

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา
ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา*

THE EFFECT OF GROUP MOTIVATIONAL INTERVIEWING PROGRAM
ON ALCOHOL CONSUMPTION IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS
WITH ALCOHOL DRINKING PROBLEM

กฤตยา แสงทรัพย์, พย.ม. (Kittaya Swangsap, MNS., RN)**

เพ็ญพักตร์ อุทิศ, พย.ด. (Penpaktr Uthis, Ph.D., RN)***

สุนิสา สุขตระกูล, พย.ด. (Sunisa Suktrakul, Ph.D., APN)****

Abstract

Objectives: The objectives were to compare: 1) alcohol consumption of schizophrenic patients with alcohol drinking problem before and after receiving group motivational interviewing program (GMI), and 2) alcohol consumption of schizophrenic patients with alcohol drinking problem who received GMI and those who received regular nursing care.

Methods: This study was a quasi-experimental research design. The sample consisted of 46 schizophrenic patients with alcohol drinking problem who met inclusion criteria and received services at the outpatient department in Sakaeo Rajanagarindra Psychiatric Hospital. They were matched pair with scores

on alcohol drinking problem and then randomly assigned into the experimental and control groups, 23 subjects in each group. The experimental group received the GMI and the control groups received regular caring activities. Research instruments comprised of: 1) GMI 2) The Alcohol Consumption Assessment and 3) The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The test-retest reliability of the 2nd instrument was reported by Pearson Correlation as of .87. The t-test was used in data analysis.

Results: Major findings were as follows:

1. Alcohol consumption of schizophrenic patients with alcohol drinking problem who received the GMI was significantly lower than

* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Thesis for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University)

** อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (Instructor, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University)

*** Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Corresponding author, Assistant professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University), E-mail: penpaktr_uthis@hotmail.com

**** อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Instructor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University)

วันที่รับ (received) 4 กุมภาพันธ์ 2558 วันที่แก้ไข (revised) 28 มีนาคม 2558 วันที่ตอบรับ (accepted) 10 เมษายน 2558

that before at p. 05.

2. Alcohol consumption of schizophrenic patients with alcohol drinking problem who received the GMI was significantly lower than that of the group who received the regular nursing care at p. 05.

Keywords: Group motivational interviewing, Alcohol consumption in schizophrenic patients

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบ 1) พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม 2) พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา: เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราจำนวน 46 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว ราชนครินทร์ ได้รับการจับคู่กลุ่มตัวอย่างด้วยคะแนนปัญหาการดื่มสุราแล้วถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 23 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม 2) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา และ 3) แบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิง

เนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 2 ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำ พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภท

ความสำคัญของปัญหา

การป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงและมีความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพเป็นอย่างมาก เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทแล้วอาจมีอาการทางจิตกำเริบอยู่เป็นระยะๆ และเป็นเหตุให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะทุพพลภาพได้ในอัตราที่สูง ซึ่งปัญหานี้จะทวีความรุนแรงมากขึ้นหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดร่วม ซึ่งนับเป็นหนึ่งในปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสำคัญ เนื่องจากอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาในด้านต่างๆ ที่มีความรุนแรงมากขึ้นตามมาได้ (Jablensky, 2000) ในบริบทของประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรม

การใช้สารเสพติดร่วมสูงถึงร้อยละ 92.5 ซึ่งสุราถือเป็นสารเสพติดที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้ร่วมมากที่สุด (हत्यวัน สนั่นเอื้อ, 2552) โดยพบความชุกปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทสูงถึงร้อยละ 18.5 และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้จะมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันในอัตราที่สูง ปัญหาที่ส่งผลเชื่อมโยงต่อการเกิดความรุนแรงของโรคจิตเภทสูงถึงร้อยละ 64.8 (จิระพรรณ สุริยงค์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น, กิตติศักดิ์ วิบูลย์มา, เดชา ทำดี และพิมพากรณ์ แก้วมา, 2557)

