

**การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการพฤติกรรม
การดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา
The Development Empowerment Program on Management with Drinking
Behavior of Alcohol Dependence Patients**

พรทิพย์ คงสัดย (Porntip Kongsut R.N., M.P.A.) *

ศิริภรณ์ ชัยศรี (Siriporn Chaisri RN, M.P.H.) **

สวัสดี เทียงธรรม (Sawat Teangtum RN, M.N.S.) **

Abstract

The purposes of this research and development were to develop and evaluate the empowerment program on alcohol drinking behavior management of alcohol dependence patients. The conceptual frameworks were developed from empowerment concept, effectiveness of coping, Self regulation and social supporting system. Four processes were: 1) Situation analysis of alcohol dependence care service system was reviewed, 2) The empowerment program was developed, 3) The empowerment program was implemented, and 4). The empowerment program was evaluated. The hypothesizes were tested by using one-way ANOVA repeated measure. Conclusions were:

1) The content of the program is valid. The Item Objective Congruence (IOC) coefficients ranged between 0.6-1.0. Three topics of knowledge consisted of learning about effects of alcohol drinking with addiction, empowerment

improving to deal with drinking behavior, and how to help seeking from other supporting system for management with drinking behavior. The program consisted of seven activities, four times training (60 minutes/time) within 2 weeks.

2) The management with drinking behavior on alcohol dependence patients at 4th week and 12th week after receiving program was significantly increased at the level .05.

3) The management with drinking behavior at 4th week and 12th week after receiving program on alcohol dependence patients in the experimental group was significantly higher than those in the control group at the level .05.

This study suggested that the empowerment program of alcohol dependence patients has effected with controlling alcohol drinking behavior management.

* Co-responding author: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์
E-mail: kongsut_kag@hotmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์

Key words: program of empowerment, alcohol dependence patient, management with drinking behavior

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคติดสุราด้านการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา และทดสอบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคติดสุราด้านการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประยุกต์แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1993) ร่วมกับแนวทางการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพของ Varghese et al. (2002) แนวคิดการกำกับตนเองของ Miller & Brown (1991) และแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) มาเป็นกรอบในการกำหนดเนื้อหาของโปรแกรม ขั้นตอนการดำเนินงาน แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) ทบทวน วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุรา 2) พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคติดสุราด้านการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา 3) ทดลองใช้โปรแกรม และ 4) ประเมินผลการใช้โปรแกรม โดยใช้การทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คนได้รับการ

ดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคติดสุราด้านการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินการจัดการพฤติกรรมการดื่มระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพื้นฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ ผลการวิจัยพบว่า

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคติดสุราด้านการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุราระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุราที่พัฒนาขึ้น มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา หัวข้อความรู้แต่ละหัวข้อตามโปรแกรมมีความสอดคล้องระหว่างหัวข้อความรู้และวัตถุประสงค์โดยมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6–1.0 เนื้อหาในโปรแกรมประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ การทำความเข้าใจถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา และความจำเป็นที่ต้องแก้ไขพฤติกรรมการดื่มสุรา การเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา และการรู้จักใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จำเป็นต่อการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา กิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมด 7 กิจกรรม จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 60 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์

2. ผลการทดสอบโปรแกรม พบว่า การจัดการกับพฤติกรรมการดื่มระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุราของกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มในระยะหลัง

พื้นภาวะถอนพิษสุราของกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคติดสุรา มีประสิทธิภาพในการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังพื้นภาวะถอนพิษสุราได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคติดสุรา การจัดการกับพฤติกรรมการดื่ม

ความสำคัญของปัญหา

นับแต่อดีตกาลมา สุราได้แทรกซึมอยู่ในทุกสังคมของมวลมนุษยชาติมาโดยตลอด ขณะเดียวกันสุราก็จัดเป็นสารเสพติดประเภทหนึ่ง เพราะสุรามีลักษณะเดียวกับสิ่งเสพติดชนิดอื่นๆ เมื่อใดก็ตามที่ดื่มมากกว่าบุคคลปกติทั่วไปจนถึงขั้นเสพติด จะมีผลให้ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้น หากหยุดดื่มจะหยุดได้ในระยะเวลาสั้นๆ และหากไม่ได้ดื่มจะแสดงถึงอาการขาดสุรา เช่น ลั่น เหงื่อออก กระสับกระส่าย ซึ่พจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น วิดกกังวล นอนไม่หลับ ประสาทหลอน ฯลฯ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความผิดปกติทั้งด้านร่างกาย พฤติกรรมและความคิด บกพร่องในหน้าที่ทางสังคม การงาน และความสัมพันธ์กับผู้อื่น (World Health Organization, 2008; หทัยชนนี บุญเจริญ และ พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์, 2549) ปัจจัยเหตุของการติดสุราในด้านตัวผู้ติดสุรา พบว่า ประมาณร้อยละ 25.0 ของผู้ติดสุราจะมีบิดาและพี่น้องผู้ชายติดสุราด้วย รวมถึงลักษณะบุคลิกภาพเป็นแบบประหม่า วิดกกังวล พึ่งพาผู้อื่นสูง ไม่สามารถต่อสู้กับความผิดหวังได้ มีอารมณ์เศร้า

