

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัว
มีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา*

THE EFFECT OF EMPOWERMENT WITH FAMILY PARTICIPATION
PROGRAM ON ALCOHOL DRINKING BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC
PATIENTS WITH ALCOHOL USE

นิภาพร รั้งมั่ง, พยบ. (Nipaporn ratthaman, RN)**

เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์, พย.ด. (Pennapa Dangdomyouth, Ph.D)***

Abstract

Objectives: The purposes of this quasi-experimental research were to compare the alcohol drinking behavior of schizophrenic patients with alcohol use before and after receiving the empowerment with family participation program, and to compare the alcohol drinking behavior between the experimental group who participated in the empowerment with family participation and the control group.

Methods: The samples were forty male schizophrenic patients with alcohol use and their family caregivers in inpatient service who met the inclusion criteria. They were matched pair and then randomly assigned into experimental group and control group with 20 subjects in each group. Research instruments comprised of: 1) The empowerment with family participation program, and 2) Alcohol Use Disorders Identification Test. All instruments were verified for content validity

by 5 professional experts. The reliability of the instrument was reported by Cronbach's Alpha as of .81. Data were analyzed using descriptive statistics and t - test.

Results: The alcohol drinking behavior of schizophrenic patients with alcohol use after receiving the empowerment with family participation program was significantly lower than that before ($p < .05$).

The alcohol drinking behavior of schizophrenic patients with alcohol use who received the empowerment with family participation program was significantly lower than that of the group who received regular caring ($p < .05$).

Keywords: The empowerment with family participation program, Alcohol drinking behavior, Schizophrenic patients with alcohol use

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจบริการทางการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: dnayus@yahoo.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และเพื่อเปรียบเทียบ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทชายที่ใช้สุราจำนวน 40 คน และผู้ดูแลหลักที่มา รับบริการแผนกผู้ป่วยใน โดยการจับคู่ด้วยระยะเวลาการเจ็บป่วยและคะแนนพฤติกรรม การดื่มสุรา จากนั้นแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการ วิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม 2) แบบประเมิน พฤติกรรมการดื่มสุรา มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบร้อยละและสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการศึกษา: พฤติกรรมการดื่มสุราของ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย จิตเภทที่ใช้สุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดย ครอบครัวมีส่วนร่วม พฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้ป่วย

จิตเภทที่ใช้สุรา

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้ ร้อยละ 0.5-1 ของประชากรทั่วไป พบมากเป็นอันดับหนึ่งของ โรคทางจิตเวช โดยพบร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วย จิตเวชทั้งหมด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) และ ยังเป็นโรคที่ติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรคที่ก่อให้เกิด ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งจากสถิติของผู้รับบริการ ในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ผ่านมา พบ โรคจิตเภทพบมากเป็นอันดับ 1 ในทุกปีงบประมาณ คิดเป็นร้อยละ 52.67-58.96 ของผู้ป่วยจิตเวช ทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2556) ซึ่งสอดคล้องกับ สถิติผู้ป่วยโรคจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 67.70 (สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ, 2556)

การสำรวจระบาดวิทยาความชุกของปัญหา การดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภท เช่น สหรัฐอเมริกา พบผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสดื่มสุราแบบผิดปกติ ร้อยละ 3.8 และมีโอกาสพบปัญหาการดื่มสุราเป็น 3.3 เท่าของคนที่ไม่ป่วย (Regier et al., 1990) การ ศึกษาของ Lat et al. (2011) ที่พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภท ที่ใช้สุราร่วมสูงถึง ร้อยละ 53.1 จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการอภิปรายกว่า 60 เรื่องย้อนหลังตั้งแต่ปีค.ศ. 1996-2008 พบความชุก ของปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 9.4 ความชุกชั่วชีวิตร้อยละ 20.6 ซึ่งข้อสรุปจากการ ศึกษาอธิบายว่าผู้ป่วยจิตเภททุกๆ 5 คน จะเคยได้ รับการวินิจฉัยปัญหาการดื่มสุราในชั่วชีวิต (Green, Drake, Brunette, & Noordsy, 2007) สำหรับใน ประเทศไทยพบว่าสารเสพติดที่ใช้มาก 3 อันดับแรก ในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ สุรา ยาบ้า กาว (กาญจนา สุทธิเนียม, ชลพร กองคำ, และละเอียด พรหมเชษฐ์,

2547) และการศึกษาความชุกของปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าปัญหาการดื่มสุรา ร้อยละ 37.7 ส่วนความชุกของการติดสุราร้อยละ 10.7 โดยพบในผู้ป่วยจิตเภทชายมากกว่าหญิง (มันทนา กิตติพิระชล, 2551) จากสถิติสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทชายที่ใช้สุราเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2554-2556 คิดเป็นร้อยละ 31.05 , 36.46 และ 43.89 ตามลำดับ (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2556)

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมจากการดื่มสุรา จำแนกตามปริมาณที่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มดื่มแบบเสี่ยงต่ำ กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง กลุ่มดื่มแบบอันตราย และกลุ่มดื่มแบบติด ประเมินโดยแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) ของ WHO (2001) แปลโดยปริทรรศ สิลปะกิจ และพันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2552) พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง กล่าวคือ ส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทและสมอง ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงเป็นระยะๆ โดยมีอาการแสดงสำคัญ คือ มีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม และยังเกิดผลกระทบจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ในลักษณะต่างๆ เช่น ทำให้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงาน จนเกิดกระบวนการรู้คิดที่มีความบกพร่องมากขึ้น (Manning et al., 2009)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ 1) ปัจจัยด้านชีววิทยา พบว่าเกิดจากความผิดปกติของสมอง (neuropathological) ของโรคจิตเภทมีความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง คือ โดปามีน และจากความผิดปกติของ

โรคจิตเภทส่งผลให้มีความต้องการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น (Chambers, Krystal, & Self, 2001) 2) ปัจจัยด้านจิตวิทยา พบว่า การได้รับความกดดันด้านอารมณ์จากบุคคลอื่นหรือคนในครอบครัว จึงเกิดความเครียดและจากปัญหาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ใช้วิธีการจัดการกับปัญหาที่ไม่เหมาะสม (Drake & Mueser, 2002) และ 3) สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น เพื่อนทำหายชวนดื่ม (มันทนา กิตติพิระชล, 2551) จะมีการดื่มสุราได้ง่าย เนื่องจากไม่กล้าปฏิเสธ และสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงมีการใช้สุราอย่างต่อเนื่อง คือ การขาดแหล่งสนับสนุนจากครอบครัว จึงเกิดความรู้สึกลดลง เหนงา โกรธ ถูกทอดทิ้ง (Blanchard, Brown, Horan, & Sherwood, 2000) เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญในการดูแลช่วยเหลือและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย แต่หากสมาชิกในครอบครัวมีความขัดแย้ง หรือมีการจัดการกับปัญหาและการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความเครียดที่กระทบกับสัมพันธภาพภายในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดรวมถึงสุราซ้ำ (Mueser & Fox, 2002)

จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราอธิบายได้ตามแนวคิดของ Miller (2000) ว่าถูกรบกวนและทำให้แหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งลดลง ได้แก่ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ พบว่าเกิดจากความผิดปกติของสมอง (neuropathological) มีความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง คือ โดปามีน และจากความผิดปกติของโรคจิตเภท (Chambers et al., 2001) และยังเกิดผลกระทบจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ในลักษณะต่างๆ เช่น ทำให้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงาน จนเกิดกระบวนการรู้คิดที่มีความบกพร่องมากขึ้น (Manning et al., 2009) 2) ความเข้มแข็งทางจิต

