

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว
ตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติด
EFFECT OF FAMILY PSYCHOEDUCATION PROGRAM ON FAMILY
FUNCTION AS PERCEIVED BY PATIENTS WITH ALCOHOL
OR SUBSTANCE INDUCED PSYCHOTIC

สมควร จุลอักษร, พย.ม. (Somkurn Joolakson, M.Ns.)*

ภัทราจิตต์ ศักดา, พย.ม. (Pattrajit Sakda, M.Ns.)*

สรสพร จูวงษ์, พว. (Sarasaporn Joowong, M.D.)***

สุธิภา เครือสนธิ, พย.บ. (Sutipa Krausanit, B.Ns.)*

คณินันต์ วิชัยดิษฐ์, พย.บ. (Kanungnit Wichaidit, B.Ns.)*

Abstract

Objectives: To compare the family function as perceived by patients with alcohol or substance induced psychotic disorder before and after participating in the family psychoeducation, and to compare the family function as perceived by patients with alcohol or substance induced psychotic disorder between the experimental group who participated in family psychoeducation and a control group.

Methods: This study was a quasi-experimental research design. Subjects were sixty patients with alcohol or substance induced psychotic disorder hospitalized at Suansaranrom Hospital and were purposively recruited according to inclusion criteria. They were divided into experimental and control group equally. The

experimental group received family psychoeducation program while the control group received routine care. Family function was measured by Family Function Questionnaire. Demographic data were analyzed by descriptive statistics. T-test was used for data analysis.

Results: All sixty samples were men. After that experiment, mean scores of overall family function and each domain of that experimental group were significantly higher than those before. After that experiment, mean scores of overall family function and each domain of the experimental group were significantly higher than those of the control group.

Conclusion: Family psychoeducation program can enhance family function as perceived

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

**Corresponding author: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ E-mail: pai.2507@hotmail.com

***นายแพทย์ชำนาญการ (จิตแพทย์) โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

by patients with alcohol or substance induced psychotic disorder better than routine nursing care. Therefore, this program should be applied to enhance family function in family and patients with alcohol or substance induced psychotic disorder.

Keywords: Family function, Family psychoeducation, Patient with alcohol or substance induced psychotic disorder

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติด ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติดที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ประเมินการทำหน้าที่ครอบครัวด้วยแบบวัดการทำหน้าที่ครอบครัว ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย จำนวน 60 คน ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของ

ครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติดทั้งโดยรวมและรายด้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติดทั้งโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป: การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสามารถเสริมสร้างการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติดได้ดีกว่าการดูแลตามปกติ จึงควรพิจารณานำโปรแกรมฯ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลครอบครัวและผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติดเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การทำหน้าที่ของครอบครัว สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติด

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตจากสุราพบได้ร้อยละ 43 ของผู้ที่ติดสุรา (Mckenna, 1997) ในประเทศไทยพบโรคจิตจากสุราร้อยละ 50 (บุญศิริ จันศิริมงคล, สาทวีร์ สุริยะฉาย, หทัยชนนี บุญเจริญ, กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, สรสพร จวงษ์, และอุณจิตร คุณารักษ์, 2556) พบโรคจิตจากยาบ้าป่วยซ้ำภายใน 6 เดือน หลังติดตามผลการรักษาร้อยละ 41.2 และพบกลุ่มที่เสพยาบ้าซ้ำมีโอกาสป่วยซ้ำเป็น 2.9 เท่า ของกลุ่มที่ไม่เสพยา (สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, 2546) โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พบว่า ปี 2554-2556 มีผู้ป่วยสุราหรือยาเสพติด กลับติดซ้ำจนอาการ

ทางจิตกำเริบและเข้ารักษาตัวภายใน 3 เดือน มีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนี้ ร้อยละ 1.3 (30 ราย) ร้อยละ 1.3 (27 ราย) ร้อยละ 1.6 (25 ราย) ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2556) โดยอาการทางจิตที่พบ เช่น หลงผิดว่ามีคนปองร้าย ระแวงภรรยา มีผู้กลัวคนใส่ยาพิษ เห็นภาพคนจะมาทำร้ายได้ยินเสียงคนขู่มา (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542; บุญศิริ จันศิริมงคล, 2557) ผู้ป่วยไม่สามารถแยกแยะความจริงได้ จึงตอบสนองต่ออาการเหล่านี้ด้วยความกระวนกระวาย วิตกกังวลอยู่ไม่นิ่ง บางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง อาละวาด ทำลายทรัพย์สิน ทำร้ายคนในครอบครัว หรือบุคคลอื่นที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย (สมควร จุลอักษร, 2548; สมภพ เรืองตระกูล, 2548; Kaplan & Sadock, 1998)

นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มักปรับตัวยาก พึงพาผู้อื่นสูง บกพร่องในการทำหน้าที่ มีปัญหาความสัมพันธ์และการสื่อสารในครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจต่ำ (สายใจ ก้าวอนันตกุล, 2553) ทุกข์ใจ เบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกเป็นภาระ ไม่อยากทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อไป (จรินทร์ยา เพชรน้อย, 2552) หากทุกคนในครอบครัวไม่มีความเข้าใจ และให้อภัยกัน หรือทำหน้าที่ได้ไม่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยเลิกสุราหรือยาเสพติดได้ยากยิ่งขึ้น (กรมคุมประพฤติ, สถาบันธัญญารักษ์, กองทัพบก, กองทัพเรือ, และกรมการปกครอง, 2549) ส่งผลต่อการกำเริบของโรคจิต ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายทั้งของโรงพยาบาลและครอบครัว

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงการบำบัดรักษาที่ยังต้องพัฒนา หากครอบครัวมีการทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ มีความสามารถในการแก้ไข

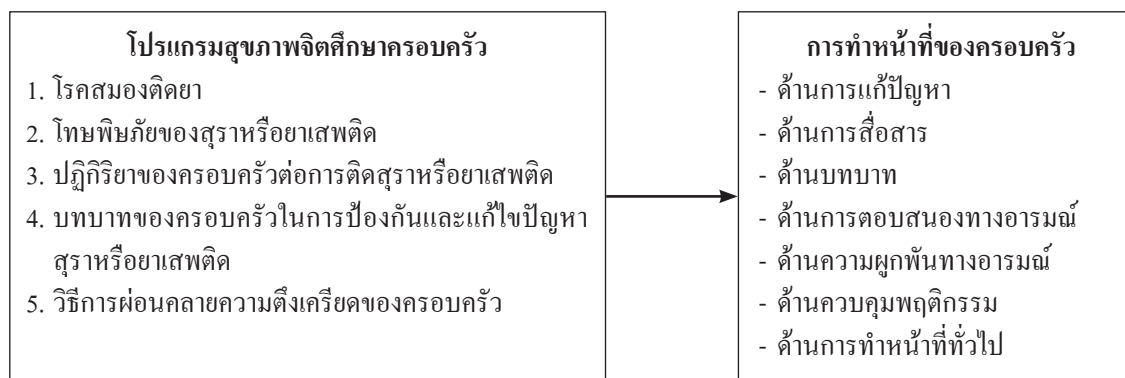
ปัญหาต่างๆ มีความรับผิดชอบในบทบาทของแต่ละคน มีการสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันที่เหมาะสม มีความรู้สึกห่วงใย ผูกพันกันทางอารมณ์ และสามารถจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิกได้เหมาะสม จะเป็นเสมือนเกราะป้องกันภัยอันตรายต่างๆ ที่เข้ามาสู่ครอบครัวได้ เช่น การใช้สุราหรือยาเสพติด และการป้องกันการกลับติดสุราหรือยาเสพติดซ้ำ (กรมคุมประพฤติและคณะ, 2549) ผู้วิจัยเห็นความจำเป็นในการพัฒนาการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยเชื่อว่าการให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จะเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถช่วยทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวและการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยฟื้นหายได้ดี สามารถลดการป่วยซ้ำได้ (McFarlane, Dixon, Lukens, & Lucksted, 2003) ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาผลสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติด เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาการบริการครอบครัวและผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติดให้ครบองค์รวมอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดที่เป็นการบูรณาการร่วมกันของแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ของแมคฟาลแลนด์ และคณะ (McFarlane et al., 2003) ร่วมกับการทำหน้าที่ของครอบครัว (family function) ของอุมพร ตรังคสมบัติ (2544) และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติด (ทิพาวิดี เอมะวรรณนะ, 2548; ธวัชชัย ลีพพานาจม, 2549; สมควร จุลอักษร,

