

ผลของโปรแกรมการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น
ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF BRIEF COUPLE RELATIONSHIP THERAPY PROGRAM
ON ALCOHOL CONSUMPTION BEHAVIOUR AMONG PATIENTS
WITH ALCOHOL DEPENDENCE

First Lieutenant Thidsanama Po-Ngam



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส
	แบบสั้นต่อพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดเชื้อ
โดย	ร้อยโทหญิงธิษณา มา โปธิ์งาม
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.วิภา จีระแพทย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ผาณิตรัตน์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิชฌานา โปธิ์งาม : ผลของโปรแกรมการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นต่อพฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา (THE EFFECT OF BRIEF COUPLE RELATIONSHIP THERAPY PROGRAM ON ALCOHOL CONSUMPTION BEHAVIOUR AMONG PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 157 หน้า.

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) พฤติกรรมการดื่มสุราของ ผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น 2) พฤติกรรมการดื่ม สุราของผู้ป่วยโรคติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นกับกลุ่มที่ ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรส จำนวน 40 ครอบครัว ซึ่งมีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK model) ในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี และอยู่ระหว่างติดตามหลังการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชและ ประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้รับการจับคู่ให้ผู้ป่วยโรคติดสุรามีคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และอายุที่ใกล้เคียงกัน และถูกจัดเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นที่พัฒนามาจาก Fals-Stewart et al.(2005) ส่วน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือในงานวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส แบบสั้น 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา 4) แบบบันทึกพฤติกรรม กรรมการดื่มสุรา และ 5) แบบประเมินสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหา เครื่องมือชุดที่ 4 มีความเที่ยงสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันโดยวิธีทดสอบซ้ำเท่ากับ .97

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพ ระหว่างคู่สมรสแบบสั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีปริมาณการดื่มสุราและร้อยละ ของจำนวนวันที่ดื่มหนักลดลง และมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัด สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น

2. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส แบบสั้นและผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย ผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นมีปริมาณการดื่มสุราและร้อยละ ของจำนวนวันที่ดื่มหนักลดลง และมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มเพิ่มขึ้นกว่าผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการ ดูแลตามปกติ

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777310336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: BRIEF COUPLE RELATIONSHIP THERAPY / ALCOHOL CONSUMPTIONS / ALCOHOL DEPENDENCE

THIDSANAMA PO-NGAM: THE EFFECT OF BRIEF COUPLE RELATIONSHIP THERAPY PROGRAM ON ALCOHOL CONSUMPTION BEHAVIOUR AMONG PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE.

ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIS, Ph.D., 157 pp.

The objectives of this quasi-experimental pretest-posttest control group research design. were to compare 1) alcohol consumption behavior among patients with alcohol dependence before and after receiving a brief couple relationship therapy program, and 2) alcohol consumption behavior among patients with alcohol dependence who received brief couple relationship therapy program and those who received regular care. The sample were 40 family of patients with alcohol dependence and his spouse who had been following up after treatment at the Psychiatry and Neurology outpatient department of Phramongkutklao (PMK) Hospital. The patients were recruited from those who completed the PMK rehabilitation model within a year. The samples were matched- pair to have similar characteristics by patient' alcohol consumption score and age, and then randomly assigned to either experimental or control group, 20 families in each group. The experimental group received the brief couple relationship therapy program developed from Fals-Stewart et al.(2005), whereas the control group received regular care. The research instruments are: 1) the brief couple relationship therapy program, 2) the demographic questionnaire, 3) the AUDIT scale ,4) the Alcohol Timeline Follow back, and 5) the Dyadic Adjustment Scale. All instruments were verified for content validity. The reliability of the 4th instrument is reported with Pearson product moment correlation as of .97. Descriptive statistics and t-test were used in Data analysis.

The conclusions of this research are as follows:

1) after the experiment, the alcohol consumption behavior of patients with alcohol dependence who received brief couple relationship therapy program was significantly different than that before at p.05, by which the total number of drinks and the percentage of heavy drinking days were lower whereas the percentages of days abstinent were higher than that before;

2) after the experiment, the alcohol consumption behavior of patients with alcohol dependence who received brief couple relationship therapy program was significantly different from those who received regular care at p.05, by which the total number of drinks and the percentage of heavy drinking days among the experimental group were lower whereas the percentages of days abstinent were higher than those in the control group.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2017

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในกาให้คำปรึกษา คำแนะนำ และแนวทางที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ ปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความทุ่มเท เอาใจใส่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณา ความเสียสละ ความเอื้ออาทร ที่อาจารย์มอบให้มาโดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จิระแพทย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ภาณิตร์ตัน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันประโยชน์ ต่อการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิประสาทความรู้ ประสบการณ์ และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อันมีคุณค่า ตลอดระยะเวลาการศึกษาที่ผ่านมา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ให้การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กรมแพทย์ทหารบก บุคลากรในแผนกจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่คอยช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลการวิจัยให้ เป็นไปด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณและรำลึกถึงคุณของบิดามารดาผู้ให้กำเนิดรวมถึงญาติพี่น้องทุกท่านที่คอยให้กำลังใจ และสนับสนุนผู้วิจัยตลอดมา

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และผู้ป่วยโรคจิตตสุราและครอบครัวทุกท่านให้มีความสุขสุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	8
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	14
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	15
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	18
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	19
1. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการตีมูลค่า.....	20
2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ.....	30
3. แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในผู้ป่วยโรคติดเชื้อ.....	35
4. แนวคิดการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นในผู้ป่วยโรคติดเชื้อ.....	42
5. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นในผู้ป่วยโรคติดเชื้อ.....	45
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	52

บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย.....	53
รูปแบบการทดลอง.....	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	58
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
วิธีการดำเนินการวิจัย.....	65
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	91
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	107
สรุปผลการวิจัย.....	114
อภิปรายผลการวิจัย.....	115
ข้อเสนอแนะ.....	124
รายการอ้างอิง.....	126
ภาคผนวก.....	131
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	132
ภาคผนวก ข การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	134
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	137
ภาคผนวก ง เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย.....	147
ภาคผนวก จ หนังสืออนุมัติรับรองจริยธรรมวิจัยในคน.....	155
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	157

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น	46
ตารางที่ 2 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามคะแนนและระดับพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม	57
ตารางที่ 3 กำหนดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น	67
ตารางที่ 4 คะแนนระดับสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม บำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น	88
ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคติดสุราจำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา และระดับ การศึกษา	92
ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคติดสุราจำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ย สถานภาพ สมรส และระยะเวลาที่ดื่มสุรา	93
ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคติดสุราจำแนกตามความถี่ในการดื่มสุราใน 1 ปี จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ประวัติการ ดื่มสุราในครอบครัว และการใช้สารเสพติดอื่น	94
ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคติดสุราจำแนกตาม เพศ อายุ และ ศาสนา	95
ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคติดสุราจำแนกตาม ระดับการศึกษา อาชีพและ รายได้เฉลี่ย	96
ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคติดสุราจำแนกตาม ระดับการศึกษา อาชีพและ รายได้เฉลี่ย	97
ตารางที่ 11 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน และหลังการทดลอง จำแนกตามคะแนนเฉลี่ยของปริมาณการดื่มสุรา ร้อยละจำนวน วันที่ดื่มหนัก และร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่ม	98
ตารางที่ 12 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราในกลุ่มทดลอง (n=20) จำแนกตามค่าเฉลี่ยของปริมาณการดื่มสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และ ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม	101

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการตีสุราของผู้ป่วยโรคตีสุราในกลุ่มควบคุม (n=20)
 จำแนกตามค่าเฉลี่ยของปริมาณการตีสุรา ร้อยละจำนวนวันที่ตีหนัก และร้อยละ
 ของจำนวนวันที่หยุดตี..... 103

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการตีสุราของผู้ป่วยโรคตีสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัด
 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นและผู้ป่วยโรคตีสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติ
 จำแนกตามปริมาณการตีสุรา ร้อยละของวันที่ตีหนัก และร้อยละของวันที่หยุด
 ตี..... 105



สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 คะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุรา ก่อนและหลังการทดลอง.....	99
แผนภูมิที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ก่อนและหลังการทดลอง.....	100
แผนภูมิที่ 3 เปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรากลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	102
แผนภูมิที่ 4 เปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรากลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	104



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุราเป็นสารเสพติดที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย ประชากรไทยมีค่านิยมในการดื่มสุราในงานสังสรรค์ งานพิธี และประเพณีต่าง ๆ ในกลุ่มผู้ชายการดื่มสุราเป็นการส่งเสริมทัศนคติแบบชายเป็นใหญ่ เป็นการแสดงออกถึงความเป็นผู้นำให้มีความเข้มแข็งขึ้น ผู้ชายส่วนใหญ่จึงวนเวียนอยู่กับสังคมเพื่อน ค่านิยมความกล้าหาญ ความกล้าแสดงออกถึงความยิ่งใหญ่เมื่ออยู่กลุ่มผู้ดื่มสุราร่วมกัน เพื่อให้ได้รับการยอมรับในกลุ่มคณะ และนำมาสู่ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว และความรุนแรงทางเพศ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) จากผลสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 พบว่า ในจำนวนประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 54.8 ล้านคน เป็นผู้ที่ดื่มสุราในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาประมาณ 17.7 ล้านคน (ร้อยละ 32.3) โดยผู้ชายมีอัตราการดื่มสุราสูงกว่าหญิงประมาณ 4 เท่า อีกทั้งพบว่ากลุ่มวัยทำงาน คือ ช่วงอายุ 25-59 ปี มีอัตราการดื่มสุราสูงกว่ากลุ่มอื่น (ร้อยละ 38.2) และเมื่อพิจารณาความถี่หรือความบ่อยครั้งในการดื่มพบว่าในจำนวนผู้ที่ดื่มสุราทั้งหมด เป็นผู้ที่ดื่มนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 57.6 ที่เหลือเป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ ร้อยละ 42.4 ซึ่งในกลุ่มของผู้ดื่มอย่างสม่ำเสมอ พบว่าเป็นผู้ที่ดื่ม 5 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 38.3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

พฤติกรรมการดื่มสุราเป็นประจำส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตตามปกติ เนื่องจากผู้ดื่มเกิดความเคยชินจนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มของตนเองได้ จนกระทั่งเกิดภาวะติดสุราขึ้นและยังคงมีการดื่มอย่างต่อเนื่องแม้ว่าจะก่อให้เกิดความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมแล้วก็ตาม (ปริทรรศ ศิลปะกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2542) สอดคล้องกับที่องค์การอนามัยโลก (WHO, 2014) ได้ให้ความหมายของโรคติดสุรา คือกลุ่มของความผิดปกติทางด้านร่างกาย ความคิดและพฤติกรรม ที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากกว่าการใช้จากบุคคลปกติ โดยเป็นลักษณะของการความต้องการที่จะใช้แอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากขึ้น และไม่สามารถควบคุมการดื่ม และเกิดอาการทนต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ มีอาการถอนพิษเมื่อร่างกายขาดแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นการแสดงถึงการเสพติดแอลกอฮอล์ทางด้านร่างกาย รวมถึงการกลับไปเสพติดแอลกอฮอล์ซ้ำหลังจากที่หยุดดื่มโดยไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคติดสุราทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อีกทั้งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์จากการศึกษาของสุกมา แสงเดือนฉาย (2547) พบว่าผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการ เป็นผู้มีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องโดยไม่ตระหนักถึงภาวะติดสุรา มีปริมาณการดื่มและเวลาในการดื่มแต่ละครั้งเพิ่มมา

ขึ้น จนกระทั่งมีความเจ็บป่วยด้วยโรคติดสุรา ดังนั้น จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคติดสุราที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือและแก้ไข

พฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol consumption) หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่สัมพันธ์กับลักษณะการดื่ม บุคคลที่ร่วมดื่ม ช่วงเวลา สถานที่ ปริมาณและผลกระทบในการดื่มสุรา โดยกำหนดปริมาณการดื่มสุราเป็นการดื่มตามมาตรฐานตามสากล (พินิจนภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) พฤติกรรมการดื่มสุรามีอยู่หลายรูปแบบและส่งผลกระทบต่อสุขภาพแตกต่างกันออกไป ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้จำแนกพฤติกรรมการดื่มสุราจากการสำรวจประชากรทั่วโลกใน ปี พ.ศ. 2544 แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มได้แก่ 1) กลุ่มผู้ที่ไม่ดื่มเลย 2) กลุ่มผู้ดื่มแบบความเสี่ยงต่ำ (Low risk drinker) 3) กลุ่มผู้ดื่มแบบความเสี่ยงสูง (Hazardous drinker) 4) กลุ่มผู้ดื่มแบบอันตราย (Harmful drinker) และ 5) กลุ่มผู้ดื่มจนติด (Alcohol dependence) (WHO, 2001) โดยแต่ละประเทศมีอัตราส่วนกลุ่มผู้ดื่มแตกต่างกันไป (Babor et. Al 2001) คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์การยาเสพติด ได้สำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราในประชากรไทยที่มีอายุระหว่าง 12-65 ปี โดยใช้เครื่องมือคัดกรอง Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) ในปี พ.ศ. 2550 ผลการสำรวจพบว่าสามารถจำแนกพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากรไทยได้เป็น 4 ระดับ คือ กลุ่มความเสี่ยงต่ำ (AUDIT 0-7) ร้อยละ 40 กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (AUDIT 8-15) ร้อยละ 35 กลุ่มดื่มแบบอันตราย (AUDIT 16-19) ร้อยละ 20 และกลุ่มดื่มแบบติด (AUDIT >20) ร้อยละ 5 (คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์การยาเสพติด, 2550) นอกจากนี้ผลการสำรวจความชุกของความผิดปกติทางจิตจากพฤติกรรมการดื่มสุราของกรมสุขภาพจิต พบว่ามีประชากรไทย 5.3 ล้านที่ต้องเข้ารับการรักษาอาการทางจิตเนื่องจากสุรา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) 3.2 ล้านคน และกลุ่มผู้ดื่มที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ (Alcohol abuse) 2.1 ล้านคน (พินิจนภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2553) ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการดื่มสุราแบบติดเป็นปัญหาที่สำคัญ และผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาภาวะติดสุราและลดพฤติกรรมการดื่มสุราลง

