

ผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์
ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์*

THE EFFECT OF GROUP BEHAVIORAL INTERVENTION ON ALCOHOL
CONSUMPTION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH ALCOHOL ABUSE

พุดิชาดา จันทะคุณ, พ.ย.ม. (Psutthichada Janthakun, M.N.S.)**

เพ็ญพัศตร์ อุทิศ, Ph.D. (Penpaktr Uthis, Ph.D.)***

Abstract

Objectives: The purpose of this quasi – experimental research using the pretest – posttest randomized control group design were: 1) to compare the alcohol consumption of schizophrenic patients with alcohol abuse before and after received the group behavioral intervention, and 2) to compare the alcohol consumption of schizophrenic patients with alcohol abuse who received the group behavioral intervention and those who received regular caring activities.

Methods: The sample composed of 40 schizophrenic patients with alcohol abuse, residing in community, who sought for services at outpatient department of one psychiatric hospital. They were matched pairs according to alcohol consumption scores and length of diagnosis with schizophrenia and then randomly assigned into either experimental or control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the group behavioral intervention program developed by the researcher. The control group

received regular caring activities. The research instruments consisted of: 1) the group behavioral intervention program, 2) Demographic questionnaire, 3) the AUDIT scale, and 4) The coping scale. All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 3rd and 4th instruments were reported by Chronbach Alpha as of 0.82 and 0.86 respectively. The t-test was use in data analysis.

Results:

1. The alcohol consumption of schizophrenic patients with alcohol abuse after received the group behavioral intervention was lower than that before ($t = 33.818, p < .05$).

2. The alcohol consumption of schizophrenic patients with alcohol abuse after received the group behavioral treatment was lower than those who received the regular caring activities ($t = -7.185, p < .05$).

* วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: Penpaktr_uthis@hotmail.com

Keywords: Alcohol consumption, Behavioral intervention, Schizophrenic Patients with alcohol abuse

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ก่อนและหลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม 2) เปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการ: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คนเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วมซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชน และมารับบริการงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชแห่งหนึ่ง ได้รับการจับคู่ให้มีลักษณะที่ใกล้เคียงกันด้วยคะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และถูกสุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการทำกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ (AUDIT) และ 4) แบบวัดความสามารถในการเผชิญความเครียด เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 3 และ 4 มีค่าความเที่ยงอัลฟาของครอนบาค

เท่ากับ 0.82 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการวิจัย:

1. การบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมลดลงกว่าก่อนได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 33.818$)

2. การบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมลดลงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -7.185$)

คำสำคัญ: การบริโภคแอลกอฮอล์ การบำบัดทางพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชซึ่งมีความผิดปกติทั้งด้าน กระบวนการความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรมเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดคือประมาณร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และพบอัตราความชุกประมาณร้อยละ 1 และพบอุบัติการณ์ประมาณ 0.5-1.5 ต่อประชากร 10,000 ราย หรือโดยเฉลี่ยจะมีผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 2 ล้านคนต่อปี (Sadock & Sadock, 2007) สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบอัตราความชุกชั่วชีวิตของโรคนี้มีค่าประมาณ 4 ราย ต่อประชากร 1,000 ราย ส่วนอุบัติการณ์พบประมาณ 15.2 ต่อประชากร 1,000 ราย ต่อปี โดยเพศชายมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.4 เท่า (ศิริจิต สุทธิจิตต์

และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2552) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตซึ่งมารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ปี 2555 จำนวน 1,830,643 คน เป็นโรคจิตเภทมากถึง 388,779 คน คิดเป็นร้อยละ 21.23 ของผู้ป่วยทางจิตทั้งหมด (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2555)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน ซึ่งปัญหาสำคัญประการหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนคือ มีการใช้สารเสพติดร่วมสูงถึงร้อยละ 40-60 (Blanchard, Brown, Horan, & Sherwood, 2000; Cantor, Nordstro, & McNeil, 2001) โดยเป็นการใช้แอลกอฮอล์มากที่สุด คือ ร้อยละ 34-35.6 (Batki, Leontieva, Dmmock, & Ploutz-Synder, 2008; Margolese, Negrete, Tempier, & Gill, 2005) สอดคล้องกับผลการสำรวจทางระบาดวิทยาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโรคติดแอลกอฮอล์ร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 37 (Regier et al., 1990) ซึ่งการใช้สารเสพติดร่วมนี้เป็นปัญหาที่สำคัญในประเทศไทยเช่นกัน โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตนั้นจะมีความเสี่ยงในการใช้สารเสพติดสูงกว่าประชากรทั่วไป ถึงร้อยละ 29 (กาญจนา สุทธิเนียม และคณะ, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยวัน สนั่นเอื้อ (2551) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการใช้สารเสพติดร่วมอย่างน้อย 1 ชนิด ร้อยละ 85.1 โดยผลการศึกษาของ มันทนา กิตติพิรัช (2551) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอกมีความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ และการติดแอลกอฮอล์ร้อยละ 37.7 และ 10.7 ตามลำดับ นอกจากนี้ข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2553-2555 พบว่าผู้ป่วยโรค จิตเภทที่อาศัยอยู่ใน

ชุมชน มีการใช้แอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายรวมทั้งการติดแอลกอฮอล์ร้อยละ 22.53, 28.75 และ 34.75 ตามลำดับ ซึ่งการบริโภคแอลกอฮอล์อาจส่งผลกระทบต่อผู้บริโภคมากน้อยแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะและรูปแบบของพฤติกรรมการบริโภค เมื่อพิจารณาข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ปี 2555 โดยใช้เครื่องมือคัดกรอง AUDIT พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ตามคะแนนของ AUDIT แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 43.2 กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง ร้อยละ 27.5 กลุ่มที่ดื่มแบบอันตราย ร้อยละ 16.4 และกลุ่มที่สงสัยว่าจะติดแอลกอฮอล์ ร้อยละ 12.9 (โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์, 2555)

Gregg, Barrowclough, & Haddock (2007) พบว่าการเผชิญความเครียด (coping) คือ ปัจจัยสำคัญซึ่งส่งผลต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนเนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความทนต่อความกดดันทางด้านจิตใจต่ำ เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงเกิดความเครียดจากปัญหาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่และการดำเนินชีวิตในชุมชนได้ง่าย อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยมักเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น มีการใช้สารเสพติดรวมทั้งการดื่มแอลกอฮอล์ร่วม (พิเชฐ อุดมรัตน์ และคณะ, 2552) ดังผลการศึกษาในต่างประเทศซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนใช้การดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเผชิญความเครียดจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ ช่วยบรรเทาอาการทางลบของโรคจิตเภท (Batki et al, 2008; Blanchard et al., 2000; Talamo et al, 2006) และช่วยลดปัญหาในการเข้าสังคม คือ ทำให้รู้สึกมีความสุขและ

เกิดความรู้สึกที่กล้ำกลืนมากขึ้น (Gregg, Haddock, & Barrowclough, 2009) สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยของไพลิน ปรัชญคุปต์ (2545) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยให้ทำงานได้ร้อยละ 47.8 และเพื่อคลายเครียดร้อยละ 14.6 อีกทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญพุด คงพาณิชย์ตระกูล (2547) ซึ่งพบว่าเหตุผลในการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ เพื่อผ่อนคลายความเครียด เพิ่มอารมณ์ด้านบวก และลดอารมณ์ด้านลบ รวมทั้งเพื่อการเข้าสังคม ซึ่งหากผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้แอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่มีอยู่ให้หมดไปและอาจมีความเครียดเพิ่มมากขึ้นจนเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมตามมา (พิเชษฐ อดุมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันนท์, 2552; Gregg et al., 2007, 2009) ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นแนวทางการบำบัดที่สำคัญประการหนึ่งซึ่งจะช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วมมีการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า ในปัจจุบันการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีรูปแบบการให้บริการตามแนวทางในคู่มือการดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ซึ่งมารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2555) ซึ่งเป็นการให้บริการในลักษณะที่เหมือนกันในผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคทางจิตเวชที่มีปัญหาใช้แอลกอฮอล์ ประกอบด้วยการบำบัดด้วยยา ซึ่งเน้นการรักษาทางกาย เพื่อลดอาการถอนพิษแอลกอฮอล์และอาการทางจิตตามกลุ่มโรคที่เจ็บป่วยและการบำบัดทางจิตสังคมซึ่งมีเป้าหมาย