และการสนับสนุนทางสังคม การควบคุมอารมณ์ตนเองได้น้อย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราร่วมจะมีปัญหาด้านการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ทำให้แสดงออกที่ไม่เหมาะสม โดยอาจแสดงความรู้สึกโกรธ ทั้งคำพูดและการกระทำเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามมา (กาญจนา สุทธิเนียม และคณะ, 2547) และการเจ็บป่วยเรื้อรังก็เป็นสาเหตุของความไม่สมดุลทางจิต ความเครียด ความวิตกกังวลและซึมเศร้าต่อการเจ็บป่วย มีความรู้สึกหมกมุ่นทำให้รู้สึกอึดอัดกับข้อใจทำให้บางครั้งขาดแหล่งสนับสนุน ส่งผลให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นลดลง (Salyers & Mueser, 2001) 3) อึดอัดโน้มน้าวใจจะมีบทบาทในการรับรู้ในตนเอง ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ความคิด ความหวังและการนับถือตนเองลดลง (Salyers & Mueser, 2001) 4) พลังงาน ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราจะมีอาการทางจิตกำเริบได้ง่ายเช่น มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง ทำให้ศักยภาพของผู้ป่วยลดลงส่งผลให้มีความสนใจตนเองลดลง (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญาลดลง ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรามักขาดข้อมูลความรู้เรื่องโรค จึงเกิดความรู้สึกวิตกกังวลเกิดความกลัว ขาดความตระหนักถึงอันตรายจากการใช้สุรา (พุฒิชาดา จันทะคุณ, 2556) 6) แรงจูงใจ ผู้ป่วยมักปฏิเสธการเจ็บป่วยของตนเองขาดแรงจูงใจที่ต่อสู้กับปัญหาและไม่ร่วมมือในการรักษา (มันทนา กิตติพิรัช, 2551) และ 7) ความเชื่อ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา มีความเชื่อไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื่มสุรา เช่น เชื่อว่าการดื่มสุราจะทำให้รู้สึกหายเหนื่อยจากการทำงาน หายปวดเมื่อยและคลายความเครียด (สาวตรี สุริยะฉาย, 2556) ซึ่งความพร่องของปัจจัยเหล่านี้ เกิดจากแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งถูกรบกวนในขณะที่เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและมีการใช้สุราร่วม ประกอบกับการไม่มีแหล่ง

สนับสนุนจากครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกด้านลบ เหงา โกรธ ถูกทอดทิ้ง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดื่มสุรามากขึ้น (Blanchard et al., 2000) จึงจำเป็นต้องเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้แหล่งพลังอำนาจด้านต่างๆเข้มแข็ง โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Friedman (2003) ซึ่งมี 6 บทบาท ดังนี้ 1) ครอบครัวมีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย 2) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมดูแลในระยะเวลาที่มีอาการเกิดขึ้น 3) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาการดูแลรักษาพยาบาล 4) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น 5) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา 6) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพครอบครัวมาใช้ในการสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มสุรา มีความบกพร่องด้านการรับรู้ที่มีความรุนแรงมากขึ้นจะส่งผลรวมถึงความสามารถในกระบวนการ

คิด สถิติปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน ตลอดจน การยับยั้งชั่งใจที่ลดน้อยลง ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิด พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามมา (จิระพรรณ สุริยงค์, กิตติศักดิ์วิบูลมา, พิมพ์พรรณ แก้วมา, มธุริน คำวงศ์ปิ่น, และเฉชา ทำดี, 2557; Bellack & Diclemente, 1999; Green et al., 2007) และยังส่งผล ต่อด้านสุขภาพด้านอื่นๆ ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ถ้าดื่มในปริมาณมากจะมีผลต่อหัวใจและการ ไหลเวียนของเลือด ส่วนด้านจิตสังคม การดื่มสุรา ทำให้ผู้ป่วยมีการสูญเสียการทำหน้าที่สำคัญต่างๆ มากขึ้น ความสัมพันธ์กับผู้อื่นแย่ลง มีผลกระทบ ต่อด้านอาการทางจิตทำให้ร่างกายไม่ตอบสนอง ต่อการรักษาด้วยยา อีกทั้งมีความเสี่ยงต่อการ ไม่ตอบสนองต่อยารักษาโรคจิตมากขึ้น ทำให้ต้อง ใช้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้ สุรา (มันทนา กิตติพิรัช, 2551)

การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัว มีส่วนร่วมจะเป็นกระบวนการในการเพิ่มแหล่ง พลังอำนาจในตัวผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราให้เพิ่มขึ้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Miller (2000) เกี่ยวกับการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งร่วมกับแนวคิด การมีครอบครัวมีส่วนร่วมของ Friedman (2003) โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล ซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องร่วมกับครอบครัวจะทำให้ ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเอง และช่วยให้ ครอบครัวเกิดความรู้ ความเข้าใจในการลด พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมี ประสิทธิภาพ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมโดยใช้แนวคิดของ Miller (2000) และ Friedman (2003) ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 5 กิจกรรม แผนภาพที่ 1

**โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
โดยใช้แนวคิดของ Miller (2000) และ Friedman (2003)**

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริง

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ค้นหาสถานการณ์จริง เกี่ยวกับพฤติกรรมดื่มสุรา ประเมินพฤติกรรมและวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริง

กิจกรรมที่ 2 อภิปรายกลุ่มครอบครัวเรื่องสาเหตุและผลจากการดื่มสุรา

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร

กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สุรา ผลที่เกิดจากการดื่มสุรา

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดร่วมกับครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 เสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการปฏิเสธ ทักษะการสื่อสารทางบวกภายใน ครอบครัว

กิจกรรมที่ 6 การสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการพฤติกรรม การ ดื่มสุรา

พฤติกรรม
การดื่มสุรา

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design) ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) และใช้สุราตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน และผู้ดูแลหลัก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) และใช้สุราซึ่งรวมถึงการใช้สุราที่เป็นอันตรายและการติดสุรา (F10.1 และ F10.2) และครอบครัว โดยแต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวมทั้งหมด 2 คน ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ ผู้ป่วยจิตเภท คือ

1. มีอายุระหว่าง 18-59 ปี

2. มีคะแนนประเมินอาการทางจิต Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน

3. ยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ และผู้ดูแล คือ

1. มีอายุตั้งแต่ 19 ปี ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชายครอบครัวละ 1 คน

2. มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย

3. ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน ขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใด ๆ ในการดูแล

4. ยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยที่สุดกลุ่มละ 20 คน (Polit & Beck, 2004) ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 40 คน แล้วนำมาจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (matched pair) ด้วยระดับคะแนนประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (พุมิชาดา จันทะคุณ, 2556) จากนั้นจับฉลากที่ละคู่เพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาให้ดำเนินการเดือนตุลาคม 2558 – ตุลาคม 2559 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมขั้นตอนการดำเนินการ วัน เวลา สถานที่ ระยะเวลาของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล

เน้นย้ำว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และขออนุญาต กลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลระหว่างดำเนิน กิจกรรม สอบถามความสมัครใจและเซ็นยินยอม เข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติ การเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อ การบำบัดแต่อย่างใด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัว มีส่วนร่วม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางการ เสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (2000) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) มาใช้ในการสร้างโปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีลักษณะของเนื้อหาในโปรแกรมจะเกี่ยวกับการ จัดการกับภาวะสูญเสียพลังอำนาจ โดยพัฒนา แหล่งพลังอำนาจในตัวบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ สุราโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อให้มีศักยภาพและ ความสามารถในการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 60 นาทีรวมทั้งหมด 6 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือและค้นหาสถานการณ์จริงได้แก่

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับ ผู้ป่วยและครอบครัว ค้นหาสถานการณ์จริง เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ประเมินพฤติกรรม และวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริง

กิจกรรมที่ 2 อภิปรายกลุ่มครอบครัว เรื่องสาเหตุและผลจากการดื่มสุรา

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร

กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สุรา ผลที่เกิดจากการดื่มสุรา

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดร่วมกับครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 เสริมสร้างพลังอำนาจด้วย ตนเองและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการปฏิเสธ ทักษะการสื่อสารทางบวกภายในครอบครัว

กิจกรรมที่ 6 การสนับสนุนการนำความรู้ ไปใช้ในการจัดการพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วยอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สาเหตุที่ดื่มสุราครั้งแรก ระยะเวลาในการดื่มสุรา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ และผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการ ดื่มสุรา (AUDIT) เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการค้นหาปัญหา จากการติดสุราและค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงจาก การดื่มสุรา ผู้ที่ดื่มสุราแบบหนักและผู้ที่ดื่มสุรา แบบดัดแปลงและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และพันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับกรวิจัยมี 2 ชุด ดังนี้

1) แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา (สำหรับผู้ป่วย) เป็นแบบ

ประเมินแหล่งพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทของ ยูวดี วงษ์แสง (2548) ที่ดัดแปลงมาจากแนวคิดของ Miller (2000) ปรับปรุงโดย ไสริยา ศุภโรจน์ (2554) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาให้เหมาะกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา

2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วย สร้างขึ้นโดย สดุดี น้อยกรณ์ (2552) จำนวน 34 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน โดยพบค่า ความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินพฤติกรรม การดื่มสุรา (AUDIT) แบบประเมินแหล่งพลัง อำนาจของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและแบบสอบถาม การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ป่วยเท่ากับ 1 ทั้งหมด ส่วน โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัว มีส่วนร่วม หลังจากที่ผ่านมาการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยมีการนำไปทดลองใช้กับ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง กลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 10 ครอบครัว แล้วมีการปรับปรุงอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีการนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปทดลองใช้กับ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างแต่ ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 30 คน โดย แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภท ที่ใช้สุรา และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วย

มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81, .82 และ .89 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. **ระยะเตรียมการ** ผู้วิจัยเตรียมความพร้อม โดยการศึกษาตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เตรียมสถานที่ เตรียม กลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างหลังยินยอมเข้าร่วม การวิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเพื่อวัดระดับ พฤติกรรมการดื่มสุรา และเตรียมผู้ช่วยในการ ดำเนินกิจกรรม

2. ระยะดำเนินการวิจัย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ คัดเข้า ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แล้วนำมา จับคู่ด้วยระยะเวลาการเจ็บป่วยและคะแนนพฤติกรรม การดื่มสุราจำนวน 20 คู่ จากนั้นจับสลากที่ละคู่เพื่อ สุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตาม ปกติได้แก่การดูแลทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน การดูแลด้านจิตใจ การทำกิจกรรม กลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค การ วางแผนจำหน่าย การให้คำปรึกษาครอบครัวตาม ปัญหาและความต้องการของแต่ละครอบครัว และเมื่อครบสัปดาห์ที่ 3 นัดผู้ป่วยเพื่อประเมิน พฤติกรรมการดื่มสุรา (post-test)

2) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการ เสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คนและครอบครัว โดย กลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้า และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในภาคบ่ายดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 กิจกรรมๆ ละ 60 นาที ใช้ระยะเวลาการดำเนิน กิจกรรมทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ ณ ห้องกิจกรรมกลุ่มบำบัด

หอผู้ป่วยในตึกรสสุคนธ์ สถาบันจิตเวชศาสตร์
สมเด็จพระเจ้าพระยา

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม
ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลอง โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท
ที่ใช้สุราทำแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ และ
ครอบครัวทำแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราใน
ผู้ป่วยทันที

3. ระบุสรุปผลการดำเนินกิจกรรม

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมิน
พฤติกรรมลดการดื่มสุรา เพื่อวัดระดับความเสี่ยง
ของการดื่มสุรา ภายหลังดำเนินกิจกรรมครบทั้ง
6 กิจกรรม และหลังจากนั้นอีก 4 สัปดาห์ ผู้วิจัย
ทำการวัดผลตัวแปรตาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบ
แบบประเมินพฤติกรรมลดการดื่มสุรา (post-test)

และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็น
กลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทาง
สถิติดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาแจกแจงความถี่
และคำนวณค่าร้อยละ 2) คะแนนพฤติกรรมลดการ
ดื่มสุรากลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาล
ตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (paired t-test)
3) คะแนนพฤติกรรมลดการดื่มสุราระหว่างกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง
โดยใช้สถิติทดสอบที (independent t-test)

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมลดการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราก่อนและหลังการทดลอง
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40)

คะแนนพฤติกรรมลดการดื่มสุรา ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	24.50	7.73	การดื่มแบบติด	38	6.448	<0.001
หลังการทดลอง	11.80	4.57	การดื่มแบบเสี่ยง			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	20.40	5.29	การดื่มแบบติด	38	1.890	0.066
หลังการทดลอง	17.40	4.74	การดื่มแบบอันตราย			