นอกจากข้อมูลข้างต้นแล้ว ยังมีข้อมูลจากหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ ที่ชี้ให้เห็นว่าจำนวนผู้ใช้สุราในระดับติดของประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น ข้อมูลสถิติของสถาบันธัญญารักษ์พบว่าผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาภาวะติดสุรา ในรูปแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากจำนวนทั้งสิ้น 1,556 รายในปี พ.ศ. 2552 เป็น 1,582 ราย ในปีพ.ศ. 2554 (สถาบันธัญญารักษ์, 2554) สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาที่ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคติดสุราและสารเสพติดตามรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK model) เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า คือจากจำนวน 112 รายในปีพ.ศ. 2556 เป็น จำนวน 198 ราย ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งในจำนวน

ผู้ป่วยเหล่านี้พบว่าเป็นผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยที่ติดเชื้อหลังการบำบัด (สถิติการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 2558)

ในปัจจุบัน แม้ว่าผู้ป่วยโรคติดสุราจะเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษามากขึ้น ดังข้อมูลสถิติข้างต้น แต่พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีปัญหาการกลับไปดื่มสุร่าซ้ำในอัตราที่สูง ดังผลการศึกษาของภาวดี โดท่าโรง (2551) พบว่าผู้ป่วยภายหลังการบำบัดภาวะติดสุรา หากไม่สามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุร่าลงได้จะเกิดภาวะติดเชื้อถึงร้อยละ 70 และต้องกลับไปเริ่มต้นการบำบัดอีกครั้ง สอดคล้องกับข้อมูลผลการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราในสถาบันธัญญารักษ์ พ.ศ. 2548-2549 พบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดื่มสุร่ากลับมาบำบัดรักษาถึงร้อยละ 45-60 (สถาบันธัญญารักษ์, 2550:3) และจากการติดตามผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดสุร่าที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าภายหลังการบำบัด ผู้ป่วยโรคติดสุร่ามีการกลับมาดื่มสุร่าซ้ำร้อยละ 5, 30 และ 45 ในเดือนที่ 3, 6 และ 12 หลังการบำบัดตามลำดับ เมื่อติดตามต่อเนื่องในระยะยาวพบผู้ป่วยโรคติดสุร่ามีการติดเชื้อซ้ำมากขึ้น (สถิติการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 2558) ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าภายหลังการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุร่า ยังคงมีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุร่าซ้ำ จึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาและศึกษารูปแบบการบำบัดรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุร่าอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ผู้ป่วยโรคติดสุร่าที่มีพฤติกรรมการดื่มสุร่าที่ต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานจะได้รับผลกระทบด้านต่างๆ ได้ ด้านร่างกายก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางร่างกายแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง เช่น ส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น ภาวะอาหารอึกเสบ หลอดอาหารอึกเสบ ตับอ่อนอึกเสบ โรคตับแข็ง เป็นต้น (กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, 2546) ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูง ผลต่อระบบประสาททำให้เกิดโรคความจำเสื่อม การเจ็บป่วยทางจิตพบผู้ป่วยจิตจากการติดสุร่าในรายที่ดื่มต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจะมีอาการ หูแว่ว ประสาทหลอน เกิดภาวะถอนพิษสุร่าเมื่อเลิกดื่มโดยทันที (มานิต ศรีสุร่าภานนท์, 2549) ด้านจิตใจผู้ป่วยโรคติดสุร่ามักไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลใกล้ชิด รู้สึกถึงคุณค่าของตัวเองลดลง รู้สึกไม่เป็นที่ต้องการของสังคม และเป็นภาระของครอบครัว ทำให้เกิดความเครียด หดหู่ (ภาวดี โดท่าโรง, 2551) ด้านสังคมมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในเพื่อนร่วมงาน ความรับผิดชอบในหน้าที่การงานลดลง ละเลยบทบาทในครอบครัวส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว ด้านอารมณ์มีความแปรปรวน ผู้ป่วยโรคติดสุร่าหงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว ฉุนเฉียว ผลต่อครอบครัวก่อให้เกิดความขัดแย้งได้ง่าย เกิดการทะเลาะวิวาทครอบครัวแตกแยก นอกจากนี้อาการเมินเมาจากพิษสุร่ายังมีผลทำให้เกิดอุบัติเหตุและการฆ่าตัวตายได้ (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553) ผลกระทบที่เกิดขึ้นเหล่านี้หากไม่มีการจัดการแก้ไขปัญหาเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุร่าในผู้ป่วยโรคติดสุร่าอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้เกิดปัญหาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศเป็นลำดับต่อไป

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตี๋มสุราในผู้ป่วยโรคตี๋ดสุรา ได้แก่ 1) ปัจจัยทางร่างกาย โดยพบว่าพันธุกรรมมีผลต่อการตี๋มสุรา จากการศึกษาเด็กที่เกิดในครอบครัวผู้ตี๋ดสุราจะมีโอกาสตี๋ดสุราได้มากกว่าครอบครัวทั่วไป คู่แฝดแท้มีโอกาสตี๋ดสุราได้มากกว่าแฝดเทียม (Suhuckit, 1984) 2) ปัจจัยทางด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยโรคตี๋ดสุรามักจะมีความกังวล ความเครียด ความรู้สึกขัดแย้งในใจ และมักจะเก็บกดความรู้สึกนั้นไว้ มีบุคลิกภาพปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ยาก อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นจึงเป็นไปในทางที่ไม่ดี รู้สึกไร้ค่าไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม เมื่อเกิดปัญหาจึงตี๋มสุราเพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) 3) ปัจจัยทางครอบครัวและสังคม พบว่าสุราถูกนำมาใช้เป็นสื่อในการเข้าสังคม มักพบในการสังสรรค์ต่าง ๆ ทั่วไป ผู้ที่ตี๋มสุราจะรู้สึกได้รับการยอมรับจากหมู่คณะ ขณะที่ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคตี๋ดสุราเป็นสมาชิกจะพบปัญหาความขัดแย้งระหว่างคู่สมรสเป็นส่วนใหญ่ เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง ใช้ความรุนแรง ครอบครัวขาดความอบอุ่น เด็กที่เกิดในครอบครัวที่พ่อแม่ตี๋มสุราจะมีพฤติกรรมเลียนแบบการตี๋ม โดยเริ่มต้นตี๋มสุราตั้งแต่อายุยังน้อย เมื่อโตขึ้นจึงเป็นผู้ที่ตี๋ดสุราในที่สุด (อวิสดา จันทร์แสนตอ, 2541)

ในปัจจุบันการบำบัดผู้ป่วยโรคตี๋ดสุราโดยทั่วไปของหน่วยบริการภาครัฐในประเทศไทย เป็นการบำบัดแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission phase) เป็นการประเมินอาการถอนพิษสุราซึ่งเกิดจากผู้ตี๋ดสุราขาดสุราเป็นระยะเวลา 12-18 ชั่วโมง โดยการประเมินอาการถอนพิษสุราซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางความพร่องและจิตใจก่อนการบำบัด 2) ระยะการบำบัดด้วยยา (Treatment phase) เป็นการรักษาอาการทางกายจากภาวะถอนพิษสุราเพื่อลดภาวะไม่สุขสบายและลดอัตราที่่เกิดจากภาวะถอนพิษสุรา ร่วมกับได้รับการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ 3) ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยโรคตี๋ดสุราได้รับการบำบัดตามกระบวนการของโรงพยาบาลตามปกติหรือเฉพาะอาการของผู้ป่วย เช่น การบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การบำบัดสร้างเสริมแรงจูงใจ เป็นต้น 4) ระยะติดตามการรักษา (After phase) เป็นระยะการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการจำหน่ายกลับบ้านภายหลังการบำบัด (กิตติมาภรณ์ พรหมมาลุน, 2553) ทั้งนี้พบว่า ร้อยละ 30-70 ของผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาแล้ว จะมีพฤติกรรมการตี๋มสุราลดลงใน 1-3 เดือนแรก ส่วนที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถหยุดหรือลดพฤติกรรมการตี๋มสุราลงได้เลย (สถาบันบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ตี๋ดสุราสารเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2556; โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 2553 , 2554, 2555) แสดงให้เห็นว่าการบำบัดผู้ป่วยโรคตี๋ดสุราต้องมีการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นนอกเหนือไปจากการบำบัดโรคตี๋ดสุราเฉพาะรายบุคคลหรือรายกลุ่มที่ผู้ป่วยได้รับในการดูแลแบบปกติทั่วไป

ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันชี้ให้เห็นว่าความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยโรคตี๋ดสุรา เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะคู่สมรสเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดโดยตรงและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตี๋มสุราของผู้ป่วยโรคตี๋ดสุรามากที่สุด (Fals-Stewart

et al., 2005) ดังผลการศึกษาในประเทศไทยที่สนับสนุนในเรื่องนี้ เช่น ภาวดี โดท่าโรง (2551) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราเพศชายที่สามารถเลิกดื่มได้อย่างถาวร พบว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนหลักสำคัญที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา โดยเฉพาะความสัมพันธ์ที่ระหว่างคู่สมรสที่มีความเข้าใจ มีการดูแลเอาใจใส่ที่ดียังส่งผลให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อราเกิดความรู้สึกละเอียดอ่อนที่จะกลับไปดื่มซ้ำ ตระหนักถึงความอับอายของคู่สมรสต่อสังคมที่มีผู้ป่วยโรคติดเชื้อราในครอบครัว เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อราที่ต้องการเลิกดื่มอย่างถาวร ในขณะที่ผลการศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุร่าซ้ำของพันธุภากิตติรัตนไพบูลย์ (2553) พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อราจะส่งผลให้บทบาทหน้าที่ในครอบครัวของผู้ป่วยลดลง เนื่องจากผู้ป่วยโรคติดเชื้อรามักจะแสวงหาโอกาสในการดื่มตลอดเวลาทำให้ค่าใช้จ่ายในครอบครัวสูงขึ้น คู่สมรสจึงเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้นำครอบครัวแทน มีภาระและความกดดันที่เพิ่มขึ้น เกิดการทะเลาะวิวาทและใช้ความรุนแรงในครอบครัวได้ง่าย ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสจึงเป็นไปในทางลบ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อราขาดแหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ขาดบุคคลที่ช่วยเหลือดูแล จะพบว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อราที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวเชิงลบจะพบว่าภายหลังการบำบัดพบการกลับไปดื่มและติดซ้ำมากกว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อราที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวทางบวก

Edwards และ Steinglass (1995) พบว่าเมื่อสิ้นสุดการบำบัดรักษาในสถานบำบัด ผู้ป่วยโรคติดเชื้อราต้องเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมจากโรงพยาบาลกลับสู่สิ่งแวดล้อมเดิมที่บ้าน ผู้ป่วยจะมีความเครียดและวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น มีความคาดหวังต่อการต้อนรับ และการดูแลที่ดีจากครอบครัว ในขณะที่เดียวกันถึงแม้ผู้ป่วยเหล่านี้จะผ่านการบำบัดรักษาภาวะติดเชื้อรามาแล้วก็ตาม ครอบครัวของผู้ป่วยเหล่านี้ก็ยังคงมีความหวาดระแวงต่อพฤติกรรมด้านลบเดิมของผู้ป่วยก่อนการบำบัดอยู่ เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ก้าวร้าว แสวงหาการดื่มสุร่าตลอดเวลา ละเลยต่อบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ขาดความรับผิดชอบต่องานที่ทำงาน เป็นต้น และยังคงมีความเชื่อว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อราจะกลับไปดื่มซ้ำภายหลังการบำบัด ถึงร้อยละ 40 ความรู้สึกเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ความเครียด ประกอบกับการขาดกำลังใจและแหล่งสนับสนุนที่ดี จึงก่อให้เกิดพฤติกรรมกลับไปดื่มสุร่าซ้ำในที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยของปริทรรศศิลป์ปะกิจ (2553) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อรา มีบทบาทหน้าที่ในครอบครัวลดลง มีอารมณ์และจิตใจเปลี่ยนแปลงง่าย มักจะแสวงหาโอกาสในการดื่มตลอดเวลาทำให้ค่าใช้จ่ายในครอบครัวสูงขึ้น ส่งผลให้คู่สมรสต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้นำครอบครัวแทน มีภาระและความกดดันที่เพิ่มขึ้น มีการทะเลาะวิวาทและใช้ความรุนแรงในครอบครัว ทำลายความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส เกิดการหย่าร้าง เมื่อผู้ติดเชื้อราขาดบุคคลคอยดูแลจึงพบปัญหาการกลับไปดื่มและติดซ้ำในที่สุด ในทางตรงกันข้าม ผลการศึกษาของภาวดี โดท่าโรง (2551) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อราเพศชายที่สามารถเลิกดื่มได้อย่างถาวร พบว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนหลักสำคัญที่ให้การดูแลเอาใจใส่ ให้ความเข้าใจ เป็นแรงจูงใจให้อยากเลิกดื่มสุร่า โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสพบว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ติดเชื้อรา

มักรู้สึกอายที่จะกลับไปดื่มซ้ำเมื่อนึกถึงการดูแลเอาใจใส่ที่ดีและความอับอายของคู่สมรสต่อสังคมที่มีผู้ติดสุราในครอบครัว

