

การพัฒนาแบบการบำบัดผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยครอบครัวบำบัดและการเสริมสร้างแรงจูงใจ อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

Development of a treatment model for alcoholics with depression through the process of creating participation of the community by family therapy and motivational enhancement therapy at Chiang Yuen District, Maha Sarakham Province.

สุจิตรา ยะวร^{1*}, ชยพล ยะวร²

Suchitra Yaworn^{1*} Chayaphon Yaworn²

^{1*}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

²ผู้อำนวยการสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านกระบก กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

^{1*}Registered Nurse, Professional Level, Chiangyuen Hospital, Chiang Yuen district, Maha Sarakham Province.

²Director of 60th Anniversary for Queen Sirikit Health Centre Ban Krabak, Public Health Division, Maha Sarakham Provincial Administrative Organization.

Corresponding Author: *E-mail: suchityctt@gmail.com

(Received: 18 September 2022 Revised: 6 March 2023 Accepted: 10 March 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสร้างรูปแบบการบำบัดผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าโดยครอบครัวบำบัดและการเสริมสร้างแรงจูงใจ

รูปแบบและวิธีวิจัย : วิจัยแบบผสมผสาน ประกอบด้วยวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแบบการบำบัดผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยการสร้างการมีส่วนร่วม และวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัดและการเสริมสร้างแรงจูงใจ สถิติใช้การวิเคราะห์เนื้อหา, t-test

ผลการศึกษา : รูปแบบการบำบัดประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1. ตัวผู้บำบัด ต้องมีความรู้ความเข้าใจในการบำบัด 2. ตัวผู้ป่วย ต้องมีแรงจูงใจในการเลิกสุรา 3. ครอบครัว ต้องให้ความร่วมมือ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าโดยครอบครัวบำบัดและการเสริมสร้างแรงจูงใจ พบคะแนนเฉลี่ยการประเมินความเสี่ยงการดื่มสุรา ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t=29.43, p\text{-value} < 0.01$ และคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t=10.07, p\text{-value} < 0.01$

สรุปผลการศึกษา : รูปแบบการบำบัดผู้ติดยาที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและโปรแกรมครอบครัวบำบัดและการสร้างแรงจูงใจสามารถช่วยผู้ป่วยติดยาที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถเลิกยาและลดภาวะซึมเศร้าได้

คำสำคัญ : ครอบครัวบำบัด, การเสริมสร้างแรงจูงใจ, ติดยา, ภาวะซึมเศร้า, การมีส่วนร่วมของชุมชน

ABSTRACT

Objective : To create a model of treatment for alcoholics with depression through a community participation process and to test the effectiveness of treatment programs for alcoholics with family therapy and motivational enhancement therapy.

Method : This study was Mixed Methods Research, It consists of action research to develop a participatory treatment model for alcoholics with depression and a quasi-experimental study to test the effectiveness of a treatment program for alcohol dependence with depression through family therapy and motivation. The statistics used content analysis and t-tests.

Result : The therapy model consists of 3 main components: 1) the therapist must have knowledge and understanding of the therapy 2) the patient must have the motivation to stop drinking alcohol 3) the family must cooperate. Efficacy of Depression Treatment Program for Depression by Family Therapy and Motivation Enhancement the average risk assessment score for alcohol use was found. Before the experiment, the experimental group and the control group were not different. After the experiment, the difference was statistically significant. $t=29.43$, $p\text{-value}<0.01$ and the depression assessment scores between the experimental group and the control group before the experiment were not different. The post-experimental differences were statistically significant, $t=10.07$, $p\text{-value}<0.01$.

Conclusion : The treatment model for depressed alcoholics with community participation and family therapy and motivation programs can help depressed alcoholics to quit alcohol and reduce depression.

Keywords : family therapy, motivational enhancement therapy, alcohol addiction, depression, community participation.