ให้ผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคมจนสามารถควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์หรือหยุดการบริโภคแอลกอฮอล์ให้นานที่สุด อย่างไรก็ตามยังไม่พบการบำบัดที่มีรูปแบบบริการซึ่งมีความเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์โดยตรง รวมถึงยังขาดการบำบัดเพื่อจัดการกับปัญหาการเผชิญความเครียดอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยเหตุสำคัญของการบริโภคแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาใช้แอลกอฮอล์ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จึงสนใจศึกษาเพื่อแก้ไขช่องว่างขององค์ความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชน ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดทักษะในการเผชิญความเครียดอันเป็นผลสืบเนื่องจากการป่วยด้วยโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลด ละ หรือ เลิกการบริโภคแอลกอฮอล์ได้ดียิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในต่างประเทศ พบว่าโปรแกรม Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness (BTSAS) ของ Bellack, Bennett, Gearon, Brown, & Yang (2006) และ Bellack, Bennett, & Gearon (2007) เป็นรูปแบบการบำบัดที่ช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เกิดทักษะในการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง (Bennett, Bellack & Gearon, 2001; Bellack et al., 2006) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้

ผู้วิจัยสนใจพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม ขึ้นโดยการประยุกต์จากโปรแกรม Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness (BTSAS) ซึ่งเป็นกลุ่มบำบัดที่มีโครงสร้างชัดเจนโดยผสมผสานระหว่างการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคมที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการเผชิญกับความเครียดจากการใช้สารเสพติดรวมถึงการบริโภคแอลกอฮอล์ และความเครียดจากการเจ็บป่วยทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ได้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในชุมชน มีพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใช้ในการวิจัยครั้งนี้ครอบคลุมสาระสำคัญ 6 ประการ ได้แก่ 1) การสร้างแรงจูงใจเพื่อลดการใช้แอลกอฮอล์ 2) การตั้งเป้าหมายในการบำบัด 3) การประเมินและเสริมแรงเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมใช้แอลกอฮอล์ 4) การฝึกทักษะทางสังคมเรื่องการปฏิเสธ และการสร้างสัมพันธภาพ 5) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การติดแอลกอฮอล์และฝึกทักษะเผชิญความเครียดเนื่องจากการป่วยและใช้แอลกอฮอล์ และ 6) การฝึกทักษะแก้ไขปัญหาและการเผชิญความเครียดจากสิ่งเร้าที่นำไปสู่การเสพยา ซึ่งสาระสำคัญเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ มีแนวทางในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และสามารถเผชิญความเครียดอันเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและผลกระทบที่ตามมาได้อย่างเหมาะสม อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ก่อนและหลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีปัญหาซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วไป (Manning et al., 2007, 2009) เนื่องจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์มีผลทำให้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงาน จนทำให้กระบวนการรู้คิดเกิดความบกพร่องมากขึ้น (Faltz & Sellin, 2005; Manning et al., 2007) ส่งผลให้เกิดความพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมมากขึ้นกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วไป ซึ่งถือเป็นผลกระทบที่มีความสำคัญมากที่สุดต่อการดำรงชีวิตในชุมชน (Salysers & Mueser, 2001) อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี และมีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม ด้วยการใช้สารเสพติดและดื่มแอลกอฮอล์เพื่อคลายเครียด (พิเชฐ อุดมรัตน์ และคณะ, 2552; Blanchard et al., 2000) ซึ่งแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้มากที่สุด โดยพบในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 34-35.6 (Batki et al., 2008; Margolese et al., 2005)

สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการใช้แอลกอฮอล์เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับความเครียด (coping) อันมีสาเหตุมาจาก

การเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Gregg et al., 2007) ดังนั้นการแก้ไขปัญหการบริโภคแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จึงจำเป็นต้องค้นหารูปแบบการให้บริการที่มีความเฉพาะเจาะจงที่จะสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสามารถในการเผชิญกับความเครียดได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยพบว่า โปรแกรม Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness (BTSAS) ของ Bellack et al. (2006, 2007) เป็นกลุ่มบำบัดที่มีโครงสร้างชัดเจนโดยใช้หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และให้ความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องร่วมกับแนวคิดการฝึกทักษะทางสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและสังคมได้อย่างเหมาะสมตามบริบท (Bellack et al., 1997) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรมนี้มาประยุกต์และพัฒนาเป็นโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีการใช้แอลกอฮอล์ในบริบทของประเทศไทย โดยมุ่งให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการเผชิญกับความเครียดจากการใช้แอลกอฮอล์และการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การบริโภคแอลกอฮอล์ที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วมเป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 10 คน จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกันนาน 8 สัปดาห์ ซึ่งสาระสำคัญในการดำเนินการแต่ละครั้งคาดว่า จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง ดังนี้ ครั้งที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ และเสริมสร้างแรงจูงใจ ครั้งที่ 2) การให้คำมั่นสัญญา

และตั้งเป้าหมายการบำบัด ครั้งที่ 3) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทแอลกอฮอล์และผลของแอลกอฮอล์ ครั้งที่ 4) การฝึกทักษะการจัดการอาการอยากดื่มแอลกอฮอล์ ครั้งที่ 5) การฝึกทักษะการสื่อสาร การปฏิเสธ และการสร้างสัมพันธภาพโดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์ ครั้งที่ 6) การให้ความรู้เรื่องความเครียด และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการใช้แอลกอฮอล์ (เช่น การเพิกเฉย หลีกเลียง ปฏิเสธการใช้แอลกอฮอล์) ครั้งที่ 7) การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหจากการเจ็บป่วย การบริโภคแอลกอฮอล์ และการเผชิญความเครียดจากสิ่งเร้าที่นำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์ซ้ำ และครั้งที่ 8) การฝึกทักษะวางแผนอนาคตเพื่อดูแลตนเอง การดำเนินชีวิต และการป้องกันการเสพซ้ำ

คำถามการวิจัย

1. ภายหลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม การบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ จะลดลงหรือไม่ อย่างไร
2. การบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. การบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ หลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรม
2. การบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการซึ่งมีความเฉพาะเจาะจงและมีประสิทธิภาพสำหรับการลด ละ และเลิก พฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้องค์ความรู้และข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based nursing practice) ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองโดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (Polit & Hungler, 2004)

ประชากร คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0 – F20.9) และใช้แอลกอฮอล์ ซึ่งรวมถึงการใช้แอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายและการติดแอลกอฮอล์ (F10.1, F 10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชนและมารับบริการในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0- F20.9) และใช้แอลกอฮอล์ซึ่งรวมถึงการใช้แอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายและการติดแอลกอฮอล์ (F10.1, F10.2) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) อาศัยอยู่ในชุมชน และมารับบริการในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จำนวน 40 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้าและคัดออก

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Cochran & Cox, 1992 อ้างถึงในรัตนศิริทาโต, 2552) ด้วยโปรแกรม PASS แบบ Two-Sample t-Tests power analysis โดยนำผลการศึกษาของ Bellack et al. (2006) มาใช้ ซึ่งเมื่อกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 11 คน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน รวม 40 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดพอเหมาะกับการวิจัยแบบทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงการดำเนินการอย่างรอบคอบเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย อีกทั้งโครงการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม ซึ่งพัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์จากโปรแกรม Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent mental Illness (BTSAS) ของ Bellack et al. (2006) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.90