จะเห็นได้ว่าคู่สมรสอาจเป็นทั้งปัจจัยปกป้องและปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพยาซ้ำ ดังผลการศึกษาของ คิวเซอร์ ไชยชนะ (2557) พบว่าความขัดแย้งในคู่สมรส จะนำไปสู่ภาวะกดดันส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดื่มเพิ่มขึ้น ในทางกลับกันเมื่อคู่สมรสให้การดูแลเพื่อผ่อนคลายความเครียด ช่วยจัดการกับสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่มีผลต่อผู้ที่ติดสุราสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุราให้ลดลงได้ โดยเฉพาะคู่สมรสเพศหญิงจากการศึกษาโครงสร้างของสมองเพศหญิงและชาย พบว่า สมองส่วนคอร์ปัสคอลลโลซัม (Corpus Callosum) มากกว่าเพศชายจึงมีความสามารถในการใส่ข้อมูลระหว่างสมองซีกซ้ายกับซีกขวาเร็วกว่าผู้ชาย สมองส่วนลิมบิก (Limbic) ที่เกี่ยวข้องกับระบบการเรียนรู้ ความจำ รวมทั้งการปรับสภาวะอารมณ์นั้นเพศหญิงจะมีมากกว่าจึงทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกมากกว่าเพศชาย และมีความผูกพันต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่สูงกว่าเพศชายอีกด้วย ในสมองส่วนซีรีบรัม (Cerebrum) ของเพศหญิงและชายจะมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน เพศหญิงจะมีความถนัดในการใช้ความรู้สึก งานฝีมือ การเข้าอกเข้าใจคนอื่น การจดจำ และการใช้ภาษา สอดคล้องกับงานวิจัยของ O'Farrell and Birchler (2004) พบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสที่มีความขัดแย้ง จะขาดทักษะในการสื่อสารที่ดี มีการแสดงออกและการจัดการทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม และขาดกิจกรรมทางบวรร่วมกันในครอบครัว จะมีอัตราการติดสุร่าซ้ำมากกว่าครอบครัวอื่นถึง 2 เท่า Fals-Stewart et al. (2005) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสในผู้ป่วยโรคติดสุราเพศชายและคู่สมรสเพศหญิงในรูปแบบโปรแกรมบำบัดแบบสั้น โดยส่งเสริมกิจกรรมทางบวรร่วมกันระหว่างคู่สมรส ฝึกทักษะการสื่อสาร และการแก้ไขปัญหา ผลการศึกษาพบผู้ป่วยโรคติดสุรามีระยะเวลาก่อนกลับมาดื่มสุร่าซ้ำยาวนานขึ้น และมีอัตราผู้ป่วยเลิกดื่มสุร่าอย่างถาวรเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ O'Farrell (2010) พบว่าความสัมพันธ์ของคู่สมรสมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุร่าที่ลดลง ภายหลังการบำบัดของผู้ที่ติดสุร่า เนื่องจากคู่สมรสเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ติดสุร่ามากที่สุด รู้ถึงสถานการณ์เสี่ยงรวมถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดสุร่ากลับไปดื่มซ้ำและสามารถป้องกันสถานการณ์เหล่านั้นได้

เนื่องจากสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดื่มสุร่าของผู้ป่วยโรคติดสุร่า ดังนั้น แนวทางการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุร่าในระยะต่อ ๆ มา จึงให้ความสำคัญกับการนำคู่สมรสเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดมากขึ้น ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า Fals-Stewart et al. (2005) ได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสในรูปแบบสั้น (Brief relationship couple therapy) เพื่อนำมาใช้ร่วมกับการบำบัดตามปกติ โดยใช้กระบวนการบำบัด 12 ขั้นตอน (The Twelve Steps and Twelve Traditions) ตามแนวคิดของ Wilson and Smith (1935) ซึ่งถือเป็นหลักการฟื้นฟูสภาพทางด้านจิตวิญญาณหรือความดีงามในใจอย่างเป็นขั้นตอน ที่ได้รับความนิยมในการนำมาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุร่านิรนาม (Alcoholics Anonymous) (อ้างใน

Alcoholics Anonymous, 1957) โดยโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น เป็นการบำบัดซึ่งมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีในคู่สมรส ด้วยการให้ความรู้และปรับทัศนคติของคู่สมรสที่มีต่อผู้ติดสุราให้เป็นไปในทางบวก มุ่งเน้นไปที่การเพิ่มกิจกรรมในเชิงบวก (Increasing positive activities) การฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Teaching communication) และทักษะการจัดการกับปัญหา (Problem Solving) ทำให้ผู้ติดสุราและคู่สมรสมีสัมพันธ์ภาพต่อกันดีขึ้น และสามารถจัดการกับพฤติกรรมหรือภาวะเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการขัดแย้งซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการกลับไปดื่มซ้ำ (Fals-Stewart et al., 2005) ซึ่งจากการติดตามผลของการบำบัดในรูปแบบนี้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว พบว่าพฤติกรรมการติดสุราซ้ำในผู้ป่วยโรคติดสุราที่รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น จะเกิดขึ้นน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบรายบุคคลและการบำบัดร่วมกับครอบครัว โดยพบว่ามีระยะเวลาก่อนการกลับมาดื่มซ้ำยาวนานกว่า จำนวนผู้ป่วยโรคติดสุราซ้ำน้อยกว่า (Stewart et al., 2006)

เนื่องจากการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราได้เมื่อเทียบกับการบำบัดคู่สมรส (Couple Therapy) พบว่ามีประสิทธิภาพเทียบเท่ากัน อีกทั้งใช้ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายน้อยกว่า เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรสมากกว่า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยแม้จะมีใช้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราแล้ว แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสโดยตรงมาก่อน อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราตามปกติที่เป็นอยู่ แม้ว่าในระยะบำบัดทางจิตสังคม อาจมีการนำครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย แต่เป็นเพียงการให้ความรู้และคำปรึกษาเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านเท่านั้น ไม่ใช่การบำบัดที่มุ่งให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างคู่สมรส ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะนำไปโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น ตามแนวคิดของ Fals-Stewart et al. (2005) มาประยุกต์ใช้ให้มีความเหมาะสมตามบริบทของประเทศไทยเพื่อเพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีในคู่สมรส อันจะนำไปสู่การลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา โดยผู้วิจัยจะนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใหม่นี้ มาใช้ร่วมกับการบำบัดตามปกติที่ผู้ป่วยโรคติดสุราซึ่งเข้ารับการ บำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุราและสารเสพติดตามรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK model) โดย พ.อ.นพ. พิชัย แสงชาญชัย ซึ่งเป็นการบำบัดที่นำหลักบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน (The Twelve Steps and Twelve Traditions) มาประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย เป็นการฟื้นฟูจิตวิญญาณ 12 ขั้นตอนแนวพุทธ (The Buddhist Twelve Step) เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราที่ผ่านการบำบัดเบื้องต้นโดยหลักการเดียวกับที่ใช้ในการศึกษาของ Fals-Stewart et al. (2005) มากที่สุด และเหมาะสมกับการนำมาใช้ในบริบทของผู้ป่วยโรคติดสุราในประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การลดอัตราการกลับมาดื่มซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

2.2. เพื่อเปรียบเทียบร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนักของผู้ป่วยโรคติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2.3. เพื่อเปรียบเทียบร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความสัมพันธ์ของคู่สมรสมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรามากกว่าสมาชิกอื่นในครอบครัว (Mc Crady, 1989) เนื่องจากคู่สมรสเป็นบุคคลในครอบครัวที่ใกล้ชิดผู้ป่วยโรคติดสุรามากที่สุด ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสเป็นปัจจัยกระตุ้นทั้งด้านบวกและลบต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา ดังผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสและผู้ติดป่วยโรคติดสุราของ Fals-Stewart et al. (2005) พบว่า คู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนหลักสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุรา อีกทั้งเป็นผู้ที่ดูแลช่วยเหลือ เอาใจใส่ มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบครอบครัว รักษาเสถียรภาพภายในครอบครัวแทนผู้ป่วยโรคติดสุรา ซึ่งความเครียดและภาระที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการทำลายความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคู่สมรส ทำให้เกิดปัญหาการทะเลาะวิวาท หย่าร้าง จนส่งผลให้ผู้ป่วยโรคติดสุรากลับไปดื่มซ้ำหรือมีพฤติกรรมการดื่มเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Farrell and Schein (2011) พบว่า ในคู่สมรสที่มีทัศนคติด้านลบต่อผู้ป่วยโรคติดสุรามักจะขาดการสื่อสารที่ดี ขาดทักษะการแก้ปัญหา และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ขาดการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว เกิดความตึงเครียดในครอบครัวนำมาซึ่งการทะเลาะเบาะแว้ง เป็นผลทำลายความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคู่สมรส ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราจนถึงติดซ้ำในผู้ป่วยโรคติดสุรา ในทางกลับกันความสัมพันธ์ที่ดีในคู่สมรสจะสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยโรคติดสุราเข้ารับการบำบัดรักษา มีความตั้งใจที่จะเลิกดื่มสุราย่างถาวร (เพ็ญพัทธ์ ดารากร ณ อยุธยา, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Farrell and Schein (2011) พบว่า ความสัมพันธ์ที่ดีในคู่สมรสทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุรา รู้สึกผ่อนคลาย มีแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา คอยดูแลป้องกันผู้ป่วยโรคติดสุราจากสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุรา เป็นแรงสนับสนุนในการเผชิญต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุรา มีพฤติกรรมการดื่มสุราน้อยลง

การบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสในผู้ป่วยโรคติดสุรา มุ่งเน้นไปที่การสร้างเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างคู่สมรส เนื่องจากสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสนั้นเกิดจากความพึงพอใจในชีวิตคู่สมรส การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ และความขัดแย้งระหว่างคู่สมรส เป็นอุปสรรคต่อความพึงพอใจในชีวิตคู่ ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสลดลงจนกระทั่งหย่าร้าง (จัสมิน สุวรรณชีพ, 2544) สอดคล้องแนวคิดของ O'Farrell และ Fals-Stewart (2003) อธิบายว่าความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างคู่สมรสเกิดจากขาดกิจกรรมทางบวกที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตคู่สมรสร่วมกัน อีกทั้งมีการสื่อสารระหว่างกันที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น การเข้าใจเนื้อหาในการสื่อสารไม่ตรงกันจนก่อให้เกิดความคิดทาง

ลบ การใช้อารมณ์ในการสื่อสาร และขาดการชมเชยเพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดี ซึ่งความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างคู่สมรสส่งผลต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำในผู้ป่วยโรคติดสุรา

จากการศึกษาของ Fals-Stewart et al. (2005) ที่ศึกษาโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นในผู้ป่วยโรคติดสุรา (Brief Relationship Therapy for Alcoholism) พบว่าการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในคู่สมรสและผู้ป่วยโรคติดสุรารายหลังการบำบัดเป็นสิ่งสำคัญ โดย Fals-Stewart et al. (2005) ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น ในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการบำบัดโรคติดสุราโดยกระบวนการ 12 ขั้นตอน (The Twelve Steps and Twelve Traditions) 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดโรคติดสุราเพียงอย่างเดียว 2) กลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการบำบัดพฤติกรรมคู่สมรส (Behavioral couples therapy, BCT) ร่วมด้วย ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดคู่สมรสทั่วไป เพื่อปรับแก้ปัญหาในชีวิตสมรสไม่ให้เกิดการหย่าร้าง ใช้ระยะเวลาในการบำบัดทั้งสิ้น 1 ปี และ 3) กลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการบำบัดบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น (Brief Relationship Therapy, BRT) ร่วมด้วย เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการบำบัดพฤติกรรมคู่สมรส (BCT) และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น (BRT) มีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงมากกว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่เลิกดื่มสุราได้มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดโรคติดสุราเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงและผู้ป่วยโรคติดสุราที่เลิกดื่มสุราได้อย่างถาวรมีจำนวนใกล้เคียงกัน

จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแต่การบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นในผู้ป่วยโรคติดสุรา (Brief Relationship Therapy for Alcoholism) นี้มีประสิทธิภาพต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ลดลงเทียบเท่ากับการบำบัดพฤติกรรมคู่สมรส (Behavioral couples therapy, BCT) ร่วมกับการบำบัดโรคติดสุรา อีกทั้งใช้ระยะเวลาในการบำบัดสั้นกว่า ค่าใช้จ่ายในระหว่างการบำบัดจึงน้อยกว่า ในบริบทของประเทศไทยการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราในระยะเวลาที่ยาวนาน จะทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรสเกิดความเหนื่อยล้า และเบื่อหน่าย อีกทั้งในระดับประเทศหากขาดทรัพยากรบุคคลในระยะเวลาอันยาวจะส่งผลต่อเศรษฐกิจของประเทศไทย

ผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาและพัฒนาโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นนี้ เพื่อส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสในเชิงบวก สร้างความมั่นคงในแรงสนับสนุนต่อการเลิกดื่มสุราอย่างถาวรของผู้ป่วย และสร้างแนวทางป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำของผู้ป่วยโรคติดสุรา ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงจนกระทั่งสามารถเลิกดื่มได้อย่างถาวร การกระบวนการดำเนินงานตามโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น ตามแนวคิดของ Fals-Stewart et al. (2005) ผู้ป่วยโรคติดสุราจะได้รับการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่มตามรูปแบบการบำบัด 12 ขั้นตอน (12-step-oriented group counseling) ประกอบด้วย การปรับ