ความสำคัญของปัญหา

ประชากรทั่วโลกมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น ประมาณ 3.1 พันล้านคน ⁽¹⁾ ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญระดับโลก ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นลำดับที่ 40 ของโลก และสูงเป็นอันดับที่ 4 ในทวีปเอเชีย ⁽²⁾ และในปี 2560 สํารวจพบประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูงถึง 16 ล้านคน ⁽³⁾ จากการสำรวจข้อมูลปัญหาการดื่มสุราของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2560 พบว่าความชุกของนักดื่มในประชากรตั้งแต่ อายุ 15-60 ปี ร้อยละ 28.4 ⁽⁴⁾ ซึ่งจัดอยู่ในอันดับที่ 16 ของประเทศ ⁽⁵⁾ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรม คิดฟุ้งซ่าน หงุดหงิด เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และส่งผลต่อการเป็นโรคจิตเวชซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชาชนทั่วโลก เสียชีวิตในแต่ละปีมากถึง 2.5 ล้านคน อีกทั้งยังก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสุขภาพ ครอบครัว สังคม ⁽⁶⁾ และก่อให้เกิดการทะเลาะ มีปากเสียง ไต่เถียง ร้อยละ 9.5 มีการทำร้ายร่างกายหรือกระทำความรุนแรง ร้อยละ 2.6 มีปัญหาทางการเงิน ร้อยละ 7.9 ⁽⁷⁾ นอกจากนั้นการดื่มสุรายังเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจระดับโลก โดยพบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดสุราและภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้ติดสุรา มีความชุกของภาวะซึมเศร้าก่อนการรักษาภาวะถอนพิษสุรามากถึง ร้อยละ 63.8 ในระยะติดตามผลการรักษา 6 เดือน ยังพบผู้ที่ภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 30.2 ⁽⁸⁾ ที่สำคัญพบว่าการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 15 ของประชากรโลก ⁽⁹⁾ และสูงถึงร้อยละ 43.0 ของผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าประเทศไทย ⁽¹⁰⁾ จากข้อมูลการรับบริการของประชาชนอำเภอเชียงยืน ที่มารับบริการด้วยภาวะติดสุรา ที่กลุ่มงานจิตเวช และยาเสพติด ปี 2563 จำนวน 154 คน พบว่าเป็นผู้ที่ติดสุราร่วมกับมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 37.7 จากการบำบัดผู้ป่วยติดสุราในปี 2563 พบปัญหาผู้ป่วยขาดนัด การกลับไปดื่มซ้ำ และไม่สมัครใจเข้ารับการบำบัด มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ฆ่าตัวตายสำเร็จ ทำให้มีผู้รักษาสำเร็จเพียงร้อยละ 42.0 ⁽¹¹⁾ จากความจำเพาะของผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้านั้น พบว่าหากระดับของภาวะซึมเศร่าลดลงจะเพิ่มโอกาสการหายจากการเสพติดสุรา และลดการกลับไปใช้สุราซ้ำได้ ^(12,13) ซึ่งจากการศึกษาของ Babor TE, Higgins-Biddle J, Dauser D, Higgins P, Burlinson JA. พบว่าการบำบัดแบบเดิมที่ใช้การบำบัดแบบสั้นนั้นใช้ไม่ได้ผลดีในผู้ป่วยที่ติดสุรา ⁽¹⁴⁾ ดังนั้นการรักษาภาวะซึมเศร้าควบคู่กับการบำบัดการติดสุราจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดรักษาดีขึ้น โดยอาศัยกระบวนการที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ เพื่อกำหนดแนวทางหรือรูปแบบการดำเนินงานที่ช่วยให้การแก้ไขปัญหามีความซับซ้อนทั้งมิติเชิงสุขภาพและเชิงสังคมมีประสิทธิภาพและยั่งยืน จากรายงานผลงานวิจัย พบว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการบำบัดที่เป็นระบบ ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แก้ไขภาวะลึงเล เพิ่มแรงจูงใจ ซึ่งเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยให้ผู้รับการบำบัด เอาชนะความลึงเลได้และมีแรงจูงใจในการเลิกสุรา ⁽¹⁵⁾ ส่วนครอบครัวซึ่งเป็นสถาบันหลักที่มีบทบาทช่วยปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยให้สามารถพัฒนาตนเองได้เต็มศักยภาพ และที่สำคัญอิทธิพลของครอบครัวยังก่อให้เกิดการช่วยเหลือและเสริมสร้างความเข้าใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ ดังนั้นการให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วย และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ⁽¹⁶⁾ จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ นำสู่การเลิกสุราได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างรูปแบบการบำบัดโดยใช้ครอบครัว และการเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษาผู้ติดยาที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นแนวทางเหมาะสมกับ โรงพยาบาลเชียงยืน ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ ให้สามารถแก้ไขปัญหาอย่างได้ผลและมีความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ติดยาที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดผู้ติดยาที่มีภาวะซึมเศร้าโดยครอบครัวบำบัดและการเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดความเสี่ยงการติดยา