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพได้ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย ได้แก่ การเกิดภาวะซึมเศร้า (Heinz, Mann, Weinberger & Goldman, 2001) การเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Hughes, 2009) อีกทั้งยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการรับรู้การตัดสินใจ ตลอดจนมีการยับยั้งชั่งใจที่น้อยลง และเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามมาได้ (Green, Drake, Brunette, & Noordsy, 2007) นอกจากนี้ยังสามารถส่งผลกระทบต่อครอบครัวและระบบบริการสุขภาพคือทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการบำบัดรักษาลดลง เช่น จะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อยู่ในระดับที่ต่ำ และอาจประสบปัญหาเกี่ยวกับการบำบัดรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพลดลงจนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบ และกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ในที่สุด (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และนารัต เกษตรทัต, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนในอดีต ส่งผลให้ครอบครัวมีภาระในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

(Hughes, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การได้รับความกดดันทางด้านอารมณ์จากบุคคลอื่น การไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการได้รับสิ่งกระตุ้นต่างๆ จากสิ่งแวดล้อม (เพื่อพิภคร์ ดารากร ณ อยุธยา, 2556; Curran et al., 2008) ส่วนปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความอยากดื่มสุรา (Salyers & Mueser, 2001) และการมีแรงจูงใจภายในตัวบุคคลลดลง (Martio, Carroll & Kostas, 2002) ซึ่งการขาดแรงจูงใจหรือการมีแรงจูงใจในระดับต่ำถือเป็นปัจจัยภายในที่มีความสำคัญและเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล (Miller & Rollnick, 2002) ทั้งนี้ Carey และคณะ (Carey, Leontieva, Dimmock, Maisto, & Batki, 2007) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราส่วนใหญ่จะมีระดับแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับต่ำ คือ อยู่ในขั้นเพิกเฉยและขั้นลังเลใจ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมักมีความยากลำบากในการตัดสินใจและลงมือกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตน

ปัจจุบันพบว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของมิลเลอร์และโรลล์นิก (Miller & Rollnick, 2002) เป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพซึ่งได้รับความนิยม เพื่อใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพในวงกว้าง ซึ่งสามารถดำเนินการได้ทั้งการบำบัดในรูปแบบรายบุคคลและการบำบัดในรูปแบบกลุ่ม โดยทั้งสองรูปแบบจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยได้

อย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกัน (John, Driessen, Wetterling & Dilling, 2003) แต่เวกเนอร์ และ อินเกอร์ซอล (Wagner & Ingersoll, 2013) เสนอแนะว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม (Group Motivational Interviewing: GMI) มีข้อดี คือ สามารถช่วยลดการแยกตัวจากสังคม และยังสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นจากการได้ร่วมปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม ซึ่งถือเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพได้เร็วมากขึ้น สอดคล้องกับยาโลมและเลสซ์ (Yalom & Leszcz, 2005) ที่กล่าวว่า การใช้กระบวนการกลุ่มจะช่วยลดการแยกตัวทางสังคม เพิ่มการยอมรับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น อีกทั้งยังสามารถช่วยส่งเสริมศักยภาพของบุคคล และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลนั้นประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้และจากการศึกษาของซานตาแอนาและคณะ (Santa Ana, Wulfert, & Nietert, 2007) สนับสนุนว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสามารถใช้ในการลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตและใช้สารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในประเทศไทยได้มีการนำการเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบรายบุคคลมาประยุกต์ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างชัดเจนเห็นได้จากการดำเนินงานและการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ดังเช่นในการศึกษาของ สุมิตรา ศรสวรรณ, สุนทรี ศรีโกไสย และพัทธยา สอาดวุธ (2555) และการศึกษาของทวี วิจารณ์พันธ์ (2551) ที่ศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งพบว่าสามารถช่วยลด

พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยลงได้ แต่ยังไม่พบข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม เพื่อใช้ในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มขึ้น ซึ่งประยุกต์จากโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มของ ซานตาแอนา และคณะ (Santa Ana et al., 2007) ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ มิลเลอร์ และโรลล์นิก (Miller & Rollnick, 2002) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราให้มีประสิทธิภาพ และมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