ความคิดและอารมณ์ ส่งเสริมการรับรู้ตนเองในผู้ป่วยโรคติดสุรา ร่วมกับกิจกรรมการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสที่ Fals-Stewart et al.(2005) ได้พัฒนาขึ้น 6 กิจกรรม เนื้อหาหลักประกอบด้วย การปรับพฤติกรรมทางบวกระหว่างคู่สมรสร่วมกัน เสริมสร้างทักษะการทำกิจกรรมทางบวกร่วมกันระหว่างคู่สมรส (Increasing positive activities) การฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Teaching communication) ฝึกทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญต่อภาวะเสี่ยงต่อการติดสุราทางบวก (Problem Solving)

รูปแบบโปรแกรมบำบัดที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ มีกระบวนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม โดยให้คู่สมรสและผู้ป่วยโรคติดสุราทำกิจกรรมร่วมกัน ดำเนินการเป็นรายครอบครัว ครอบครัวละ 2 คน ได้แก่ คู่สมรสและผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา (Alcohol dependence : F 10.2) โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโดยองค์การอนามัยโลก (ICD-10) ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม กิจกรรมละประมาณ 60-90 นาที ทั้งนี้แต่ละกิจกรรมจะเน้นให้ผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรสเกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยมีสาระสำคัญในการดำเนินการแต่ละครั้งที่คาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคติดสุรา มีพฤติกรรมที่ดื่มสุราที่ลดลง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและการประเมินเบื้องต้น (Connection and Assessment)

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด ร่วมกันค้นหาปัญหาพฤติกรรมที่ดื่มสุราและปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรส ตั้งเป้าหมายในการบำบัดร่วมกัน แสดงการยอมรับผู้ป่วยและคู่สมรสโดยให้คู่สมรสได้มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทีมการรักษา การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจต่อกระบวนการบำบัดรักษา มีความเต็มใจและพร้อมที่จะแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผย (สมบัติ ธิยาพันธ์, 2552)

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้พื้นฐาน (Education)

กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดสุราเบื้องต้น โดยให้ความรู้เรื่องโรคติดสุรา ผลกระทบจากการดื่มสุรา ปัจจัยส่งเสริมการดื่มสุรา อาการถอนพิษสุรา แนวทางการแก้ไขและขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุรา กิจกรรมนี้ทำให้คู่สมรสและผู้ป่วยโรคติดสุรา มีความเข้าใจร่วมกันต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคติดสุราของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น สามารถวิเคราะห์อาการแสดงและสาเหตุของพฤติกรรมที่ดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราด้วยกันได้ ครอบครัวโดยเฉพาะคู่สมรสเป็นส่วนสำคัญและมีบทบาทมากในการช่วยให้ผู้ที่ติดสุราลด ละเลิก พฤติกรรมที่ดื่มสุราได้ คู่สมรสจะมีวิธีดูแลช่วยเหลือผู้ติดสุราเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยวิธีการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายและรักษา(ญาดา จินประชา, 2550)

กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้ความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา เพื่อประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและผู้ป่วยโรคติดสุราเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรม ด้านความรับผิดชอบต่อครอบครัว สะท้อนให้เห็นสาเหตุของความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างคู่สมรส ยอมรับในพฤติกรรมทางด้านลบของตนเอง พร้อมทั้งจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน สนับสนุนส่งเสริมข้อดีของแต่ละฝ่ายให้เกิดความพึงพอใจในซึ่งกันละกันมากยิ่งขึ้น เพื่อแก้ไขและลดพฤติกรรมทางด้านลบระหว่างคู่สมรสที่มีผลต่อการแสดงออกทางด้านอารมณ์ นำไปสู่การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา (พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ, 2550)

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวก (Increasing positive activities)

กิจกรรมที่ 4 ให้ความรู้และฝึกทักษะให้เห็นถึงความสำคัญของแรงเสริมทางบวกจากสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน และการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างคู่สมรส การฝึกทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวก (Increasing positive activities) เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่มีผลเป็นแรงกระตุ้นทางด้านบวกต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย โดยฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ได้แก่ ส่งเสริมคู่สมรสทำกิจกรรมที่ดีร่วมกัน (Catch your partner doing something nice) ส่งเสริมให้คู่สมรสทำกิจกรรมที่ดีให้แก่กันและกัน (Shared rewarding activities) ส่งเสริมให้คู่สมรสกำหนดวันพิเศษดูแลซึ่งกันและกัน (“Caring day” assignment) มุ่งหวังให้คู่สมรสและผู้ป่วยโรคติดสุรา มีทักษะและความคุ้นชินในการทำกิจกรรมทางบวกร่วมกันมากขึ้น พฤติกรรมทางบวกระหว่างคู่สมรสจะนำมาซึ่งความรู้สึกที่ดีต่อกัน ผู้ป่วยโรคติดสุรา รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสพัฒนาในทางที่ดี สัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการเลิกดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราเพิ่มขึ้น (Fals-Stewart et al., 2003)

ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ไขปัญหา (Teaching communication and Problem Solving)

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการสื่อสารและพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา การฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ไขปัญหา (Teaching communication and Problem Solving) เป็นการฝึกเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสาร ได้แก่ ทักษะการฟัง (Listening skills) สะท้อนให้เห็นความเข้าใจในเนื้อหาข้อมูลที่ตรงกันในการสื่อสาร ลดความขัดแย้งจากความเข้าใจไม่ตรงกัน ทักษะการแสดงความรู้สึก (Expressing feelings directly) เพื่อสะท้อนให้เห็นความรู้สึกนึกคิดของแต่ละคน ยอมรับ และเข้าใจต่อความรู้สึกขัดแย้งและอดีตที่เกิดขึ้น มีความเข้าใจให้อภัยต่อกัน ในผู้ป่วยโรคติดสุราการบำบัดนี้เป็นการระบายความรู้สึกขบข้องใจในตนเอง ลดความตึงเครียดทางอารมณ์ ได้ทบทวนและแก้ไข

ปัญหาในเชิงบวกร่วมกันระหว่างคู่สมรส เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยโรคติดสุราระบายความเครียดด้วยการดื่มสุรา (กุสุมา แสงเดือนฉาย, 2543) ทักษะการสื่อสารจัดการกับการร้องขอในการดื่มสุรา (Communication sessions Negotiating for requests) โดยฝึกให้คู่สมรสมีการจัดการต่อความอยากสุราของผู้ป่วยในเชิงบวก ด้วยการประนีประนอมมากกว่าก้าวร้าว ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา (Problem Solving) โดยการค้นหาปัญหา และการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันระหว่างคู่สมรสและผู้ป่วยโรคติดสุรา มีการมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยและคู่สมรสได้ไปใช้ในสถานการณ์จริง การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพและการขาดทักษะการแก้ไขปัญหาจะทำให้เกิดการขัดแย้งซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส (จัสมิน สุวรรณชีพ, 2544) ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีความขัดแย้ง ทะเลาะวิวาท ส่งผลต่อความเครียดในผู้ป่วยโรคติดสุรา เป็นสาเหตุให้กลับไปดื่มซ้ำหลังการบำบัดมากที่สุด (ภาวดี โดท่าโรง, 2550)

ขั้นตอนที่ 5 สิ้นสุดสัมพันธภาพ (Termination)

กิจกรรมที่ 6 ทบทวนกิจกรรมทั้งหมดโดยสังเขป ได้แก่ ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดสุรา ความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเพื่อการบำบัด และการฝึกทักษะต่าง ๆ การวางแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกับคู่สมรสในอนาคต โดยป้องกันพฤติกรรมการดื่มสุราซ้ำ (Termination) เพื่อทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาและพูดคุยถึงเป้าหมายหลังการบำบัดครั้งนี้ของผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรส วางแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกับคู่สมรสในอนาคต โดยป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดรวมถึงสุราซ้ำ วางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยต่อไปในระยะยาว เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำ มอบหมายให้ผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรสสังเกตและบันทึกพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วย (Timeline follow back) ครอบครัวยุติเฉพาะคู่สมรสเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา เป็นแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราถาวร ครอบครัวยุติที่มีคู่สมรสเข้าใจดูแลเอาใจใส่ คอบสนับสุนนและให้กำลังใจ ทำให้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน จะทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุราเลิกดื่มได้อย่างถาวรในที่สุด (ภาวดี โดท่าโรง, 2551) หลังสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น นัดหมายประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราจากแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยและประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 เป็นระยะเวลา 1 เดือน กล่าวขอบคุณและสิ้นสุดสัมพันธภาพการบำบัด

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นเพื่อลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราตามแนวคิดของ Fals-Stewart et al. (2005) ทั้ง 5 ขั้นตอน 6 กิจกรรม จะช่วยลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้ตั้งสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น โดย

1.1 ปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

1.2 ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

1.3 ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นลดลงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดย

2.1 ปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นลดลงกว่าผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2.2 ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นลดลงกว่าผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2.3 ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นเพิ่มขึ้นกว่าผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น โดยทำการทดลอง ณ หอผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร

ประชากร คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา (Alcohol dependence : F 10.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ และคู่สมรสของผู้ป่วยเหล่านี้

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเพศชายที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา (Alcohol dependence : F 10.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD -10) ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรารูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK model) ในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี อยู่ระหว่างติดตามหลังการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และมีปัญหา

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา อยู่ในระดับดื่มแบบอันตราย (16-19คะแนน) และดื่มแบบติด (>19 คะแนน) ตามแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test : AUDIT) จำนวน 40 คน และคู่สมรสของผู้ป่วยที่ถูกสุ่มเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดื่มสุรา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ใน 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้ป่วยโรคติดสุรา โดยพิจารณาจากปริมาณของการดื่มสุรา จำนวนวันที่ดื่มหนักและจำนวนวันที่หยุดดื่ม ซึ่งประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราจากแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Timeline Followback) พัฒนาโดย Sobell and Sobell (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุนทรี ศรีโกสย (2557) เป็นแบบประเมินที่ใช้บันทึกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราในระยะ 1 เดือน ที่ผ่านมา โดยมีปริมาณการดื่มสุราเทียบเป็นจำนวนดื่มมาตรฐานต่อเดือน ร้อยละของวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของวันที่หยุดดื่ม ดังนี้

1) ปริมาณการดื่มสุรา หมายถึง ผลรวมข้อมูลพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในแต่ละวันของผู้ป่วยใน 1 เดือนที่ผ่านมา โดยนำปริมาณการดื่มสุราแต่ละชนิดมาเทียบเคียงเป็นหน่วยดื่มมาตรฐาน (Standard drink) ปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราเทียบเคียงปริมาณการดื่มสุราเป็นจำนวนดื่มมาตรฐาน ตามชนิดและปริมาณของสุราที่ดื่ม

2) ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยโรคติดสุรา มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เมื่อเทียบเคียงเป็นการดื่มมาตรฐานแล้ว มีปริมาณการดื่มสุรามากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อวัน คิดเป็นร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักใน 1 เดือนที่ผ่านมา

3) ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยโรคติดสุราไม่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเลย คิดเป็นร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มใน 1 เดือนที่ผ่านมา

โปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น หมายถึง กระบวนการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น โดยดำเนินการบำบัดเป็นรายครอบครัว แต่ละครอบครัวประกอบด้วยผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรส ตามแบบแผนที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษาของ Fals-Stewart et al.(2005) เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรส ภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรสมีพฤติกรรมทางบวกต่อกัน เมื่อคู่สมรสมีความสัมพันธ์ที่ดี มีความรู้ความเข้าใจต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคติดสุราจะสามารถเป็นแนวป้องกัน

ที่ติดต่อสถานการณ์เสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุรากลับไปดื่มซ้ำ ดำเนินการในกลุ่มทดลอง ได้แก่ คู่สมรสและผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา (Alcohol dependence : F 10.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุราแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK model) ในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี และอยู่ระหว่างติดตามหลังการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 20 ครอบครัว โดยจะได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสแบบสั้น ตามกระบวนการ 5 ขั้นตอน ประกอบไปด้วย 6 กิจกรรม จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60-90 นาที มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและการประเมินเบื้องต้น (Connection and Assessment) หมายถึง การสร้างสัมพันธ์ภาพและการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนการบำบัด ประกอบไปด้วย

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด ร่วมกันค้นหาปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราและปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรส ตั้งเป้าหมายในการบำบัดร่วมกัน โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น วัตถุประสงค์ และรูปแบบการดำเนินกิจกรรม การให้ผู้ป่วยและคู่สมรสประเมินพฤติกรรมทางลบจากการดื่มสุราและพฤติกรรมทางลบที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ สะท้อนให้เห็นความสำคัญของพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย และสาเหตุปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้พื้นฐาน (Education) หมายถึง การให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดสุราเบื้องต้น และความสำคัญของสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดสุราเบื้องต้น โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดสุรา อาการ อาการแสดง และแนวทางการรักษา

กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้ความสำคัญของสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา โดยให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางด้านลบที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา และพฤติกรรมการติดสุราของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส แนวทางการแก้ไขที่ถูกต้อง กระตุ้นให้ผู้ป่วยและคู่สมรสเห็นความสำคัญของความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวก (Increasing positive activities) หมายถึง การดำเนินการให้ความรู้และฝึกทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างคู่สมรส ประกอบไปด้วย

กิจกรรมที่ 4 ให้ความรู้และฝึกทักษะให้เห็นถึงความสำคัญของแรงเสริมทางบวกจากสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน และการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างคู่สมรส โดยให้ความรู้การสร้างกิจกรรมทางบวกที่มีผลต่อความสัมพันธ์ในเชิงบวก ยกตัวอย่างและลองฝึกปฏิบัติในห้องเรียนร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ไขปัญหา (Teaching communication and Problem Solving) หมายถึง การดำเนินการให้ความรู้เรื่องการสื่อสารและการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการแก้ไขปัญหาในคู่สมรส ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการสื่อสารและพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารทางบวกและทางลบที่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส ให้ความรู้เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ยกตัวอย่างการร้องขอการตีตราของผู้ป่วยโรคจิตติดยาเป็นปัญหาเพื่อการแก้ไข ให้ผู้ป่วยและคู่สมรสแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบโดยใช้การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเข้ามาแก้ปัญหาร่วมด้วย