ชุดที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดความสามารถในการเผชิญความเครียดของ

Jalowiec Coping scale (Jalowiec, Murphy, & Power, 1987 อ้างถึงใน Guo Guifang, 1996) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย จารุวรรณ จินตามงคล (2541) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.95 และความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.86

ชุดที่ 3 เครื่องมือรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ชุด คือ 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น 2. แบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ (AUDIT) มีค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยทั้งด้านองค์ความรู้และทักษะในการบำบัดทางพฤติกรรม และเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน

1.2 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์เพื่อขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รวมทั้งขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และเมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเพื่อชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัยแล้วประสานงานกับหัวหน้างานผู้ป่วยนอกและหัวหน้างานเวชระเบียนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ แล้วพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการทำวิจัยการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย แล้วลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการ

วิจัย

1.3 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (matched-pairs) จำนวน 20 คู่ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยใช้ระยะเวลาการเจ็บป่วยและคะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์ (AUDIT) (Bellack et al., 2006) แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน จากนั้นดำเนินการในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

1.3.1 กลุ่มทดลอง ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์จากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน แล้วให้ข้อมูลการดำเนินกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมและนัดหมายโดยแจ้งวันเวลา สถานที่ ในการเข้าร่วมการบำบัด พร้อมมอบตารางการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง

1.3.2 กลุ่มควบคุม ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์แล้วให้ข้อมูลถึงการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับ แล้วนัดหมายเพื่อพบครั้งต่อไปใน 8 สัปดาห์ข้างหน้า

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1-8 ได้รับการดูแลตามปกติ

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม โดยดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 90 นาที จำนวน 8 ครั้ง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ ตามการนัดหมายที่แผนกผู้ป่วยนอก

3. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ (AUDIT) ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ (pretest) และหลังจากเสร็จสิ้นการทดลองครบ 8 สัปดาห์ (posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบระดับการบริโภคแอลกอฮอล์ของแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติ Paired t-test

3. เปรียบเทียบระดับการบริโภคแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independence t-test

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย

จากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท

ที่ใช้แอลกอฮอล์เพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุ 31-35 ปี มีสถานภาพสมรสโสด มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,001-2,500 บาท และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 3.3 ปี ส่วนใหญ่มีการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันในช่วงระยะเวลา 1-3 เดือน โดยมีสาเหตุของการบริโภคมาจากหลายสาเหตุรวมกัน (ร้อยละ 52) รองลงมาเป็นการบริโภคในช่วงเทศกาล (ร้อยละ 32) และส่วนใหญ่จะมีการใช้หรือร่วมด้วย และเมื่อพิจารณาระดับการบริโภคแอลกอฮอล์ก่อนการทดลอง พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ (AUDIT) อยู่ในระดับการดื่มแบบเสี่ยง ที่เหลือเป็นการดื่มแบบอันตราย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม (n=40)

การบริโภคแอลกอฮอล์	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	15	1.806	19	33.818	.000	
หลังการทดลอง	6.90	1.553				
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	14.75	1.970	19	16.905	.000	
หลังการทดลอง	10.95	1.986				

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติแตกต่างกันอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 33.818$ และ 16.905 ตามลำดับ) โดยคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n= 40)

การบริโภคแอลกอฮอล์	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	14.95	1.791	38	.336	.739	
หลังการทดลอง	14.75	1.970				
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	6.90	1.553	38	-7.185	.000	
หลังการทดลอง	10.95	1.986				

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่ต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม มีค่าน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (= 6.90 และ 10.95 ตามลำดับ, $t = -7.185$, $p < .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ ที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

1. ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 33.818$) โดยคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์หลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมลดลงกว่าก่อนได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม อภิปรายผลการศึกษารายงานดังต่อไปนี้