2548; สมภพ เรืองตระกูล, 2548; บุญศิริ จันศิริมงคล, 2557; บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556; Center for Substance Abuse Prevention, 2002; Kaplan & Sadock, 1998) ประกอบด้วยการให้ความรู้ 5 เรื่อง ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติดและครอบครัวที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ซึ่งเข้าบำบัดรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2557 ถึง เดือน มิถุนายน 2557

กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 70 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV-TR และใช้รหัส ICD-10 จำแนกโรคว่า เป็นผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติด (F 10.5 or F11.5 - F 19.5)
2. มีอายุระหว่าง 18 ปี ถึง 59 ปี

3. สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารและเขียนหนังสือภาษาไทย

4. เป็นผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติดซึ่งมีอาการทางจิตทุเลาโดยค่าจากการประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale; BPRS) ≤ 36 คะแนน จากคะแนน 126 คะแนน (มานิตย์ศรีสุรภานนท์, 2545) และเป็นผู้ป่วยที่มีการตอบแบบสัมภาษณ์แล้วครอบครัวมีคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติด อยู่ในระดับต่ำ (1.00-2.00)

5. ครอบครัวที่มีคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติด อยู่ในระดับต่ำ (1.00-2.00) และเป็นผู้ดูแลหลักในสายเลือดที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรงที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันอย่างน้อย 6 เดือน ขึ้นไปได้แก่บุตร พ่อแม่ พี่น้องลูกพี่ลูกน้อง

ป่วยตายหรือสามิภรรยาเพียงคนเดียวซึ่งให้การสนับสนุน แนะนำ ตลอดจนช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวันและพาผู้ป่วยมาบำบัดรักษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพทางสมอง (organic brain syndrome) ซึ่งคัดกรองโดยจิตแพทย์ประจำหอผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตใจที่รุนแรงขณะทำการศึกษา (BPRS $\geq$ 36)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตาม เบิร์นส์และโกรฟ (Burns & Grove, 1997) ที่อธิบายว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลองอย่างน้อยควรมี 30 คน และหากเป็นกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควรมีไม่ต่ำกว่า กลุ่มละ 15 คน แต่ในการวิจัยจริงกลุ่มตัวอย่างอาจมีการสูญหาย เพื่อความเหมาะสมและเป็นไปได้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน รวมจำนวน 70 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยและญาติตามเกณฑ์ที่กำหนดและจับเป็นคู่ๆ ด้วยคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกัน (matched pair) เช่น อายุ จำนวนครั้งในการกลับมารักษาซ้ำ ระยะเวลาในการติดสุราหรือยาเสพติด และการจัดให้เข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง จะสลับกันโดยเลขคี่เข้ากลุ่มทดลอง และเลขคู่เข้ากลุ่มควบคุมจนครบ 35 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่

1. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยร่วมกันพัฒนาขึ้น โดยการผสมผสานระหว่างการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติด การทำหน้าที่ของ

ครอบครัวของ อุมพร ตรังคสมบัติ (2544) แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของแมคฟาแลนด์และคณะ (McFarlane et al., 2003) และความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัวผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยโดยไม่กลับไปเสพสุราหรือยาเสพติดซ้ำอย่างน้อย 1 ปี และผู้ป่วยที่ไม่กลับไปเสพสุราหรือยาเสพติดซ้ำอย่างน้อย 1 ปี ว่าควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้หรือฝึกปฏิบัติเรื่องอะไรบ้าง ได้โปรแกรมมี 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) โรคสมองตื้อยา 2) โทษพิษภัยของสุราหรือยาเสพติด 3) ปฏิกริยาของครอบครัวต่อการติดสุราหรือยาเสพติด 4) บทบาทของครอบครัวในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุราหรือยาเสพติด 5) วิธีการผ่อนคลาย ความตึงเครียดของครอบครัว ซึ่งโปรแกรมฯ นี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ได้เท่ากับ 81.20/80.60 แสดงว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน 80/80 (E_1 / E_2) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (วิภาวี จันทมัตตุการ, 2555)

2. แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติด ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ความสัมพันธ์กับครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว จำนวนครั้งที่เข้าบำบัด ระยะเวลาที่ใช้สุราหรือยาเสพติด 2) การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติด ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวจุฬาลงกรณ์ ซึ่งอุมพร ตรังคสมบัติ (2544) พัฒนาจากกรอบแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์