ขั้นตอนที่ 5 สิ้นสุดสัมพันธภาพ (Termination) หมายถึง การดำเนินการทบทวนความรู้ที่ได้รับทั้งหมด วางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตติดยาหลังการบำบัดโปรแกรมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น และสิ้นสุดสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยโรคจิตติดยาและคู่สมรส

กิจกรรมที่ 6 ทบทวนความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตติดยา ความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเพื่อการบำบัด และการฝึกทักษะต่าง ๆ วางแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกับคู่สมรสในอนาคต โดยป้องกันพฤติกรรมกรรมการตีตราซ้ำ

การดูแลตามปกติ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคจิตติดยาที่มีพฤติกรรมกรรมการตีตราเข้ารับการบำบัดรักษาโรคจิตติดยา ได้รับกิจกรรมและรูปแบบการบำบัดตามขั้นตอนของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แบ่งการดูแลเป็นระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission phase) 2) ระยะการบำบัดด้วยยา (Treatment phase) 3) ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation phase) ในระยะนี้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตติดยาและสารเสพติดรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK model) ประกอบด้วยการบำบัดกลุ่มรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การให้ความรู้ด้านสุขภาพทั้งทางร่างกายและสุขภาพจิต (Health & Psychological Education) กลุ่มการบำบัดตามหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ (The Buddhist Twelve Steps) กลุ่มการผ่อนคลายความเครียดและสันทนาการ (Relaxation & Recreation Therapy) กลุ่มการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy) และการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว (Family Counseling) เป็นระยะเวลา 28 วัน 4) ระยะติดตามการรักษา (After phase) ภายหลังจากการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตติดยาได้รับการจำหน่ายกลับบ้านและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ณ แผนกผู้ป่วยจิตเวช นอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรที่มีสุขภาพในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา
2. ด้านการศึกษาวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษารูปแบบการพยาบาลในการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา และ เพื่อพัฒนาโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นไปใช้ลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุราไปใช้ในผู้ป่วยติดสารเสพติดกลุ่มอื่นที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราต่อไป



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้เนื้อหา ดังนี้

1. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุรา
 - 1.1 ความหมายของพฤติกรรมการดื่มสุรา
 - 1.2 การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา
 - 1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา
 - 1.4 ผลกระทบของพฤติกรรมการดื่มสุรา
 - 1.5 ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา
2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคติดสุรา
 - 2.1 ความหมายของผู้ป่วยโรคติดสุรา
 - 2.2 การวินิจฉัยการติดสุรา
 - 2.3 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุรา
 - 2.4 บทบาททางการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุรา
3. แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสในผู้ป่วยโรคติดสุรา
 - 3.1 ความหมายของสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสในผู้ป่วยโรคติดสุรา
 - 3.2 ปัจจัยสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสที่มีผลต่อผู้ป่วยโรคติดสุรา
 - 3.3 การแก้ไขปัญหาสัมพันธ์ภาพโดยคู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดสุรา
4. แนวคิดการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นในผู้ป่วยโรคติดสุรา
 - 4.1 ความหมายของการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น
 - 4.2 หลักการและแนวคิดของการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น
 - 4.3 เป้าหมายหลักของการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น
 - 4.4 หลักการการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น
5. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นในผู้ป่วยโรคติดสุรา
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดงานวิจัย

1. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

1.1 ความหมายของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา จากการทบทวนวรรณกรรมความหมายของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราจากผู้ที่ทำการศึกษาพอสรุปได้ดังนี้

พันธุภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ (2549) ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ประกอบไปด้วย ปริมาณ ความถี่ในการดื่มสุรา ระยะเวลา สถานที่ บุคคลที่มีส่วนร่วมในการดื่มสุรารวมถึงผลเสียที่เกิดขึ้น

เปรมฤทัย ไชยะกิจ (2555) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของผู้ที่ติดสุราจากการดื่มสุรา จำแนกตามปริมาณที่ดื่มประจำ ความถี่ในการดื่มหนัก ความสามารถในการควบคุมการดื่ม การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา การมีคนเป็นห่วงถึงการดื่มสุรา และปริมาณที่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น

กฤติยา แสงทรัพย์ (2558) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา หมายถึง ลักษณะของการดื่มสุราที่ประกอบด้วย ชนิดของสุรา ปริมาณและความถี่ในการดื่มสุรา เทียบเคียงการดื่มกับการดื่มมาตรฐาน

National health survey (2004) ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา หมายถึง พฤติกรรมที่ประกอบด้วย ลักษณะของความถี่ในการดื่มสุรา จำแนกเป็น การดื่มนาน ๆ ครั้งโดยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 วันต่อเดือน การดื่มเป็นประจำ 1-4 วันต่อสัปดาห์ การดื่มสม่ำเสมอโดยดื่มมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ และการดื่มหนักคือการดื่มตั้งแต่ 5 หน่วยดื่มขึ้นไปต่อวัน

Community health sciences (2006) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา รวมถึงการดื่มเพื่อสังคม

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Alcohol consumption) เป็นการกระทำหรือการแสดงออกของผู้ที่ติดสุรา ลักษณะของการดื่มประกอบด้วยปริมาณและความถี่ในการดื่ม สัมพันธ์กับระยะเวลา สถานที่ ชนิดของสุรา บุคคลที่ร่วมดื่มและผลเสียที่เกิดขึ้นจากการดื่ม

1.2 การประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ในปัจจุบันรูปแบบของสุรามีหลากหลายชนิดทั้งผลิตภัณฑ์บรรจุและปริมาณแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่ม เพื่อให้สามารถคาดการณ์ปริมาณแอลกอฮอล์ที่เข้าสู่ร่างกายอย่างเป็นสากล จึงได้กำหนดการดื่มมาตรฐาน (Standard drink) หมายถึง หน่วยอ้างอิงของจำนวนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด บ่งชี้ถึงปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่ผสมอยู่ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ในประเทศไทยใช้มาตรฐานเดียวกับประเทศออสเตรเลีย เรียกว่า กำหนด 1 ดื่มมาตรฐานจะมีปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์เท่ากับ 10 กรัม (พันธุภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ , 2549) จากการทบทวนวรรณกรรมพบเครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา สรุปได้ดังนี้

1.2.1 แบบประเมิน Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) โดยแบบคัดกรองต้นฉบับเป็นแบบคัดกรองที่มีทั้งหมด 25 คำถาม เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มและการรับรู้ต่อปัญหาการดื่มของตนเอง เป็นเครื่องมือที่เน้นการคัดกรองภาวะติดสุรา ส่วนแบบทดสอบ MAST ฉบับย่อ 12 คำถามสามารถใช้ได้ดีในการวินิจฉัยภาวะผู้ติดสุราในผู้ป่วยไทย แต่แบบทดสอบฉบับนี้ยังใช้ค้นหาผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในชุมชนได้ไม่มากนัก

1.2.2 แบบประเมิน CAGE สามารถใช้คัดกรองภาวะติดสุราเบื้องต้นได้ โดยประกอบด้วยข้อคำถามเพียง 4 ข้อ ซึ่งตัวย่อของคำถามแต่ละข้อจะประกอบกันเป็นชื่อแบบสอบถาม ได้แก่

Cut down	คุณเคยรู้สึกว่าคุณควรจะลดปริมาณการดื่มของคุณลงหรือไม่
Annoyed	เคยมีคนสร้างความรำคาญให้กับคุณ โดยกล่าวเตือนหรือตำหนิคุณคุณเกี่ยวกับการดื่มสุราของคุณหรือไม่
Guilty	คุณเคยรู้สึกไม่ดีหรือรู้สึกผิดเกี่ยวกับการดื่มสุราของคุณหรือไม่
Eye-opener	คุณเคยต้องดื่มสุราเป็นสิ่งแรกในตอนเช้าเลยหรือไม่ เพื่อที่จะได้กำจัดอาการเมาค้างของคุณ

สำหรับผู้ที่ใช้ตั้งแต่สองข้อขึ้นไปของ CAGE สามารถจะวินิจฉัยได้ว่าเป็นภาวะติดสุรา ซึ่งแบบประเมิน CAGE มีข้อจำกัดคือ ไม่ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณ ความถี่ รูปแบบการดื่มสุรา และไม่สามารถแยกปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในอดีตและปัจจุบันได้ (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย, 2552)

1.2.3 แบบประเมิน Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) แบบประเมินที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก แปลเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และพันธัฐณากิตติรัตน์ไพบูลย์ (2553) โดยมีแนวคิดที่ครอบคลุมถึงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา การติดสุรา และผลเสียจากการติดสุรา แบ่งเป็นรูปแบบพฤติกรรมกรรมการดื่มในลักษณะดังต่อไปนี้

1.2.3.1 กลุ่มดื่มแบบความเสี่ยงน้อย (low risk drinking) โดยมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา 0-7 คะแนน หมายถึงการดื่มไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง ซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ชนิดแรง 1.5 กระป๋องหรือเหล้า 40 ดีกรี 1 เป๊ก (1เป๊ก ปริมาตรเท่ากับ 50 cc) หรือไม่เกิน 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย ซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ชนิดแรง 3 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรี 2 เป๊ก

1.2.3.2 กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking หรือ risky drinking) ประเมินคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้ 8-15 คะแนน เป็นการดื่มในปริมาณและลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพ โดยมีผลต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งการดื่มแบบเสี่ยงนี้เป็นการดื่มที่มากกว่า 2 ดื่มมาตรฐาน แต่ไม่เกิน 4 มาตรฐานต่อวันในผู้หญิง หรือเป็นการดื่มมากกว่า 4 มาตรฐาน แต่ไม่เกิน 6 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย

1.2.3.3 กลุ่มดื่มแบบอันตราย (Harmful use) ประเมินคะแนนพฤติกรรม การดื่มสุราได้ 16-19 คะแนน เป็นการดื่มสุราจนเกิดผลเสียตามมาต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต รวมถึงผลเสียทางสังคมจากการดื่ม คือการดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง หรือการดื่ม มากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย

1.2.3.4 กลุ่มดื่มแบบติด (Alcohol dependence) ประเมินคะแนน พฤติกรรมการดื่มสุราได้มากกว่า 20 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีการดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเกิดผลเสียต่อสมอง ความจำ และร่างกาย อาการแสดงที่พบบ่อย เช่น คอแข็งมากขึ้น มีอาการขาดสุราหากหยุดดื่ม มีความรู้สึกอยากดื่มอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ยังดื่มต่อแม้ทราบว่า จะเกิดผลเสียตามมา และดื่มจนละเลยกิจกรรมอื่น ๆ หรือหน้าที่รับผิดชอบ

1.2.4 แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Timeline Follow back) เป็นแบบ ประเมินที่พัฒนาโดย Sobell and Sobell (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุนทรี ศรีโกสโย (2557) เป็นการบันทึกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราซึ่งจะทำให้ทราบถึงชนิดของสุราที่ดื่ม ปริมาณการ ดื่มสุรา และจำนวนวันของการดื่มสุรา ซึ่งแบบบันทึกนี้สามารถให้ผู้ติดสุราบันทึกติดต่อกันได้นานถึง 12 เดือน โดยข้อมูลที่ได้จากการบันทึกสามารถเป็นข้อมูลสะท้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยโรคติดสุราเกิด แรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองในทางที่ดี โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยโรคติดสุรา บันทึกปฏิทินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราภายหลังการสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 เป็นระยะเวลา 1 เดือน

สำหรับข้อมูลที่ได้จากการบันทึกชนิดและปริมาณของการดื่มสุรา จะต้องนำข้อมูล มาเทียบเคียงเป็นการดื่มมาตรฐาน (Standard Drink) เนื่องจาก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีมากมาย หลายชนิด และแต่ละชนิดจะมีความแตกต่างของบรรจุภัณฑ์ และปริมาณดีกรีของแอลกอฮอล์ ทำให้ ยากที่จะทราบปริมาณแอลกอฮอล์ที่เข้าสู่ร่างกาย ดังนั้น การกำหนด “ดื่มมาตรฐาน” ขึ้นเพื่อเป็น หน่วยวัดปริมาณการดื่มสากล โดยกำหนดให้ 1 ดื่มมาตรฐาน หมายถึง เครื่องดื่มที่มีปริมาณ แอลกอฮอล์ ประมาณ 10 กรัม ตัวอย่าง เช่น เบียร์ 5 ดีกรี ปริมาณ 1 กระป๋อง (330 มล.) หรือเบียร์ 1/2 ขวด เท่ากับ 1 ดื่มมาตรฐาน, เหล้าขาว 40 ดีกรี 1 เป๊ก/ตอง/ก๊ง มีปริมาณ 50 มล. เท่ากับ 1.5 ดื่มมาตรฐาน เป็นต้น ในการบันทึกข้อมูลพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรส บันทึกชนิดและปริมาณของแอลกอฮอล์ที่ดื่มในแต่ละวันตามความเป็นจริง เมื่อครบ 1 เดือน แปลผล ข้อมูล ดังนี้

1.2.4.1 ปริมาณการดื่มสุรา หมายถึง ผลรวมข้อมูลพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราใน แต่ละวันของผู้ป่วยใน 1 เดือนที่ผ่านมา โดยนำปริมาณการดื่มสุราแต่ละชนิดมาเทียบเคียงเป็นหน่วย ดื่มมาตรฐาน