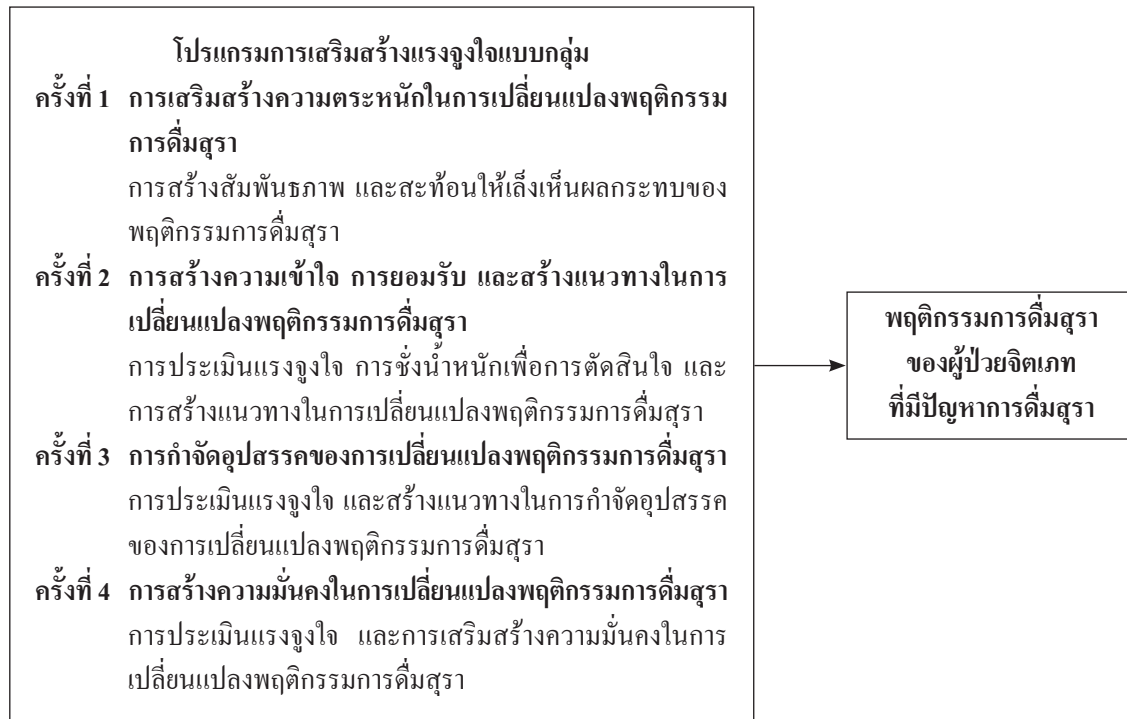
1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มขึ้น โดยประยุกต์จากโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มของซานตาแอนาและ

คณะ (Santa Ana et al., 2007) ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์และโรลล์นิก (Miller & Rollnick, 2002) ซึ่งจะเน้นการเพิ่มระดับแรงจูงใจ และผลักดันให้ผู้ป่วยมี

แนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราลงได้ แสดงดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the pretest – posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและมีปัญหาการดื่มสุรา ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและมีปัญหาการดื่มสุราที่เข้ารับ

การรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบตามการศึกษาของซานตาแอนาและคณะ (Santa Ana et al., 2007) เรื่อง Efficacy of Group Motivation Interviewing for Psychiatric Inpatients with Chemical Dependence ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 46 คน ได้รับการคัดเลือกโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และยังคงมีปัญหาการดื่มสุราอยู่ในกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง

กลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหา และกลุ่มที่ดื่มแบบติดสุรา จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test; AUDIT) 2) มีอาการทางจิตสงบ 3) ไม่พบความรุนแรงของภาวะความบกพร่องในด้านความคิด ความจำ และเซาว์ปัญญา และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

มีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างโดยใช้คะแนนปัญหาการดื่มสุรา เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อผลการวิจัย จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ อีกทั้งมีการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยมีการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาและการพยาบาลที่จะได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกปิดเป็นความลับและจะมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์จากโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มตามการศึกษาของซานตาเอนาและคณะ (Santa Ana et al., 2007) ที่พัฒนาขึ้นโดย

ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์และโรลล์นิก (Miller & Rollnick, 2002) มีการดำเนินกิจกรรมการบำบัดเป็นแบบรายกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา กิจกรรมที่ 2 การสร้างความเข้าใจการยอมรับและการสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา กิจกรรมที่ 3 การกำจัดอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา และกิจกรรมที่ 4 การสร้างความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรม การดื่มสุรา (The Alcohol Consumption Assessment: ACA) ของสุนิสา สุขตระกูล (Suktrakul, 2009) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับชนิดของสุราที่ดื่ม ปริมาณการดื่มสุราโดยเฉลี่ยต่อวัน (ดื่มมาตรฐาน) และจำนวนวันที่ดื่มสุราในระยะเวลา 1 เดือน การแปลผลค่าคะแนนจากข้อคำถามดังกล่าวเป็นพฤติกรรม การดื่มสุราได้จากการคำนวณโดยนำปริมาณสุราที่ดื่มโดยเฉลี่ยต่อวัน คูณกับจำนวนวันที่ดื่มสุราในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่

แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา (The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale: SOCRATES-8A) ของมิลเลอร์และโทนิแกน (Miller & Tonigan, 1996) เครื่องมือชุดนี้ประกอบด้วย 3 ราชด้าน ได้แก่ ด้านการยอมรับ ด้านความตั้งใจ และด้านลงมือกระทำ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย

ได้เลือกใช้แบบสอบถามเฉพาะรายด้านลงมือกระทำ เนื่องจากเป็นรายด้านที่สามารถบ่งบอกถึงการที่ผู้ป่วยจะมีความพร้อมในการกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรารอย่างต่อเนื่องซึ่งรายด้านนี้ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 8 ข้อ โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 8-40 คะแนน และจะใช้เกณฑ์พิจารณาจากระดับคะแนนเฉลี่ยด้านลงมือกระทำที่มีค่าอยู่ในระดับสูงขึ้นไป (ระดับคะแนน ≥ 36 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน โดยพบค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินพฤติกรรม การดื่มสุราและแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษาเท่ากับ 1.0 และ .87 ตามลำดับ ส่วนโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มหลังจากที่ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยมีการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 5 คน แล้วมีการปรับปรุงอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีการนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน ซึ่งในแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษาพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ

ครอนบาคเท่ากับ .86 แบบประเมินพฤติกรรม การดื่มสุรา ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (Test-Retest Method) โดยพบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ .87

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งการขอรับพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์

2. ขั้นตอนดำเนินการทดลองมีการดำเนินการ ดังนี้

- 2.1 มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดด้วยคะแนนปัญหาการดื่มสุราและทำการสุ่มอย่างง่ายเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน

- 2.2 มีการดำเนินในช่วงทดลอง ดังนี้

- 2.2.1 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกันทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ดำเนินการณแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ จังหวัดสระแก้ว

- 2.2.2 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากทีมสหสาขาวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษารายบุคคลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย การให้สุขศึกษารายกลุ่มก่อนการเข้าพบแพทย์ รวมทั้งหลังจากการพบแพทย์มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในการรักษาอาการทางจิต

3. ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลมีการดำเนินการดังนี้

มีการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง (pretest) โดยประเมินในสัปดาห์แรกของการดำเนินการทดลอง และประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราหลังการทดลอง (posttest) ในสัปดาห์ที่ 4 ของการดำเนินการทดลอง ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (The Alcohol Consumption Assessment)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่งนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย มีการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบที (paired t-test) และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ ทดสอบที (independent t-test) มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการดื่มสุรา	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 23)					
ก่อนการทดลอง	122.57	35.90	22	13.11	.000
หลังการทดลอง	38.83	16.38	22		
กลุ่มควบคุม (n = 23)					
ก่อนการทดลอง	117.55	36.62	22	.662	.515
หลังการทดลอง	115.95	35.06	22		

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 41.78 ปี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 41.8 และ 47.8 ตามลำดับ ในด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตพบว่าทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.8 และ 56.5 ตามลำดับ และมีระยะเวลาของการดื่มสุราติดต่อกันจนถึงปัจจุบันอยู่ในช่วง 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.2 และ 56.5 ตามลำดับ

2. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.11, p < .05$) ส่วนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันรายละเอียดดังตารางที่ 1

3. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง

พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -9.554, p < .05$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการดื่มสุรา	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	122.57	35.90	44	.469	.919
กลุ่มควบคุม	117.55	36.62	44		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	38.83	16.38	44	-9.554	.000
กลุ่มควบคุม	115.95	35.06	44		

การอภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ดำเนินการตามกระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจของ มิลเลอร์และโรลล์นิก (Miller & Rollnick, 2002) ภายใต้การจัดกระทำกับปัจจัยด้านแรงจูงใจภายในของบุคคล จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าเมื่อให้การพยาบาลตามโปรแกรมฯ โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ของการเสริมสร้างแรงจูงใจแล้วพบว่า ในระยะแรกของการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราจะอยู่ในขั้นเพิกเฉย และขั้นลังเลใจของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยจะแสดงแรงต้านออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน ทั้งนี้มาจากความเชื่อไม่ถูกต้องถึงผลของการดื่มสุราต่อการลดอาการทางจิต เช่น เชื่อว่า “ดื่มแล้วทำให้อาการหูแว่ว ภาพหลอนน้อยลงได้” “ดื่มเหล้าแล้ว

ทำให้ออนหลับได้” เป็นต้น เป็นเหตุให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดแรงต้าน และมีแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อุษุษา (2556) ที่กล่าวถึงปัจจัยของการดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตไว้ว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตจะมีพฤติกรรมการดื่มสุรา เพื่อจัดการกับความทุกข์ทรมานจากอาการทางจิตของตนเองจนทำให้เล็งเห็นแต่ผลดีของพฤติกรรมการดื่มสุราและเกิดความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา เป็นเหตุให้ขาดแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งเป็นสาเหตุหลักอย่างหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราใช้เป็นเหตุผลในการปฏิเสธหรือต่อต้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้

การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีการคำนึงถึงการใช้เทคนิคต่างๆ ของการเสริมสร้างแรงจูงใจประกอบกับการใช้กระบวนการกลุ่มในการดำเนินกิจกรรมซึ่งมีส่วนช่วยในการลดแรงต้านที่เกิดขึ้น และสามารถเพิ่มระดับแรงจูงใจที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจนเห็นได้จากเมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดแรงต้านเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา ผู้วิจัยมีการใช้กระบวนการและเทคนิคหมุนตามแรงต้าน การหลีกเลี่ยงข้อโต้แย้ง การให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับผลการประเมินพฤติกรรม การดื่มสุรา ปัญหาสุขภาพรวมถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยการแสดงความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา การแสดงความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราแสดงออก พร้อมทั้งมีการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นถึงศักยภาพของตนเอง ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดความไว้วางใจ และเปิดใจรับฟังข้อมูลต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงการต่อต้านในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา น้อยลง กระบวนการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวช่วยผลักดันผู้ป่วยที่ยังอยู่ในขั้นเพิกเฉยให้ก้าวเข้าสู่ขั้นลงมือและขั้นตัดสินใจได้ (สุมิตรรา ศรสุวรรณ และคณะ, 2555; Horsfall, Cleary, Hunt, & Walter, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชชราวัลย์ กนจกรรยา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) และสาวิตรี สุริยะฉาย (2556) ที่พบว่าหากผู้ป่วยมีความตระหนักในปัญหาการดื่มสุราจะทำให้ผู้ป่วยมีความเต็มใจและมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราในระยะต่อไปได้

เมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีการเปลี่ยนแปลงระดับแรงจูงใจมาอยู่ในขั้นตัดสินใจ และขั้นลงมือกระทำแล้ว การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ จะใช้กระบวนการ FRAME ได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed Back) การเน้นความรับผิดชอบที่ตัวผู้ป่วย (Responsibility) การแนะนำ (Advice) การให้ทางเลือก (Menu) การเห็นอกเห็นใจ (Empathic Style) และการสนับสนุนศักยภาพของผู้ป่วย (Support Self-Efficacy) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา ได้ชัดเจนและมีความเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้งผู้วิจัยจะได้รับข้อมูลต่างๆ จากผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา เช่น สิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา หรือข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา ในอดีต จากนั้นผู้วิจัยจะใช้เทคนิคการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดความตระหนักต่อความรับผิดชอบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา ของตนเอง พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติม อีกทั้งมีการอภิปรายร่วมกันระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มเพื่อเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตและหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา ในขณะเดียวกันผู้วิจัยมีการแสดงความเข้าใจถึงความยุ่งยากซับซ้อนและสนับสนุนให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา ซึ่งการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดตามกระบวนการของการเสริมสร้างแรงจูงใจนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราได้รับทราบแนวทางที่มีความเหมาะสม

กับตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา รวมถึงส่งผลให้เกิดความมั่นใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรามากขึ้น (Santa Ana et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Carey และคณะ (Carey et al., 2007) ที่พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับแรงงูใจอยู่ในขั้นตัดสินใจและขั้นลงมือกระทำ ทำให้ความสำคัญกับการจัดการกับอุปสรรคต่างๆ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นที่จะส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราได้ประสบความสำเร็จมากขึ้น

จุดเด่นของโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ มีการออกแบบกิจกรรมโดยคำนึงถึงความแตกต่างของระดับแรงงูใจของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่ม โดยมีการประเมินระดับแรงงูใจในช่วงต้นของการดำเนินกิจกรรม และใช้กระบวนการกลุ่มผลักดันให้ผู้ป่วยมีระดับแรงงูใจที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด หรือมีแรงงูใจที่เหมาะสมตามเนื้อหาของกิจกรรมการบำบัดในแต่ละครั้ง ซึ่งการออกแบบกิจกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับวากเนอร์และอินเกอร์ซอล (Wagner & Ingersoll, 2013) ที่กล่าวว่า ในการดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างแรงงูใจในรูปแบบกลุ่ม จำเป็นต้องมีการตรวจสอบแรงงูใจของผู้ป่วยในกลุ่มให้มีความใกล้เคียงกัน เพื่อให้การดำเนินการบำบัดมีประสิทธิภาพสูงสุด อีกทั้ง มิลเลอร์และโรลล์นิก (Miller & Rollnick, 2002) เชื่อว่าระดับแรงงูใจของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการตรวจสอบระดับแรงงูใจของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อกระบวนการผลักดันให้ไปทำตามขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

นอกจากนี้โปรแกรมใช้ในการวิจัยมีการดำเนินการโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งมีจุดเด่นคือ ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ดังจะเห็นได้จากในช่วงต้นการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 1 และ 2 เมื่อผู้ป่วยแสดงแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา จะมีผู้ป่วยคนอื่นๆ ในกลุ่มที่มีแรงงูใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราในระดับที่มากกว่าคอยสนับสนุนให้กำลังใจ ให้เหตุผลหรือช่วยปรับมุมมองในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแรงต้านนั้นๆ จนทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มที่เกิดแรงต้านมีแนวโน้มที่อ่อนลง และสามารถปรับแรงงูใจให้อยู่ในระดับที่เพิ่มขึ้นได้ สำหรับการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 3 และ 4 ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีแรงงูใจในขั้นตัดสินใจและขั้นลงมือกระทำ พบว่ากระบวนการกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราของตนเอง มีการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จนส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการกระทำ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรามากขึ้น การดำเนินดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของซานตาแอนาและคณะ (Santa Ana et al., 2007) พบว่าการบำบัดแบบกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้การสนับสนุนต่อกัน ช่วยส่งเสริมศักยภาพของบุคคล และเพิ่มความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดทัศนคติทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และลดความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เร็วมากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นต่อการลดพฤติกรรม การดื่มสุราลงได้อย่างประสบความสำเร็จ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มที่พบในการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของซานต้าแอนาและคณะ (Santa Ana et al., 2007) ที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและมีปัญหาการใช้สารเสพติดจำนวน 101 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติดลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของเบเกอร์และคณะ (Baker, Hiles, Hide, & Lubman, 2012) ที่มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การบำบัดโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจยังคงเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบหนึ่งในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราเพิ่มขึ้น สามารถนำความรู้ประสบการณ์การเรียนรู้รวมถึงทักษะปฏิบัติ และการเผชิญความเครียดที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตในชุมชนได้ ซึ่งสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยมีการลดพฤติกรรมการดื่มสุราลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. การนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มไปใช้ตามบริบทของโรงพยาบาลในพื้นที่ที่แตกต่างกันหรือกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตที่

แตกต่างกัน พยาบาลสามารถปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม เช่น การฝึกทักษะในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น หรือการร่วมอภิปรายในการหาแนวทางเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา หากพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถบอกแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นหรือไม่สามารถบอกแนวทางในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมได้พยาบาลสามารถเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม

2. การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มนี้เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจภายในเพิ่มขึ้น จนสามารถลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้ ซึ่งการที่จะบ่งบอกได้ว่าผู้ป่วยสามารถกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่องเพียงใดนั้น ต้องใช้ระยะเวลาติดตามนานกว่า 6 เดือน ดังนั้นจึงควรมีการติดตามต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้อย่างสม่ำเสมอ

3. ควรมีการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มหลังการบำบัดเป็นระยะๆ คือ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน

4. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจในแต่ละรูปแบบ ได้แก่ การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคล การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม และการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

- จิระพรรณ สุริยงค์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น, กิตติศักดิ์ วิบูลย์มา, เดชา ทำดี และพิมพารณ์ แก้วมา. (2557). ความชุกปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 22(1), 38-47.
- ทวี วิสาระพันธ์. (2551). การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากแอลกอฮอล์. ปรินญา มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์และนารัต เกษตรทัต. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(4), 412-418.
- พัชชราวัลย์ กนกกรรยา และเพ็ญพักตร์ อุทิส. (2556). ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบผสมผสานแบบโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าพฤติกรรม การเสพยาในผู้เสพยาติสุรา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(2), 56-68.
- เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อุทธยา. (2556). ความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วม. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(3), 1-15.
- สาวตรี สุริยะฉาย. (2556). การบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ประสบความสำเร็จ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(2), 1-15.
- สมิตรา ศรสวรรณ, สุนทรี ศรีโกโสย และพัชชยา สอาดอาวธ. (2555). ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุราร่วม. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 20(3), 144-153.
- หทัยวัน สนั่นเอื้อ. (2552). การใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด*, 16(1), 23-31.
- Baker, A. L., Hiles, S. A., Hide, T. L., & Lubman, D. I. (2012). A systematic review of psychological intervention for excessive alcohol consumption among people with psychotic disorder. *Acta psychiatrica scandinavica*, 126, 243-255.
- Carey, K. B., Leontieva, L., Dimmock, J., Maisto, S. A., & Batki, S. L. (2007). Adapting motivational interventions for comorbid schizophrenia and alcohol use disorders. *Clinical psychology science and practice*, 14(1), 39-57.
- Curran, G. M. et al. (2008). The association of psychiatric comorbidity and use of emergency department among persons with substance use disorder: An observational cohort study. *BMC Emergency Medicine*, 8, 17.
- Green, A. I., Drake, R. E., Brunette, M. F., & Noordsy, D. L. (2007). Schizophrenia and co-occurring substance use disorder.

- American journal of psychiatry*, 164(3), 402-408.
- Heinz, A., Mann, K., Weinberger, D. R., & Goldman, D. (2001). Serotonergic dysfunction, negative mood states, and response to alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25(4), 487-495.
- Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G. E., & Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): A review of empirical evidence. *Harvard review psychiatry*, 17(1), 24-34.
- Hughes, E. (2009). Dual Diagnosis: An integrated approach to care for people with co-occurring mental health and substance use problems. In R. Newell & K. Gournay (Eds.), *Mental health nursing an evidence-based approach* (pp. 131-150). London: Churchill living stone.
- Jablensky, A. (2000). Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250, 274-285.
- John, U. R., Driessen, D., Wetterling, M., & Dilling, H. (2003). Motivational intervention: An individual counseling vs a group treatment approach for alcohol dependence inpatients. *Alcohol and Alcoholism*, 38(3), 263-269.
- Martio, S., Carroll, K., & Kostas, D. (2002). Dual Diagnosis motivational intervention: A modification of motivational interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 297-308.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivation interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The stage of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychology of addictive behaviors*, 10, 81-89.
- Salyers, M. P., & Mueser, K. T. (2001). Social functioning, psychopathology, and medication side effects in relation to substance use and abuse in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48, 109-123.
- Santa Ana, E. J., Wulfert, E., & Nietert, P. J. (2007). Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 816-822.
- Suktrakul, S. (2009). *The effect of alcohol craving control program on alcohol consumption in alcohol dependence*. Doctoral dissertation, Nursing science Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
- Wagner, C. C., & Ingersoll, K. S. (2013). Foundation of motivation interviewing groups. In C. C. Wagner, & K. S. Ingersoll (Eds.), *Motivational interviewing in group*, (pp. 297-313). America: Guilford Press.

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. (5th ed.). New York: Basic Books.