มองตนเองในเชิงลบ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ การที่ได้ดื่มจะช่วยทำให้สิ่งเหล่านี้หายไป รู้สึกกล้าและมั่นใจมากขึ้น (ทิพาวิดี เอมะวรรณนะ, 2547) นอกจากนี้ตัวสารแอลกอฮอล์มีคุณสมบัติทำให้เกิดการเสพติดได้ โดยแอลกอฮอล์จะไปกระตุ้นสมองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความอยาก ทำให้ผู้ดื่มรู้สึกพึงพอใจจากการดื่ม เพราะเกิดแรงเสริมทางลบ (Negative reinforcement) คือ ลดความวิตกกังวลและคลายเครียดได้ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ จึงมีผลให้ผู้ดื่มมีความต้องการใช้ซ้ำอีก หักห้ามใจไม่ได้ เพราะความอยากดื่ม (Marlatt & Gordon, 1985) นอกจากนี้ค่านิยมของสังคมไทยเห็นว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องปกติธรรมดา ดังนั้นงานสังสรรค์ งานเลี้ยง และงานประเพณีต่างๆ จะต้องมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบด้วยเสมอ รวมถึงการจำหน่ายสุราอย่างเสรี หรือบางครอบครัวมีสุราไว้ประจำบ้าน เมื่อมีปัญหาครอบครัว มีความเครียดในชีวิต ก็จะหันมาดื่มจนเกิดการติดขึ้นได้มากที่สุด เมื่อใดก็ตามที่ผู้ดื่มสุราจนติด จนกระทั่งเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา ก็จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา เพื่อลดความรุนแรงของอาการที่เกิดจากการขาดสุราอย่างรวดเร็ว และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย สามารถหยุดดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่องและไม่กลับไปดื่มซ้ำ (Gelder et al., 2001) แต่ที่ผ่านมา ข้อมูลจากการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถเลิกดื่มได้สำเร็จ และต้องเข้ารับการรักษานในสถานบำบัดมากถึง ร้อยละ 45.0-60.0 (สถาบันธัญญารักษ์, 2550) และมีรายงานการติดตามผลการรักษาในลักษณะเดียวกันพบว่า ร้อยละ 55.0 ของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการ

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ กลับไปดื่มสุร่าซ้ำในช่วง 3 เดือนแรก หลังการจำหน่าย (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์, 2552) ทั้งนี้สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วย กลับไปดื่มสุร่าซ้ำพบว่า เนื่องมาจากผู้ป่วยไม่สามารถต่อสู้กับอาการอยากสุร่าได้สำเร็จ อ่อนไหวง่าย สูญเสียพลังอำนาจหรือขาดแรงจูงใจ และขาดทักษะในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยง ใช้สุร่าในการแก้ปัญหาชีวิตและสังคม รวมถึงมีแหล่งสุร่าที่สามารถหาซื้อได้ง่ายในชุมชน (อัจฉราพร นัศาศกร, 2548) ข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการดูแลให้ผู้ป่วยโรคติดสุร่าสามารถควบคุมพฤติกรรม การดื่มได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วย มีกำลังใจ เชื่อมั่นในศักยภาพของตน สามารถตัดสินใจ ควบคุมการกระทำ และมีความมั่นใจในการเลือกการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการ และแก้ปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง (Gibson, 1993)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุร่ามีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย พยาบาล และแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุร่า ผู้วิจัย จึงได้นำแนวคิดทฤษฎีระบบ ของ Robbins, Bergman, Stagg, and Coulter (2006) ที่เชื่อว่า ทุกสิ่งทุกอย่างเป็นส่วนหนึ่งของระบบที่ใหญ่ขึ้นไป ขณะเดียวกันสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นก็เป็นระบบที่สามารถแยกย่อยลงไปเป็นระบบเล็กๆ มากมายหลายระดับได้ และระบบย่อยต่างก็มีความสัมพันธ์กัน ส่งผลต่อการดำรงอยู่ซึ่งกันและกัน โดยกำหนดให้ผู้ป่วยโรคติดสุร่า เป็นปัจจัยนำเข้า ทำการวิเคราะห์ ด้วยการทบทวนสถิติของผู้ป่วยโรคติดสุร่าที่มารับการรักษาแบบ

ผู้ป่วยใน ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2553–2555 พบมี จำนวน 9,910 ราย, 9,684 ราย และ 9,038 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคติดสุร่าที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 389, 392, และ 366 ราย ตามลำดับ และพบว่า ร้อยละ 7.5, 5.0, และ 6.2 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับมารับรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในหลังจากได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 90 วัน (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์, 2555) แสดงให้เห็นถึงผลของการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุร่าไม่เป็นไปตามเป้าหมายของแผนการดูแลในระยะหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มได้ จนกระทั่งมีอาการกำเริบ ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในระยะเวลาอันสั้น ทั้งนี้ เมื่อทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคติดสุร่าที่กลับมารักษาซ้ำ จำนวน 20 คน พบว่า เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน จะไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มของตนเองได้ เพราะในการดำเนินชีวิตประจำวันผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงและตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากดื่มอย่างรุนแรงจนพลังผลอดดื่มแล้ว ควบคุมการดื่มของตัวเองไม่ได้ ซึ่งพบคำบอกเล่าของผู้ป่วยว่า “ผมรู้ว่าถ้าดื่มเหล้าอีก ก็จะต้องเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล แต่ผลอดจนได้ ไหนๆ ก็ดื่มแล้ว จึงเลยตามเลย” หรือ “เพื่อนมาเยี่ยม นานๆ จะได้เจอกันผมจึงดื่มเป็นเพื่อนเขา กว่าจะดื่มคนเดียวนะ” และผลจากการที่ผู้ป่วยพยายาม ควบคุมพฤติกรรมการดื่มของตนเองแต่ไม่ประสบความสำเร็จทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนแรง หดพลังที่จะต่อสู้ ขาดความมั่นใจที่จะปรับเปลี่ยนโดย

