders.	
รหัสโครงการวิจัย	DMH.IRB 050/2563 BRm_Ful	
ผู้วิจัยหลัก	นายไพโรวัลย์ ร่มซ้าย และคณะ	
สังกัดหน่วยงาน	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย	-	
ประเภทการทบทวน	การพิจารณาโครงร่างการวิจัยแบบเต็มชุด	
เอกสารที่รับรอง		
1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนฯ	ฉบับวันที่ 26 พฤศจิกายน 2563	
2. โครงร่างการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 29 เมษายน 2564	
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย / อาสาสมัคร	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 29 เมษายน 2564	
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 1 มีนาคม 2564	
5. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	ฉบับวันที่ 26 พฤศจิกายน 2563	
6. ประวัติผู้วิจัย	ฉบับวันที่ 26 พฤศจิกายน 2563	
วันที่รับรอง 19 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565	วันที่หมดอายุการรับรอง 18 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566	
กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 12 เดือน (ส่งรายงานความก้าวหน้าภายใน 30 วัน ก่อนวันหมดอายุ)		
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)		
ลงนาม.....  ( นายดุสิต ลิขนะพิชิตกุล ) ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต		
ทั้งนี้ การรับรองมีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)		



AL 03.1


## หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย (ต่ออายุครั้งที่ 2)

เลขที่หนังสือรับรอง	DMH.IRB.CO.A 005/2564	
ชื่อโครงการ	การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา The Develop of Group Motivational Enhancement Therapy for Persons with Schizophrenia and Alcohol Use Disorders.	
รหัสโครงการวิจัย	DMH.IRB 050/2563 BRm_Ful	
ผู้วิจัยหลัก	นายไพโรวัลย์ ร่มซ้าย และคณะ	
สังกัดหน่วยงาน	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย	-	
ประเภทการทบทวน	การพิจารณาโครงร่างการวิจัยแบบเต็มชุด	
เอกสารที่รับรอง		
1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน	ฉบับวันที่ 26 พฤศจิกายน 2563	
2. โครงร่างการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 29 เมษายน 2564	
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย / อาสาสมัคร	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 29 เมษายน 2564	
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 1 มีนาคม 2564	
5. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	ฉบับวันที่ 26 พฤศจิกายน 2563	
6. ประวัติผู้วิจัย	ฉบับวันที่ 26 พฤศจิกายน 2563	
วันที่รับรอง 19 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566	วันที่หมดอายุการรับรอง 17 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567	
กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 12 เดือน (ส่งรายงานความก้าวหน้าภายใน 30 วัน ก่อนวันหมดอายุ)		
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)		
<p>ลงนาม..... </p> <p>( นายคุลิต ลิขนะพิชิตกุล )</p> <p>ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต</p>		
ทั้งนี้ การรับรองมีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)		



AL 03.1

หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย (ต่ออายุครั้งที่ 3)

เลขที่หนังสือรับรอง	DMH.IRB.COA 005/2564	
ชื่อโครงการ	การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา The Develop of Group Motivational Enhancement Therapy for Persons with Schizophrenia and Alcohol Use Disorders.	
รหัสโครงการวิจัย	DMH.IRB 050/2563 BRm_Ful	
ผู้วิจัยหลัก	นายไพรวลัย รมชัย และคณะ	
สังกัดหน่วยงาน	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย	-	
ประเภทการทบทวน	การพิจารณาโครงการวิจัยแบบเต็มชุด	
เอกสารที่รับรอง		
1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนฯ	ฉบับวันที่ 26 พฤศจิกายน 2563	
2. โครงการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 29 เมษายน 2564	
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย / อาสาสมัคร	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 29 เมษายน 2564	
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 1 มีนาคม 2564	
5. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	ฉบับวันที่ 26 พฤศจิกายน 2563	
6. ประวัติผู้วิจัย	ฉบับวันที่ 26 พฤศจิกายน 2563	
วันที่รับรอง 20 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567	วันที่หมดอายุการรับรอง 19 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568	
กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 12 เดือน (ส่งรายงานความก้าวหน้าภายใน 30 วัน ก่อนวันหมดอายุ)		
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)		
<p>ลงนาม..... </p> <p>(นางสาวศุภรัตน์ เอกอัศวิน)</p> <p>ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต</p>		
ทั้งนี้ การรับรองมีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)		

