ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลสวนปรุง

Effect of the Self-efficacy Enhancement for Drinking Refusal Program on Alcohol Drinking Behaviors among Patients with Alcohol-Use Disorders Suan Prung Psychiatric Hospital

พิมพาภรณ์ แก้วมา[1*], พิกุล วิริยา[1] และพูลทรัพย์ วงศ์วรรณ์[1]
Pimpaporn Kaewma[1*], Pikul Wiriya[1] and Phunsap Wongwaun[1]
โรงพยาบาลสวนปรุง[1]
Suan Prung Psychiatric Hospital[1]

(Received: *March 03, 2021*; Revised: *March 11, 2021*; Accepted: *March 18, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ในระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2563 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ด้วย The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition(DSM-5) ว่าเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ดำเนินกิจกรรมในวันราชการทุกวัน รวม 5 วันๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ แบบประเมินพุทธิปัญญา ปฏิทินบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์และโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา Wilcoxon Sign-Rank Test และMann-Whitney U Test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักลดลง และมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวน วันดื่มหนักของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จากผลการวิจัยนี้ พยาบาลสามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มไปใช้เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และลดอัตราการมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ: สมรรถนะแห่งตน, พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์, การปฏิเสธการดื่ม, ความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

[*]ผู้ให้การติดต่อ พิมพาภรณ์ แก้วมา e-mail: pimpapornn@gmail.com

Abstract

The objective of this quasi-experimental study was to investigate the effect of the self-efficacy enhancement for drinking refusal program on alcohol drinking behaviors among patients with alcohol-use disorders. This study was conducted from October to December 2020. Participants were 30 inpatients diagnosed with alcohol dependence using the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). All participants were randomly assigned to the experimental group or the control group, 15 inpatients in each group. The experimental group received the self-efficacy enhancement for drinking refusal program, 60-90 minutes each session for one week, while the control group received usual care. The research instruments included the Demographic Data Questionnaire, the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version, the Montreal Cognitive Assessment, the Timeline Follow-back Calendar, and the Self-Efficacy Enhancement for Drinking Refusal Program. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon Sign-Rank test, and the Mann-Whitney U test. The results showed that: after completion of the program, the experimental group had a significantly lower mean percentage of heavy drinking days and a higher mean percentage of non-alcohol drinking (p-value<0.01). The mean percentage of heavy drinking days of the experimental group was significantly lower than the control group (p-value<0.01). The mean percentage of non-alcohol drinking days of the experimental group was significantly higher than the control group (p-value <0.01). Nurses can implement the Self-Efficacy Enhancement for Drinking Refusal Program to reduce alcohol drinking behaviors and readmission rates among patients with alcohol-use disorders.

Keywords: Self- Efficacy Alcohol, Drinking Behaviors, Drinking Refusal, Alcohol Use Disorders

บทนำ

สถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีความสำคัญและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยในปี พ.ศ.2560 พบว่า มีผู้ดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 2.3 ล้านคน มีค่าเฉลี่ยต่อหัวเท่ากับ 6.4 ลิตรต่อคนต่อปี และจากการวิเคราะห์คาดการณ์การบริโภคในอีก 10 ปีข้างหน้าคาดว่าการดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จะเพิ่มสูงขึ้นอีก 1.7 ลิตรต่อคนต่อปี (สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, 2562) สำหรับประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปพบว่า มีการดื่มแอลกอฮอล์ 15.9 ล้านคน หรือร้อยละ 28.3 ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นในขณะที่ประเทศอื่นๆ มีแนวโน้มลดลง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) แอลกอฮอล์เป็นสารที่ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางเมื่อใช้ไปนานๆ จะเกิดการเสพติดทำให้ต้องดื่มเป็นประจำและเพิ่มจำนวนมากขึ้นจนเกิดเป็นความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorders: AUD) หรือ เกิดโรคทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์ ภาวะและโรคทางจิตเวชที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol-Related Disorders: AUD) เป็นกลุ่มโรคจิตเวชกลุ่มหนึ่งที่รวมปัญหาและความเจ็บป่วยทางจิตใจไว้หลายระดับตั้งแต่ความรุนแรงน้อยไปจนถึงรุนแรงมาก โดยเริ่มจากการดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinking) การดื่ม