(Mc master model of family function) ของ แอพสเทียน และคณะ (Epstein et al., 1983) มีจำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วย การทำหน้าที่ของครอบครัว 7 ด้าน ดังนี้ คือ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านควบคุมพฤติกรรม และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป เป็นข้อคำถามที่มีทั้งความหมายทางบวกและทางลบ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เรียงลำดับจากไม่ตรงเลย ไปจนถึงตรงมากที่สุด โดยได้ผ่านการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ในเกณฑ์ดี (.84)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านกรรมการจริยธรรมด้านงานวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แล้วได้รับเอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์เลขที่ 035/2557 และให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองหลังจากที่ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ทราบแล้ว รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ และในการรวบรวมข้อมูลไม่ได้เขียนชื่อ หรือที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกข้อมูลในระหว่างการศึกษาก็ได้ โดยไม่มีผลเสียใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์จะกระทำในภาพรวม และข้อมูลที่ได้อาจจะใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มๆ ละ 3-6 ครอบครัว จำนวน 3 ครั้งต่อกลุ่ม

ครั้งที่ 1 เรื่อง โรคสมองติดยา และโทษพิษภัยของสุราหรือยาเสพติด ครั้งที่ 2 เรื่อง ปฏิกริยาของครอบครัวต่อการติดยาหรือยาเสพติดและบทบาทของครอบครัวในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุราหรือยาเสพติด ครั้งที่ 3 เรื่อง วิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดของครอบครัว ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที เข้าหรือ บ่าย (10.00-11.00 น. หรือ 14.00-15.00 น.) ทุกวันพุธ เริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 หลังรับผู้ป่วยไว้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองหลังจากแพทย์จำหน่ายให้กลับบ้านเมื่อครบ 1 เดือน ผู้วิจัยขออนุญาตติดตามผู้ป่วยโดยสัมภาษณ์โทรศัพท์เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวด้วยแบบสัมภาษณ์ชุดเดิม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซ้ำอีกครั้ง จากการติดตามสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ของผู้ช่วยวิจัย พบว่า สามารถติดตามกลุ่มตัวอย่างได้เพียง 65 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 33 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงตัดคู่ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถจับคู่กันได้ จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพียง 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ซึ่งการทดลองนี้สิ้นสุดในเดือน สิงหาคม 2557 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 4 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาของข้อมูลส่วนบุคคลและเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง

ทั้งสองกลุ่มเป็นเพศชายจำนวน 60 คน ร้อยละ 100 จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลของทั้ง 2 กลุ่มนี้คล้ายคลึงกันมาก โดยลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองร้อยละ 66.7 มีอายุระหว่าง 19-35 ปี อายุเฉลี่ย 30.5 ปี ($SD = 8.6$) สถานภาพสมรสโสดร้อยละ 60.0 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 60.0 มีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 43.3 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 50.0 เฉลี่ย 7,123.30 บาท ความเพียงพอของรายได้เพียงพอ ร้อยละ 73.4 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่เข้าบำบัดรักษาเป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 70.1 เป็นครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายอย่างละเท่ากัน ร้อยละ 46.7 ความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 53.4 จำนวนครั้งในการเข้ารับการบำบัดที่จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 53.4 เฉลี่ย 1.7 ครั้ง ($SD = 1.2$) มีระยะเวลาที่ใช้สุราหรือยาเสพติดอยู่ในระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 63.3 เฉลี่ย 6.73 ปี ($SD = 7.3$)

กลุ่มควบคุมร้อยละ 66.7 มีอายุระหว่าง 19-35 ปี อายุเฉลี่ย 33.2 ปี ($SD = 9.4$) มีสถานภาพสมรสโสดร้อยละ 53.3 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 53.3 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 43.3 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 50.0 เฉลี่ย 9,140.0 บาท ความเพียงพอของรายได้เพียงพอ ร้อยละ 80.0 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่เข้าบำบัดรักษาเป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 70.1 ลักษณะครอบครัว เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 70.1 ความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 53.4 จำนวนครั้งในการเข้ารับการบำบัดที่จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 60.0 เฉลี่ย 1.7 ครั้ง ($SD = 1.0$) มีระยะเวลาที่ใช้สุราหรือยาเสพติดอยู่ในระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 60.0 เฉลี่ย 8.2 ปี ($SD = 6.9$)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการทำหน้าที่ของครอบครัว ตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติด

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติดทั้งรายด้าน และโดยรวมของกลุ่มทดลองก่อน และหลังให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในระยะเวลา 1 เดือนหลังจำหน่าย ($n = 30$)