## ภาคผนวก จ

## เอกสารแสดงข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครและเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

## เอกสารแสดงข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัคร

**ชื่อโครงการวิจัย:** การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา (การวิเคราะห์สภาพการณ์ในพยาบาลวิชาชีพ)

**ผู้สนับสนุนการวิจัย:** โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

**ผู้วิจัยหลัก**

ชื่อ นายไพรวลัย รมชัย

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 340-209999 ต่อ 63208 (มือถือ) 084- 4094156

**ผู้วิจัยร่วม 1**

ชื่อ นางปรารถนา คำมีสินนท์

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 340-209999 ต่อ 63400, 63806 (มือถือ) 092-6251491

**ผู้วิจัยร่วม 2**

ชื่อ นางศิริพร ธงยศ

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 340-209999 ต่อ 63401, 63402 (มือถือ) 088-5528524

**เรียน อาสาสมัครผู้รับการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดงานวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

**เหตุผลความเป็นมา** ปัญหาการดื่มสุราเป็นอุบัติการณ์ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งส่งผลทำให้ความรุนแรงของอาการของโรคจิตเภทสูงขึ้น มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล และทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ผ่านมามักทำแบบแยกส่วนระหว่าง การบำบัดเรื่องสุราและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทำให้การบำบัดไม่ครอบคลุมปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วย และทำให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำยังคงมีสูง การวิจัยครั้งนี้จึงต้องการพัฒนาโปรแกรมการบำบัด

เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท เกิดความตระหนักในการลดพฤติกรรม การตีตรา และให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ และช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการศึกษา** เพื่อศึกษาสภาพการณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตีตราและการบำบัดรักษา ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีตรา

จำนวนอาสาสมัครในโครงการวิจัย (ถ้าทำการศึกษารายบุคคลในหลายศูนย์ ให้ระบุจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในประเทศไทย และในศูนย์เดียวกับผู้ให้ความยินยอม) คือ 4 คน

**วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย** หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับเชิญให้มาตามวันเวลาที่ผู้ทำวิจัยนัดหมาย คือ การสัมภาษณ์แบบรายบุคคล โดยผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัย จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

**ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้รับการวิจัยในโครงการวิจัย** หากท่านตกลงเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์รายบุคคล จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ในประเด็นเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะโรคระหว่างโรคจิตเภทที่มีปัญหาการตีตรา และปัจจัยที่เป็นปัญหาเกี่ยวข้องกับกระบวนการการบำบัดรักษาที่ไม่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายโดยมีแนวคำถาม 4 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีตรา 2) รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้ในปัจจุบันในระบบบริการผู้ป่วยใน และผลลัพธ์ 3) ปัญหาและสาเหตุที่พบจากการให้บริการ 4) ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาประสิทธิภาพการบำบัดเพื่อแก้ปัญหาการตีตราในผู้ป่วยจิตเภท

**ความเสี่ยงที่อาจได้รับ** การศึกษาครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใดๆต่อร่างกายของท่าน แต่ท่านอาจรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจที่เป็นผลมาจากการสัมภาษณ์ในประเด็นที่เป็นปัญหาเกี่ยวข้องกับกระบวนการการบำบัดรักษาที่ไม่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายของหน่วยงานของท่านเอง ซึ่งท่านสามารถแจ้งแก่ผู้วิจัยและขอไม่ตอบคำถาม ข้อมูลที่ท่านรู้สึกว่าเป็นประเด็นอ่อนไหวหรือเป็นความลับของหน่วยงาน หรือท่านสามารถออกจากโครงการก่อนจบโครงการก็สามารถทำได้ โดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ

**ประโยชน์ที่อาจได้รับ** โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อกระบวนการบำบัดรักษาทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีตรา ซึ่งเมื่อการวิจัยได้ดำเนินการเสร็จสิ้นก็สามารถนำผลการศึกษาหรือโปรแกรมการบำบัดมาประยุกต์ใช้เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของท่าน

**วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ที่มีอยู่สำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย** ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในหน้าที่การงานที่ท่านเป็นอยู่ ซึ่งการปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีผลอย่างไรต่อความดีความชอบในหน้าที่การงานของท่านที่พึงจะเป็น

**ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย** ขอให้ท่านปฏิบัติตามนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

**อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย**

- หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

- ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นายไพรวลัย รมช้าย (หัวหน้าโครงการวิจัย) เบอร์โทร (ที่ทำงาน) 340-209999 ต่อ 63208 (มือถือ) 084- 4094156 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

**ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย** ท่านไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆที่จะต้องรับผิดชอบ

**ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย** การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ แต่ท่านจะเป็นผู้ผู้ที่ศคนให้ประโยชน์ในการมีส่วนร่วมในการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม เพื่อสามารถนำไปใช้บำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของหน่วยงาน

**การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย**

- การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อความดีความชอบในหน้าที่การงานที่พึงมีพึงได้ตามปกติ

- ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือในกรณีที่ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

**การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัครผู้รับการวิจัย**

- ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่านจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

- จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยแจ้งไปที่นายไพรวลัย รมช้าย (สถานที่ทำงาน) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

**สิทธิ์ของอาสาสมัครผู้รับการวิจัยในโครงการวิจัย** ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย รวมทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่าน รวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ

6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย

7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพล บังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต โทร. 02-5908443 โทรสาร. 02-1495540 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

**ชื่อโครงการวิจัย:** การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา (การวิเคราะห์สภาพการณ์ในผู้ป่วยจิตเภท)

**ผู้สนับสนุนการวิจัย:** โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

#### ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นายไพรวลัย รมชัย

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 340-209999 ต่อ 63208 (มือถือ) 084- 4094156

#### ผู้วิจัยร่วม 1

ชื่อ นางปรารธนา คำมีสินนท์

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 340-209999 ต่อ 63400, 63806 (มือถือ) 092-6251491

#### ผู้วิจัยร่วม 2

ชื่อ นางศิริพร ธงยศ

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 340-209999 ต่อ 63401, 63402 (มือถือ) 088-5528524

#### **เรียน อาสาสมัครผู้รับกรวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดงานวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

**เหตุผลความเป็นมา** ปัญหาการดื่มสุราเป็นอุบัติการณ์ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งส่งผลทำให้ความรุนแรงของอาการของโรคจิตเภทสูงขึ้น มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล และทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ผ่านมามีการทำแบบแยกส่วนระหว่างการบำบัดเรื่องสุราและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทำให้การบำบัดไม่ครอบคลุมปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วย และทำให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำยังคงมีสูง การวิจัยครั้งนี้จึงต้องการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท เกิดความตระหนักในการลดพฤติกรรมดื่มสุรา และให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ และช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการศึกษา** เพื่อการศึกษาสภาพการณ์ สภาพปัญหา และปัจจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่ม ปัจจัยสาเหตุที่นำไปสู่การดื่มสุราหรือการกลับไปดื่มซ้ำ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

จำนวนอาสาสมัครในโครงการวิจัย (ถ้าทำการศึกษารายบุคคล ในหลายศูนย์ ให้ระบุจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในประเทศไทย และในศูนย์เดียวกับผู้ให้ความยินยอม) คือ 5 คน

**วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย** หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับเชิญให้มาตามวันเวลาที่ผู้ทำวิจัยนัดหมาย คือ การสัมภาษณ์แบบรายบุคคล โดยผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัย จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

**ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้รับการวิจัยในโครงการวิจัย** หากท่านตกลงเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์แบบรายบุคคล จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ในประเด็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่ม ปัจจัยสาเหตุที่นำไปสู่การดื่มสุรา หรือการกลับไปดื่มซ้ำ รวมทั้งความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของท่าน