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อดำเนินการพัฒนา รูปแบบการบำบัดผู้ติดยาที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อ ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัดและการเสริมสร้างแรงจูงใจที่ได้จากการสร้างการมีส่วนร่วม ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ติดยาที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ศึกษาแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 โดยผู้วิจัย ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ท (Kemmis & Mc Taggart)⁽¹⁷⁾ ภายใต้แนวคิดผู้มีส่วนได้เสียในชุมชนเป็นแกนนำหลักที่สามารถช่วยให้การบำบัดผู้ติดยาประสบผลสำเร็จได้ และประยุกต์ใช้เทคนิค Appreciation Influence Control (A-I-C)⁽¹⁸⁾ 3 ขั้นตอน เป็นเครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ประชากรกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีส่วนได้เสียในการบำบัดผู้ติดยา โดยเลือกแบบเจาะจง กำหนดตามคุณสมบัติ คือ (1) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย (2) สามารถอ่านออกเขียนได้ จำนวน 17 คน ประกอบด้วย (1) พยาบาลประจำกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด จำนวน 2 คน (2) ผู้ป่วยติดยา จำนวน 5 คน (3) สมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วยติดยา จำนวน 5 คน (4) เจ้าหน้าที่ตำรวจ จำนวน 1 คน (5) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน (6) ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน

นักวิจัยและผู้มีส่วนได้เสียร่วมกันประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างการมีส่วนร่วมโดยประยุกต์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม (A-I-C) เพื่อร่วมกันคิดค้น วางแผน และจัดทำแผนการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดยาที่มีภาวะซึมเศร้า โดยจัดการประชุม จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 1 วัน ข้อมูลที่ได้จากการประชุมได้นำมาพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ติดยาที่มีภาวะซึมเศร้า ชื่อโปรแกรมการบำบัดผู้ติดยาที่มีภาวะซึมเศร้าโดยครอบครัวบำบัดและการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยใช้แนวคิดจากกระบวนการครอบครัวบำบัด (Family Therapy) ของ Friedman SE⁽¹⁹⁾ ร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) ของมิลเลอร์และโรลนิก⁽²⁰⁾ ซึ่งโปรแกรมการบำบัดผู้ติดยาร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีองค์ประกอบหลัก 2 ส่วน องค์ประกอบที่ 1 คือ โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจผสมผสานกับโปรแกรมครอบครัวบำบัดในผู้ป่วยและครอบครัว และส่วนที่

2 คือโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วย ซึ่งอิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของโพรชาสกาและไดคิเมนท⁽²¹⁾ ผู้บำบัดได้แก่ พยาบาลประจำกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด จำนวน 1 คน และ พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน ผู้เข้าร่วมโปรแกรมคือผู้ป่วย ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ ด้วยโรคติดสุรา (Alcohol Dependence) และมีภาวะซึมเศร้า

ระยะที่ 2 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าโดยครอบครัว บำบัดและการเสริมสร้างแรงจูงใจ ศึกษาโดยรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง ในระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 – มีนาคม พ.ศ. 2565 เลือกลุ่มตัวอย่างในการบำบัดคือผู้ป่วยที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ 1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (Alcohol Dependence) ตาม (ICD-10) รหัส F102, F103, F105 2. มีคะแนนประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา AUDIT⁽²²⁾ เท่ากับหรือมากกว่า 20 คะแนน ซึ่งหมายถึงมีพฤติกรรมการดื่มแบบติดสุรา 3. มีคะแนนประเมิน ภาวะซึมเศร้า BDI-1A (Beck Depression Inventory1A)⁽²³⁾ ระดับน้อยถึงปานกลาง คะแนน 10-29 คะแนน 4. อ่านและเขียนหนังสือได้ 5. อายุตั้งแต่ 20-59 ปี ขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis)⁽²⁴⁾ คำนวณจากค่าอิทธิพล (Effect Size)⁽²⁵⁾ จากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน เพื่อหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยได้อ้างอิงการศึกษาการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจรายกลุ่มโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในผู้ติดสุรา ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่ง ซึ่งเป็นการศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการวิจัยในครั้งนี้⁽²⁶⁾ คำนวณได้ค่า Effect size = 1.16 กำหนด Power = 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (= 0.05) ตั้งสมมุติฐาน 2 ทาง $Z_{\alpha/2}$ two-tailed = 1.96 แล้วนำไปเปิดตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 13 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 2 ราย ทำให้ได้ตัวอย่างในกลุ่มทดลอง จำนวน 15 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 ราย โดยกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการจับคู่ (matching) ด้วยค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเจ็บป่วย และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมครอบครัวบำบัด ร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิส และแม็กแท็กการ์ท (Kemmis & Mc Taggart)⁽¹⁷⁾ ภายใต้แนวคิดผู้มีส่วนได้เสียในชุมชน เป็นแกนนำหลักที่สามารถช่วยให้การบำบัดสุราให้ประสบผลสำเร็จได้ ซึ่งผลที่ได้นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมครอบครัวบำบัดและการเสริมสร้างแรงจูงใจ และทำการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม 2) แบบประเมินความเสี่ยงการดื่มสุรา AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) เป็นเครื่องมือแบบง่ายในการคัดกรองการดื่มสุราที่มากเกินไป แพลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยนายแพทย์ปริทรรศ ศิลปกิจ และแพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ แบบประเมินมีค่าความไวที่ 0.95 และค่าความจำเพาะเฉลี่ย 0.80 ประเมินก่อนเข้ารับการบำบัด และประเมินทุกครั้งที่เข้ารับการ

บำบัด 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-1A (Beck Depression Inventory-1A) แปลเป็นภาษาไทย โดยรองศาสตราจารย์มุกดา ศรียงค์ มีค่าความตรงของเครื่องมือ 0.84 ค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.92 ค่าความไว 84.6% ค่าความจำเพาะเท่ากับ 86.4% ประเมินก่อนเข้ารับการบำบัด และทุกครั้งที่เข้ารับการบำบัด กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดโดยใช้โปรแกรมครอบครัวบำบัดและเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยใช้แนวคิดจากกระบวนการครอบครัวบำบัด (Family Therapy) ของ Friedman SE⁽¹⁹⁾ ร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) ของมิลเลอร์และโรลนิก⁽²⁰⁾ ซึ่งโปรแกรมการบำบัดผู้ติดสุราร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการบำบัดครั้งที่ 1-8 เป็นการใช้โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจผสมผสานกับโปรแกรมครอบครัวบำบัดในผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนครั้งที่ 9-13 เป็นการใช้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วย โดยกระบวนการ FRAMES ประกอบด้วย 1) feedback 2) responsibility 3) advice 4) menu 5) empathy และ 6) self-efficacy ซึ่งอิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของโพรชกาและไดคลิเมนต์⁽²¹⁾ บำบัดโดยพยาบาลประจำกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด จำนวน 2 คน มีบทบาทที่เน้นการชี้แนะ การให้ความรู้ ร่วมกำหนดเป้าหมาย ร่วมกำหนดพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจถึงความสัมพันธ์การดื่มสุราที่มีผลต่อความรู้สึก ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม บทบาทในการเสริมแรงบวก การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษา รวมระยะเวลาการบำบัดต่อรายเป็นเวลา 12 เดือน โดยโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราและมีภาวะซึมเศร้าดังกล่าว มีทั้งหมด 5 ขั้นตอน จำนวน 14 กิจกรรม 14 ครั้ง ระยะเวลาครั้งละ 30-45 นาที ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1 การติดตามกำกับตนเอง ขั้นตอนที่ 2 การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิด ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะการแก้ปัญหา ขั้นตอนที่ 4 การควบคุมสิ่งเร้าสิ่งหรือสิ่งกระตุ้น ขั้นตอนที่ 5 การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง โดยให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 4 ครั้ง ต่อด้วย 2 สัปดาห์ต่อครั้ง ติดต่อกัน 4 ครั้ง ต่อด้วย เดือนละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 ครั้ง ต่อด้วย 3 เดือนต่อครั้ง จำนวน 2 ครั้ง และการติดตามประเมินผล 1 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมใช้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention)⁽²⁷⁾ ซึ่งเป็นแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ในการบำบัดผู้ป่วยติดสุรา เดือนละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน ระยะเวลา 1 ปี ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2565 งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ CY 4/2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงพรรณนา ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัด โดยการเปรียบเทียบค่าคะแนนการประเมินพฤติกรรม การดื่มสุรา และค่าคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า ก่อนการบำบัดและหลังการบำบัดครบ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเปรียบเทียบคะแนนก่อนหลังระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม โดยใช้จำนวน, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, t-test, p-value, 95%CI

ผลการศึกษา

ผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.8 กลุ่มอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 47.1 การศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 52.9 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 88.2 โดยผลจากการสร้างการมีส่วนร่วม พบว่าแกนนำชุมชนรับทราบและตระหนักถึงความสำคัญของการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยติดเชื้อที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย เนื่องจากมีความยุ่งยากในการบำบัดรักษา หากรักษาไม่สำเร็จ กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ก็จะเกิดเป็นปัญหาที่กระทบทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และเมื่อชุมชนเห็นปัญหาแล้ว ทำให้ชุมชนมีความต้องการที่จะร่วมกันแก้ไขปัญหา เข้ามามีส่วนในการประชุมการจัดทำแผน มีการวางแผนเพื่อร่วมกันบำบัดรักษาผู้ป่วยติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าปัจจัยหลักของการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดเชื้อให้ประสบผลสำเร็จนั้น ต้องอาศัยองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน จะขาดส่วนใดส่วนหนึ่งไม่ได้ ได้แก่ 1. ตัวผู้บำบัด ต้องมีทักษะการสร้างแรงจูงใจและมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการบำบัด 2. ตัวผู้ป่วย ต้องมีแรงจูงใจในการเลิกสุรา 3. ครอบครัว ต้องให้ความร่วมมือในการเฝ้าระวัง กำกับ ติดตาม ส่งเสริมพฤติกรรมด้านบวกในการบำบัดรักษาผู้ป่วย ใช้ชื่อเรียกรูปแบบนี้ว่า “สามก้อนเส้าตั้งหม้อข้าวอยู่” ซึ่งหม้อหนึ่งข้าวเหนียวเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับครอบครัวคนอีสาน เปรียบเหมือนการที่จะวางหม้อข้าวบนก้อนเส้าเพียง 1 หรือ 2 ก้อนนั้นตั้งไม่ได้ ต้องใช้ 3 ก้อนเท่านั้นถึงจะวางได้ ดังนั้นทุกองค์ประกอบต้องทำหน้าที่ตนเองเพื่อประคับประคองให้ผู้ป่วยไปสู่เป้าหมายที่หวังไว้คือการรักษาสำเร็จ ส่วนชุมชนนั้น มีบทบาทในการเป็นผู้สนับสนุนการบำบัด แสดงดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 การพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยการสร้างการมีส่วนร่วม อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ชื่อรูปแบบ “สามก้อนเส้าตั้งหม้อข้าวอยู่”

ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดผู้ติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าโดยครอบครัวบำบัดและการเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดความเสี่ยงการติดเชื้อ

การทดสอบโปรแกรมการบำบัดผู้ติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าโดยครอบครัวบำบัดและการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งกระบวนการรักษาต้องครอบคลุมทั้งตัวผู้ป่วย ผู้บำบัด และครอบครัวของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากเป็นเพศชาย ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 93.3, 93.3 ตามลำดับ กลุ่มอายุส่วนใหญ่ อายุ 40-45 ปี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 53.3, 46.7 ตามลำดับ การศึกษาระดับประถมศึกษา ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 86.7, 73.3 ตามลำดับ สถานภาพสมรสคู่ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 80.0, 80.0 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 10,001-15,000 บาท/เดือน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 60.0, 66.7 ตามลำดับ ระยะเวลาในการติดเชื้ออยู่ในช่วง 5-10 ปี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 60.0, 66.7 ตามลำดับ มีประวัติการติดเชื้อในครอบครัว ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 88.7, 80.0 ตามลำดับ เข้ารับการรักษาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวกับสุราครั้งแรก ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 88.7, 80.0 ตามลำดับ และข้อมูลกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อ พบว่าส่วนใหญ่เพศหญิงทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 80.0, 86.7 ตามลำดับ อายุ 45-50 ปี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 46.7, 46.7 ตามลำดับ ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 60.0, 73.3 ตามลำดับ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นคู่สมรส ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 86.7, 80.0 ตามลำดับ

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อของผู้ป่วยติดสุราก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ =24.9, S.D.= 2.4) หลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 3.3, S.D.= 1.6) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.01, ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยแบบประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 25.1, S.D. = 3.4) หลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 23.3, S.D. = 2.2) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value =0.95 คะแนนเฉลี่ยการประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการรักษาก่อนการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value =0.80 แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.01 ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินความเสี่ยงการติ่มสุราของผู้ป่วยติดยาเสพติดก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยการประเมินความเสี่ยงการติ่มสุรา	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	15	24.9	2.4	21.6	20.1-23.1	28.98	<0.01
หลังการทดลอง	15	3.3	1.6				
กลุ่มควบคุม							
ก่อนการทดลอง	15	25.1	3.4	1.8	-0.3-3.9	1.73	0.95
หลังการทดลอง	15	23.3	2.2				

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินความเสี่ยงการติ่มสุราของผู้ป่วยติดยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยการประเมินความเสี่ยงการติ่มสุรา	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มควบคุม	15	25.1	3.37	0.2	-1.9-2.5	0.25	0.80
กลุ่มทดลอง	15	24.9	2.38				
หลังการทดลอง							
กลุ่มควบคุม	15	22.7	2.0	19.4	18.1-20.8	29.43	<0.01
กลุ่มทดลอง	15	3.3	1.6				

กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยติดยาเสพติดก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 15.1, S.D. = 2.4) หลังทดลอง ($\bar{X}$ = 5.9, S.D. = 1.8) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.01 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 14.7, S.D. = 2.5) หลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 14.9, S.D. = 2.9) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value = 0.84

คะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.66$ ภายหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยติดสุราแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.01$ ดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยติดสุราของผู้ป่วยติดสุราก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้า	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	15	15.1	2.4	9.2	7.6-10.8	11.66	<0.01
หลังการทดลอง	15	5.9	1.8				
กลุ่มควบคุม							
ก่อนการทดลอง	15	14.7	2.5	-0.4	-2.2-1.8	-0.20	0.84
หลังการทดลอง	15	14.9	2.9				

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยติดสุราของผู้ป่วยติดสุราก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้า	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มควบคุม	15	15.07	2.43	-0.40	-2.24-1.44	-0.44	0.66
กลุ่มทดลอง	15	14.66	2.49				
หลังการทดลอง							
กลุ่มควบคุม	15	14.87	2.92	9.00	7.2-10.8	10.07	<0.01
กลุ่มทดลอง	15	5.86	1.85				

อภิปรายผล

รูปแบบการบำบัดที่ได้จากการสร้างการมีส่วนร่วม ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้บำบัดและครอบครัว ซึ่งแต่ละองค์ประกอบนั้นมีผลต่อการรักษาผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย โดยที่องค์ประกอบหลักด้านตัวผู้ป่วยนั้นต้องมีความต้องการหรือความตระหนักรู้ในการรับการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC ศึกษาถึงความตระหนักรู้ของภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้มีภาวะซึมเศร้าที่ทราบว่าตนเองมีภาวะซึมเศร้าอยู่นั้นส่งผลดีต่อการรักษาที่ดี ด้านผู้บำบัดนั้นมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ช่วยสร้างกระบวนการ แนวทางหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่สอดคล้อง เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตได้⁽²⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรัญญา สุริยะจันทร์ ศึกษากลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดอุดรธานี พบว่ากลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ได้แก่ 1. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร กำหนดแนวทางคุณภาพการจัดบริการ 2. การให้ความรู้การดำเนินงานสุขภาพจิตแก่ญาติ ซึ่งครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยติดสุราสามารถเลิกสุราได้⁽²⁹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Totharong P, Limprasutr P, Wannapornsiri C เรื่องประสบการณ์การเลิกดื่มสุราอย่างถาวรของผู้เคยติดสุรา พบว่าปัจจัยที่เป็นแรงผลักดันในการเลิกดื่มสุราประกอบด้วยความตระหนักในความรู้สึกของคนในครอบครัว⁽³⁰⁾

ประสิทธิภาพของโปรแกรมสามารถช่วยผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถเลิกสุราได้ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 100 เนื่องจากการบำบัดด้วยโปรแกรมนี้มีจุดเด่นที่ให้ครอบครัวเข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยในช่วงระยะแรกที่ผู้ป่วยไม่สามารถผ่านระยะขาดสุราไปได้ ผู้ป่วยมีความลังเล และไม่มีความมุ่งมั่นในการเลิกสุรา ส่วนระยะท้ายของโปรแกรมจะให้การเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยร่วมกับการบำบัดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยระยะนี้ส่วนมากขาดการควบคุมตนเอง ขาดทักษะการแก้ปัญหา ขาดการควบคุมสิ่งเร้าและสิ่งกระตุ้น จึงมีโอกาสดูแลไปดื่มสุราซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของพัชราวลัย กนกจรรยา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพยาติดสุรา พบว่าพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพยาติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นๆ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นๆ อย่างมีนัยสำคัญ⁽³¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของวนาลักษณ์ รอวิธาน และภัทราภรณ์ พุงปันคำ ศึกษาการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจรายกลุ่มโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในผู้ติดสุรา พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ⁽²⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของจิตภัณท์ กมลรัตน์ และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เรื่องผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา พบว่าพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ และพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญ⁽³²⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของมานะศักดิ์ เหลือมทองกลาง และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เรื่องผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา พบว่าพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ และหลังสิ้นสุดการทดลอง พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจน้อยกว่า

ของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ⁽³³⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Murphy CM, Ting LA, Jordan LC, Musser PH, Winters JJ, Poole GM, et al. การทดลองทางคลินิกแบบสุ่มของการบำบัดด้วยการกระตุ้นแรงจูงใจสำหรับปัญหาแอลกอฮอล์ในผู้ชายที่ชอบใช้ความรุนแรง พบว่าโปรแกรมดังกล่าวช่วยลดใช้ความรุนแรงในกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่อง⁽³⁴⁾

โปรแกรมบำบัดผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าโดยครอบครัวบำบัดและการเสริมสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยติดสุราได้ โดยโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดภาวะซึมเศร้าสู่ระดับปกติ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของธนัญญา พิพิธวิทยา และรัชนิกร อุปเสน ที่ศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ⁽³⁵⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของพัชราวลัย กนกจรรยา และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ พบว่าภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพยาหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้น ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญ และภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพยาหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญ⁽³¹⁾

สรุปผลการศึกษา

การบำบัดรักษาผู้ติดสุราให้ประสบผลสำเร็จนั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมกำหนดแนวทางการบำบัด ซึ่งแนวทางการบำบัดนี้มีองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน ได้แก่ 1. ตัวผู้บำบัด ต้องมีทักษะการสร้างแรงจูงใจและมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการบำบัด 2. ตัวผู้ป่วย ต้องมีแรงจูงใจในการเลิกสุรา 3. ครอบครัว ต้องให้ความร่วมมือในการเฝ้าระวัง กำกับ ติดตาม ส่งเสริมพฤติกรรมด้านบวกในการบำบัดรักษาผู้ป่วย และโปรแกรมการบำบัดผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าโดยครอบครัวบำบัดและการเสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถช่วยผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเลิกสุราได้และลดภาวะซึมเศร้าได้

เอกสารอ้างอิง

1. Organization WH. Global status report on alcohol and health 2018: World Health Organization; 2019.
2. Office NS. Summari zing the Important Results of the Survey of Smoking and Alcohol Drinking Behavior of the Population 2014. Bangkok: 2015.
3. อธิบ ตันอารีย์, พลเทพ วิจิตรคุณากร. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ ของจังหวัดในประเทศไทย: ข้อมูล การสำรวจ พ.ศ.2560.2019.
4. ศูนย์สารสนเทศยุทธศาสตร์ภาครัฐ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การเผยแพร่ข้อมูลสถิติทางการ 2021

- [3 พฤษภาคม 2565]. [Available from:
http://164.115.40.50/statv5/list.php?id_branch=5&Page=2.
5. กฤษฎ์ โพธิ์ศรี, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์, กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์. การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัดมหาสารคาม. วารสาร โรงพยาบาลมหาสารคาม. 2016;13(2):8-16.
 6. Organization WH. Global status report on noncommunicable diseases 2014: World Health Organization; 2014.
 7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2557. 2 พ, editor. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
 8. Kuria MW, Ndeti DM, Obot IS, Khasakhala LI, Bagaka BM, Mbugua MN, et al. The association between alcohol dependence and depression before and after treatment for alcohol dependence. International Scholarly Research Notices. 2012;2012.
 9. Sindhu B, Gupta R, Sindhu S, Kumar K, Kumar D. Depression and alcohol dependence: One syndrome or two? A comparison of disability, suicidal risk and coping styles. Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology. 2011;9:62.
 10. Pettinati HM, Dundon WD. Comorbid depression and alcohol dependence: new approaches to dual therapy challenges and progress. Psychiatric Times. 2011;28(6):49-.
 11. โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม. รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านสุขภาพ อำเภอเชียงใหม่. 2563.
 12. Phajuy A, Sriburapar N. Psychiatric Comorbidity of Alcohol Dependent Patients Admitting in Chiang Mai Drug Dependence Treatment Center. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2009;54(1):63-74.
 13. Kwansanit P, editor Epidemiology of among patients with depression disorder, suicidal with Alcohol drinking problem. 1st Academic conference, Department of Mental Health; 2013.
 14. Babor TE, Higgins-Biddle J, Dauser D, Higgins P, Burleson JA. Alcohol screening and brief intervention in primary care settings: implementation models and predictors. Journal of studies on alcohol. 2005;66(3):361-8.
 15. Miller W. Motivational enhancement therapy with drug abusers. Department of Psychology and Center on Alcoholism. Substance Abuse, and Addictions (CASAA), University of New Mexico Albuquerque, NM: University of New Mexico. 1995.

16. อนันญา ดีปานา, ลภัสสรดา หนุ่มคำ, ศุภางค์ วัฒนเสย. ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของพนักงานห้างสรรพสินค้าในจังหวัดน่าน. Thai Science and Technology Journal. 2020:168-81.
17. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The action research planner: Doing critical participatory action research: Springer Science & Business Media; 2013.
18. Smith WE. The creative power: Transforming ourselves, our organizations, and our world. New York Routledge; 2009.
19. Friedman SE. The reflecting team in action: Collaborative practice in family therapy: Guilford Press; 1995.
20. Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. American psychologist. 2009;64(6):527.
21. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. Journal of consulting and clinical psychology. 1983;51(3):390
22. Babor TF, Robaina K. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A review of graded severity algorithms and national adaptations. 2016.
23. Lotrakul M, Sukanich P. Development of the Thai depression inventory. JOURNAL-MEDICAL ASSOCIATION OF THAILAND. 1999;82(12):1200-7.
24. Erdfelder E, Faul F, Buchner A. GPOWER: A general power analysis program. Behavior research methods, instruments, & computers. 1996;28(1):1-11.
25. Hedges LV. Estimation of effect size from a series of independent experiments. Psychological bulletin. 1982;92(2):490.
26. วนาลักษณ์ รอวิธาน, ภัทราภรณ์ พุงปันคำ. การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจรายกลุ่มโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในผู้ติดสุราณโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง: การศึกษานำร่อง. Thai Journal of Nursing Council. 2016;31(3):53-66.
27. Heather N. Brief interventions. The Essential Handbook For Treatment And Prevention Of Alcohol Problems. 2004:117-38.
28. Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC, Council on Scientific Affairs AMA. Awareness, diagnosis, and treatment of depression. Journal of general internal medicine. 1999;14(9):569-80.
29. อรัญญา สุริยะจันทร์. กลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดอุดรธานี. วารสารศูนย์อนามัย ที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อม. 2018;12(28):52-71.

30. Totharong P, Limprasutr P, Wannapornsiri C. Experience of persistent cut down of alcohol intake among former alcohol dependence. Journal of Nursing Science Naresuan University. 2008;2(2):45-61.
31. พิชชราลัย กนกจรรยา, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้น โดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพยาติดยา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2013;27(2):56-68.
32. จิตภรณ์ กมลรัตน์, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดยา. THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH. 2019;33(2):47-60.
33. มานะศักดิ์ เหลื่อมทองกลาง, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2020;34(1):163-78.
34. Murphy CM, Ting LA, Jordan LC, Musser PH, Winters JJ, Poole GM, et al. A randomized clinical trial of motivational enhancement therapy for alcohol problems in partner violent men. Journal of substance abuse treatment. 2018;89:11-9.
35. ธนิษฐา พิพิธวิทยา, รัชนิกร อุปเสน. ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. Nursing Journal. 2019;46:60-9.