แบบอันตราย (Harmful Drinking) การดื่มแบบมีปัญหา (Alcohol Abuse) รวมไปถึงโรคติดแอลกอฮอล์ (Alcohol Dependence) ซึ่งรวมเรียกว่าความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorders: AUD) และโรคจิตเวช ที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol-Induced Disorders) (สาวิตรี อัษณางค์กรชัย และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2557) สำหรับโรงพยาบาลสวนปรุงซึ่งมีวิสัยทัศน์ที่มุ่งความเป็นเลิศด้านการแก้ปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ระดับประเทศ และเป็นหลักในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 1 และ 2 เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดีในปีงบประมาณ 2561-2563 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 1,068 ราย 1,006 ราย และ 721 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.04, 23.71 และ 21.29 จากตัวเลขดังกล่าว แม้ว่าจำนวนของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์จะลดลงในแต่ละปี แต่กลับพบว่ามีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันเพิ่มขึ้นโดยคิดเป็นร้อยละ 8.16, 5.73 และ9.29 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง , 2563) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมกลับไปดื่มแอลกอฮอล์เช่นเดิม

การเสริมสร้างทักษะการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Skill) เป็นอีกแนวคิดหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นอย่างแน่นอน แต่ถ้าบุคคลใดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ บุคคลนั้นจะพยายามหลีกเลี่ยงการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นอีก การรับรู้สมรรถนะแห่งตนยังเป็นทฤษฎีที่ถูกนำมาประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในด้านการศึกษาหรือด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มุ่งเน้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การคุมกำเนิด การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การสูบบุหรี่ และการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ (ภาสิต ศิริเทศ และณพวิทย์ ธรรมสีหา, 2562) แบนดูรา (Bandura, 1997)เชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเสริมสร้างได้จากแหล่งสนับสนุนข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ให้มีความพร้อมในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ 2) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถจะประสบความสำเร็จในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ 3) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ และ4) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นในการปฏิเสธ การดื่มแอลกอฮอล์ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2559 พบว่า มีผู้พัฒนาโปรแกรมและทดลองใช้กับผู้มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หลายการศึกษา ดังเช่นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนสำหรับการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่มีการดื่มแบบอันตราย รพ. ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านปงตำ จังหวัดเชียงใหม่ ของปิ่นแก้ว ประทุมทา (2559) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีการดื่มแบบอันตราย จำนวน 12 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงหลังได้รับโปรแกรมเช่นกัน สำหรับการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวช ได้แก่ การศึกษาของชณัณฎา เวชชะ, สุรชาติ สิทธิปกรณ์ และลัดดา แสนสีหา (2559) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อปฏิเสธการดื่มสุราและภาวะติดสุราในผู้ชายที่มีภาวะติดสุราที่รับการรักษาตัวในรพ.จิตเวช ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะติดสุราต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value<0.001*) และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะติดสุราต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value<0.01*) ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่ง

ตนสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อปฏิเสธการดื่มสุรา และลดภาวะติดสุราในผู้ชายที่มีภาวะติดสุราได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในรพ.สวนปรุง โดยพัฒนารูปแบบการบำบัดเป็นรายบุคคล และเป็นการศึกษาเปรียบเทียบแบบ 2 กลุ่ม เพื่อหารูปแบบการดูแลที่ได้ผลมากที่สุดภายใต้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ สามารถลดพฤติกรรมการดื่ม คงพฤติกรรม การหยุดดื่มไว้อย่างต่อเนื่อง และลดอัตรากลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