ผู้ป่วยจะบอกว่า “จริงๆ แล้วผมตั้งใจอยากเลิกพยายามมาหลายครั้งแล้วแต่ทำไม่สำเร็จ ผมเหนื่อย ยอมแพ้หมดแรงจะสู้แล้ว” “หมอบอกว่า ดับผมแน่แล้ว แต่ผมก็เลิกดื่มไม่ได้ รู้สึกท้อที่ไม่สามารถทำได้” “เมื่ยมให้โอกาสหลายครั้ง แต่ผมก็ยังทำไม่ได้ จนตอนนี้เขาไปแล้ว สู้ต่อไม่ไหวแล้ว ไหนๆ ก็ไม่มีอะไรเหลือ ผมจึงยังเป็นไอ้ขี้เมา” นอกจากนี้ผู้ป่วยยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดความรู้สึกท้อแท้ หรือขาดความมั่นใจในการเลิกดื่มสุรา “ผมไม่มีกำลังใจในการเลิกดื่มเหล้า ไม่รู้ว่าจะเลิกดื่มเพื่อใครใครจะช่วยผมได้” (ข้อมูล ณ วันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2556) จากปรากฏการณ์ที่พบ แสดงให้เห็นถึง ความรู้สึกอ่อนล้า หมดพลัง เหนื่อยหน่าย จากการที่ผู้ป่วยพยายามเลิกดื่มสุราไม่สำเร็จ ด้วยปัจจัยเหตุดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง หาทางออกด้วยการกลับไปดื่มสุรา จึงเพิ่มโอกาสในการกลับมาป่วยซ้ำ (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542) นอกจากนี้มีรายงานการวิจัยที่พบว่า ระยะหลังฟื้นภาวะถอนพิษสุรา ผู้ป่วยยังคงกลับไปดื่มสุราซ้ำเพียงแค่มียปัจจัยกระตุ้นหรือการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงสูงต่อการดื่มสุราก็ทำให้เกิดอาการอยากดื่ม และพลังพลอดั้ม จนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มของตนเองได้ ในที่สุดก็กลับดื่มสุราซ้ำอีก (Marlatt & Gordon, 1985; Brown, 1995) ครั้นเมื่อพบทวนปรากฏการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ ในปัจจุบัน พบว่า พยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยโรค

ติดสุรา ตามแนวปฏิบัติ ที่เน้นการให้ความรู้ด้านต่างๆ ได้แก่ ความรู้เรื่องสุราและผลกระทบจากการดื่ม การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับดื่มสุราซ้ำ ความรู้และการฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น แสดงให้เห็นว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราที่ปฏิบัติในปัจจุบัน ยังไม่ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการสร้างเสริมพลังใจแก่ผู้ป่วยที่ประสบความล้มเหลวจากการพยายามควบคุมพฤติกรรมการดื่มของตน นอกจากนี้ยังไม่พบกิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยรู้จักการขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุราได้อย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ตาม ผลที่พบจากการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยโรคติดสุราเกิดความมั่นใจในศักยภาพและมีกำลังใจในการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มของตนเองที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่อง โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้ผู้ที่ดื่มสุราแบบเสี่ยง หรือผู้ป่วยโรคติดสุราสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้ (เพ็ญนภา สุตาคำ, 2550) โดยการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นพบปัญหาที่เกิดขึ้นจากการไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มได้ เน้นให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ แสวงหาแนวทางการแก้ปัญหา และตัดสินใจเลือกวิธีการควบคุมพฤติกรรมการดื่มได้อย่างเหมาะสม (Gibson, 1993; Varghese et al., 2002) นอกจากนี้ยังต้องดูแลให้ผู้ป่วยสามารถกำกับตนเองในการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราของตนให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

(Miller & Brown, 1991) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ จากครอบครัว เครือข่ายทางสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรม การดื่มของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Schaefer, et al., 1981)

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช ได้ตระหนักถึงความจำเป็น ในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคติดสุราด้านการจัดการกับ พฤติกรรมการดื่มระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา เพื่อให้พยาบาลได้นำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรค ติดสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยนำแนวคิด ทางด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องมากกว่าหนึ่งแนวคิด ตามที่กล่าวข้างต้น มาเป็นกรอบแนวทางในการ กำหนดเนื้อหากิจกรรม เนื่องจากพบมีรายงาน ที่กล่าวไว้ว่า โปรแกรมที่มีส่วนประกอบของ เนื้อหาที่ประยุกต์มาจากแนวคิดที่หลากหลาย จะทำให้ประสิทธิผลของโปรแกรมดีกว่าการ ประยุกต์ใช้แนวคิดเพียงแนวคิดเดียวมาพัฒนา โปรแกรม (Toseland, 2006) รวมถึงนำข้อมูลที่ได้ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคติดสุรามาใช้เป็น สถานการณ์ตัวอย่าง โดยเนื้อหาของโปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคติดสุรา แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การทำความเข้าใจ ถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา และความจำเป็นที่ต้องแก้ไขพฤติกรรม การดื่มสุรา ส่วนที่ 2 การเสริมสร้างพลังอำนาจในการ จัดการพฤติกรรม การดื่มสุรา และส่วนที่ 3 การใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จำเป็นต่อ การจัดการพฤติกรรม การดื่มสุรา ผู้วิจัยคาดว่า