1.2.4.2 จำนวนวันที่ดื่มหนัก หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยโรคติดสุรา มีพฤติกรรมติดสุรา เมื่อเทียบเคียงเป็นการดื่มมาตรฐานแล้ว มีปริมาณการดื่มสุรามากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อวัน

1.2.4.3 จำนวนวันที่หยุดดื่ม หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยโรคติดสุราไม่มีพฤติกรรมติดสุราเลย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินพฤติกรรมติดสุรา AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ในการประเมินระดับปัญหาพฤติกรรมติดสุราของผู้ป่วย เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยโรคติดสุราเข้ากลุ่มตัวอย่างและใช้แบบบันทึกพฤติกรรมติดสุรา (Timeline Follow back) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมติดสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนและหลังการบำบัด โดยวัดประเมินผลปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วย ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา หลังให้โปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นไปแล้ว สอดคล้องกับนิยามศัพท์พฤติกรรมติดสุราที่ผู้วิจัยได้กล่าวไว้ข้างต้นมากที่สุด

1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมติดสุรา พฤติกรรมติดสุราของแต่ละบุคคล เกิดจากปัจจัยที่มีอิทธิพลหลายๆ ปัจจัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมติดสุรานั้นประกอบด้วยปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกบุคคลที่ส่งผลต่อผู้ป่วยโรคติดสุรา สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1.3.1 ปัจจัยทางด้านบุคคล ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมติดสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา จากการทบทวนวรรณกรรมพอสรุป ได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตใจ ดังนี้

1.3.1.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม (Genetic) พบว่าในผู้ดื่มสุรากลุ่มร้อยละ 50 มีความเกี่ยวข้องกับลักษณะทางพันธุกรรม โดยได้ทำการศึกษาในฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twins) และฝาแฝดชนิดไข่สองใบ (Dizygotic twins) พบว่าฝาแฝดไข่ใบเดียวกันถึงแม้จะถูกแยกการเลี้ยงดูไปในครอบครัวที่ต่างกัน จะพบว่าอัตราการติดสุราจะเกิดขึ้นสูงสุดในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันได้ถึงร้อยละ 60 และในฝาแฝดที่เกิดจากการไข่นอกไข่จะมีอัตราการติดสุราเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันกับอัตราในพี่น้องเดียวกัน (Sadock and Sadock, 2005) และปัจจัยทางด้านชีวเคมีและการทำงานของสมอง โดยผู้ที่ติดสุราตั้งแต่อายุยังน้อยจะมีความผิดปกติของการออกฤทธิ์ของสารซีโรโทนินและโดปามีนซึ่งจะมีผลต่อการเสริมแรงทำให้อยากดื่มสุราเป็นประจำ ทำให้เกิดการติดสุราได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) นอกจากนี้การดื่มสุรายังมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยจะเพิ่มความรู้สึกไม่อยากยับยั้งการดื่มสุรา เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและมีความสุข จึงทำให้ผู้ดื่มต้องการเพิ่มปริมาณและความถี่ในดื่มมากขึ้น (สุนทร ศรีโกไสย, 2548)

1.3.3.2 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตใจ ผู้ที่ติดสุรามักจะมีบุคลิกภาพในลักษณะขาดความมั่นใจในตนเอง จึงดื่มสุราเพื่อลดภาวะทางอารมณ์ที่ไม่สามารถทนทานได้ เป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และลดความเครียดที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ อีกทั้งการดื่มสุรายังทำให้ผู้ติดสุราเกิดความรู้สึกถึงการมีอำนาจในการควบคุม โดยใช้สุราเป็นตัวกระตุ้นทำให้รู้สึกว่าตนเองมีอำนาจชั่วคราว ส่งผลให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายจากความไม่สมหวังและความรู้สึกผิด (Goodner, 1994) ทางด้านจิตใจ ผู้ที่ติดสุรา มีพฤติกรรมการดื่มสุราในรูปแบบที่ไม่เหมาะสม มีการเพิ่มปริมาณและความถี่ในการดื่มจนไม่สามารถหยุดดื่มสุราได้ ซึ่งมีผลกระทบทางด้านจิตใจโดยการดื่มสุราที่รุนแรงอาจทำให้เกิดอาการทางจิตตามมาได้ (Moore and Jefferson, 2004)

1.3.2 ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม สาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลเป็นโรคติดสุราคือ การอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัวตั้งแต่วัยเด็ก ครอบครัวมีความใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อบุคคลมาก ในครอบครัวที่ไม่มีเวลาในการเลี้ยงดู อบรม สั่งสอน มีความขัดแย้งภายในครอบครัว อีกทั้งการที่มีบิดามารดาที่ติดสุราและดื่มสุราเป็นประจำทำให้บุตรที่เป็นวัยรุ่นมีพฤติกรรมที่เลียนแบบ เกิดการดื่มสุราเป็นประจำและดื่มมากจนทำให้เกิดโรคติดสุราได้ (ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ, 2553) แสดงให้เห็นว่าอิทธิพลของครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของสมาชิกในครอบครัว (นิศานาถ โชคเกิด, 2545) จากการศึกษาของสมภพเรือง ตระกูล (2547) พบว่าสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ต่อกันเป็นไปในทางที่ไม่ดี จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดื่มสุราเพิ่มขึ้นในสมาชิกของครอบครัว อีกทั้งยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคติดสุราในครอบครัวที่พยายามหยุดพฤติกรรมการดื่มสุราหรือเลิกดื่มไปแล้วมีอัตราการกลับมาดื่มและติดซ้ำเพิ่มขึ้น จากการศึกษาพบว่าสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่ผู้ป่วยโรคติดสุรามากที่สุดคือคู่สมรส (ภาวดี ไตท่าโรง, 2551) เป็นผู้ที่คอยช่วยเหลือและเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีสำหรับผู้ป่วย จากการศึกษาของ Fals-Stewart, Birchler and Kelley (2006) พบว่า พฤติกรรมของคู่สมรสที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีซึ่งกันและกันในผู้ป่วยโรคติดสุรามีผลเป็นแรงกระตุ้นทั้งทางด้านบวก ในทางกลับกันพฤติกรรมของคู่สมรสที่ส่งผลต่อสัมพันธ์ภาพที่ขัดแย้งจะส่งผลด้านลบต่อผู้ป่วย และยังพบว่าคู่สมรสที่มีพฤติกรรมเป็นแรงกระตุ้นทางด้านบวกต่อผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยลดพฤติกรรมการดื่มสุราลงได้และในระยะยาวพบจำนวนผู้ป่วยโรคติดสุราที่สามารถเลิกดื่มได้อย่างถาวรเพิ่มขึ้น ปัจจัยทางด้านสังคม จากการศึกษาพบว่าปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการดื่มสุราเป็นอย่างมาก โดยการติดสุราเกิดจากการเสริมแรงทางสังคมที่เห็นการดื่มสุราเป็นสิ่งปกติ การดื่มเพื่อเข้าสังคม การดื่มที่ได้รับการชักชวนจากกลุ่มเพื่อน การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อนที่ติดสุรา และการเลี้ยงดูในครอบครัวที่บิดามารดาติดสุรา (Donavan and Marlatt, 1986 cited in Janosik and Davies, 1986)

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดการพฤติกรรมการดื่มสุรานั้นมีหลายปัจจัยมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กัน ซึ่งการอธิบายพฤติกรรมการดื่มสุรานั้น ไม่สามารถอธิบายได้

จากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น ต้องมีการเชื่อมโยงปัจจัยต่าง ๆ เพื่อมาอธิบายพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์ จากการศึกษาพบว่าการติดซ้ำเกิดจากปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Marlatt.1996 : S44-S46) โดยปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ การไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ทั้งทางบวกและทางลบได้อย่างเหมาะสม มีอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย รวมถึงอาการขาดยาและการเจ็บป่วยอื่น ๆ มีความมั่นใจในตัวเองเกินไปจึงต้องการทดสอบตัวเองโดยการลองดื่ม มีความรู้สึกอยากดื่มสุราซึ่งเกิดจากตัวกระตุ้นภายในที่เกิดจากความเชื่อที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Self-efficacy) มีการคาดหวังต่อผลของการดื่มสุรา (Outcome expectancies) การอ้างสาเหตุของการดื่ม (Attributions of causality) และกระบวนการตัดสินใจที่บิดเบือน (Decision-making processes) (Beck; et al. 1993:13; citing Marlatt. 1985) สำหรับปัจจัยภายนอกบุคคลเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทำให้มีแรงกดดันจากสังคม มีความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน รวมทั้งการเผชิญกับบุคคลที่เชิญชวน ทำทนายให้ดื่ม และสถานการณ์ที่เอื้อต่อการดื่ม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคู่สมรสเป็นปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคติดสุรามากที่สุด เป็นผู้ดูแล ช่วยเหลือ และเป็นแหล่งสนับสนุนของผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุรา โดยพบว่าความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคู่สมรสจะเป็นแรงสนับสนุนทางบวก เป็นกำลังใจที่ดี คู่สมรสรู้เข้าใจต่อสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มซ้ำ สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยจากสถานการณ์นั้นได้ เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญกับผู้ป่วย รวมถึงเป็นแรงจูงใจที่ต่อการเลิกดื่มสุรา ในทางกลับกันหากผู้ป่วยและคู่สมรสมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อกันผู้ป่วยจะขาดที่พึ่งจากบุคคลใกล้ชิด จากการศึกษาของกฤษมา แสงเดือนฉาย (2553) พบว่าผู้ป่วยโรคติดสุรามีการปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมยากกว่าบุคคลทั่วไป มีอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย มีบุคลิกพึ่งพาผู้อื่น เมื่อเกิดความไม่สบายใจ ความซับซ้อนใจ หากไม่มีที่พึ่งพิงหรือแหล่งสนับสนุนจะใช้การดื่มสุราเป็นทางออกเพื่อระบายความเครียด และยังมีหากมีการทะเลาะเบาะแว้ง ความไม่เข้าใจกันระหว่างคู่สมรสแล้วนั้นจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคติดสุรากลับไปดื่มซ้ำในที่สุด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างคู่สมรสจะเป็นแรงกระตุ้นทางด้านลบต่อผู้ป่วยโรคติดสุรา

1.4 ผลกระทบของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราส่งผลกระทบต่อร่างกาย ผลกระทบต่อจิตใจ ผลกระทบต่อคู่สมรสและครอบครัว ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ดังต่อไปนี้

1.4.1 ผลกระทบต่อร่างกาย สุรามีผลกระทบต่อร่างกายเฉียบพลันและเรื้อรังส่งผลกระทบต่ออวัยวะในร่างกาย ดังนี้ ส่งผลต่อการทำงานของตับ โดยที่ตับจะถูกทำลายจนเกิดพังพืดขึ้นในปริมาณที่มาก จนกลายเป็นโรคตับแข็ง เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อ

ระบบทางเดินอาหาร โดยทำให้เกิดการอักเสบในทางเดินอาหาร ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ (Sadock and Sadock, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาสาเหตุของการติดเชื้อและการเข้ารับการรักษาของผู้ติดเชื้อ ในศูนย์บำบัดรักษาเย็บแผลติดเชื้อใหม่พบว่า ปัญหาสุขภาพที่พบจากการติดเชื้อคือโรคตับอักเสบและตับแข็ง โรคแผลในกระเพาะอาหาร (พิทักษ์ สุริยะใจ, 2548) ส่งผลต่อระบบการไหลเวียนโลหิต และการทำงานของหัวใจ โดยฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2546) ผลต่อสมองและระบบประสาท เมื่อติดเชื้อในปริมาณไม่มากจะทำให้รู้สึกอ่อนล้า อารมณ์แปรปรวน เมื่อมีระดับแอลกอฮอล์ที่มากขึ้นจะมีอาการเมาสุราเกิดจากสุราออกฤทธิ์กดการทำงานของสมองมีผลต่อระบบประสาท ผู้ป่วยจะขาดสติสัมปชัญญะ ควบคุมตัวเองไม่ได้ การตัดสินใจบกพร่อง ขาดความยับยั้งชั่งใจ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

1.4.2 ผลกระทบต่อจิตใจ แอลกอฮอล์จะมีผลเข้าทำลายเซลล์ที่อยู่ในสมองและระบบประสาท เป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางและมีผลต่อเยื่อหุ้มเซลล์ประสาท (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) และยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ โดยผู้ติดเชื้อจะมีการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ อารมณ์ กระบวนการคิด ผู้ที่ติดเชื้อเป็นระยะเวลานานพบว่ามีอัตราการเกิดโรคจิตเวชที่เกิดขึ้นร่วมด้วยถึง ร้อยละ 68.8 (บุญศิริ จันมงคล และ คณะ, 2556)