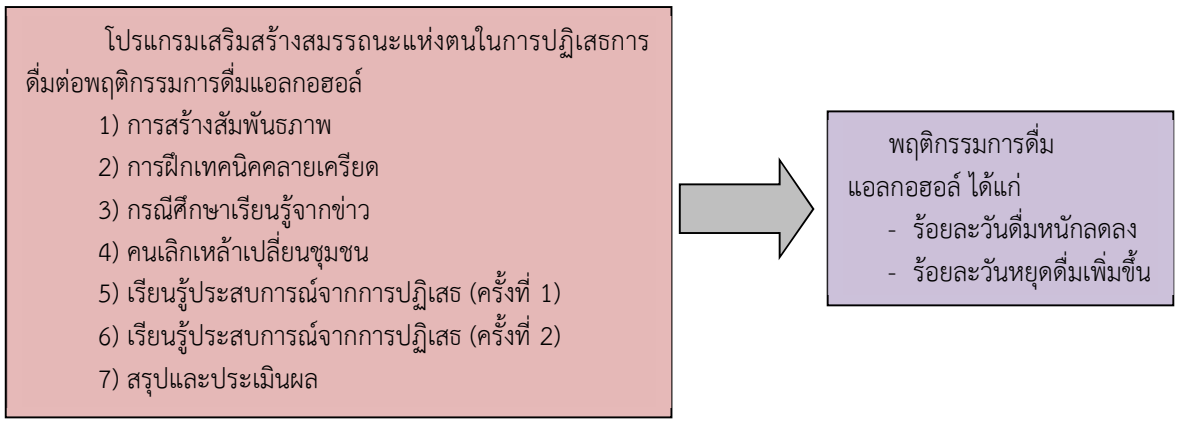
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลสวนปรุง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ภายหลังสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การกลับไปดื่ม และกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ เกิดจากการไม่สามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการหยุดดื่ม โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลที่สามารถเสริมสร้างได้จาก 4 แหล่งข้อมูล ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ให้มีความพร้อมในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ 2) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถจะประสบความสำเร็จในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ 3) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ และ 4) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ กำหนดให้มีการบำบัดรายบุคคลทุกวัน วันละครั้งๆ ละ 60-90 นาที จำนวน 7 วัน เว้นวันหยุดราชการ กิจกรรมหลักมีดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การฝึกเทคนิคคลายเครียด 3) กรณีศึกษาเรียนรู้จากข่าว 4) คนเลิกเหล้าเปลี่ยนชุมชน 5) เรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธ (ครั้งที่1) 6) เรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธ (ครั้งที่ 2) และ 7) สรุปและประเมินผล ซึ่งผลจากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ สามารถลดพฤติกรรมการดื่ม คงพฤติกรรมการหยุดดื่ม และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำโดยสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group, Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์โรงพยาบาลสวนปรุง โดยรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมแพทย์อเมริกัน (Diagnosis and Statistical of Manual Mental Disorder Fifth Edition [DSM-5], 2013) (American Psychiatric Association, 2013) และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า เป็นโรคติดแอลกอฮอล์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมแพทย์อเมริกัน (Diagnosis and Statistical of Manual Mental Disorder Fifth Edition [DSM-5], 2013) (American Psychiatric Association, 2013) และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 30 ราย มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังต่อไปนี้

1. ไม่มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์หรือมีอาการถอนพิษระดับเล็กน้อย ประเมินจากแบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version: CIWA-Ar) มีคะแนน CIWA-Ar< 8 คะแนน

2. มีอายุระหว่าง 20-55 ปี สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

3. มีค่าคะแนนจากแบบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment: MoCA) มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนนขึ้นไป

4. มีความสมัครใจในการร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีโรคร่วมทางจิตเวช หรือ มีโรคร่วมทางกายที่อยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ เช่น ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีโรคซึมเศร้าร่วม เป็นต้น