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคติด สุราด้านการจัดการกับพฤติกรรม การดื่มระยะ หลังพ้นภาวะถอนพิษสุราที่พัฒนาขึ้น จะมีความ เกี่ยวตรงตามเนื้อหา มีความสอดคล้องระหว่าง วัตถุประสงค์และเนื้อหาความรู้ในแต่ละส่วน สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้ และผล ของการทดสอบโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น สามารถ สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างของการจัดการ พฤติกรรม การดื่มระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา ระหว่างกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้ รับการดูแลตามปกติได้

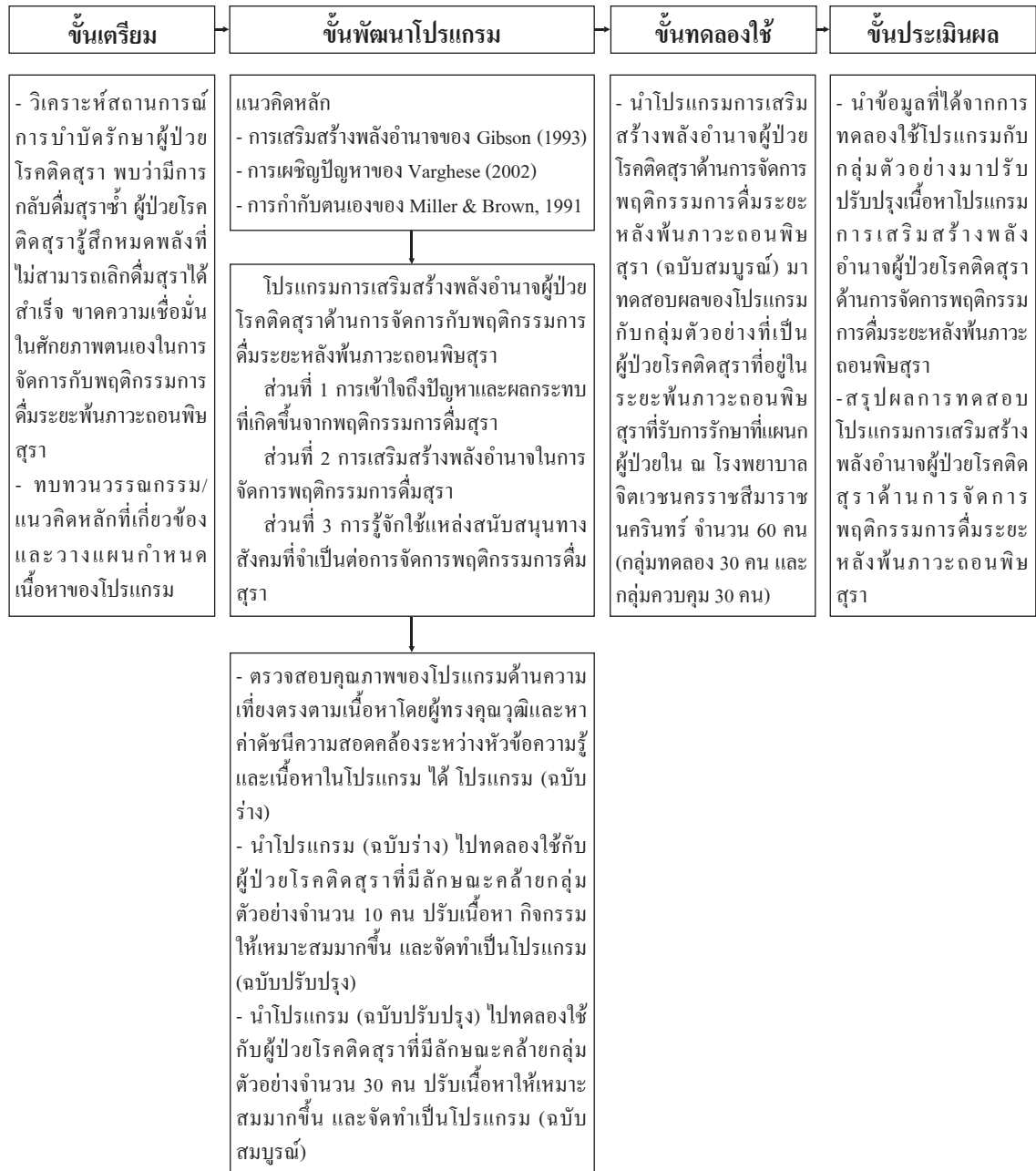
วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคติดสุราด้านการจัดการกับ พฤติกรรม การดื่มระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา
2. เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคติดสุราด้านการจัดการกับ พฤติกรรม การดื่มระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา โดย

2.1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการ พฤติกรรม การดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุรา ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคติดสุราด้านการจัดการกับ พฤติกรรม การดื่มระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา ในสัปดาห์ที่ 4 และ 12

2.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการ พฤติกรรม การดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุรา ระหว่างกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคติดสุราด้านการจัดการกับ พฤติกรรม การดื่มระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนทดลองและ หลังทดลองใน สัปดาห์ที่ 4 และ 12

กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา



สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรม การดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังเข้าร่วมโปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคติดสุราใน สัปดาห์ที่ 4 และ 12 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรม การดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุราของกลุ่มที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรค ติดสุรา หลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ทำการศึกษา ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชชนรินทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยนี้ เป็นผู้ป่วยโรค ติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติทาง จิตและพฤติกรรม ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับ การรักษา ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนรินทร์ทั้งเพศชายและหญิง มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ ที่พื้นภาวะ ถอนพิษสุราโดยมีคะแนนความรุนแรงของภาวะ ถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Score: AWS) เท่ากับ 0 คะแนน และคะแนนพลังอำนาจอยู่ใน ระดับ “ปานกลาง” ถึง “น้อยที่สุด” สามารถ สื่อสารด้วยภาษาไทยทั้งการพูด เขียน อ่าน และ

ยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 60 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้าง พลังอำนาจผู้ป่วยโรคติดสุราด้านการจัดการกับ พฤติกรรมการดื่มระยะหลังพื้นภาวะถอนพิษสุรา และการดูแลตามปกติ

ตัวแปรตาม คือ การจัดการกับพฤติกรรม การดื่มระยะหลังพื้นภาวะถอนพิษสุรา

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ ดำเนินงาน ตามกระบวนการวิจัยและพัฒนาของ รุจโรจน์ แก้วอุไร (2549: online) ดังนี้

1. ขั้นเตรียม ประกอบด้วย

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา โดยรวบรวม ข้อมูลจากรายงานสถิติ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรค ติดสุราจำนวน 20 คน และทั้งหมดมีประสบการณ์ ผ่านการรักษาภาวะถอนพิษสุรา เคยเลิกดื่มได้ แต่กลับมาดื่มซ้ำ บางรายกลับมารักษาลำบากภายใน 3 เดือน (ระยะเวลาดำเนินการ เดือนตุลาคม 2555)

1.2 วางแผนการวิจัยและทบทวน วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาเอกสารทาง วิชาการเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของกิบสัน (Gibson, 1993) แนวคิดการเผชิญ ปัญหาของวากีสและคณะ (Varghese et al., 2002) แนวคิดการกำกับตนเองของมิลเลอร์และ บราวน์ (Miller & Brown, 1991) และแนวคิดการ สนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981)

1.3 พัฒนาโปรแกรมตามแนวคิดการ

พัฒนาโปรแกรมของ อุทุมพร จามรมาร (2541) โดยกำหนดโครงสร้างหัวข้อความรู้ เนื้อหา กิจกรรม และจุดมุ่งหมายของเนื้อหากิจกรรมในแต่ละส่วน โดยประยุกต์ความรู้ เนื้อหา กิจกรรม ตามแนวคิดที่เกี่ยวข้องในข้อ 1.2 มากำหนดหัวข้อความรู้ออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การทำความเข้าใจถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองจากพฤติกรรมการดื่มสุราจนติดและความจำเป็นที่ต้องแก้ไขพฤติกรรม การดื่มสุราโดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคติดสุราค้นพบปัญหา ความต้องการของตน และให้สามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง ร่วมกับแนวคิดของวากีสและคณะ (Varghese et al., 2002) ที่เน้นการให้ผู้ป่วยโรคติดสุราเข้าใจถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ เรียนรู้ในการเลือกวิธีการแก้ปัญหาและประยุกต์ได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือการสร้างสัมพันธภาพ และการทำความเข้าใจถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราจนติด ใช้เวลา 60 นาที

ส่วนที่ 2 การเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา ประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ร่วมกับแนวคิดการกำกับตนเองของมิลเลอร์และบราวน์ (Miller & Brown, 1991) ที่เชื่อว่าคนที่มีความสามารถในการกำกับตนเองเป็นผู้ที่มีวินัยในตนเอง มีแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จโดยเน้นการควบคุมตนเองในการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราของตนให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เนื้อหาในส่วนนี้ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ การทำความเข้าใจ

กับสาเหตุที่ทำให้ใช้พลัง ปฏิบัติตอบสนองของร่างกายต่อภาวะไร้พลังจากการควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราของตนได้ไม่ดี การตัดสินใจเลือกวิธีจัดการกับปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะไร้พลัง และการคงไว้ซึ่งพลังใจที่สร้างเสริมให้การจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราที่มีประสิทธิภาพ ใช้ระยะเวลา 90 นาที

ส่วนที่ 3 การใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จำเป็นต่อการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคติดสุราสามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ในสังคม รู้สึกมีกำลังใจ มีอารมณ์ที่มั่นคงในการต่อสู้ปัญหา (Schaefer et al., 1981) ใช้ระยะเวลา 30 นาที

1.4 การตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity)

1.4.1 นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคติดสุราด้านการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุราหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา (ฉบับร่าง) ตามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดสุราไม่น้อยกว่า 5 ปี และเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจอย่างดีด้านเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา ทำการตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรม ความครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม พบมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงด้านเนื้อหา กิจกรรม และการประเมินผล ประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาความรู้ในแต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 และนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน

10 คน พบข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยโรคจิตสุรา ให้ปรับเนื้อหา และระยะเวลาบางกิจกรรมให้ กระชับ ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ

1.4.2 นำข้อมูลที่ได้จากการ ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและ การทดลองใช้ในข้อ 1.4.1 มาใช้ในการปรับปรุง โปรแกรมให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น นำไปให้ ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง หลังจากนั้นนำผล การตรวจสอบมาปรับปรุงเนื้อหาโปรแกรม และ ประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาความรู้ ในแต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (IOC) อีกครั้ง ซึ่งจากผลการตรวจสอบพบว่า กิจกรรมการ ประเมินผลบางส่วนยังไม่ครอบคลุมตาม วัตถุประสงค์ ผู้วิจัยจึงปรับปรุงวิธีการประเมิน ผลให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และกรอบ แนวคิดการศึกษาตามข้อเสนอแนะ และมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6-1.0