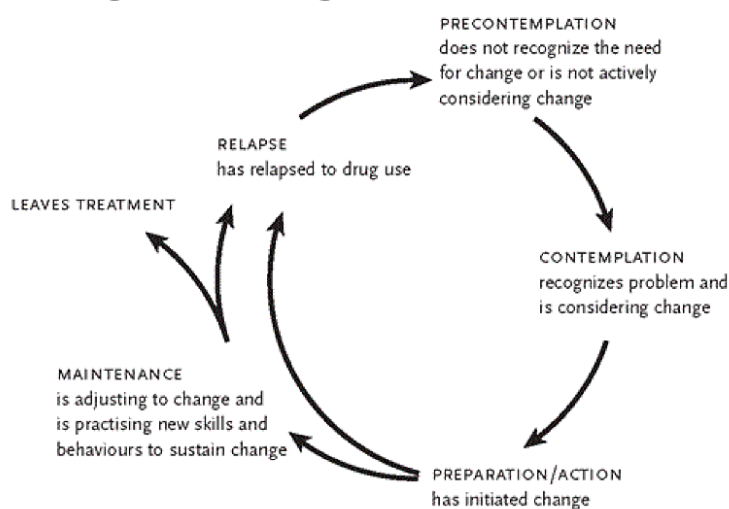
1.4.3 ผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวและคนใกล้ชิด โดยเฉพาะคู่สมรสซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด เกิดการทะเลาะวิวาท เกิดการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ขาดความรัก ความเข้าใจต่อกันภายในครอบครัว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) อีกทั้งยังทำให้เกิดความเครียดในครอบครัวส่งผลกระทบต่อบุตร โดยพบว่าบุตรของผู้ติดเชื้อจะมีความเสี่ยงสูงต่อการมีปัญหาการติดเชื้อมากกว่าปกติ 4 เท่า รวมถึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อเสพติดชนิดอื่น ๆ (ทรงเกียรติ ปิยะกะและคณะ, 2543) อังไฉ พัชชราวลัย กนกจรรยา, 2554) คู่สมรสเปลี่ยนบทบาทหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวเมื่อมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อในครอบครัว เกิดความเครียดในการจัดการกับปัญหา เหนื่อยล้า ท้อแท้จากภาระหน้าที่ในการดูแลครอบครัว เกิดความเจ็บป่วยต่อตนเองและส่งผลให้บรรยากาศในครอบครัวเกิดความตึงเครียด เป็นเหตุให้ทะเลาะวิวาท พฤติกรรมรุนแรง ครอบครัวแตกแยก นอกจากนี้ความเครียดและการจัดการกับปัญหาที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้คู่สมรสใช้อารมณ์ต่อผู้ป่วยโรคติดเชื้อและสมาชิกในครอบครัว กระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

1.4.4 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม พฤติกรรมการติดเชื้อส่งผลให้สัมพันธ์ภาพกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นในสังคมบกพร่อง เกิดภาระหนี้สินที่กระทบต่อครอบครัว อีกทั้งยังพบโอกาสที่จะเกิดความรุนแรงขึ้นในครอบครัวและสังคม โดยพบว่าร้อยละ 48.8 มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกับบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 48.3 มีปัญหาเกี่ยวกับการทำงาน และร้อยละ 23.2 มีปัญหาทะเลาะกับเพื่อนร่วมงาน (สุกมา เตือนฉาย, 2547) อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อระบบการรักษาพยาบาล

ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในการรักษาผู้ป่วย มีภาระหนี้สินที่เกิดจากการเจ็บป่วยจากการติ่มสุรา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2546)

1.5 ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติ่มสุรา กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการติ่มสุราเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มเข้าสู่การบำบัดรักษาภายหลังผู้ป่วยโรคติ่มสุราพ้นภาวะถอนพิษสุรา ภายในสถานพยาบาลผู้ป่วยโรคติ่มสุราจะได้รับการฟื้นฟูทางร่างกายและจิตใจ ในรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม ตามแนวทางบำบัดของแต่ละสถานพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น การบำบัดสร้างเสริมแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) เป็นต้น จนกระทั่งภายหลังสิ้นสุดการบำบัดรักษาภาวะติ่มสุราในผู้ป่วยโรคติ่มสุรา ผู้ป่วยโรคติ่มสุราถูกจำหน่ายกลับบ้านสู่สภาพแวดล้อมเดิม ผู้ป่วยโรคติ่มสุราจะมีการเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตลอดเวลา สามารถอธิบายขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stages of change) โดยใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model (TTM) / Stage of Change Model) ได้ดังนี้

Stages of change



ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ถูกพัฒนาขึ้นในปีค.ศ. 1982 โดย James O. Prochaska และ Carlo Di Clemente ทฤษฎีนี้อธิบายถึงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ตั้งแต่ขั้นตอนที่บุคคลไม่ใส่ใจในปัญหาของตน เริ่มตระหนักรู้ว่าเป็นปัญหา ถึงขั้นที่บุคคลลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองโดยเดินข้ามผ่านพฤติกรรมเดิมก้าวสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้นับเป็นหัวใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสามารถก้าวไปข้างหน้า หรือถอยหลังกลับได้ตลอดเวลา

รูปแบบของการเปลี่ยนแปลงมีลักษณะเป็นวงกลม หรือวงล้อที่สามารถเคลื่อนที่ไปข้างหน้าหรือถอยหลังได้และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยอัตราเร็วหรือช้าก็ได้ อย่างไรก็ตามขั้นตอนที่นับเป็นว่าเปลี่ยนแปลงยากที่สุด คือขั้นเมินเฉย โดยขั้นการกลับเสพติดซ้ำถือเป็นเรื่องปกติที่พบได้บ่อย คู่สมรสควรวิเคราะห์ให้ได้ว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และควรให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยขยับไปสู่ขั้นตอนถัดไป และก้าวสู่การมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างถาวร แบ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้เป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

1.5.1 ขั้นไม่สนใจปัญหา (pre-contemplation stage) ขั้นตอนนี้ผู้ป่วยโรคติดสุราไม่คิดจะเปลี่ยนแปลงตนเองไม่คิดว่าตนเองมีปัญหาจากพฤติกรรมการดื่มสุรา มักคิดว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราได้ มองไม่เห็นผลเสียที่เกิดจากพฤติกรรมการดื่มสุรา มักโทษบุคคลรอบข้างหรือโทษสิ่งแวดล้อมว่าทำให้ตนเองเครียดจึงต้องใช้สุราเพื่อคลายเครียด ผู้บำบัดควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคติดสุรา (feedback) และให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง (information) กับผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรส โดยพูดถึงความกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงและปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมการดื่มสุรา ยอมรับความเห็นที่แตกต่าง ให้ผู้ป่วยและคู่สมรสเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดร่วมกัน สำรวจการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยและคู่สมรสเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา กระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรสร่วมกันประเมินแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สร้างความตระหนักในปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมการดื่มสุรา

1.5.2 ขั้นลังเลใจ (contemplation stage) ขั้นนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่แน่ใจในพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองว่าดีหรือไม่ดี รู้สึกขัดแย้งในตนเองและเริ่มประสพกับผลกระทบจากพฤติกรรมการดื่มสุราบ้างแล้ว แต่อาจจะไม่รุนแรงมากนัก ขณะเดียวกันยังเห็นว่าพฤติกรรมการดื่มสุรามีคุณมากกว่าโทษ พยายามควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุรามากขึ้น แต่ก็ยังดื่มสุราอยู่ ผู้บำบัดควรพูดคุยถึงความสมดุลแห่งการตัดสินใจ (decisional balancing) ข้อดีข้อเสียของการติดสุราและการไม่ติดสุรา (pros and cons) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรสได้ทบทวนอย่างอิสระพร้อมทั้งให้ข้อมูลที่ถูกต้องด้วยการสรุปความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรสเกี่ยวกับข้อดี-ข้อเสียของการติดสุรา และการไม่ติดสุรา ทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรสเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงและลงมือปฏิบัติโดยกระตุ้นให้เห็นถึงเหตุผลของการเปลี่ยนแปลง เน้นให้ผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรสรับผิดชอบตนเองและยอมรับผลที่จะเกิดขึ้นหลังการตัดสินใจ

1.5.3 ขั้นตัดสินใจหยุดพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างจริงจัง (determination) ขั้นตอนนี้ผู้ป่วยโรคติดสุรามักรับรู้ถึงโทษของพฤติกรรมการดื่มสุราที่รุนแรง ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และต้องการเลิกพฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้บำบัดควรให้ทางเลือก (menu) ในจำนวนที่ไม่มากเกินไป จนเกิดความสับสน หรือน้อยเกินไปเหมือนถูกบังคับ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคติดสุราเลือกได้อย่างอิสระ เน้นความรับผิดชอบในการเลือกของผู้ป่วยเอง (responsibility) และส่งเสริมศักยภาพในการ

เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (self-efficacy) โดยการให้ความรู้ที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ การแสวงหาการรักษา ให้ความมั่นใจว่าจะประสบความสำเร็จ บอกถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง สิ่งสำคัญ คือ ผู้ป่วยต้องตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อตนเองและยอมรับในผลที่จะเกิดขึ้นหลังการตัดสินใจ

1.5.4 ขั้นลงมือปฏิบัติ (action stage) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยสนใจซักถามวิธีการแก้ปัญหาพยายามทำตามวิธีทางที่ผู้ป่วยโรคติดเชื้อและคู่สมรสเลือก เพื่อการเลิกพฤติกรรมการติดเชื้อ แต่อาจจะทำได้ไม่สม่ำเสมอในช่วง 6 เดือนแรก ผู้บำบัดควรส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยกระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกอย่างต่อเนื่อง (compliance) ช่วยขจัดอุปสรรคที่อาจทำให้ดำเนินการไม่ต่อเนื่อง ตรวจสอบความเข้าใจในวิธีการ และให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้โดยแสดงความเห็นใจ (empathy) ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะถอนพิษสุรา ให้แรงเสริมโดยเน้นให้ผู้ผู้ป่วยมีเป้าหมายและเชื่อมั่นในการตัดสินใจ ควรมีการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง และเลือกวิธีการรักษา

1.5.5 ขั้นกระทำต่อเนื่อง (maintenance stage) ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยมักเลิกพฤติกรรมการติดเชื้อสุราได้ประมาณ 6 เดือน อารมณ์ ความคิดค่อนข้างมั่นคง และทำตามวิธีที่ตนเองเลือกอย่างต่อเนื่อง มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกพฤติกรรมการติดเชื้อสุราได้ ผู้บำบัดควรให้คำแนะนำ (advice) เรื่องการป้องกันพฤติกรรมติดเชื้อสุราซ้ำ แนวทางการปฏิบัติตน การใช้ชีวิตอย่างสมดุลและมีคุณค่า เช่น การหางานอดิเรกทำ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพตนเอง การควบคุมความเสี่ยงในการกลับไปติดเชื้อสุราซ้ำ การสังเกตสัญญาณเตือนของการกลับไปติดเชื้อสุราซ้ำ และเน้นย้ำว่า หากกลับไปเสพติดซ้ำต้องกลับเข้ารับการรักษา ควรเสริมทักษะต่างๆ เพื่อป้องกันพฤติกรรมติดเชื้อสุราซ้ำ

1.5.6 ขั้นกลับไปเสพติดซ้ำ (relapse stage) ในขั้นนี้ผู้ป่วยเริ่มนำตนเองไปสู่สถานการณ์เสี่ยงปล่อยให้ตนเองมีความเปราะบางทางอารมณ์ไม่จัดการกับอาการอยากติดเชื้อสุรา ประมาท และเผลอใจกลับไปใช้ติดเชื้อสุราอีกครั้ง ผลทางจิตใจที่ตามมา คือความรู้สึกผิด ซ้ำเติมตนเอง และปฏิเสธความจริง ผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อสุราบอกเล่าถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการกลับไปติดเชื้อสุราซ้ำ กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพูดถึงความกังวลและความผิดหวังเสียใจในการกลับไปติดเชื้อสุราซ้ำ ให้กำลังใจ ให้การยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น เน้นความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์สนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง (self-efficacy) ชื่นชมส่วนดีที่ค้นพบ (affirmation) ให้ข้อมูลว่าหากมีความตั้งใจ มีความพยายามจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ดีขึ้นได้

ภายหลังการบำบัดโรคติดเชื้อสุราในขั้นกระทำต่อเนื่อง (maintenance stage) ผู้ป่วยโรคติดเชื้อสุราจะกลับสู่สภาพแวดล้อมเดิม หากผู้ป่วยโรคติดเชื้อสุราได้รับแรงสนับสนุนที่ดี ผู้ป่วยโรคติดเชื้อสุราจะเกิดแรงจูงใจต่อการเลิกติดเชื้อสุราอย่างถาวร ในทางกลับกันหากผู้ป่วยโรคติดเชื้อสุราไม่สามารถทนต่อแรงกระตุ้นต่อการติดเชื้อสุราได้ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อสุรากลุ่มนี้จะไม่สามารถผ่านขั้นกระทำต่อเนื่อง

(maintenance stage) มักพบพฤติกรรมกลับไปติ่มสุราซ้ำ ภายในระยะเวลา 6 เดือน ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคติดสุราและสารเสพติดตามรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK model) ในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี เพื่อคัดแยกกลุ่มผู้ป่วยที่เลิกติ่มสุราอย่างถาวรออกจากกลุ่มผู้ป่วยที่ยังคงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีโอกาสกลับไปติ่มสุราซ้ำได้

2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคติดสุรา

2.1 ความหมายของโรคติดสุรา

สมภพ เรื่องตระกูล (2545) ได้ให้ความหมายของโรคติดสุรา เป็นภาวะที่ผู้ป่วยโรคติดสุราจะมีอาการดี้อาหรือขาดยา ซึ่งจะเกิดภายหลังลดปริมาณการติ่มลงมาเป็นเวลา 12 ชั่วโมง อาการขาดสุราจะเกิดกับผู้ที่ติ่มปริมาณมากและเป็นเวลานาน เมื่อติ่มจนไม่สามารถยับยั้งได้ ผู้ป่วยจะใช้เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการแสวงหาและการติ่มสุรา รวมทั้งการติ่มอย่างต่อเนื่องแม้จะมีปัญหาทางจิตใจและร่างกาย

ธรณินทร์ กองสุข (2547) ได้ให้ความหมายของโรคติดสุรา คือ เป็นการติ่มแอลกอฮอล์จนติด ซึ่งการติดสุราจะไม่ใช่เพียงรูปแบบของพฤติกรรมติ่มซ้ำ ๆ เท่านั้น แต่จะมีความผิดปกติด้านพฤติกรรม ความคิด และทางร่างกายร่วมด้วย ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้มักจะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน มีลักษณะที่สำคัญคือ ผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมติ่มสุราของตนเองได้ มีความรู้สึกอยากติ่มรุนแรง ให้ความสำคัญกับการติ่มสุรามากกว่าการทำกิจกรรมอื่น ๆ เกิดอาการขาดสุราในบางราย และยังคงใช้สุราต่อไปแม้ว่าจะเกิดอันตรายต่อร่างกายขึ้นก็ตาม