2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยอื่นๆ แล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองและรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมีจำนวน 8 ข้อ 2) แบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version: CIWA-Ar) ของ ชอนเดอร์ส (Saunders 2004 อ้างใน พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2549) เพื่อประเมินอาการ ถอนพิษแอลกอฮอล์ มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ3) แบบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment (MoCA)) ฉบับภาษาไทยของ (โสพสินี เหมรุ่งโรจน์, 2556) ประกอบด้วยการประเมินทักษะ 8 ด้าน คือ ทักษะด้านมิติสัมพันธ์ ความตั้งใจ สมาธิ การบริหารจัดการ ความจำ ความคิดเชิงนามธรรม การคิดคำนวณ และการรับรู้สภาวะรอบตัวมีข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ และ 4) ปฏิทินบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ (Timeline Follow Back (TLFB)) ที่พัฒนาโดย (Linda C. Sobell & Mark B. Sobell, 2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย (สุนทรี ศรีโกไสย, 2557) เพื่อใช้รวบรวมข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ปริมาณการดื่ม และจำนวนวันของการดื่มแอลกอฮอล์ โดยคิดเป็นจำนวนดื่มมาตรฐาน (1 ดื่มมาตรฐาน = alcohol 10 กรัม หรือเหล้า 1 ก๊ง หรือเบียร์ 1 กระป๋อง หรือไวน์ 1 แก้ว) โดยให้ผู้ป่วยบันทึกเหตุการณ์การดื่ม และปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ย้อนหลังไปในจำนวนวันที่ต้องการประเมิน เช่น 14 วัน 30 วัน โดยการประเมินวันดื่มหนักจะใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก คือ เพศชายดื่ม≥ 5 ดื่มมาตรฐาน เพศหญิงดื่ม≥ 4 ดื่มมาตรฐาน

2. โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง แผนกิจกรรมในการเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ในการปฏิเสธการดื่ม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) กำหนดให้มีการบำบัดรายบุคคลทุกวัน เว้นวันหยุดราชการ วันละครั้งๆ ละ 60-90 นาที จำนวน 7 ครั้ง รวม 1 สัปดาห์ กิจกรรมหลัก มีดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การฝึกเทคนิคคลายเครียด 3) กรณีศึกษาเรียนรู้จากข่าว 4) คนเลิกเหล้าเปลี่ยนชุมชน 5) เรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธ (ครั้งที่1) 6) เรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธ (ครั้งที่ 2) และ 7) สรุปและประเมินผล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

1. แบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (CIWA-Ar) ของ ชอนเดอร์ส (Saunders 2004 อ้างใน พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2549) ฉบับภาษาไทยเป็นแบบประเมินที่กรมสุขภาพจิตได้นำมาใช้ในการประเมินอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.76 และมีค่าความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินภาษาไทยกับแบบประเมิน CIWA -Ar อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (อภิชาติ ดำรงไชย, กิตติพงษ์ สานิชวรรณกุล, สุรเชษฐ์ ผ่องธัญญา และกนิษฐพจน์ เจริญภักดี, 2546) ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาของแบบประเมิน ดังนั้น จึงไม่ได้นำไปหาความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

2. แบบประเมินพุทธิปัญญา (MoCA) ของ (Nasreddine, 2004) ที่พัฒนาเป็นภาษาไทย โดย โสพสินี เหมรุ่งโรจน์ (2550) มีความไวในการแยกผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด (Mild Cognitive Impairment) และภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ได้ร้อยละ 90 และมีความจำเพาะในการแยกคนปกติได้ ร้อยละ 87 ซึ่ง นาสริสดิน และคณะ (Nasreddine et al., 2005) ได้นำไปประเมินผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด พบว่าจุดตัดของคะแนนเท่ากับ 26 มีความไวร้อยละ 90 และมีค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.83 ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาของแบบประเมิน ดังนั้นจึงไม่ได้นำไปหาความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

3. ปฏิทินบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ (TLFB) ที่พัฒนาโดย Linda C. Sobell & Mark B. Sobell (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย (สุนทรี ศรีโกไสย, 2557) โดยขออนุญาตแปลเครื่องมือจากเจ้าของต้นฉบับและดำเนินการตามขั้นตอนการแปลเครื่องมือข้ามวัฒนธรรมเพื่อใช้รวบรวมข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 4 สัปดาห์ก่อนการรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง การดื่มหนักใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกคือเพศชายดื่ม ≥ 5 ดื่มมาตรฐาน เพศหญิงดื่ม ≥ 4 ดื่มมาตรฐานมาตรฐาน (1 ดื่มมาตรฐาน = alcohol 10 กรัม หรือเหล้า 1 ก๊ง หรือเบียร์ 1 กระป๋อง หรือไวน์ 1 แก้ว) TLFB ผ่านการทดสอบความเที่ยงโดยวิธีประเมินความเท่าเทียมกัน (Equivalence) ด้วยวิธีหาค่า Inter-Rater Reliability โดยการนำข้อมูลร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักและร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มภายใน 4 สัปดาห์ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 คนที่ได้จากการประเมินของหัวหน้าทีมวิจัยและข้อมูลที่ได้จากผู้ช่วยนักวิจัยที่ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลจำนวน 6 คนพบว่าข้อมูลจากการวัดครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีค่าเท่ากัน ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาของแบบประเมิน ดังนั้นจึงไม่ได้นำไปหาความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

4. โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ 2 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.93 และนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 2 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของภาษาที่ใช้และความเข้าใจในเนื้อหา

การตรวจหาค่าความเชื่อมั่น

1. แบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (CIWA-Ar) ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

2. ปฏิทินบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย จากนั้นนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยวิธี Test Retest แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

1. เมื่อพ้นจากระยะถอนพิษแอลกอฮอล์ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินพุทธิปัญญา และเข้ากลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยพยาบาล และทีมสหวิชาชีพ

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงการเข้าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการดำเนินกิจกรรม โดยเป็นการบำบัดรายบุคคลทุกวัน เว้นวันหยุดราชการ วันละครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที จำนวน 7 ครั้ง รวม 1 สัปดาห์ กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การฝึกเทคนิคคลายเครียด 3) กรณีศึกษาเรียนรู้จากข่าว 4) คนเลิกเหล้าเปลี่ยนชุมชน 5) เรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธ (ครั้งที่ 1) 6) เรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธ (ครั้งที่ 2) และ7) สรุปและประเมินผล

3. ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผ่านการตรวจตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

4. สอนกลุ่มตัวอย่างบันทึกพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้ปฏิทินบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ (TLFB)

5. กลุ่มทดลองบันทึกพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้ปฏิทินบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ (TLFB) หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

1. เมื่อพ้นจากระยะถอนพิษแอลกอฮอล์ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินพุทธิปัญญา และเข้ากลุ่มบำบัด เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยพยาบาล และทีมสหวิชาชีพซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลตามปกติของ หอผู้ป่วย ได้แก่ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ดำเนินกิจกรรมในวันราชการทุกวัน รวม 5 วันๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

2. สอนกลุ่มตัวอย่างบันทึกพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้ปฏิทินบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ (TLFB)

3. กลุ่มควบคุมบันทึกพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้ปฏิทินบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ (TLFB) หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (SPSS Version 20) ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-Square Test และ Independent T-Test

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Wilcoxon Sign-Ranks Test

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยส่งโครงร่างการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการได้ภายใต้ขอบข่ายโครงร่างการวิจัย (หนังสือรับรองเลขที่ 17/2563 เลขที่โครงการวิจัย SPH.IRB 008/2563 SCs_ful) ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ เปิดโอกาสให้ซักถามถึงข้อสงสัย และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้ช่วยวิจัยขอความยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และในระหว่างดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการให้ข้อมูล หรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ โดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาที่พึงจะได้รับ และข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง จะเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอ ผลของการวิจัยในที่ประชุมหรือวารสารวิชาการจะไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะสรุปนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม และใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* >0.05) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นเพศชายทั้งหมดร้อยละ 100 อายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 40.87 ปี (*SD*=6.91) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 40 ปี *(SD=9.00)* ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 46.67 และ 53.33 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 73.33 และ 66.66 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ปวช./ปวส.ร้อยละ 40 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา/มัธยมศึกษา ร้อยละ 33.33 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการ เข้ารับการรักษามากกว่า 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 73.33 และระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ 20 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 60 และ 53.33 ตามลำดับ