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
การดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา ก่อนและ
หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=6.448$) โดย
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมลดการดื่มสุราของผู้ป่วย
จิตเภทที่ใช้สุรากลุ่มทดลองภายหลังการทดลองของกลุ่ม

ทดลองน้อยกว่าก่อนทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุมไม่มีความ
พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราก่อนและหลังการทดลอง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40)

คะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	24.75	7.73	การดื่มแบบติด	38	2.077	0.045
กลุ่มควบคุม	20.40	5.29	การดื่มแบบติด			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	11.80	4.57	การดื่มแบบเสี่ยง	38	3.803	0.001
กลุ่มควบคุม	17.40	4.74	การดื่มแบบอันตราย			

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
การดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราก่อนและ
หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุมไม่แตกต่างกันแต่ภายหลังการทดลองพบว่า
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย
จิตเภทที่ใช้สุราแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ
ดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราของกลุ่มทดลอง
น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 3.803$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผล
ตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม
การดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราของกลุ่ม
ทดลองก่อนและหลังจากได้รับโปรแกรมการ
เสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราน้อยกว่า

ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน
ข้อที่ 1 ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง
อำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วย
จิตเภทที่ใช้สุรา มีความรู้ ความเข้าใจและมี
พฤติกรรมป้องกันการดื่มสุราในการดูแลสุขภาพ
ทั้งด้านกายจิตสังคมที่ดีขึ้น โดยเฉพาะได้รับความรู้
เรื่องโรคจิตเภท อาการ การรักษา การป้องกันและ
ดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
โดยมุ่งเน้นในเรื่องการค้นหาสถานการณ์จริง
เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ประเมินพฤติกรรม
และวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ อภิปรายกลุ่ม
ครอบครัวเรื่องสาเหตุและผลจากการดื่มสุรา ให้
ความรู้เรื่องโรคจิตเภท เรื่องสุรา ผลที่เกิดจากการ
ดื่มสุรา การฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด
ร่วมกับครอบครัว การฝึกทักษะการปฏิเสธ ทักษะ
การสื่อสารทางบวกภายในครอบครัว และการ
สนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ในการจัดการ
พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

2. ภายหลังการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมจะมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Zareal, Rezaie, Ghanizadeh, & Latifi (2014) ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องมากขึ้น และจากการศึกษาของ Yeh, Che, Lee, & Horng (2008) พบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ติดยาที่ประสบความสำเร็จในการลดการดื่มสุราทำให้นักคลีรับรู้อารมณ์ ความรู้สึก การสูญเสียการควบคุม ส่งผลต่อการควบคุมการดื่มสุราในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในประเทศไทยของ พรทิพย์ คงสตัยศิริพร ชัยศรี และสวัสดิ์เที่ยงธรรม (2556) ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วยโรคติดยา พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วยโรคติดยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นอกจากนี้การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา พบว่า ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและใกล้ชิดกับผู้ดื่มสุรามากที่สุด การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดจะทำให้ลดการ

ดื่มสุราลงอยู่ในระดับเสี่ยงน้อยได้ (เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ, 2555)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมไปใช้นั้น ผู้ปฏิบัติควรเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา รวมทั้งมีทักษะด้านการฝึกทักษะการทำกลุ่มบำบัดและการประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ผู้บำบัดต้องมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อให้เกิดความเข้าใจในกระบวนการและวัตถุประสงค์ในการนำไปใช้ได้ถูกต้อง ควรมีความรู้ในเรื่องการใช้สุราของผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับสภาพการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราได้

1.3 ควรมีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราอย่างต่อเนื่องและควรมีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อให้มีความคงทนของการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา

1.4 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นการบำบัดในแผนกผู้ป่วยในการนัดหมายกับครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลควรนัดหมายโดยยึดความพร้อมและตามความยินยอมของครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นหลักเพื่อความร่วมมือที่ดี