1.4.3 นำโปรแกรมการเสริมสร้าง พลังอำนาจผู้ป่วยโรคจิตสุราด้านการจัดการกับ พฤติกรรมการดื่มระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา ที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว ไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิต สุราที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความครอบคลุมของเนื้อหา โปรแกรมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จาก การทดลองใช้พบว่า ต้องปรับระยะเวลาที่ใช้ให้ เหมาะสมกับเนื้อหาในบางกิจกรรม ประมาณ 60 นาทีต่อครั้งหลังจากนั้นจึงจัดทำเป็นโปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคจิตสุราด้าน การจัดการกับพฤติกรรมการดื่มระยะหลังพ้น ภาวะถอนพิษสุรา

2. ขึ้นทดสอบผลโปรแกรมการเสริม สร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคจิตสุราด้านการจัดการ

กับพฤติกรรมการดื่มระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษ สุรา

2.1 นำโปรแกรมที่ผ่านการทดลองใช้ ตามข้อ 1.4.3 ไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตสุรา ที่มารับ การรักษา ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราช นครินทร์ จำนวน 60 คน ในช่วงเดือนมีนาคม ถึง มิถุนายน 2556

2.2 ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคจิตสุราด้าน การจัดการกับพฤติกรรมการดื่มระยะหลังพ้น ภาวะถอนพิษสุราตามที่พัฒนาขึ้น โดย

2.2.1 กำหนดให้กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คนได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน การจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุรา และเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคจิต สุราด้านการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มระยะ หลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา โดยการดำเนินกิจกรรม กลุ่มๆ ละ 8-12 คน จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 60 นาที รวมทั้งหมด 7 กิจกรรม เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และ ได้รับการประเมินซ้ำด้วยเครื่องมือชุดเดียวกัน หลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และ 12

2.2.2 กำหนดให้กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คนได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน การจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุรา และได้รับ การดูแลตามที่ปฏิบัติกันอยู่ในปัจจุบัน จากนั้น ประเมินซ้ำด้วยเครื่องมือชุดเดียวกันหลังสิ้นสุด การทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และ 12

2.3 นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความ ถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยประกอบด้วย

3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเพื่อคัดเลือกเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่

แบบวัดพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ พัฒนามาจากแนวคิดเกี่ยวกับแหล่งพลังอำนาจของ Gibson (1995) มาปรับใช้ในการวิจัยนี้ ข้อความในแบบวัดประกอบด้วย การวัดการตอบสนองด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรมและด้านความคิด จำนวน 24 ข้อ แต่ละข้อให้ค่าพลังอำนาจตั้งแต่ระดับ 1-5 แบบวัดนี้ใช้วัดระดับพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคติดเชื้อก่อนคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยที่ได้คะแนนพลังอำนาจอยู่ในระดับ “ปานกลาง” ถึง “น้อยที่สุด” นำเข้าร่วมโปรแกรม

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดด้วยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .76

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้

2. แบบประเมินการจัดการพฤติกรรมกระตุ้นสุราของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการกำกับตนเอง (Self regulation) ของมิลเลอร์และบราวน์ (Miller & Brown, 1991) ที่ผ่านการขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์และปรับใช้ในการประเมินการจัดการพฤติกรรมกระตุ้นสุราของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ

ในแต่ละข้อ ผู้ตอบจะได้คะแนนระหว่าง 1 ถึง 5 จากคำตอบ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง”

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินด้วยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .79

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคติดเชื้อด้านการจัดการพฤติกรรมกระตุ้นสุราหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1993) ร่วมกับ แนวคิดการเผชิญปัญหาของวากีสและคณะ (Varghese et al., 2002) แนวคิดการกำกับตนเองของมิลเลอร์และบราวน์ (Miller & Brown, 1991) และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การทำความเข้าใจถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราและความจำเป็นที่ต้องแก้ไขพฤติกรรมกระตุ้นสุรา ส่วนที่ 2 การเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการพฤติกรรมกระตุ้นสุรา และส่วนที่ 3 การใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จำเป็นต่อการจัดการพฤติกรรมกระตุ้นสุรา มีกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมด 7 กิจกรรม จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 60 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ สถานที่ทำการวิจัย แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะ

กรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกนรินทร์ กรมสุขภาพจิต เพื่อพิจารณาความเหมาะสม และในขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ และเข้าใจกระบวนการทดลองทุกขั้นตอน ผู้ป่วยโรคจิตสุราสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระโดยไม่มีผลกระทบต่อ การมารับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด การเข้าร่วมโครงการแสดงด้วยการยอมรับข้อตกลงโดยไม่ต้องลงนาม การตอบคำถามและข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ไม่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาในระหว่างการดำเนินโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตสุรา ด้านผู้ป่วยด้านพยาบาล และแนวปฏิบัติการดูแลในปัจจุบัน ข้อเสนอแนะของผู้ป่วยจากการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยทำการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกัน

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคำนวณค่าสถิติดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตสุรา วิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐานนำมาแจกแจงในรูปความถี่และร้อยละ

2.2 ทดสอบความแตกต่างค่าคะแนน

เฉลี่ยการจัดการกับพฤติกรรมการณ์ผู้ป่วยโรคจิตสุรากลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคจิตสุราในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 โดยโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ ด้วยสถิติ one-way ANOVA repeated measure

2.3 ทดสอบค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมการณ์ของผู้ป่วยโรคจิตสุรากลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ หลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำด้วยสถิติ one-way ANOVA repeated measure