2. ข้อมูลพื้นฐานของคะแนนพฤติกรรมการดื่ม

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม ในระยะก่อนการทดลอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนัก เท่ากับ 68.22 *(SD=26.15)* และมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม เท่ากับ 14 *(SD=16.24)* และระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนัก เท่ากับ 19.56 *(SD=18.47)* และมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม เท่ากับ 43.11 *(SD=38.96)* ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อนการทดลอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักเท่ากับ 66.22 *(SD=27.83)* และมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม เท่ากับ 4.67 *(SD=7.22)* และระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักเท่ากับ 66 *(SD=22.01)* และมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม เท่ากับ 7.56 *(SD=12.44)* ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของคะแนนพฤติกรรมการดื่มของกลุ่มทดลอง (n=15) และกลุ่มควบคุม (n=15)

คะแนนพฤติกรรมการดื่ม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	$\bar{X}$	*(SD)*	$\bar{X}$	*(SD)*
กลุ่มทดลอง				
ร้อยละจำนวนวันดื่มหนัก	68.22	26.15	19.56	18.47
ร้อยละจำนวนวันหยุดดื่ม	14.00	16.24	43.11	38.96
กลุ่มควบคุม				
ร้อยละจำนวนวันดื่มหนัก	66.22	27.83	66.00	22.01
ร้อยละจำนวนวันหยุดดื่ม	4.67	7.22	7.56	12.44

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ก่อนการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon Sign-Ranks Test ในการทดสอบ ผลที่ได้จากการทดสอบ พบว่า ค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p-value <0.05)* และค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ *(p-value <0.05)* ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n=15)

กลุ่มทดลอง	*Pre-Post*	*N*	*Mean Rank*	*Z*	*p-value*
ร้อยละของจำนวนวันดื่มหนัก	ลดลง	15	8.00	-3.410[a]	0.001*
ร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม	ลดลง	2	4.25	-2.587[b]	0.01*
	เพิ่มขึ้น	11	7.50		
	คงที่	2			

a. Based on positive ranks, b= Based on negative ranks

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Mann-Whitney U Test ในการทดสอบ จากการทดสอบ พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p-value >0.05)* ในระยะหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p-value <0.001)* ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p-value >0.05)* ในระยะหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p-value <0.05)* ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดื่มระหว่างกลุ่มทดลอง (n=15) และกลุ่มควบคุม (n=15) ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

	กลุ่มตัวอย่าง	*N*	*Mean Rank*	*Z*	*p-value*
ร้อยละของจำนวนวันดื่มหนัก					
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	15	15.90	-0.252	0.801
	กลุ่มควบคุม	15	15.10		
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	15	8.73	-4.224	<0.001*
	กลุ่มควบคุม	15	22.27		
ร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม					
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	15	18.13	-1.731	0.083
	กลุ่มควบคุม	15	12.87		
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	15	20.07	-2.918	0.004*
	กลุ่มควบคุม	15	10.93		

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลสวนปรุง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การบำบัดด้วยโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ จากการดื่มแอลกอฮอล์ในการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีแผนกิจกรรมในการเพิ่มความ

เชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิเสธการดื่มที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura , 1997) โดย กิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2 ได้แก่ “การสร้างสัมพันธ์” และการฝึกเทคนิคคลายเครียด “ลมหายใจเข้า ลมหายใจออก”เป็นกิจกรรมเสริมสร้างสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Affective State) ให้มีความพร้อมในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ โดยด้านร่างกายใช้กิจกรรมการตรวจวัดสัญญาณชีพ การประเมินความเครียดโดยใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST-20) เพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจตัวเองทั้งสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ กิจกรรมครั้งที่ 3 ได้แก่กิจกรรม กรณีศึกษา เรียนรู้จากข่าว “ทุกข์หรือสุขกันแน่” เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา และผลกระทบที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้ผู้ป่วยดูข่าวที่เป็นที่สนใจในสังคมและมีสาเหตุมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งกิจกรรมการเรียนรู้จากข่าวทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เรื่องผลกระทบที่รุนแรงที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมครั้งที่ 4 ได้แก่ กิจกรรม “คนเลิกเหล้าเปลี่ยนชุมชน” เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยได้ดูตัวแบบผ่านสื่อวีดีทัศน์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจดูและให้ความสนใจ มีการจดจำ เกิดการเปรียบเทียบและเลียนแบบที่ดีของตัวแบบ กิจกรรมครั้งที่ 5 และ 6 ได้แก่ การเรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธ เป็นกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองซึ่งเป็นการเพิ่มความมั่นใจ เกิดแรงจูงใจและเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการคงพฤติกรรมการหยุดดื่มได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ (ศรีไพร โปธา, 2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ที่พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ (อิสรี สิงห์สถิต, 2555) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ในการปฏิเสธการดื่มของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง ผลการศึกษาพบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ ผู้ที่เป็นโรคติดสุราสามารถเลิกดื่มสุราได้ร้อยละ 42.85 และมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงร้อยละ 57.14 สอดคล้องกับการศึกษาของ (สุพรรณ ไชยวรรณะ, 2551) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่ดื่มแบบมีปัญหาที่มารับบริการใน โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ในการวิจัยครั้งนี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้

นอกจากนี้ ในระบบบริการปกติของโรงพยาบาลสวนปรุง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์หลังพ้นระยะถอนพิษจะได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) โดยพยาบาล และทีมสหวิชาชีพ ผลการดำเนินการพบว่า การบำบัดในระบบบริการปกติสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดพฤติกรรมการดื่มลงได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (แววดาว วงศ์สุรประกิต และพิมพาภรณ์ แก้วมา, 2562) ที่ศึกษาการบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดื่มของผู้ที่เป็นโรคติดแอลกอฮอล์ชาย โรงพยาบาล สวนปรุง พบว่า ผู้ที่เป็นโรคติดแอลกอฮอล์ชายที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มแบบกลุ่ม มีการรับรู้ในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นการบำบัดรายบุคคล *(p-value> 0.05)* ค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันหยุดดื่มเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ *(p-value> 0.05)* ค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันดื่มหนักลดลงไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p-value> 0.05)* แรงจูงใจในการเลิกดื่มไม่แตกต่างกันจากกลุ่มควบคุม *(p-value> 0.05)* สอดคล้องกับการศึกษาของ (นวยนาฎ สมเพชร และจารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, 2561) ที่ศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของพฤติกรรมการดื่มในผู้ติดสุราหญิง ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดสุราหญิงมีค่าเฉลี่ยวันดื่มหนักต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีค่าเฉลี่ยวัยหยุดดื่มสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่าการบำบัดในระบบบริการปกติสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคติดสุราลดพฤติกรรมการดื่มได้ อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบการบำบัดด้วยโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์กับระบบบริการตามปกติพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม มีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบบริการปกติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักก่อนการทดลองเท่ากับ 68.22 หลังการทดลองเท่ากับ 19.56 ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักก่อนและหลังการทดลองใกล้เคียงกัน โดยพบว่าก่อนการทดลองกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักเท่ากับ 66.22 หลังการทดลองเท่ากับ 66 เช่นเดียวกับค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มของผู้ป่วยได้รับโปรแกรม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบบริการปกติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มก่อนการทดลองเท่ากับ 14 หลังการทดลองเท่ากับ 43.11 ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มก่อนการทดลองเท่ากับ 4.67 หลังการทดลองเท่ากับ 7.56

สรุปผล

การกลับไปดื่มและกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ เกิดจากการไม่สามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการหยุดดื่ม โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเป็นโปรแกรมการบำบัดที่มีแผนกิจกรรมในการเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลที่สามารถเสริมสร้างได้จาก 4 แหล่งข้อมูล ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ให้มีความพร้อมในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ 2) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถจะประสบความสำเร็จในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ 3) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ และ 4) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ ผลจากการบำบัดพบว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจาการดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักลดลง และมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักต่ำกว่า และมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ดังนั้นพยาบาลสามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มไปใช้เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และลดอัตราการมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม สามารถนำไปใช้ร่วมกับการบำบัดวิธีอื่นๆที่อยู่ในงานประจำได้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลด ละ เลิก พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