2. ด้านการศึกษา

ควรส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้

มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราซึ่งถือเป็นโรคร่วมที่มีความซับซ้อนเพื่อให้พยาบาลมีแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ เป็นแรงผลักดันให้เกิดความสำเร็จ ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และบุคลากร สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาทุกท่าน ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องที่ได้เอื้ออำนวยในนี้สำหรับความช่วยเหลือในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สถานการณ์และแนวโน้มความเจ็บป่วยทางจิตคนไทย*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา สุทธิเนียม, กาญจนา สุทธิเนียม, ชลพร กองคำ, และละเอียด พรรณเชษฐ์. (2547). *การศึกษาความชุกการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตที่เข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.
- จีระพรรณ สุริยงค์, กิตติศักดิ์ วิบูลมา, พิมพาภรณ์ แก้วมา, มธุริน คำวงศ์ปิ่น, และเดชา ทำดี. (2557). ความชุกของปัญหาการดื่มสุรา

ในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 22(1), 38-47.

ปริทรรศศิลป์ปะกิจและพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552). *แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราแนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ*. กรุงเทพมหานคร: ทานตะวันเปเปอร์.

เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ. (2555). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรทิพย์ คงสัดย, ศิริภรณ์ ชัยศรี, และสวัสดี เทียงธรรม. (2556). การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตสุราระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(1), 45-61.

พิชัย แสงชาญชัย. (2552). *การทบทวนองค์ความรู้เรื่องจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดจากสุรา*. แผนงานพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

พุดิชาดา จันทะคุณ. (2556). *ผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มันทนา กิตติพิรัช. (2551). *การศึกษาความสัมพันธ์ของการดื่มสุรา การติดสุรา ต่ออาการทาง*

- คลินิกและขนาดยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, 2(1), 25-35.
- ยุวดี วงษ์แสง. (2548). *ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สดุดี น้อยกรณ. (2552). *ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2556). *สถิติผู้ป่วยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*. ศูนย์สารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่3)*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สาวตรี สุริยะฉาย. (2556). *การบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ประสบความสำเร็จ*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(2), 1-15.
- โสรยา สุกโรจน์. (2554). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Bellack, A., & Diclemente, C. (1999). Treating Substance Abuse Among Patients With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50(1), 75-80.
- 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.
- Chambers, A. R., Krystal, J. H., & Self, D. W. (2001). A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 50, 71-83.
- Drake, R. E., & Mueser, K. T. (2002). Co-Occurring Alcohol use disorder and schizophrenia. *Alcohol Research & Health*, 26(2), 99-102.
- Friedman, M. (2003). *Family Nursing: Theory and Practice* (4th ed). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Green, A. I., Drake, R. E., Brunette, M. F., & Noordsy, D. L. (2007). Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *Psychiatry*, 164, 402-408.
- Latt, N., Jurd, S., Tennant, C., Lewis, J., Macken, L., Joseph, A., et al. (2011). Alcohol and substance use by patients with psychosis presenting to an emergency department: changing patterns. *Australas Psychiatry*, 19(4), 354-359.
- Manning, V., Wanigaratne, S., Best, D., Strathdee, G., Schrover, I., & Gossopal, M. (2009).

- Cognitive impairment in dual diagnosis in patient with schizophrenia and alcohol use disorder. *Schizophrenia Research*, 114, 98-104.
- Miller, F. (2000). *Coping with chronic illness overcoming powerlessness* (3rd ed). Philadelphia, F. A: Davis Company.
- Mueser, K. T., & Fox, L. (2002). A family intervention program for dual disorders. *Community mental health Journal*, 38(8), 253-268.
- Polit, D. F., & Beck, T. B. (2004). *Nursing research: Principles and method* (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. (1990). Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse. *The Journal of the American Medical Association*, 264(19), 11-25.
- Salyers, M., & Mueser, K. (2001). Social functioning, psychopathology, and medication side effects in relation to substance use and abuse in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48(1), 109-123.
- Yeh, M. Y., Che, H. L., Lee, L. W., & Horng, F. F. (2008). An empowerment process: successful recovery from alcohol dependence. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 921-929.
- Zareai, K., Rezaie, A., Ghanizadeh, A., & Latifi, M. (2014). Effect of family-centered empowerment model on the attitude to medications and drug compliance in patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 3(1), 61-67.