**ความเสี่ยงที่อาจได้รับ** การศึกษาครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใดๆต่อร่างกายของท่าน แต่ท่านอาจรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจที่เป็นผลมาจากการสัมภาษณ์ในประเด็นที่เป็นปัญหา หรือการเล่าถึงประสบการณ์ส่วนตัวในอดีต ซึ่งท่านสามารถแจ้งแก่ผู้วิจัยและออกจากโครงการก่อนจบโครงการก็สามารถทำได้ โดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และท่านจะได้รับบริการปรึกษาจนกว่าอาการจะดีขึ้นโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

**ประโยชน์ที่อาจได้รับ** โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติที่เข้าร่วมโครงการ คือช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการร่วมมือในการรักษา ลดพฤติกรรมการดื่มสุรา ทำให้มีอาการทางจิตดีขึ้น และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

**วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ที่มีอยู่สำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย** ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

**ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย** ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

**อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย**

- หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

- ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นายไพรวลัย รมช้าย (หัวหน้าโครงการวิจัย) เบอร์โทร (ที่ทำงาน) 340-209999 ต่อ 63208 (มือถือ) 084- 4094156 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

**ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย** ท่านไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆที่จะต้องรับผิดชอบ

**คำตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย** การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับคำตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ แต่ท่านจะเป็นผู้ตัดสินใจให้เป็นประโยชน์ในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมบำบัดเพื่อสามารถนำไปใช้บำบัดสำหรับผู้ป่วยอื่นที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน

#### **การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย**

- การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

- ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือในกรณีที่ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

#### **การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัครผู้รับการวิจัย**

- ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่านจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

- จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยแจ้งไปที่นายไพรวลัย รมช้าย (สถานที่ทำงาน) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

- จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

**สิทธิ์ของอาสาสมัครผู้รับการวิจัยในโครงการวิจัย** ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย รวมทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่าน รวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอลงตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพล บังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต โทร. 02-5908443 โทรสาร. 02-1495540 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

**ชื่อโครงการวิจัย:** การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา (การวิเคราะห์สภาพการณ์ในญาติผู้ป่วยจิตเภท)

**ผู้สนับสนุนการวิจัย:** โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

#### ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นายไพรวลัย รมชัย

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 340-209999 ต่อ 63208 (มือถือ) 084- 4094156

#### ผู้วิจัยร่วม 1

ชื่อ นางปรารถนา คำมีสินนท์

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 340-209999 ต่อ 63400, 63806 (มือถือ) 092-6251491

#### ผู้วิจัยร่วม 2

ชื่อ นางศิริพร ธงยศ

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 340-209999 ต่อ 63401, 63402 (มือถือ) 088-5528524

#### **เรียน อาสาสมัครผู้รับกรวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดงานวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

**เหตุผลความเป็นมา** ปัญหาการดื่มสุราเป็นอุบัติการณ์ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งส่งผลทำให้ความรุนแรงของอาการของโรคจิตเภทสูงขึ้น มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล และทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ผ่านมามีการทำแบบแยกส่วนระหว่างการบำบัดเรื่องสุราและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทำให้การบำบัดไม่ครอบคลุมปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วย และทำให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำยังคงมีสูง การวิจัยครั้งนี้จึงต้องการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท เกิดความตระหนักในการลดพฤติกรรมดื่มสุรา และให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ และช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการศึกษา** เพื่อการศึกษาสภาพการณ์ สภาพปัญหา และปัจจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย ทั้งเรื่องการเจ็บป่วยทางจิตและพฤติกรรมการดื่มสุรา ปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการดูแลและการแก้ไขเบื้องต้น

จำนวนอาสาสมัครในโครงการวิจัย (ถ้าทำการศึกษารายบุคคลในหลายศูนย์ ให้ระบุจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในประเทศไทย และในศูนย์เดียวกับผู้ให้ความยินยอม) คือ 5 คน

**วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย** หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับเชิญให้มาตามวันเวลาที่ผู้ทำวิจัยนัดหมาย คือ การสัมภาษณ์แบบรายบุคคล โดยผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยจำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

**ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้รับการวิจัยในโครงการวิจัย** หากท่านตกลงเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์แบบรายบุคคล จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ในประเด็นเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย ทั้งเรื่องการเจ็บป่วยทางจิตและพฤติกรรมการดื่มสุรา ปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการดูแลและการแก้ไขเบื้องต้น