2. สามารถนำมาจัดรูปแบบบริการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี เพื่อเป็นการประเมินประสิทธิผลและความคงอยู่ของโปรแกรม

2. ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคติดแอลกอฮอล์ที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

เอกสารอ้างอิง

ชณัณฎา เวชชะ, สุรชาติ สิทธิปกรณ์, และลัดดา แสนสีหา. (2559). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อปฏิเสธการดื่มสุราและภาวะติดสุราในผู้ชายที่มีภาวะติดสุรา.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

นวยนาฎ สมเพชร และจารุณี รัศมีสุวิวัฒน์. (2561). *ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราหญิง*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.

ปิ่นแก้ว ประทุมทา. (2551). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนสำหรับการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่มีการดื่มแบบอันตราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปงตำ จังหวัดเชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ หทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). การประเมินความเสี่ยงและ ความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา ใน พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัย ชนนี บุญเจริญ. *แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช.* เชียงใหม่: ไอแอมออเกไนเซอร์แอนด์ แอ๊ดเวอร์ไทซิ่ง.

ภาสิต ศิริเทศ และณพวิทย์ ธรรมสีหา. (2562). ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก, 20*(2), 58-65.

โรงพยาบาลสวนปรุง. (2563). *ฐานข้อมูลผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2561-2563.* เชียงใหม่: ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการและการบริหารโรงพยาบาลสวนปรุง.

แววดาว วงศ์สุรประกิต และพิมพาภรณ์ แก้วมา. (2561). *การบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดื่มของผู้ที่เป็นโรคติดแอลกอฮอล์ชาย โรงพยาบาลสวนปรุง.* เชียงใหม่. โรงพยาบาลสวนปรุง.

ศรีไพร โปธา. (2550). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุราในโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน.* การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2557). *ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา: ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย.* สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. (2562). *ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย.*กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560.* กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.สำนักนายกรัฐมนตรี.

สุนทรี ศรีโกไสย. (2557). *แบบวัด time-line Follow -back: ฉบับภาษาไทย.* เชียงใหม่.

สุพรรณ ไชยวรรณะ. (2551) *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่ดื่มแบบมีปัญหา ที่มารับบริการในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย.* การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

โสพสินี เหมรุ่งโรจน์. (2556). *แบบประเมินพุทธิปัญญา Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย.* สืบค้นจาก http://www.mocatest.org/pdf_files/instructions/MoCAInstructions-Thai.pdf.

อภิชาติ ดำรงไชย, กิตติพงษ์ สานิชวรรณกุล, สุรเชษฐ์ ผ่องธัญญา, และกนิษฐพจน์ เจริญภักดี. (2546) *การพัฒนาแบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์. ในการประชุมวาการนานาชาติ ครั้งที่ 2. สุขภาพจิตกับยาเสพติด.* (น.80). กรุงเทพฯ.

อิสรีย์ สิงห์สถิตย์. (2555). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มของผู้ที่เป็นโรคติดสุราโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวดเชียงใหม่.*การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Bandura. (1997). *Self-efficacy. The Exercise of Control*. New York: W.H.Freeman.

Nasreddine, Z. (2004). *The Montreal Cognitive Assessment is a brief cognitive screening tool for Mild Cognitive Impairment Intened for Health Professionals only*. Retrieved from http://www.mocatest.org

Nasreddine, Z. S., et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society, 53*(4), 695–699.

Saunders, J. B. (2004). National alcohol policy in Australia. *The first national conference: Alcohol consumption and related problem in Thailand,* Bangkok.

Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (2000). *Alcohol Timeline Follow back (TFLB). In American Psychiatric Association (Ed.),* Handbook of Psychiatric Measures (pp. 477-479). Washington, DC: American Psychiatric Association.