การทำหน้าที่ของครอบครัว	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง (หลังจำหน่าย 1 เดือน)		p- value
	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	SD	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	SD	
การทำหน้าที่ของครอบครัว					
ด้านการแก้ปัญหา	1.3	0.3	3.3	0.6	.00
ด้านการสื่อสาร	1.3	0.3	3.5	0.3	.00
ด้านบทบาท	2.2	0.3	3.6	0.4	.00
ด้านการตอบสนองทางอารมณ์	1.3	0.4	3.5	0.4	.00
ด้านความผูกพันทางอารมณ์	1.3	0.3	3.4	0.4	.00
ด้านควบคุมพฤติกรรม	1.8	0.4	3.3	0.4	.00
ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป	1.4	0.3	3.5	0.3	.00
โดยรวม	1.4	0.2	3.4	0.2	.00

จากตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้

ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติดโดยรวมภายหลังการทดลอง ($\bar{X}=3.4$, $SD=0.2$) สูงกว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติดโดยรวมก่อนการทดลอง ($\bar{X}=1.4$, $SD=0.2$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติดทั้งรายด้านและโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลอง หลังให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและกลุ่มควบคุมหลังให้การดูแลตามปกติภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองระยะเวลา 1 เดือนหลังจำหน่าย ($n=60$)

การทำหน้าที่ของครอบครัว	กลุ่มทดลอง ($n=30$)		กลุ่มควบคุม ($n=30$)		p- value
	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	SD	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	SD	
ด้านการแก้ปัญหา	3.3	0.6	2.0	0.6	.00
ด้านการสื่อสาร	3.5	0.3	2.1	0.5	.00
ด้านบทบาท	3.6	0.4	3.2	0.4	.02
ด้านการตอบสนองทางอารมณ์	3.5	0.4	2.1	0.5	.00
ด้านความผูกพันทางอารมณ์	3.4	0.4	2.0	0.6	.00
ด้านควบคุมพฤติกรรม	3.3	0.4	2.2	0.5	.00
ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป	3.5	0.3	2.3	0.4	.00
โดยรวม	3.4	0.2	2.2	0.4	.00

จากตาราง 2 คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมภายหลังจำหน่าย 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติดภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองโดยรวม ($\bar{X}=3.4$, $SD=0.2$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมโดยรวมซึ่งมีการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติด ($\bar{X}=2.2$, $SD=0.4$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติดหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับมาโนชหล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2548) ที่อธิบายว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการประคับประคองจากภายนอก เช่น ได้รับความรู้เรื่องโรค การบำบัด

รักษา บทบาทของสมาชิกในครอบครัวต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย รวมถึงการดูแลตนเองของครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับ ญาดา (2550) ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการกลับติดซ้ำ พบว่า หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษา สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมความช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุราเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแมคฟาร์แลนด์ และคณะ (2003) ที่สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเป็นทางเลือกในการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง ทำให้สัมพันธภาพและการทำหน้าที่ในครอบครัวดีขึ้น การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่พัฒนาขึ้นมีผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาการทำหน้าที่ของครอบครัวในทางที่ดีขึ้นได้ทั้งด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านควบคุมพฤติกรรม ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมนี้ เป็นรูปแบบการให้ความรู้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่เน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการให้ความรู้เรื่องโรคสมองติดยา โทษพิษภัยของสุราหรือยาเสพติด ปฏิกริยาของครอบครัวต่อการติดสุราหรือยาเสพติด และเรื่องบทบาทของครอบครัวในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากสุราหรือยาเสพติด วิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดสำหรับครอบครัว เป็นการสื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้ว่าเมื่อสารเคมีในสมองแปรปรวนผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร เวลาเลิกยาเสพติดทุกข์ทรมานอย่างไร ส่งผลให้ครอบครัวเข้าใจผู้ป่วย

และผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้น มีการเชื่อมโยงกับอาการทางจิตของผู้ป่วยที่เด่นๆ มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกเล่าอาการของตนเองหรือเพื่อนผู้ป่วยคนอื่นๆที่กำลังอยู่ในช่วงมีอาการทางจิตจากสุราหรือยาเสพติดที่รุนแรง และให้ครอบครัวได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาความทุกข์ใจระหว่างกัน ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านบทบาท การควบคุมพฤติกรรม การสื่อสาร การแก้ไขปัญหาสิ่งที่ต้องการให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงที่ช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสุราหรือยาเสพติดได้ ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว เข้าใจกันมากขึ้น และวิธีการผ่อนคลายความเครียดในครอบครัว ช่วยให้ครอบครัวคลายเครียดได้ มีสติที่จะสามารถหาวิธีการสื่อสาร หาแนวทางแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำหน้าที่ของครอบครัวในทางที่ดีขึ้น

คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติด ทั้งรายด้านและโดยรวมกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับแมคฟาร์แลนด์ (McFarlane et al., 2003) ที่อธิบายว่า สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเป็นการให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและครอบครัว การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ มีการเจาะลึกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของครอบครัวฝึกทักษะการแก้ปัญหาแก่ครอบครัว และช่วยให้แต่ละคนพัฒนาหรือมีการปรับตัวที่เหมาะสม ลดความคาดหวังในตัวผู้ป่วยที่สูงเกินไป ลดความเครียดภายในครอบครัวและมีวิธีจัดการกับอาการเตือนที่เหมาะสม เป็นผลให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ที่ดีขึ้น ซึ่งคล้ายกับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวครั้งนี้ที่มีกิจกรรมทั้งหมด

5 กิจกรรม และเนื้อหาทั้ง 5 กิจกรรม (3 ครั้ง) เน้นการให้ความรู้ที่จำเป็นที่ผสมผสานการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ การให้ข้อเสนอแนะจากทีมสหวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำครอบครัวบำบัดหรือทำสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด พยาบาลจิตเวชชุมชน ครอบครัวผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านโดยไม่กลับไปติดสุราหรือยาเสพติดอย่างน้อย 1 ปี และผู้ป่วยที่สามารถเลิกสุราหรือยาเสพติดได้อย่างน้อย 1 ปี ว่าควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ความรู้และฝึกปฏิบัติเรื่องอะไรบ้าง ร่วมกับแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของแมคฟาร์แลนด์ และคณะ (McFarlane et al., 2003) ร่วมกับการทำหน้าที่ของครอบครัว (family function) ของอูมาพร ตรังคสมบัติ (2544) และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติด ทำให้ได้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่สอดคล้องกับบริบทหรือครอบคลุมกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้มีการใช้เทคนิคการทำครอบครัวบำบัด เช่น ฝึกการสื่อสารที่ดีในครอบครัว การปรับมุมมองใหม่แก่ผู้ป่วยและครอบครัว การให้กำลังใจ การได้รับความรู้สึกและความต้องการซึ่งกันและกัน การฝึกปฏิบัติวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดของครอบครัวที่ง่ายเหมาะกับบริบทและการให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจกระบวนการรักษาด้วย คาดว่าทำให้ครอบครัวและผู้ป่วยเข้าใจกันและต่างก็นำแนวทางที่ได้รับไปพัฒนาตนเองมากขึ้นส่งผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีขึ้น แต่การได้รับการดูแลตามปกติ แม้ผู้ป่วยจะได้ทำกลุ่มกับทีมสหวิชาชีพที่มีความหลากหลายเรื่ององค์ความรู้

จนส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวดีขึ้น ลดการติดซ้ำได้ดีขึ้น ยังมีการกลับติดสุราหรือยาเสพติดและกลับมารักษาซ้ำภายใน 1 เดือน ทั้งนี้อาจเนื่องจากครอบครัวไม่ได้รับการเน้นเรื่องการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยตรง จึงไม่ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกและค้นหาปัญหาาร่วมกัน อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลไม่ครอบคลุมสภาพปัญหาและความต้องการอย่างแท้จริง เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจึงพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติดกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติทั้งรายด้านและโดยรวมจึงต่ำกว่ากลุ่มทดลอง

สรุป

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น ทั้งด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านควบคุมพฤติกรรม ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป จึงควรมีการสนับสนุนให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติดด้วย โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวให้เกิดขึ้นในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติดมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและได้มาตรฐานยิ่งขึ้น และควรมีการติดตามผลในระยะยาวในประเด็นความคงอยู่ของการทำหน้าที่ของครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ผู้ป่วยสุราหรือยาเสพติดไปประยุกต์ใช้ในงานประจำ และควรมีการปฏิบัติอย่างเป็นระบบเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวผู้ป่วยสุราหรือยาเสพติดกับการทำหน้าที่ครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติด ณ บริบทโรงพยาบาลอื่น ๆ ว่ามีผลแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อระบบการดูแลผู้ป่วยต่อไป