**ความเสี่ยงที่อาจได้รับ** การศึกษาครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใดๆต่อร่างกายของท่าน แต่ท่านอาจรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจที่เป็นผลมาจากการสัมภาษณ์ในประเด็นที่เป็นปัญหา หรือการเล่าถึงประสบการณ์ส่วนตัวในอดีต ซึ่งท่านสามารถแจ้งแก่ผู้วิจัยและออกจากโครงการก่อนจบโครงการก็สามารถทำได้ โดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และท่านจะได้รับบริการปรึกษาจนกว่าจะมีอาการดีขึ้นโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

**ประโยชน์ที่อาจได้รับ** โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติที่เข้าร่วมโครงการ คือช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการร่วมมือในการรักษา ลดพฤติกรรมการดื่มสุรา ทำให้มีอาการทางจิตดีขึ้น และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

**วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ที่มีอยู่สำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย** ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของท่าน เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาญาติของท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

**ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย** ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

**อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย**

- หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

- ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นายไพรวลัย รมช้าย (หัวหน้าโครงการวิจัย) เบอร์โทร (ที่ทำงาน) 340-209999 ต่อ 63208 (มือถือ) 084- 4094156 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

**ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย** ท่านไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆที่จะต้องรับผิดชอบ

**คำตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย** การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับคำตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ แต่ท่านจะเป็นผู้ตัดสินใจให้เป็นประโยชน์ในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อสามารถนำไปใช้บำบัดสำหรับผู้ป่วยอื่นที่มีปัญหาคล้ายคลึงกับญาติของท่าน

#### **การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย**

- การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของผู้ป่วยในความดูแลของท่านแต่อย่างใด

- ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือในกรณีที่ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

#### **การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัครผู้รับการวิจัย**

- ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่านจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

- จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยแจ้งไปที่นายไพรวลัย รมช้าย (สถานที่ทำงาน) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

**สิทธิ์ของอาสาสมัครผู้รับการวิจัยในโครงการวิจัย** ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย รวมทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่าน รวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพล บังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต โทร. 02-5908443 โทรสาร. 02-1495540 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

**ชื่อโครงการวิจัย:** การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา (การศึกษาสำรวจเพื่อทดสอบความเหมาะสมของโปรแกรม)

**ผู้สนับสนุนการวิจัย:** โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

#### ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นายไพรวลัย รมชัย

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 340-209999 ต่อ 63208 (มือถือ) 084- 4094156

#### ผู้วิจัยร่วม 1

ชื่อ นางปรารธนา คำมีสินนท์

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 340-209999 ต่อ 63400, 63806 (มือถือ) 092-6251491

#### ผู้วิจัยร่วม 2

ชื่อ นางศิริพร ธงยศ

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 340-209999 ต่อ 63401, 63402 (มือถือ) 088-5528524

#### **เรียน อาสาสมัครผู้รับการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดงานวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

**เหตุผลความเป็นมา** ปัญหาการดื่มสุราเป็นอุบัติการณ์ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งส่งผลทำให้ความรุนแรงของอาการของโรคจิตเภทสูงขึ้น มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล และทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ผ่านมามีการทำแบบแยกส่วนระหว่างการบำบัดเรื่องสุราและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทำให้การบำบัดไม่ครอบคลุมปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วย และทำให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำยังคงมีสูง การวิจัยครั้งนี้จึงต้องการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท เกิดความตระหนักในการลดพฤติกรรมดื่มสุรา และให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ และช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการศึกษา** เพื่อศึกษาความเหมาะสมของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ด้านความเหมาะสมในการนำไปใช้ ความเหมาะสมของภาษา และระยะเวลาการดำเนินกลุ่ม

จำนวนอาสาสมัครในโครงการวิจัย (ถ้าทำการศึกษารายบุคคลในหลายศูนย์ ให้ระบุจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในประเทศไทย และในศูนย์เดียวกับผู้ให้ความยินยอม) คือ 6-8 คน

**วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย** หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอตรวจประเมินอาการทางจิต ภาวะความบกพร่องทางความคิดความจำและเซาว์ปัญญา และประเมินปัญหาการดื่มสุรา เพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ท่านจะได้รับเชิญให้มาตามวันเวลาที่ผู้ทำวิจัยนัดหมาย คือ การเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดแบบกลุ่ม จำนวน 5 ครั้ง ภายใน 1 สัปดาห์ในขณะที่ท่านกำลังรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล และมีการบำบัดพร้อมกับญาติจำนวน 1 ครั้งในวันทีญาติมารับกลับบ้าน โดยแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

**ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้รับการวิจัยในโครงการวิจัย** หากท่านตกลงเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ท่านจะได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัด จำนวน 5 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ในขณะที่ท่านกำลังรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล และการบำบัดพร้อมกับญาติจำนวน 1 ครั้งในวันทีญาติมารับกลับบ้าน

**ความเสี่ยงที่อาจได้รับ** การศึกษาครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใดๆต่อร่างกายของท่าน แต่ท่านอาจรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจที่เป็นผลมาจากการเข้ากลุ่ม หรือการเล่าถึงประสบการณ์ส่วนตัวในอดีต ซึ่งท่านจะอยู่ในความดูแลของผู้วิจัยที่จะคอยสังเกตอาการตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย และหากรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจท่านสามารถแจ้งแก่ผู้วิจัยและขอออกจากโครงการก่อนจบโครงการก็สามารถทำได้ โดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และท่านจะได้รับบริการปรึกษาจนกว่าอาการจะดีขึ้นโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

**ประโยชน์ที่อาจได้รับ** โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติที่เข้าร่วมโครงการ คือช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการร่วมมือในการรักษา ลดพฤติกรรมอาการดื่มสุรา ทำให้มีอาการทางจิตดีขึ้น และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

**วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย** ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

**ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย** ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

**อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย**

- หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

- ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นายไพรวลัย รมช้าย (หัวหน้าโครงการวิจัย) เบอร์โทร (ที่ทำงาน) 340-209999 ต่อ 63208 (มือถือ) 084- 4094156 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

**ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย** ท่านไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆที่จะต้องรับผิดชอบ

**ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย** การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ แต่ท่านได้รับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ทั้งยังเป็นผู้อุทิศตนให้เป็นประโยชน์ในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อสามารถนำไปใช้บำบัดสำหรับผู้ป่วยอื่นที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน

**การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย**

- การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

- ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือในกรณีที่ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

**การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัครผู้รับการวิจัย**

- ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่านจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

- จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยแจ้งไปที่นายไพรวลัย รมช้าย (สถานที่ทำงาน) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

- จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

**สิทธิ์ของอาสาสมัครผู้รับการวิจัยในโครงการวิจัย** ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย รวมทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่าน รวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ

6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย

7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพล บังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต โทร. 02-5908443 โทรสาร. 02-1495540 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

**ชื่อโครงการวิจัย:** การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา (การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม)

**ผู้สนับสนุนการวิจัย:** โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

#### ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นายไพรวลัย รมชัย

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 340-209999 ต่อ 63208 (มือถือ) 084- 4094156

#### ผู้วิจัยร่วม 1

ชื่อ นางปรารธนา คำมีสินนท์

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 340-209999 ต่อ 63400, 63806 (มือถือ) 092-6251491

#### ผู้วิจัยร่วม 2

ชื่อ นางศิริพร ธงยศ

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 340-209999 ต่อ 63401, 63402 (มือถือ) 088-5528524

#### **เรียน อาสาสมัครผู้รับการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดงานวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

**เหตุผลความเป็นมา** ปัญหาการติ่มสุราเป็นอุบัติการณ์ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งส่งผลทำให้ความรุนแรงของอาการของโรคจิตเภทสูงขึ้น มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล และทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ผ่านมามีการทำแบบแยกส่วนระหว่างการบำบัดเรื่องสุราและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทำให้การบำบัดไม่ครอบคลุมปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วย และทำให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำยังคงมีสูง การวิจัยครั้งนี้จึงต้องการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท เกิดความตระหนักในการลดพฤติกรรมติ่มสุรา และให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ และช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการศึกษา** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