ผลการวิจัย

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคจิตสุราด้านการจัดการพฤติกรรมการณ์ระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาความรู้ในแต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 เนื้อหาโปรแกรมประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 การเข้าใจปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการณ์ดื่มสุรา ส่วนที่ 2 การเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการพฤติกรรมการณ์ดื่มสุรา และส่วนที่ 3 การรู้จักใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จำเป็นต่อการจัดการพฤติกรรมการณ์ดื่มสุรา กิจกรรมทั้งหมดมีจำนวน 7 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มๆ ละ 8-12 คนๆ 4 ครั้งๆ ละ 60 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์

2. การทดสอบผลของโปรแกรมการเสริม

สร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคติดเชื้อด้านการจัดการพฤติกรรม การดื่มระยะหลังฟื้นภาวะถอนพิษสุรา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย ร้อยละ 65.6 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 60.0 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.3 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50.0 รายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 58.3 ระยะเวลาการดื่มสุรา ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 46.6 อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลคืออาการ สั่นร่วมกับประสาทหลอน ร้อยละ 80.0

2.1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรม การดื่มของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคติดเชื้อด้านการจัดการพฤติกรรม การดื่มระยะหลังฟื้นภาวะถอนพิษสุรา ในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 พบว่า ภายหลังการได้เข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยการจัดการกับพฤติกรรม การดื่มสุราสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรม การดื่มของผู้ป่วยโรคติดเชื้อกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ระยะก่อน-หลัง และติดตามผล

กลุ่ม	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
กลุ่มทดลอง	การวัด ก่อน หลัง และติดตามผล	9.969	2	4.984	86.998*
	ความคลาดเคลื่อน	3.323	58	5.729	
	รวม	3.323	58	5.729	

* $p < .05$

2.3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรม การดื่มระยะหลังฟื้นภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยโรคติดเชื้อกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง หลัง

ทดลองสัปดาห์ที่ 4 และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 พบมีค่าเฉลี่ย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=21.819, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อน-หลัง และติดตามผล

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
ภายในกลุ่ม (เวลา)	4.914	2	2.457	40.862	.000
ความคลาดเคลื่อน	6.976	116	0.060		
ระหว่างกลุ่ม	6.437	1	6.437	21.819	.000
ความคลาดเคลื่อน	17.112	58	0.295		
ภายในกลุ่ม*ระหว่างกลุ่ม	5.342	2	2.671	44.416	.000
	6.976	116	0.060		

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษามาอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคติดสุราด้านการจัดการพฤติกรรมการดื่มระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา ได้ดำเนินการปรับปรุงเนื้อหาของโปรแกรม 2 ครั้ง จนกระทั่งโปรแกรมมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาความรู้ในแต่ละหัวข้อ และวัตถุประสงค์ จนได้ค่า IOC ในแต่ละหัวข้ออยู่ระหว่าง 0.6-1.0 จัดอยู่ในช่วงเกณฑ์ที่กำหนดว่า หัวข้อความรู้เนื้อหาที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในแต่ละหัวข้อ และจากการปรับปรุงโปรแกรมหลายครั้ง ทำให้เนื้อหา มีความสมบูรณ์และกระชับมากขึ้น โดยปรับเนื้อหา กิจกรรมและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยโรคติดสุรา และจากการสังเกตขณะดำเนิน

กิจกรรมผู้ป่วยโรคติดสุรากลุ่มทดลองให้ความสนใจและตั้งใจในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเข้าร่วมกิจกรรมจนครบตามโปรแกรม ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากวิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน และระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย รวมถึงเนื้อหากิจกรรมตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคติดสุราด้านการจัดการพฤติกรรมการดื่มระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา จึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้งานจริง

2. การทดสอบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคติดสุราด้านการจัดการพฤติกรรมการดื่มระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา จากสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุรา หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคติดสุรา ในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 สูงกว่า

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผลการทดสอบพบว่า ค่าคะแนนที่ประเมินได้หลังจากการสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 ผู้ป่วยโรคจิตสุรา มีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมการดื่มระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา สูงขึ้นกว่าการทดลองทั้ง 2 ครั้ง ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก เนื่องจากธรรมชาติเมื่อบุคคลได้เรียนรู้ถึงสาเหตุและผลที่เกิดขึ้นจากปัญหาในการดูแล จะช่วยเพิ่มความมั่นใจและมีพลังในความสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุรา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราในทางที่ดีขึ้น ดังนั้น การดูแลให้ผู้ป่วยโรคจิตสุราได้รับรู้ถึงศักยภาพของตนเองจึงมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มของตนเองอย่างต่อเนื่อง และการที่ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม จะช่วยทำให้ผู้ป่วยควบคุมพฤติกรรมการดื่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีอารมณ์ที่มั่นคง มีกำลังใจในการต่อสู้ปัญหา หรือช่วยลดความรุนแรงของปัญหาได้ (Gibson, 1995; Schaefer et al., 1981) และสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดพันธสัญญาในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองด้วยความสมัครใจ ที่จะทำในสิ่งที่ดีที่สุดแก่ตนเอง

3. ผลการทดสอบสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วยโรคจิตสุราของกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคจิตสุรา หลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการทดสอบพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมการ

ดื่มของกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ หลังจากการสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ (ตารางที่ 2) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดพลังหรือมีกำลังใจ ด้วยการพัฒนาศักยภาพด้านต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Gibson ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจจะก่อให้เกิดการสำรวจศักยภาพของตนเอง สามารถเรียนรู้ปัญหาและแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเอง อันนำมาซึ่งการตระหนักในความสามารถของตนเอง ความมั่นใจและความมีคุณค่าในตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจต่อสถานการณ์การดื่มที่เป็นปัญหาทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ได้เรียนรู้ขั้นตอนของการแก้ปัญหา และประยุกต์ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหา (Varghese et al., 2002) และสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายสังคมรวมถึงครอบครัวในด้านต่าง ๆ ได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาการดื่มและความยากลำบากที่เกิดขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984; Schaefer et al., 1981) ต่างจากการดูแลตามปกติที่มุ่งเน้นการให้ความรู้ วิธีการปฏิบัติตัว และให้การรักษาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยไม่เน้นการดูแลด้านการปรับตัวเพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตสุราเกิดพลังใจในการต่อสู้กับปัญหาได้อย่างมั่นใจ นอกจากนี้วิธีการที่ปฏิบัติจะใช้การอธิบายเพียงอย่างเดียว ไม่ได้ใช้การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ไม่ฝึกหรือสาธิตการปฏิบัติ จึงส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุราของตน ดังนั้นการที่ผู้ป่วยได้เข้าร่วมโปรแกรมจึงทำให้คะแนนเฉลี่ยการจัดการ

พฤติกรรมการดื่มหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จึงทำให้สามารถกล่าวได้ว่าผลการวิจัยที่พบตามที่กล่าวข้างต้น เกิดจากโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคจิตสุราด้านการจัดการพฤติกรรมการดื่มระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา บูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตสุราและประเมินผลการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงโปรแกรมให้มีความเป็นปัจจุบัน

2. ขยายผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคจิตสุราด้านการจัดการพฤติกรรมการดื่มระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา ในหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง และติดตามผลการใช้อย่างต่อเนื่อง

3. ติดตามผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคจิตสุราด้านการจัดการพฤติกรรมการดื่มระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา ทุก 3 เดือน จนครบ 1 ปี เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วยโรคจิตสุรา และปัจจัยอื่นที่พบหลังจากการใช้โปรแกรมในระยะยาว และนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร. มยุรี กลั้ววงษ์ และอาจารย์ ดร. ศักดา จำคม ที่เป็นพี่ปรึกษาและให้

คำแนะนำเกี่ยวกับการวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์ ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคจิตสุราทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

ทิพาวดี เอเมววรรณะ. (2547). จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
 เพ็ญญา สุதாகำ. (2550). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงโรงพยาบาลจอมทอง. การค้นคว้าแบบอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พุกษชาติ-คุณากร. (2542). โรคที่สัมพันธ์กับการใช้สาร. ในมานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง คิยวัฒน์ (บรรณาธิการ), ตำราจิตเวชศาสตร์: Textbook of psychiatry. (หน้า 117-38). เชียงใหม่: แสงศิลป์.

รุจโรจน์ แก้วอุไร. (2549). หลักการออกแบบบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนตามแนวคิดของกาเย่. [online]. Available : www.thai.com/cai.html.

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์ กรมสุขภาพจิต. (2552). รายงานประจำปี 2552. นครราชสีมา: โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนกรินทร์.

- โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกนรินทร์
กรมสุขภาพจิต. (2555). รายงานประจำปี
2555. นครราชสีมา: โรงพยาบาลจิตเวช
นครราชสีมาราชชนกนรินทร์.
- ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น. (2546).
แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ติดสุรา. กรมการ
แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันธัญญารักษ์. (2550). สถิติการบำบัดรักษายา
ผู้ป่วยปีงบประมาณ 2548-2550. ปทุมธานี:
สถาบันธัญญารักษ์.
- หทัยชนนี บุญเจริญ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์.
(2549). การประเมินความเสี่ยงและความ
รุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา. ในพันธุภา
กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ,
(บรรณาธิการ), แนวเวชปฏิบัติการให้
บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์
ในโรงพยาบาลจิตเวช. (หน้า 50-57).
เชียงใหม่ : ไอเอ็มเอเอเคในเซอร์แอนด์
แอ็คเคอร์ไทซิง.
- อจรรพร นัคสาคร. (2548). สาเหตุการกลับไป
ติดสุราซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษายาจาก
ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่.
- Gelder, M., Mayou, R., & Cowen, P. (2001).
The misuse of alcohol and drugs. In G.
Michael, M. Richard, & C. Philip (Eds.),
Textbook of psychiatry, (4th ed., pp.
536-579). Arthens: Oxford University
Press.
- Gibson, C.H. (1993). A study of empower in
mothers of chronically ill in children.
Unpublished doctoral dissertation.
Boston college, Boston.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress,
Appraisal and Coping. New York:
Springer - Verlag.
- Vagghese, M., Shah, A., Udaya Kumar, GS.
(2002). Family Intervention and Support.
Retrieved from <http://www.nimhans.kar.nic.in/fpc/fiss02.pdf>. สืบค้นเมื่อ 24
กุมภาพันธ์ 2555.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. eds. (1985).
Relapse Prevention: Maintenance Strategies
in the Treatment of Addictive Behaviors.
New York Guilford Press.
- Brown, S.A.; Vik, P.W.; Patterson, T.L.; Grant,
I.; & Schuckit, M.A. (1995). Stress,
vulnerability, and adult alcohol relapse.
Journal of Studies on Alcohol 56(5):
538-545.
- Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. (1981). The
health-related functions of social support.
Journal of Behavior Medicine 1981; 4 :
381-405.
- Toseland, R.W., Smith, T. L. (2006). The
impact of a caregiver health education
program on health care costs. Social
Work Practice, 16, 9-19.
- World Health Organization. (2008). Dependence
syndrome. Retrieved March 15, 2008
from http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition/en/.