2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธรังสีรองศาสตราจารย์ณอมศรีอินทนันทและรองศาสตราจารย์ ดร. สายฝน เอกวางกูร ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิช่วยตรวจสอบโครงสร้างเนื้อหาและข้อผิดพลาดต่างๆ นายแพทย์ธิตินันท์ ธาณิรัตน์ รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและวิชาการที่ช่วยสอนแนะนำการใช้สถิติและระเบียบวิธีวิจัย

เอกสารอ้างอิง

กรมคุมประพฤติ, สถาบันชัญญารักษ์, กองทัพบก, กองทัพเรือ, และกรมการปกครอง. (2549). *คู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด*. นนทบุรี: สถาบันชัญญารักษ์.

จรินทร์ยาเพชรน้อย. (2552). *ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตร

มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ญาดา จีนประชา. (2550). *ผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดยาเพื่อการป้องกันการติดยา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, บทความย่อ สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2557 จาก <http://www.thanyarak.go.th>.

ทิพาดีเอมะวรรณะ. (2548). *จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สหมิตรพรินต์.

ธวัชชัย ถีพหานา. (2549). โรคทางจิตเวชที่เกิดร่วมกับโรคติดยาเสพติด: Co-occurring Psychiatric Disorder in Addiction, ใน พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม, และนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ), *ตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด: Textbook of Addiction Psychiatry* (หน้า 99-109). กรุงเทพมหานคร: บางกอกบล็อก.

บุญศิริ จันศิริมงคล. (2557). ความรู้และทักษะการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราและผู้มีโรคจิตเวชร่วมจากสารเสพติด. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการการดูแลโรคจิตเวชร่วมในผู้ที่มีปัญหาสุรา/ยาเสพติด 18-20 กุมภาพันธ์ 2557*. ณ โรงแรมอมารีแอร์พอร์ต. กรุงเทพมหานคร.

บุญศิริ จันศิริมงคล, สาวิตรี สุริยะฉาย, หทัยชนนี บุญเจริญ, กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง,

- สรสพร จูวงษ์, และอุ๋นจิตร คุณารักษ์. (2556). โรคร่วมจิตเวชของผู้ป่วยในจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(2), 76-87.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์และไพรัตน์ พงกษชาติคุณากร. (2542). โรคที่สัมพันธ์กับการใช้สาร ใน มานิตย์ ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวานิช (บรรณาธิการ), *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (หน้า 117-138). เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์. (2545). โครงการอบรม แนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS. *เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง การประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวช 20-21 พฤษภาคม 2545*. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. เอกสารอัดสำเนา.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2548). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2556). *รายงานสถิติประจำปี 2554-2556 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. เอกสารอัดสำเนา.
- วิภาวี จันทมัตตุการ. (2555). การพัฒนาและผลการใช้คู่มือกรอบความรู้สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุราและยาเสพติด *รายงานการวิจัย*. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- สมควร จุลอักษร. (2548). ผลการใช้โปรแกรมกิจกรรมกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 15(3), 199-204.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายใจ ก้าวอนันตกุล. (2553). *ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจและการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. (2546). *การติดตามผลการดำเนินโรคของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน 6 เดือน และปัจจัยเสี่ยงในการกลับป่วยซ้ำ*. *เอกสารการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติดปี 2546*. (หน้า 225). วันที่ 19-21 สิงหาคม 2546. กรุงเทพมหานคร: โรงแรมแอมบาสเดอร์. สืบค้นจาก www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=288
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัวจำกัด.
- Burn, M., & Grove, S. K. (1997). *The practice nursing research: Conduct, critique and utilization*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Center for Substance Abuse Prevention. (2002). *Finding the Balance: Program Fidelity and Adaptation in Substance Abuse Prevention. A State-of-the-Art Review [and] Executive Summary*. Retrieved February 19, 2010,

- from http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/cstm/portlets/recordDetails/detailmini.jsp?_nfp
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The Mc Master family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(9), 171-180. .
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Synopsis of psychiatry: Behavioral science/clinical psychiatry*. (8th ed.). The United States of America: Williams & Wilkins.
- McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 223-245.
- Mckenna, C. (1997). Substance induced psychotic. In R. Corsini. (Ed.). *The principle and practice of addictions in psychiatry* (pp.103-12) Philadelphia: Saunder.