จำนวนอาสาสมัครในโครงการวิจัย (ถ้าทำการศึกษารวบรวมข้อมูลในหลายศูนย์ ให้ระบุจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในประเทศไทย และในศูนย์เดียวกับผู้ให้ความยินยอม) คือ 32 คน

**วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย** หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอตรวจประเมินอาการทางจิต ภาวะความบกพร่องทางความคิดความจำและเซาว์ปัญญา และประเมินปัญหาการดื่มสุรา เพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ท่านจะได้รับเชิญให้มาตามวันเวลาที่ผู้ทำวิจัยนัดหมาย คือ การเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดแบบกลุ่ม จำนวน 5 ครั้ง ภายใน 1 สัปดาห์ในขณะที่ท่านกำลังรับการรักษายู่ภายในโรงพยาบาล และมีการพูดคุยพร้อมกับญาติจำนวน 1 ครั้งในวันที่ญาติมารับกลับบ้าน และการติดตามผลหลังจำหน่าย 1, 2 และ 3 เดือน โดยแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

**ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้รับการวิจัยในโครงการวิจัย** หากท่านตกลงเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ท่านจะได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัด จำนวน 5 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ในขณะที่ท่านกำลังรับการรักษายู่ภายในโรงพยาบาล และการพูดคุยพร้อมกับญาติจำนวน 1 ครั้งในวันที่ญาติมารับกลับบ้าน และจะมีการตอบแบบประเมินผลลัพธ์ของโครงการทั้งหมด 4 ครั้ง คือก่อนการบำบัด และระยะติดตามหลังจำหน่าย 1, 2 และ 3 เดือน โดยการประเมินหลังจำหน่ายจะดำเนินการเมื่อท่านมารับบริการที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกซึ่งตรงกับวันนัดพบแพทย์ หรือเป็นการติดตามทางโทรศัพท์ในกรณีที่ท่านไม่สะดวกมารับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และต้องการรับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

**ความเสี่ยงที่อาจได้รับ** การศึกษาครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใดๆต่อร่างกายของท่าน แต่ท่านอาจรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจที่เป็นผลมาจากการเข้ากลุ่ม หรือการเล่าถึงประสบการณ์ส่วนตัวในอดีต ซึ่งท่านจะอยู่ในความดูแลของผู้วิจัยที่จะคอยสังเกตอาการตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย และหากรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจท่านสามารถแจ้งแก่ผู้วิจัยและขอออกจากโครงการก่อนจบโครงการก็สามารถทำได้ โดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และท่านจะได้รับบริการปรึกษาจนกว่าอาการจะดีขึ้นโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

**ประโยชน์ที่อาจได้รับ** โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติที่เข้าร่วมโครงการ คือช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการร่วมมือในการรักษา ลดพฤติกรรมการดื่มสุรา ทำให้มีอาการทางจิตดีขึ้น และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

**วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ที่มีอยู่สำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย** ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

**ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย** ขอให้ท่านปฏิบัติตามดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

### **อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย**

- หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัยยินดีจะรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

- ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นายไพรวลัย รัมย์ชัย (หัวหน้าโครงการวิจัย) เบอร์โทร (ที่ทำงาน) 340-209999 ต่อ 63208 (มือถือ) 084- 4094156 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

### **ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย** ท่านไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆที่จะต้องรับผิดชอบ

**ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย** การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ แต่ท่านได้รับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ทั้งยังเป็นผู้อุทิศตนให้เป็นประโยชน์ในการมีส่วนร่วมในการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม เพื่อสามารถนำไปใช้บำบัดสำหรับผู้ป่วยอื่นที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน

### **การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย**

- การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

- ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือในกรณีที่ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

### **การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัครผู้รับการวิจัย**

- ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่านจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

- จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยแจ้งไปที่นายไพรวลัย รัมย์ชัย (สถานที่ทำงาน) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

- จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

**สิทธิ์ของอาสาสมัครผู้รับการวิจัยในโครงการวิจัย** ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย รวมทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่าน รวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่า การยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพล บังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต โทร. 02-5908443 โทรสาร. 02-1495540 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

### เอกสารให้คำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

โครงร่างการวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่าน

รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงร่างการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และ

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงร่างการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงร่างการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงร่างการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด

ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดความเสียหายหรืออันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับค่าชดเชยจากผู้วิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงร่างการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อสิทธิ์อื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย หรือคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงร่างการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือข้อมูลทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการใช้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อจะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม  
 (.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง  
 วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามผู้ทำวิจัย  
 (.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง  
 วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน  
 (.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง  
 วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

**ภาคผนวก ฉ**  
**ประวัติผู้วิจัย**

**ประวัติหัวหน้าโครงการวิจัย**

1. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นายไพรวลัย รมชัย
- (ภาษาอังกฤษ) Mr. Praiwan Romsai
- 1.1 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีและตรวจรักษาพิเศษ
- 1.2 สถานที่ทำงาน กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีและตรวจรักษาพิเศษ
- กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
- ถ. ชატะผดุง อ. เมือง จ. ขอนแก่น 40000
- โทรศัพท์ 0-4320-9999, 08-4409-4156
- โทรสาร 0-4322-4722
- 1.3 ประวัติการศึกษา
  - 1.3.1 ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา จ. นนทบุรี ในปี พ.ศ. 2531
  - 1.3.2 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จ. เชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2539
  - 1.3.3 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในปี พ.ศ. 2548
  - 1.3.4 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2552
- 1.4 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่
  - 1.4.1 การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
    - ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2550 หน้า 24-35
  - 1.4.2 การใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
    - ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 52 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2550 หน้า 390-401
  - 1.4.3 ผลการดำเนินงานโครงการการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2551)
    - ได้รับรางวัลนิพนธ์ต้นฉบับดีเด่น ในการประชุมวิชาการนานาชาติครั้งที่ 7 ปี พ.ศ. 2551
    - ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2551

1.4.4 การศึกษาผลการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช  
ในชุมชน: บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน ปี พศ. 2551

- ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2552 หน้า 19-33

1.4.5 ประสิทธิภาพการใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของ  
พยาบาลวิชาชีพ ในการใช้การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรัง (2553)

- ได้รับรางวัลชมเชยการประกวดผลงานการศึกษาวิจัยสมบูรณ์ (Full paper) ในการ  
ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 9 และการประชุมวิชาการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย ครั้งที่ 7  
ประจำปี 2553

- ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2553 หน้า 95-110

2.4.6 การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007)

- ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 การนำเสนอผลงานวิชาการห้องพัฒนาระบบบริการและ  
นวัตกรรมสุขภาพจิต ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552

- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 54 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2552 หน้า 299-316

1.4.7 การศึกษาสุขภาพจิตคนไทย ปี 2550

- ได้รับรางวัลชนะเลิศการนำเสนอผลงานวิชาการ ห้องระบาดวิทยาสุขภาพจิตและจิตเวช  
ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552

- ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2551  
หน้า 104-117

1.4.8 ประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบ  
และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช (2554)

- ได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่น ในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี  
2554

1.4.9 การศึกษาข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ และการบำบัดรักษาของผู้ป่วยในที่มีความเสี่ยงต่อการ  
ฆ่าตัวตาย ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 11 ประจำปี 2555

1.4.10 การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU-9)

- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 10 ปี พ.ศ. 2554

- ได้รับรางวัลผลงานวิชาการยอดเยี่ยมในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี  
2554

- ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 21 ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2555 หน้า 1,093-1,104

1.4.11 การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น  
ราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2555

- 1.4.12 การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ  
- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิต ครั้งที่ 13 ปี พ.ศ. 2557
- 1.4.13 ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 2561
- 1.4.14 การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช
- 1.4.15 การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 2561
- 1.4.16 ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตต่อทักษะการดูแลตนเอง อาการทางจิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 2561
- 1.4.17 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้สูงอายุไทย
- 1.4.18 ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและอาการทางจิตของผู้ป่วยในโรคจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 2564