จากการที่พบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ซึ่งได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองนั้น เนื่องจากกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมเป็นกลุ่มบำบัดที่เน้นแนวคิดหลักคือการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในตนเอง แก้ไขความลังเลใจ และเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทวิวิสาระพันธ์ (2551) ที่ศึกษาผลของการบำบัดเพื่อ

เสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม เนื่องจากแอลกอฮอล์พบว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุราไปในทางที่ดีขึ้น ผู้ป่วยตระหนักถึงผลเสียของการดื่มสุรามากขึ้น หลังการบำบัดผู้ป่วยมีกำลังใจมากขึ้น มีความรู้สึกมั่นใจในตนเอง เชื่อมั่นว่าตนเองจะทำได้สำเร็จจึงทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางพฤติกรรมบำบัดให้ลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งปริมาณและจำนวนวันที่ดื่ม

นอกจากนี้ในโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ยังมีการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการใช้แอลกอฮอล์ ร่วมกับการฝึกทักษะพื้นฐานต่างๆ ทางสังคม และทักษะแก้ไขปัญหาและการเผชิญความเครียดอันเนื่องมาจากการป่วยและการใช้แอลกอฮอล์และใช้วิธีการฝึกทักษะที่มีประสิทธิภาพในลักษณะต่างๆ ซึ่งทักษะที่ได้รับการพัฒนาเหล่านี้ส่งผลทำให้สามารถเผชิญกับความเครียดจากสิ่งเร้าที่นำไปสู่การเสพยาแอลกอฮอล์ซ้ำได้ ดังจะเห็นได้จากผลการกำกับการทดลองที่พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ทุกรายมีคะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ มีความสามารถในการเผชิญความเครียดระดับพอใช้ 19 คน และระดับดี 1 คน ประกอบกับการบำบัดโดยใช้กระบวนการกลุ่มบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่ม ได้ฝึกกลวิธีในการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการให้ข้อมูลย้อนกลับและสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะทาง

สังคมที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตได้ (Bellack et al., 2006) อีกทั้งการเข้ากลุ่มบำบัดทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการนำความรู้และทักษะต่างๆ ที่ได้รับการพัฒนาไปประยุกต์ใช้ได้ ในสถานการณ์จริง เมื่อผู้ป่วยอยู่กับครอบครัวในชุมชน ช่วยให้เกิดทักษะการเข้าสังคม และการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีการเผชิญปัญหาต่างๆ ด้วยวิธีการที่เหมาะสม จนส่งผลให้พฤติกรรมทางพฤติกรรมบำบัดแอลกอฮอล์ลดลง (Baker et al., 2002)

สำหรับการที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 16.905$) เช่นกันนั้น เนื่องจากโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชซึ่งมีรูปแบบการดูแลตามปกติที่ได้มาตรฐานแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ ซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยการประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การให้คำแนะนำตามหลัก D-METHOD การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivation interviewing and motivational enhancement therapy) การให้คำปรึกษารายบุคคล และการให้คำปรึกษาครอบครัว ตามปัญหาและความต้องการของแต่ละราย เป็นต้น จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ หลังการทดลองน้อยกว่าก่อน

การทดลอง

2. ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการบริโภคน้ำตาลของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยการบริโภคน้ำตาลของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยการบริโภคน้ำตาลของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X}=6.90$ และ 10.95 ตามลำดับ, $t = -7.185, p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ การบริโภคน้ำตาลของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อภิปรายผลการศึกษาที่พบดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีการบริโภคน้ำตาลลดลง เนื่องจากเป็นกลุ่มบำบัดที่มีแนวคิดพื้นฐานมาจากพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) อีกทั้งมีโครงสร้างชัดเจนในการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และให้ความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและสังคมได้อย่างเหมาะสมตามบริบท (Bellack et al, 1997) จึงเป็นวิธีการบำบัดที่มุ่งแก้ปัญหาผู้ป่วยอย่าง