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2014) ได้ให้ความหมายของโรคติดสุรา คือกลุ่มของความผิดปกติทางด้านร่างกาย ความคิดและพฤติกรรม ที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากกว่าการใช้จากบุคคลปกติ โดยเป็นลักษณะของความต้องการที่จะใช้แอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากขึ้น และไม่สามารถควบคุมการติ่ม และเกิดอาการทนต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ มีอาการถอนพิษเมื่อร่างกายขาดแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นการแสดงถึงการเสพติดแอลกอฮอล์ทางด้านร่างกาย รวมถึงการกลับไปเสพติดแอลกอฮอล์ซ้ำหลังจากที่หยุดติ่มโดยไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคติดสุราทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2005) ได้ให้ความหมายของโรคติดสุรา คือ ความผิดปกติของการติ่มสุราจนทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ต่อสังคม ถือเป็นภาวะเจ็บป่วยชนิดหนึ่งซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการติ่มสุราในปริมาณที่มาก และเป็นเวลานาน

ความหมายของโรคติดสุราที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า หมายถึง พฤติกรรมติ่มสุราเป็นเวลานาน ติ่มเป็นประจำ ไม่สามารถควบคุมปริมาณการติ่มของตนเองได้ มีอาการถอนพิษสุราเมื่อ

หยุดดื่ม มีความผิดปกติต่อร่างกาย จิตใจและสังคม ผู้ป่วยมีความต้องการดื่มอย่างต่อเนื่องถึงแม้จะมีผลกระทบเกิดขึ้น

2.2 การวินิจฉัยการติดสุรา การวินิจฉัยการติดสุราโดยใช้ระบบการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification Diagnostic [ICD-10], 1999) ได้จำแนกความผิดปกติทางจิต และพฤติกรรมที่เกิดจากการดื่มสุรา ดังนี้

F 10.0 Acute Intoxication ภาวะพิษสุราเฉียบพลัน

F 10.1 Harmful Use การใช้สุราอย่างอันตราย

F 10.2 Dependence Syndrome กลุ่มอาการติดสุรา

F 10.3 Alcohol withdrawal ภาวะถอนพิษสุรา

F 10.4 Alcohol withdrawal with delirium ภาวะถอนพิษสุราแบบเพ้อคลั่ง

F 10.5 Alcohol-induced psychotic disorder โรคจิตจากสุรา

F 10.6 Alcohol-reduced persisting amnesic disorder อาการหลงลืมจากการดื่มสุรา

F 10.7 Alcohol-induced residual and late-onset psychotic disorder โรคจิตจากสุราเรื้อรัง

F 10.8 Alcohol-induced mood disorder function กลุ่มอาการผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอื่น ๆ

F 10.9 Alcohol-related disorder not otherwise specified กลุ่มอาการผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอื่นที่ไม่ได้ระบุจำแนกไว้ชนิดใดชนิดหนึ่งดังรายละเอียดที่กล่าวไว้ข้างต้น

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดสุราโดยใช้ระบบการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification Diagnostic [ICD-10], 1999) ที่มีการจำแนกความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมการดื่มสุรา คัดเลือกผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์มีภาวะความเจ็บป่วยอยู่ในกลุ่มอาการติดสุรา (Alcohol dependence : F 10.2) เข้ากลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการต่อไปนี้ 3 อาการ หรือมากกว่าร่วมกันอย่างน้อยนาน 1 เดือน หรือถ้าคงอยู่นานน้อยกว่า 1 เดือน อาการดังกล่าวต้องเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) มีความต้องการอยากดื่มสุรามากหรือต้องการที่จะดื่มสุราซ้ำ

2) มีการควบคุมการดื่มไม่ค่อยได้ ทั้งในปริมาณการดื่ม การหยุดดื่ม โดยพิจารณาจากปริมาณการดื่มที่มากกว่าหรือนานกว่าที่ตั้งใจไว้ มีความอยากดื่มตลอด มีความพยายามที่จะลดหรือควบคุมการดื่มสุรา แต่ทำไม่สำเร็จ

3) เกิดภาวะถอนพิษสุราเมื่อลดสุรา หรือหยุดดื่ม แสดงโดยมีอาการขาดสุรา หากดื่มสุราหรือสารใกล้เคียงจะช่วยบรรเทาอาการขาดสุราที่เกิดขึ้นได้

4) มีการทนต่อฤทธิ์ของสุราเพิ่มขึ้น ได้แก่ ต้องการการดื่มสุราในปริมาณที่มากขึ้น เพื่อให้ได้ฤทธิ์ตามที่ต้องการ หรือมีฤทธิ์ของการดื่มสุราลดลงอย่างชัดเจนหากคงดื่มในปริมาณเท่าเดิม

5) ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดื่มสุรา โดยลดกิจกรรมที่เคยเข้าร่วมกับสังคมหรือเคยสนใจ

6) ยังคงดื่มสุราอยู่ทั้งที่ทราบว่าจะเกิดผลกระทบที่อันตรายจากการดื่มสุราเกิดขึ้น

สรุปการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคติดสุราที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นเวลานาน ดื่มเป็นประจำ ไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มของตนเองได้ มีอาการถอนพิษสุราเมื่อหยุดดื่ม มีความผิดปกติต่อร่างกาย จิตใจและสังคม ผู้ป่วยมีความต้องการดื่มอย่างต่อเนื่องถึงแม้จะมีผลกระทบเกิดขึ้น ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา (Alcohol dependence : F 10.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) จากประวัติการเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

2.3 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุรา การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็น 2 ขั้นตอนหลัก และมีรูปแบบการให้บริการ ดังนี้

2.3.1 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราทั่วไป

2.3.1.1 การรักษาทางชีวภาพ (Biological intervention) เป็นการรักษาเพื่อแก้ไขหรือลดภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา ผู้ป่วยจะมีอาการเกิดขึ้นภายหลังหยุดดื่มสุรา อาจมีอาการเพียงเล็กน้อย ได้แก่ มือสั่น นอนไม่หลับจนกระทั่งมีอาการรุนแรง ประสาทหลอน เพื่อสับสน ชักเกร็งกระตุก อาการถอนพิษสุราสามารถป้องกันได้ หากเริ่มมีอาการสามารถควบคุมอาการให้สงบและดีขึ้นได้ โดยการให้ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepine) ยากลุ่มนี้มีที่ประเภทยอกฤทธิ์สั้นและออกฤทธิ์ยาว ควบคุมการใช้โดยจิตแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา (พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนวพร ทิรัญวิวัฒน์กุล, 2549)

2.3.1.2 การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial intervention) การรักษาทางจิตสังคม โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้ป่วยโรคติดสุราได้ฟื้นฟูสมรรถภาพจิตใจและสังคมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราหรือหยุดดื่มได้นานที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รูปแบบการบำบัดมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การบำบัด 12 ขั้นตอนตามแนววิถีพุทธ การสร้างเสริมแรงจูงใจ (Motivation Interview) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแนวคิด (Cognitive Behavior Therapy) การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) การให้คำปรึกษารายบุคคล (Brief Counseling) การให้ความรู้

ครอบครัวผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (Family Education) การให้คำปรึกษาครอบครัวและญาติขั้นต้นเพื่อความเข้าใจผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

2.3.2 รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

2.3.2.1 รูปแบบการดูแลในแผนกผู้ป่วยนอก ประกอบไปด้วย 1) การคัดกรองปัญหาสุขภาพกายและจิตเบื้องต้น เป็นการคัดกรองปัญหาพฤติกรรมการติดเชื้อและให้การบำบัดแบบสั้น รวมไปถึงการประเมินปัญหาทางด้านสังคม 2) การประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่ การสร้างแรงจูงใจ รวมไปถึงการวางแผนบำบัดฟื้นฟู 3) การให้การบำบัดแบบสั้นที่เหมาะสมและส่งต่อการรักษา เป็นการคัดแยกกลุ่มพฤติกรรมการติดเชื้อและให้ความรู้แบบสั้นขั้นต้น Brief Advice (BA), Brief Intervention (BI), Brief Counseling (BC), Motivation Interview(MI), Family Education ที่ได้นำมาประยุกต์ใช้ให้กับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ การให้คำปรึกษาครอบครัวและญาติขั้นต้นเพื่อความเข้าใจผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการอาจจะเป็นผู้ป่วยรายใหม่หรือผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาโรครื้อมาแล้ว

2.3.2.2 แนวทางการดูแลในแผนกผู้ป่วยใน ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission phase) ประเมินอาการถอนพิษสุราซึ่งเกิดจากผู้ติดเชื้อสุราเป็นระยะเวลา 12-18 ชั่วโมง อาการของภาวะขาดสุรา ได้แก่ เหงื่อออกมาก ชีพจรเต้นเร็ว มือสั่น คลื่นไส้ อาเจียน อาการประสาทหลอนทางตาหรือหู บางรายมีอาการรุนแรงเพื่อหลีกเลี่ยงถึงขั้นชักได้ โดยการใช้แบบประเมินอาการถอนพิษสุราซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ อธิบายทำความเข้าใจและข้อตกลงการรักษากับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเตรียมความพร้อมและจิตใจก่อนการบำบัด เป็นการรักษาภาวะขาดสุรา 2) ระยะการบำบัดด้วยยา (Treatment phase) เป็นการรักษาอาการทางกายจากภาวะถอนพิษสุราเพื่อลดภาวะไม่สุขสบายและลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะถอนพิษสุราร่วมกับได้รับการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจไปพร้อม ๆ กัน โดยการทำกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและวางแผนการบำบัดได้สอดคล้องกับ Stage of Change 4 3) ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation phase) ในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคติดเชื้อและสารเสพติดรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK model) ระยะเวลาในการบำบัด 28 วัน รูปแบบการบำบัดเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ดำเนินกิจกรรมตามกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ ได้แก่ การบำบัด 12 ขั้นตอนตามแนววิถีพุทธ , การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interview), กลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy), กลุ่มครอบครัวศึกษา (Family Psycho education) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) และทักษะชีวิต (Life Skill) ประเมินระยะเวลาในการบำบัดตามพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโดยจิตแพทย์ 4) ระยะติดตามการรักษา (After phase)

การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการปรับตัวที่บ้าน เป็นการเตรียมตัวผู้ป่วยโดยการบำบัดรักษาที่ใช้ประยุกต์มาจากการบำบัดผู้ติดสุราทั่วไป มีการประเมินครอบครัวและให้สุขภาพจิตศึกษาในครอบครัว การดูแลแบบรายกรณี (case management) และมีการวางแผนการจำหน่ายร่วมกับญาติ

2.3.3 แนวทางการติดตามผู้ป่วยหลังการจำหน่าย การวางแผนการติดตามผู้ป่วย หลังการจำหน่าย เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วย ซึ่งการให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจะช่วยให้เกิดความปลอดภัยจากโรคของผู้ป่วยในขณะนั้น ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวช ร่วมมีความคิด การตัดสินใจค่อนข้างต่ำ แรงจูงใจไม่ดี ครอบครัวเพื่อนายไม่ให้ความร่วมมือ การติดตามผู้ป่วยหลังการจำหน่ายจึงมีความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจาก โรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยมีแนวทางดังต่อไปนี้ 1) การติดตามแบบตั้งรับ เช่น ผู้ป่วยที่มาที่แผนกผู้ป่วย นอกตามแพทย์นัด 2) การติดตามเชิงรุก เช่น การลงเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน 3) การติดตามดูแลแบบ รายกรณี (Case management) 4) การเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว 5) การติดตามโดย โรงพยาบาลเครือข่าย

ผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ามารับการบำบัดรักษาควรได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และ สังคมอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การบำบัดทางด้านจิตสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะที่ ได้รับจากการบำบัดมาใช้ในชีวิตจริงในชุมชน เพื่อให้สามารถควบคุมการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง ใน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษากับผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าใน แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้รูปแบบการบำบัดแบบสั้นร่วมกับคู่สมรส เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่สมรสฝึกทักษะ ต่างๆ จากการโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสนำไปใช้กับสถานการณ์สิ่งแวดล้อมจริงได้

2.4 บทบาททางการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุรา แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราผู้วิจัย ใช้หลักการของกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน (Nursing Process) มาเป็นแนวทางในการดูแล ผู้ป่วยเพื่อให้มีการดูแลที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคติดสุราสูงสุด (ฉวีวรรณ ปัจจุบัน 2545: 222-226) ประกอบไปด้วยขั้นตอน ดังนี้

2.4.1 ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment) คือการเก็บรวบรวม ข้อมูลที่สำคัญและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างเป็นองค์ รวมซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้เข้ารับการดูแลรักษา การประเมิน ภาวะสุขภาพที่สำคัญในผู้ป่วยโรคติดสุรา ได้แก่ ภาวะสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต อารมณ์ พฤติกรรม ประวัติการใช้สุรา ครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ความเสี่ยงต่อการไปดื่มสุราซ้ำ

2.4.2 ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) โดยพยาบาล นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยแรกรับมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยที่

เกิดขึ้น เช่น เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง มีความวิตกกังวล เสี่ยงต่อการกลับไปใช้สุราซ้ำ ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง เป็นต้น

2.4.3 ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือการวางแผนระยะสั้นและระยะยาว 1) การวางแผนระยะสั้น เป็นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วย ขณะที่ทำการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล เช่น การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา การป้องกันอันตรายจากภาวะถอนพิษสุรา การป้องกันการได้รับอันตรายจากอาการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย 2) การวางแผนระยะยาว เป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจากที่