

# การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่ม สำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีการกลับป่วยซ้ำ

สุนทรีย์ ศรีโกไสย ศษ.ม., พย.ม.\* วงเดือน สุนันตา พย.ม.\*\*

สมพร กิวแก้ว พย.ม.\*\*\* ชลิตสุตา พรหมทวี วทม.\*\*

ทิพศมัย ทายะรังษี พย.ม.\*\* หทัยชนนี บุญเจริญ พบ.\*\*\*\*

**บทคัดย่อ:** ผู้ป่วยโรคติดสุราที่กลับมารักษาซ้ำจะมีความคุ้นเคยกับการบำบัดแบบกลุ่มที่เป็นกิจกรรมตามปกติของหอผู้ป่วย การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรมีลักษณะเฉพาะ และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดหรือหยุดดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีการกลับป่วยซ้ำครั้งนี้ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและแนวคิดการทำกลุ่มบำบัดทดสอบผลของโปรแกรมโดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดมีกลุ่มควบคุมวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 ราย จับคู่ตามคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกันก่อนทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 23 ราย เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามพฤติกรรมการดื่มสุรา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Friedman test และ Mann-Whitney U test

**ผลการวิจัยพบว่า** กลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ในการติดตามหลังจำหน่ายครบ 2 เดือน และมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ในการติดตามหลังจำหน่ายครบ 1, 2, และ 3 เดือน ส่วนร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักและร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราของกลุ่มทดลองในแต่ละระยะของการติดตามหลังจำหน่าย พบว่า ดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ข้อเสนอแนะ พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีการกลับป่วยซ้ำเพื่อส่งเสริมการลดหรือหยุดดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง

วารสารสภาการพยาบาล 2553; 25(4) 67-79

**คำสำคัญ:** การพัฒนาโปรแกรม การบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่ม ผู้ป่วยโรคติดสุรา การกลับป่วยซ้ำ

\* พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) โรงพยาบาลสวนปรุง

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง

\*\*\* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น (วิทยาเขตวัชรพล)

\*\*\*\* จิตแพทย์ โรงพยาบาลสวนปรุง

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ บ่งบอกถึงภาวะติดเชื้อเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพกายและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดื่ม ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสังคมในระยะยาว ได้แก่ การเกิดความรุนแรงในครอบครัว การสูญเสียบทบาทหน้าที่ การว่างงาน ปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น<sup>1</sup>

การติดเชื้อเรื้อรัง เป็นพฤติกรรมกรรมกรดื่มสุราที่ต่อเนื่องเป็นเวลานาน รวมทั้งพฤติกรรมกรรมกรดื่มสุราอื่นๆ วนเวียนซ้ำๆ จนไม่สามารถหยุดดื่มได้แม้จะได้รับการบำบัดรักษาแล้วก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดเชื้อกลับไปดื่มซ้ำหลังจากผ่านการบำบัดรักษาแล้วคือ สุราหาซื้อได้ง่าย ราคาถูก ไม่ผิดกฎหมาย ในชุมชนมีคนดื่มสุรามาก มีสุรารายใกล้แหล่งที่พักอาศัย<sup>2</sup> ความเครียดและมีสิ่งกระตุ้นให้รู้สึกอยากดื่ม<sup>3, 4</sup>

จากสถิติการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลสวนปรุง เดือนตุลาคม 2549 ถึงกันยายน 2550 พบว่า มีผู้ป่วยโรคติดเชื้อกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน สูงถึงร้อยละ 10.73 และกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ร้อยละ 19.10 ของผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยโรคติดเชื้อ<sup>5</sup> ในขณะที่กรมสุขภาพจิตกำหนดให้ร้อยละ 98.0 ของผู้ป่วยจิตเวชในความรับผิดชอบสามารถอยู่บ้านได้ภายใน 28 วัน เมื่อทำการทบทวนเพื่อหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อของโรงพยาบาลสวนปรุงพบว่าผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำเหล่านี้ บางส่วนได้รับการบำบัดทางจิตสังคมแบบรายบุคคล แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดของจำนวนผู้ให้บริการ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการบำบัดแบบรายกลุ่มก่อนจำหน่าย ได้แก่ กลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม<sup>6</sup> การให้การปรึกษาปัญหาการดื่มสุราแบบกลุ่ม<sup>7</sup> การให้สุขภาพ

จิตศึกษารายกลุ่ม และผู้ป่วยบางรายจะได้รับการบำบัดแบบกลุ่มระดับประคองทางจิตใจ หรือกลุ่มแก้ไขปัญหาทางสังคม

ผลการสังเกตพฤติกรรมขณะเข้าร่วมกลุ่มจิตสังคมบำบัดของผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่กลับมารักษาซ้ำดังกล่าวโดยทีมผู้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยบางรายไม่แสดงความคิดเห็นในกลุ่ม บางรายมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นค่อนข้างมาก สามารถวิเคราะห์สาเหตุการติดเชื้อของตนเองได้ บอกเล่าผลกระทบของสุราได้ครอบคลุม และสามารถบอกวิธีการหลีกเลี่ยงการดื่ม หรือวิธีการหยุดดื่มสุราได้อย่างชัดเจน เนื่องจากมีประสบการณ์เข้าร่วมกลุ่มบำบัดดังกล่าวมาแล้วหลายครั้ง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังกลับมารักษาซ้ำอีกหลายครั้งภายใน 12 เดือน และส่วนหนึ่งกลับมารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้ศึกษาได้รับข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยชายวัย 40 ปี และวัย 39 ปี ในลักษณะของการไม่ได้รับประโยชน์จากการเข้ากลุ่มบำบัด เช่น “การเข้ากลุ่ม ไม่ได้ช่วยอะไรเลย เพราะเป็นเรื่องเดิมๆ ที่ไม่สามารถช่วยให้เลิกเหล้าได้ จึงเบื่อการเข้ากลุ่ม และได้บอกเพื่อน ๆ ว่าไม่ต้องถามพยาบาลมาก กลุ่มจะได้จบเร็วๆ” “ความรู้ที่พยาบาลให้ในกลุ่มไม่เหมาะกับคนติดเหล้าอย่างหนัก เช่น ใช้โซดาหรือน้ำผสมมาก ๆ ดื่มแบบบาง ๆ กินกับแกล้มมาก ๆ ยกดื่มซ้ำๆ หรือให้ดื่มน้อยๆ ก็ยังทำไม่ได้ เพราะจะนอนไม่หลับ ทำแบบนี้ไม่เป็นแล้ว มันคุ้นเคยกับการดื่มหนักๆ” สะท้อนถึงความต้องการการบำบัดเชิงลึกบนพื้นฐานความต้องการและความซับซ้อนของปัญหาทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเรื้อรังที่ส่วนใหญ่จะปฏิเสธการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ไม่ยอมรับว่าตัวเองติดเชื้อหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบ ขาดพลังชีวิต และการดื่มสุราเป็นวิธีที่ช่วยให้ตนเองอยู่รอด<sup>8</sup> แม้ว่าจจะรับรู้ปัญหาที่ตามมาจากการดื่มของตนก็ตาม

การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล เพื่อการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลาอันสั้น การบำบัดที่ ให้ผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่ม ตุ่ม นอกจากจะเลือกใช้รูปแบบที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ สนับสนุนแล้วข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การติดเชื้อ ประสบการณ์การหยุดดื่มได้ต่อเนื่องและประสบการณ์ การเข้าร่วมกลุ่มบำบัด จัดเป็นแหล่งความรู้ที่แฝงใน ตัวบุคคลที่ควรถูกนำมาใช้ในการบำบัดทางการ พยาบาลแก่ผู้ติดเชื้อเรื้อรัง เพื่อช่วยให้เกิดการเรียน รู้ในความต้องการของผู้รับบริการได้ดีขึ้นภายใต้การ ใช้ความรู้เป็นฐาน<sup>9</sup> ช่วยให้เข้าใจปัญหาทางจิตสังคม ที่เกี่ยวข้องกับการกลับไปดื่มสุรารักษาได้มากขึ้น และ เพื่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดของผู้ใช้ บริการ ซึ่งจะส่งเสริมให้รูปแบบการบำบัดมีประสิทธิภาพ ต่อการลดหรือหยุดดื่มได้มากขึ้น เพราะมีลักษณะที่ สอดคล้องกับบริบทปัญหาความต้องการที่แท้จริง ของผู้ป่วย การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคม แบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีการกลับป่วย ซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีประสบการณ์ติดเชื้อ เรื้อรังจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้มีทางเลือกที่เหมาะสม กับผู้ป่วยในการลดหรือหยุดดื่มสุราได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคม แบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีการกลับป่วยซ้ำ
2. ประเมินผลของโปรแกรมการบำบัดทาง จิตสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีการ กลับป่วยซ้ำต่อพฤติกรรมลดหรือหยุดดื่มสุรา

### สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มมี

พฤติกรรมลดหรือหยุดดื่มสุรามากกว่ากลุ่ม ตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. พฤติกรรมลดหรือหยุดดื่มสุราของ กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่ม ในแต่ละระยะของการติดตามมีมากกว่าก่อนการเข้าร่วม โปรแกรม

### วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม ใช้การวิจัย เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม<sup>10</sup> และใช้แนวคิดการทำ กลุ่มบำบัด<sup>11</sup> เป็นแนวทางในการศึกษา ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์จากมุมมองและ ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษา ปัญหาสุขภาพจิตจากสุรา และปัจจุบันสามารถหยุด ดื่มสุราได้ต่อเนื่อง 6 เดือนขึ้นไป โดยการ 1) สัมภาษณ์ เจาะลึกโดยทีมผู้ศึกษา พร้อมวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจะสำเร็จเป็นราย ๆ ร่วมกัน ระหว่างทีมผู้ศึกษา ก่อนที่จะทำการเก็บข้อมูลในราย ต่อไป 2) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึก ทั้งหมดมาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อศึกษาประเด็นวิธีการ ดูตนเองไม่ให้ดื่มสุรา และลักษณะของกลุ่มบำบัด ที่จะให้ประโยชน์มากที่สุด 3) จัดประชุมเสวนานำเสนอ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้แก่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 9 ราย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำผลวิจัยไปใช้เพื่อ ตรวจสอบความตรงของข้อมูล และเพื่อให้ข้อมูลมี ความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

1.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำโปรแกรม การบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรค ติดเชื้อที่มีการกลับป่วยซ้ำฉบับร่าง

1.3 ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้มีส่วน เกี่ยวข้องในการนำผลวิจัยไปใช้ เพื่อพิจารณาความ สมบูรณ์ของเนื้อหาและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

ของโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีการกลับป่วยซ้ำฉบับร่าง

1.4 ปรับแก้โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีการกลับป่วยซ้ำฉบับร่าง ให้เป็นฉบับทดลองใช้

1.5 ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีการกลับป่วยซ้ำ ฉบับทดลองใช้ โดยกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง ทำการทดลองโดยทีมผู้ศึกษาจำนวน 2 ครั้ง และโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำผลวิจัยไปใช้ จำนวน 1 ครั้ง (รวมทั้งหมด 3 ครั้ง) พร้อมปรับปรุงแก้ไข ตามวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ และการสังเกต การสะท้อน การปฏิบัติ และการปรับปรุงแผน จนได้โปรแกรมฉบับจริง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดทางจิตสังคมตามกิจกรรมปกติของหอผู้ป่วย

ลักษณะของโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีการกลับป่วยซ้ำ ฉบับจริง มุ่งเน้น 6 ด้านคือ 1) การทบทวนและทำความเข้าใจตนเอง มากกว่าการให้ความรู้หรือคำแนะนำ 2) การจัดการที่ตนเอง มากกว่าการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม 3) การตั้งประเด็นให้ได้คิดทบทวน มากกว่าการให้ข้อมูลความรู้ 4) การพูดอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับตนเอง มากกว่าการใช้ทักษะการเขียน 5) การให้ความสำคัญกับประสบการณ์เดิมที่เคยหยุดดื่มได้ เพื่อสร้างความหวัง มีทางเลือกที่เป็นรูปธรรมและเป็นไปได้ และ 6) การยอมรับและเข้าใจในตัวตนของผู้ติดสุรา เพื่อเสริมสร้างความหวังและกำลังใจ

โปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม คือ **ขั้นตอนที่ 1: การสร้างความรู้สึกได้รับการยอมรับ** ประกอบด้วย กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ การ

เตรียมความพร้อมในการบำบัด และกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความทุกข์ในช่วงที่มีการใช้สุรา **ขั้นตอนที่ 2: การสำรวจจิตใจ เพื่อการเข้าใจตนเอง และมีทางเลือก** ประกอบด้วย กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เคยหยุดดื่มสุรา **ขั้นตอนที่ 3: การสำรวจจิตใจเพื่อการเข้าใจตนเองและมีทางเลือก** ประกอบด้วย กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เคยหยุดดื่มสุรา และการจัดการความเสี่ยงต่อการดื่มสุรา และ **ขั้นตอนที่ 4: การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ที่หยุดดื่มสุราได้ต่อเนื่อง และการเตรียมยุติการบำบัด** ประกอบด้วย กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ที่ยุติดื่มสุราได้ต่อเนื่องและสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้โดยไม่ใช้สุรา กิจกรรมการกำหนดเป้าหมายสำหรับการเปลี่ยนแปลง และยุติการบำบัด

โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มนี้ใช้เวลา 4 วัน วันละ 80-90 นาที วิธีการดำเนินกลุ่มในแต่ละกิจกรรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ ชั้น Initial phase ชั้น Working phase และชั้น Terminal phase **อุปกรณ์การทำกลุ่ม** ใช้กระดานและปากกาเขียนกระดาน จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมคือ 6-8 ราย **ที่มีลักษณะ** 1) เป็นผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปภายใน 1 ปี และไม่มีความผิดปกติทางสมอง 2) สามารถพูด ฟังภาษาไทยได้ 3) มีแรงจูงใจอยู่ในระดับถึงเลใจ หรือตัดสินใจ และ 4) ระดับคะแนน CIWA < 9 **คุณสมบัติของผู้นำกลุ่ม** ประกอบด้วย 1) มีประสบการณ์การทำกลุ่มบำบัดอย่างน้อย 1 ปี 2) มีประสบการณ์การดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุราอย่างน้อย 1 ปี 3) มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุรา และ 4) มีทักษะในการใช้เทคนิคการสื่อสาร ได้แก่ การฟัง การถาม การสรุปความ การสะท้อน การทวนความ การจับประเด็น และการเชื่อมโยง เกณฑ์การ

วัดความสำเร็จของโปรแกรมคือ การนับจำนวนวันที่หยุดดื่มในแต่ละเดือน การคำนวณร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม

**ระยะที่ 2 การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม** ใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดมีกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง ประชากรคือผู้ป่วยโรคติดสุราทั้งเพศชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2551 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2552 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกตามคุณลักษณะ 6 ด้านจำนวนครั้งละ 12-16 ราย ภายในช่วงเวลา 4 เดือนของการทดสอบโปรแกรม ได้แก่ 1) ไม่มีความผิดปกติทางสมอง ประเมินโดย Mini Mental Status Examination 2) ระดับคะแนนภาวะถอนพิษสุราที่ประเมินโดย CIWA มีค่า < 9 3) มีประวัติกลับมารักษาซ้ำด้วยปัญหา การดื่มสุราอย่างน้อย 3 ครั้งภายใน 1 ปี 4) มีความตั้งใจที่จะหยุดดื่มสุรา หรือล้งเลใจที่จะหยุดดื่ม 5) สามารถเข้าร่วมครบตามโปรแกรม และ 6) สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนดในแต่ละครั้ง (จำนวน 4 ครั้ง) ทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างในแต่ละคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุงด้วยปัญหาสุรา และด้านการวินิจฉัยโรค แล้วทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม รวมมีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 23 ราย ดำเนินกลุ่ม 4 ครั้ง และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะไม่ทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มใด

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย

1. เครื่องมือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือแบบประเมินความผิดปกติทางสมอง (Mini Mental Status

Examination) และแบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (CIWA)

2. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีการกลับป่วยซ้ำที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถาม 3 ชุด คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์การดื่มสุราที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 3 ข้อ คือ 2.1) จำนวนวันที่หยุดดื่มสุรารายใน 1 เดือน 2.2) ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก คำนวนตามเกณฑ์การประเมินผลการบำบัดสุราเสพติด<sup>12</sup> การดื่มหนักใช้เกณฑ์ คือ มีการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 4 drinks/วัน สำหรับผู้ชาย และการดื่มมากกว่า 3 drinks/วัน สำหรับผู้หญิง<sup>13</sup> 2.3) ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม<sup>12</sup> และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีการกลับป่วยซ้ำที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 4 ข้อ

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล** การดำเนินงานวิจัยทุกขั้นตอนกระทำภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสวนปรุง การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มจากการนำโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มฉบับจริง มาดำเนินการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมในหอผู้ป่วยโรคติดสุราแผนกผู้ป่วยชายจำนวน 4 ครั้ง ผู้นำกลุ่มหรือผู้ทดสอบโปรแกรมคือทีมผู้ศึกษาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำผลวิจัยไปใช้ รวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติทางโทรศัพท์ตามแบบสอบถามพฤติกรรมการณ์การดื่มสุราทุก 1 เดือน จำนวน 3 ครั้ง พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยให้เข้าร่วมโครงการอย่างสมัครใจด้วยการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ใ้สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจาก

โครงการได้ทุกเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการดูแลรักษาพยาบาล และข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เนื้อหา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย จัดหมวดหมู่ข้อมูล และใช้สถิติ Mann-Whitney U test และ Friedman test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามี 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 ราย ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านลักษณะส่วนบุคคลซึ่งแสดงถึงการมีความเท่าเทียมกันก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 86.96, n = 40) อายุเฉลี่ย 43 ปี (S.D = 7.3) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด้วยปัญหาสุราเฉลี่ย 8 ครั้ง จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และได้รับการวินิจฉัยเป็น alcohol dependence (F.10.2) มากที่สุด

จำนวนวันที่หยุดดื่มสุราก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า

จำนวนวันที่หยุดดื่มสุรารายใน 1 เดือนทั้ง 4 ระยะ คือ ก่อนมารับการบำบัด และหลังจำหน่าย ครบ 1, 2, และ 3 เดือนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักก่อนมารับการบำบัด และหลังจำหน่ายครบ 3 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักหลังจำหน่าย ครบ 2 เดือน ของกลุ่มทดลองมีน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มก่อนมารับการบำบัด และหลังจำหน่ายครบ 1, 2 และ 3 เดือนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ค่ามัธยฐานของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ณ เดือนที่ 1, 2, และ 3 ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 1 จำนวนวันที่หยุดดื่มสุรารายใน 1 เดือน ก่อนมารับการบำบัด และหลังจำหน่ายครบ 1, 2, และ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จำนวนวันที่หยุดดื่มสุรารายใน 1 เดือน		Median	Mann-Whitney U test	Sig
ก่อนมารับการบำบัด	ทดลอง	9.00	108.50	.00*
	ควบคุม	0.00		
หลังจำหน่ายครบ 1 เดือน	ทดลอง	30.00	166.50	.01*
	ควบคุม	15.00		
หลังจำหน่ายครบ 2 เดือน	ทดลอง	30.00	87.00	.00*
	ควบคุม	10.00		
หลังจำหน่ายครบ 3 เดือน	ทดลอง	26.50	80.00	.02*
	ควบคุม	15.00		

\* $p < .05$

ตารางที่ 2 ร้อยละของจำนวนวันที่ต็มหนักก่อนมารับการบำบัด และหลังจำหน่ายครบ 1, 2, และ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ร้อยละของจำนวนวันที่ต็มหนัก		Median	Mann-Whitney U test	Sig
ก่อนมารับการบำบัด	ทดลอง	50.00	210.00	.10
	ควบคุม	100.00		
หลังจำหน่ายครบ 1 เดือน	ทดลอง	0.00	198.50	.05
	ควบคุม	0.00		
หลังจำหน่ายครบ 2 เดือน	ทดลอง	0.00	147.50	.03*
	ควบคุม	20.00		
หลังจำหน่ายครบ 3 เดือน	ทดลอง	6.67	112.00	.19
	ควบคุม	16.67		

\*p < .05

ตารางที่ 3 ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดต็ม ก่อนมารับการบำบัด และหลังจำหน่ายครบ 1, 2, และ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดต็ม		Median	Mann-Whitney U test	Sig
ก่อนมารับการบำบัด	ทดลอง	20.00	117.00	.00*
	ควบคุม	0.00		
หลังจำหน่ายครบ 1 เดือน	ทดลอง	100.00	185.00	.03*
	ควบคุม	50.00		
หลังจำหน่ายครบ 2 เดือน	ทดลอง	100.00	87.00	.00*
	ควบคุม	33.33		
หลังจำหน่ายครบ 3 เดือน	ทดลอง	88.33	80.00	.02*
	ควบคุม	50.00		

\*p < .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของจำนวนวันที่หยุดติดยา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง

พฤติกรรม การติดยา	ค่ามัธยฐาน (median)				$\chi^2$	Sig
	ก่อนมารับ การบำบัด	หลังจำหน่าย ครบ 1 เดือน	หลังจำหน่าย ครบ 2 เดือน	หลังจำหน่าย ครบ 3 เดือน		
จำนวนวันที่หยุด ติดยา	9.00	30.00	30.00	26.50	38.53	0.00*
ร้อยละของ จำนวนวันที่ ดื่มหนัก	50.00	0.00	0.00	6.67	41.03	0.00*
ร้อยละของ จำนวนวันที่ หยุดดื่ม	20.00	100.00	100.00	88.33	38.53	0.00*

\*p < .05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของจำนวนวันที่หยุดติดยา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุม

พฤติกรรม การติดยา	ค่ามัธยฐาน (median)				$\chi^2$	Sig
	ก่อนมารับ การบำบัด	หลังจำหน่าย ครบ 1 เดือน	หลังจำหน่าย ครบ 2 เดือน	หลังจำหน่าย ครบ 3 เดือน		
จำนวนวันที่หยุด ติดยา	0.00	15.00	10.00	15.00	31.07	0.00*
ร้อยละของ จำนวนวันที่ ดื่มหนัก	100.00	0.00	20.00	16.67	36.03	0.00*
ร้อยละของ จำนวนวันที่ หยุดดื่ม	0.00	50.00	33.33	50.00	34.67	0.00*

\*p < .05

## การอภิปรายผล

พฤติกรรมการลดหรือหยุดดื่มสุรากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีการกลับป่วยซ้ำมีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีการดื่มหนักน้อยกว่า ณ เดือนที่ 2 หลังจำหน่ายและหยุดดื่มได้มากกว่า ณ เดือนที่ 1, 2, และ 3 หลังจำหน่าย และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดื่มหนักลดลงและหยุดดื่มมากขึ้น ณ เดือนที่ 1 และ 3 หลังจำหน่าย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

การที่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดื่มหนักน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ณ เดือนที่ 2 หลังจำหน่าย โดยที่ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในด้านร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักก่อนมารับการบำบัด แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีการกลับป่วยซ้ำให้ผลต่อการลดการดื่มหนักลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดจากลักษณะของโปรแกรมที่ส่วนหนึ่งมุ่งเน้นการตั้งประเด็นให้ได้คิดทบทวนและทำความเข้าใจตนเองมากกว่าการให้ความรู้หรือคำแนะนำ พร้อมทั้งได้พูดถึงความคิดความรู้สึกเหล่านั้นอย่างตรงไปตรงมาภายใต้บรรยากาศการยอมรับ ให้กำลังใจและชื่นชมซึ่งกันและกัน อันเป็นกลยุทธ์อย่างหนึ่งของการสร้างแรงจูงใจที่มีพื้นฐานความเชื่อว่า คำพูดของผู้ใช้บริการเองจะสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นได้มากกว่า คำพูด/คำแนะนำโดยบุคคลอื่น<sup>14</sup> การศึกษาที่ใช้กลยุทธ์การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการให้ผู้ให้บริการพูดข้อความที่จูงใจตนเองต่างให้ผลในการลดจำนวนวันที่ดื่มหนักลง<sup>15,16</sup> ลักษณะของโปรแกรมยังเอื้อต่อผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านสายตา และการเขียนหนังสือ ซึ่งเป็นผลกระทบจากการติดสุราเรื้อรัง จึงทำให้

บรรยากาศกลุ่มไม่เป็นทางการมากเกินไปเพราะไม่ต้องกังวลกับการเขียน รวมทั้งเกิดกำลังใจเมื่อได้รับพึงประสงค์ของผู้ป่วยเก่าที่หยุดดื่มสุราได้ต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างนอกจากจะพึงพอใจต่อโปรแกรมการบำบัดครั้งนี้แล้ว ยังอาจส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงตนเองโดยการลดการดื่มหนักลงอย่างชัดเจนภายหลังได้รับการบำบัด 1-2 เดือน (จากร้อยละ 50.0 เป็นร้อยละ 0.00 และ 0.00 ตามลำดับ) ส่วนร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมในการติดตามหลังจำหน่ายครบ 3 เดือนนั้น อาจเนื่องมาจากธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงที่บุคคลอาจมีการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีและที่ดีสลับกันไปมาหลายรอบจึงจะสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้อย่างถาวร<sup>17</sup> โดยเฉพาะช่วง 3 เดือนแรกผู้ป่วยจะมีโอกาสหันกลับไปดื่มสุราซ้ำได้อีกเนื่องจากไม่สามารถทนกับอาการอยากสุราได้<sup>18</sup> สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ติดสุราหลังได้รับการบำบัดจะมีการกลับไปดื่มซ้ำในเดือนที่ 3 สูงถึงร้อยละ 42.5<sup>19</sup> การวางแผนการดูแลหลังจำหน่าย (aftercare) จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรให้ความสำคัญ

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการหยุดดื่มสุราได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในการติดตามหลังจำหน่ายครบ 1, 2, และ 3 เดือน รวมทั้งดื่มหนักลดลงและหยุดดื่มมากขึ้นในทุกระยะของการติดตาม สะท้อนถึงคุณภาพของโปรแกรมที่มีเพิ่มขึ้นแตกต่างจากโปรแกรมที่มีอยู่เดิม คือเข้าถึงตัวตนของผู้ป่วยมากขึ้น โดยเน้นที่โลกทัศน์ภายในของผู้ป่วยซึ่งเป็นจุดสำคัญของการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงตนเอง เนื้อหาของโปรแกรมมีความเชื่อมโยงกับลักษณะทางจิตสังคมของผู้ติดสุราเรื้อรัง และการให้ความสำคัญกับประสบการณ์เดิมที่เคยหยุดดื่มได้ ซึ่งล้วนก่อให้เกิด

เกิดความหวัง มีกำลังใจ และมีแนวทางการดูแลตนเองอย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มก่อนมารับการบำบัด มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ร้อยละ 20.0 versus 0.00) ซึ่งอาจมีผลต่อผลการวิจัยครั้งนี้ได้ เนื่องจากมีความไม่เท่าเทียมกันก่อนการทดลอง ดังนั้นผลการวิจัยจึงไม่อาจสรุปได้ชัดเจนว่า โปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคติดยาที่มีการกลับป่วยซ้ำให้ผลต่อการหยุดดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาค่า median ของร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราภายในกลุ่มทดลอง ในการติดตามหลังจำหน่ายครบ 1 เดือนและ 2 เดือน จะเห็นว่ามีความเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100.0 และ 100.0 ส่วนภายในกลุ่มควบคุมมีค่า median เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50.0 และ 33.33 ขณะที่ทั้งสองกลุ่มมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) ก่อนเข้ารับการบำบัดที่ใกล้เคียงกันคือลังเลใจหรือตัดสินใจ แสดงว่าโปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่มในการศึกษาครั้งนี้ให้ผลต่อการหยุดดื่มสุราได้ในระดับหนึ่ง

การที่ค่า median ของร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราภายในกลุ่มทดลองลดลงเหลือร้อยละ 88.33 ในการติดตามหลังจำหน่ายครบ 3 เดือน แต่ภายในกลุ่มควบคุมกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50.0 ซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างในด้านการสนับสนุนทางสังคมที่มีการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดื่มสุรา<sup>20</sup> และเป็นปัจจัยความสำเร็จในการเลิกดื่มสุราของผู้ติดยา<sup>21</sup> เมื่อพิจารณาเนื้อหาของโปรแกรมการบำบัดในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าไม่มีกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว รวมทั้งไม่ได้มีการควบคุมตัวแปรนี้ก่อนจะทำการทดลอง ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสามารถ

อธิบายตามหลักธรรมชาติของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลที่แรงจูงใจจะมีการเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาได้เมื่อเวลาหรือสถานการณ์เปลี่ยนไป โดยเฉพาะช่วง 6 เดือนแรก<sup>17</sup> ดังนั้นการมีพฤติกรรมหยุดดื่มสุรา หรือการเริ่มกลับไปดื่มเป็นครั้งคราว จึงสามารถเกิดขึ้นได้ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม อย่างไรก็ตาม การกลับดื่มซ้ำไม่ได้เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด แต่จะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปหลังจากที่มีการพลังผลไปดื่มครั้งแรก<sup>17</sup> คล้ายคลึงกับการศึกษาของศิริณา ศรีธธาพิสิฐ และคณะ<sup>22</sup> ที่ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม ณ เดือนที่ 3 ของการติดตามในกลุ่มทดลองมีค่าลดลงแต่กลุ่มควบคุมมีค่าเพิ่มขึ้น ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนวันหยุดดื่มลดลงควรได้รับการติดตามหลังการบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มหนักมากขึ้น นอกจากนี้ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะของการทบทวนพฤติกรรมการดื่มที่ผ่านมา 1 เดือน ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนของคำตอบได้ การวัดผลของโปรแกรมจึงควรพิจารณาใช้วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วย

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

ควรนำโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคติดยาที่มีการกลับป่วยซ้ำนี้ไปใช้บำบัดผู้ติดยาติดยาที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการควบคุมตัวแปรด้านการสนับสนุนทางสังคมและตัวแปรด้านแบบแผนการดื่มสุรา มีการติดตามเพื่อดูผลหลังจำหน่าย และควรพิจารณาเลือกใช้วิธีการประเมินด้านชีววิทยาร่วมด้วย เช่น การวัดระดับเอนไซม์ของตับ เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งเชิงวัตถุวิสัยและอัตวิสัย

2. ควบคืศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และศึกษาผลในระยะยาวของโปรแกรมโดยการประเมินที่ 6 เดือน และ 12 เดือน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสภาการพยาบาลที่ให้ทุนอุดหนุน การวิจัยเพื่อพัฒนางานประจำ ปี พ.ศ. 2551

### เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2549. กรุงเทพฯ: โซดา สตูดิโอ ครีเอชั่น แอนด์ พลัสลิซซิ่ง; 2549.
2. เอกอุมา วิเชียรทอง, นุชนาถ บรรทมพร, พรนอ กลิ่นกุหลาบ, นิภาวัล บุญทับถม, และวัชร มีศิลป์. การศึกษาปัจจัยที่ทำให้เลิกพึ่งพาสารเสพติดของผู้ใช้ สารเสพติดที่เข้ารับการรักษา ณ สถาบันธัญญารักษ์ โดยวิธีการวิเคราะห์แบบสวท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2550; 52 (1): 46-59.
3. Kelly TJ, Gaither JM, King LJ. Relapse. In: Lessenger JE, Roperd GF, editors. *Drug courts*. New York: Springer New York; 2007. p. 377-88.
4. Sinha R. The role of stress in addiction relapse. *Current psychiatry reports* 2007; 9(5): 388-95.
5. โรงพยาบาลสวนปรุง กระทรวงสาธารณสุข. สถิติผู้ป่วย ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลสวนปรุง พ.ศ. 2550.
6. หอผู้ป่วยฝ้ายคำ โรงพยาบาลสวนปรุง. คู่มือการทำ กลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม. เอกสาร อัดสำเนา.
7. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการให้การปรึกษาสำหรับผู้ประสบ ปัญหาแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก; 2547.
8. Banmen J. *Treating addiction with the Satir Model*. เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตร Satir's Systemic Transformational Therapy (ระยะที่ 2). โรงพยาบาล ศรีธัญญา; วันที่ 8-12 มิถุนายน 2550; ณ ห้อง ประชุมโรงแรมบางกอกกอล์ฟ แอนด์ สปา. ปทุมธานี; 2550.
9. สมพร อินทร์แก้ว. CoPs การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี: เทคนิคการแลกเปลี่ยนเรียนรู้. เอกสารประกอบการ บรรยายในการสัมมนาเรื่อง การจัดการความรู้: จาก องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ (ระยะที่ 2). กรมสุขภาพจิต; วันที่ 20 มกราคม 2549; ณ ห้องประชุมกลุ่มการ พยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง. เชียงใหม่; 2549.
10. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. หลักการและการใช้วิจัยเชิง คุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2550.
11. Stuart GW, Laraia MT. *Principles practice of psychiatric nursing*. 6<sup>th</sup> ed. Missouri: Mosby; 1998.
12. Sobell LC, Sobell MB, Ward E, editors. *Evaluating alcohol and drug abuse effectiveness*. New York: Pergamon Press; 1980.
13. Moore AA, Giuli L, Gould R, Hu P, Zhou K, reuben D, Greendale G, Karlamangla A. Alcohol use, Comorbidity, and Mortality. *Addiction* 2006; 54(5): 757-62.
14. Miller WR. *Motivational interviewing: Principle investigator*; 1995. จาก <http://casaa.unm.edu/projects/mimet.html> (สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2551)
15. สุนทรี ศรีโกไสย, ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ, ชาลินี สุวรรณ ยศ. ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการ ลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดยาที่รับบริการ โรงพยาบาลสวนปรุง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่ง ประเทศไทย 2549; 51(3): 25-35.

16. สุนทรื ศรีโกไสย, ลัดดาวัลย์ พิบูลย์ศรี, วงเดือน สุนันทา, เขมา ตั้งใจมั่น, อังคณา สารคำ, และ อรุณา ภูโสภา. ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการติดตามทุก 2 และทุก 4 สัปดาห์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2552; 54(3): 259-72.
17. DiClemente CC. Motivational interviewing and the stages of change. In: Miller WR, Rollnick S, editors. **Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.** New York: Guilford Press; 1991. p. 93-202
18. สุนทรื ศรีโกไสย และชาลิสา กัณหารัตน์. การจัดการความรู้เรื่องวิธีการหยุดดื่มสุราให้สำเร็จในผู้ที่เคยติดสุราที่มารับบริการคลินิกบำบัดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสาขาภาคเหนือ 2550; 13: 42-8.
19. สุนันทา ปลั่งกลาง, สุจิตตา สิงคะกุล, และ สิริกุล วาปี. ผลการบำบัดโดยการสร้างแรงจูงใจในการรักษาผู้ติดสุรา. (รายงานการวิจัย). ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น; 2550.
20. สุนันทา อินตะจอมวงศ์: การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมบำบัดแบบแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย [การค้นคว้าแบบอิสระ]. มหาวิทยาลัย: เชียงใหม่; 2551.
21. สมศรี ไชยภารมณ: ลักษณะการสนับสนุนของครอบครัวและสังคมต่อความสำเร็จในการเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุรา [วิทยานิพนธ์]. มหาวิทยาลัย: สุโขทัยธรรมาธิราช; 2550.
22. ศิริณา ศรีทธาพิสิฐ, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, นิตกร สอนชา, และ การุณย์ หงส์กา. การใช้สื่อร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดผู้ติดสุรา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2551; 53(2): 151-64.

## Development of Group Psycho-social Therapy Program For Patients with Relapsed Alcohol Dependence

Soontaree Srikosai, M.S.Ed, M.N.S.\* Wongduan Sununta, M.N.S.\*\*

Somporn Keukaew, M.N.S.\*\*\* Chalitsuda Promtawee, M.Sc.\*\*

Thipsamai Tayarungsri, M.N.S.\*\* Hathaichonnee Boonchareon, M.D.\*\*\*\*

**Abstract:** Persons with relapsed alcohol dependence are familiar with the routine of psycho-social group therapies. Psycho-social intervention should be specific to them, and provide them with methods for reducing alcohol consumption or continuing abstinence. This group psycho-social therapy program for persons with relapsed alcohol dependence was developed based on the participatory action research and the group therapy model. Investigation of the efficacy of the program used quasi-experimental research with a pretest-posttest and control group. Forty-six samples were match-paired for similarity of characteristics before taking random assignment. Drinking behaviors' questionnaire was used for data collection. Friedman test and Mann-Whitney U test were applied for data analysis.

The results revealed that the experimental group had statistically significant lower percent of heavy drinking's day than the control group ( $p < .05$ ) at two months after discharge, and had statistically significant higher percent of abstinent days than the control group ( $p < .05$ ) at one month, two months, and three months after discharge. Percent of heavy drinking's day and percent of abstinent days among experimental group at each follow-up had statistic significantly better than before participating in the program ( $p < .05$ ).

Therefore, nurses and health care providers should apply this program for persons with relapsed alcohol dependence in order to encourage drinking reduction or alcohol abstinence continuously.

*Thai Journal of Nursing Council 2010; 25(4) 67-79*

**Keywords:** program development, group psycho-social intervention,  
alcohol dependence, relapse

---

\* APN (Mental Health and Psychiatric Nursing), Suan Prung Psychiatric Hospital

\*\* RN, Suan Prung Psychiatric Hospital

\*\*\* Faculty of Nursing, Western University

\*\*\*\* Psychiatrist, Suan Prung Psychiatric Hospital