ตรงไปตรงมาและเป็นไปได้ โดยทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มพฤติกรรมนิยมที่นำมาใช้คือ ทฤษฎี Classical conditioning และ Operant conditioning เน้นที่สิ่งเร้าและการตอบสนอง และการวางเงื่อนไข ใช้เทคนิคและวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ การประเมินและรายงานตนเอง การเสริมแรงในการกระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์และการลงโทษในพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการใช้เทคนิค Modeling ในการฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคม (Bellack et al., 1997) ซึ่งในภาพรวมการบำบัดรูปแบบนี้มีจุดมุ่งหมายคือ การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อพัฒนาหน้าที่ความสามารถ โดยใช้หลักทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) แบ่งเป็น 3 รูปแบบคือ แบบจำลองทักษะพื้นฐาน (Basic model) แบบจำลองการแก้ไขปัญหาทางสังคม (social problem-solving model) และแบบจำลอง Cognitive remediation model ซึ่งเป็นการฝึกและจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างถูกต้องในเรื่อง Attention การวางแผน และการตัดสินใจ เนื่องจากพบว่าอาการของโรคจิตเภทและผลข้างเคียงของยาต้านโรคจิต จะทำให้เกิด Cognitive impairment จึงต้องมีการฝึกฝนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทาง Cognition ซึ่งจะช่วยให้การฝึกฝนทางจิตสังคมอื่นๆ พัฒนาได้เร็วขึ้น นอกจากนี้การใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจจะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรม จะมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองด้านกาย จิต และสังคมได้อย่างเป็นองค์รวม ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาที่กำลัง

เผชิญ และมีวิธีการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยไม่ต้องพึ่งแอลกอฮอล์ รวมทั้งมีรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ อันจะช่วยส่งผลต่อการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ดีขึ้น มีวิธีการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ที่ลดลงและคาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคม ได้อย่างมีความสุข ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อีกทั้งช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัวในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด บุคลากรจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานและมีทักษะในการบำบัดด้วยแนวคิดนี้ เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมบำบัดที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดแต่ละครั้งควรคำนึงความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยอาจมีช่วงพักระหว่างระหว่างการดำเนินกิจกรรมบำบัดที่ต้องใช้เวลาเกินกว่า 60 นาที

2. ด้านการศึกษา ควรมีการฝึกอบรมให้พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความรู้ ความตระหนัก และทักษะในการประเมินปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์ รวมทั้งพัฒนาให้เกิดความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญในการนำโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมไปใช้บำบัดในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการใช้แอลกอฮอล์ หรือสารเสพติดร่วมอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาติดตามผลของการบำบัดอย่างต่อเนื่องในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรม

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนที่มีการใช้แอลกอฮอล์ร่วม

3.3 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมที่มีการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวคือสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน จึงอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียดและนำไปสู่การบริโภคแอลกอฮอล์ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ เป็นแรงผลักดันให้เกิดความสำเร็จ ขอขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ทุกท่าน ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องที่ได้เอื้อนามในที่นี้สำหรับความช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัยและผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2555). *สถิติผู้รับบริการ*. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
- กาญจนา สุทธิเนียมและคณะ. (2547). การศึกษาความชุกของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตที่เข้ารับการรักษาในสถานบำบัดจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. *การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 13*

- (สิงหาคม 2547): หน้า 161.
- จารุวรรณ จินตามงคล. (2541). *ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท. ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- ทวี วิสาระพันธ์. (2551). *การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากแอลกอฮอล์. ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- พิเชฐ อุดมรัตน์และคณะ. (2552). *ตำราโรคจิตเภท. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ชายเมืองการพิมพ์.*
- เพ็ญพุม คงพาณิชย์ตระกูล. (2547). *เหตุผลของการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- ไพลิน ประญกุลปต์. (2545). *การสำรวจรูปแบบการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 7 ปี 2544 “ความสุขที่พอเพียง”. วันที่ 5-7 กันยายน 2544: หน้า 84.*
- มันทนา กิตติพิรัช. (2551). *การศึกษาความสัมพันธ์ของการดื่มสุรา การติดสุรา ต่ออาการทางคลินิกและขนาดยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทสถาบันจิตเวช-ศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ม.ย. 2548-ม.ค. 2551. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 2(1), 7-13.*
- ศิริจิต สุทธิจิตต์และมานิต ศรีสุรณานนท์. (2552). *โรคจิตเภท: ระบาดวิทยาและการรักษา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 54(1), 21-37.*
- รัตนศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์. (2555). *สถิติผู้มารับบริการประจำปีงบประมาณ 2555. เลย.*
- หทัยวัน สนั่นเอื้อ. (2551). *การใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด, 16(1), 12-19.*
- Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., et al. (2002). Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in - patient services. *Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs*, 97, 1329-1337.
- Batki, S.L., Leontieva, L., Dmmock, J.A., & Ploutz-Synder, R. (2008). Negative symptoms are Associated with less alcohol use, craving, and “high” in alcohol dependent patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 105, 201–207.
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S. & Agresta, J. (1997). (Eds.). *Social skill*

- training for Schizophrenia. A step-by-step guide.* New York: Guilford.
- Bellack, A.S., Bennett, M.E., Gearon, J.S., Brown, C.H., & Yang, Y. (2006). A randomized clinical trial of behavioral treatment for drug abuse in People with severe and persistent mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 63(4), 426-432.
- Bellack, A.S., Bennett, M.E., & Gearon, J.S. (2007). *Behavioral treatment for substance abuse in people with serious and persistent mental illness: A handbook for mental health professionals.* New York: Rutledge.
- Bennett, M.E., Bellack, A.S., & Gearon, J.S. (2001). Treating substance abuse in Schizophrenia an initial report. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 163-175.
- Blanchard, J.J., Brown, S.A., Horan, W.P., & Sherwood, A.R. (2000). Substance use disorders in schizophrenia: Review, Integration, and A Proposed model. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 207-234.
- Cantor, G.E., Nordstro, L.G., & McNeil, T.F. (2001). Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophrenia Research*, 48, 69-82.
- Faltz, B.G., & Sellin, S.C. (2005). In Mary Ann Boyd. Editor. *Issue in Dual Disorders. Psychiatric Nursing Contemporary Practice.* 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Gregg, L., Barrowclough, C., & Haddock, G. (2007). Reasons for increased substance use in psychosis. *Clinical Psychology Review*, 27, 494-510.
- Gregg, L., Haddock, G., & Barrowclough, C. (2009). Self-reported reasons for substance use in schizophrenia: a Q methodological investigation. *Mental Health and Substance Use: dual diagnosis*, 2(1), 24-39.
- Jalowiec, A., Murphy, P. S. & Power, L. M. (1987). Psychometric Assessment of Jalowiec Coping Scale. *Nursing Research*, 33(3), 32-41.
- Manning, V., Wanigaratne, S., Best, D., Strathdee, G., Schrover, I., & Gossop, M. (2007). Screening for cognitive functioning in psychiatric outpatient with schizophrenia, alcohol dependence, and dual diagnosis. *Schizophrenia Research*, 91, 151-158.
- Margolese, C.M., Negrete, J.C., Tempier, R., & Gill, K. (2005). A 12-month prospective follow-up study of patients with schizophrenia-spectrum disorders and substance abuse: Changes in psychiatric symptoms and substance use. *Schizophrenia Research*, 83, 65– 75.
- Polit, D.F., & Beck, T.B. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins.

- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., et al. (1990). Comorbidity of mental disorder with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences and clinical psychiatry* (10th ed.). Philadelphia: Williams & Wilkins. New York.
- Salyers, M.P., & Mueser, K.T. (2001). Social functioning, psychopathology, and medication side effects in relation to substance use and abuse in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48, 109-123.
- Talamo, A., Centorrino, F., Tondo, L., Dimitri, A., Hennen, J., & Baldessarini, R.J. (2006). Comorbid substance-use in schizophrenia: Relation to positive and negative symptoms. *Schizophrenia Research*, 86, 251-255.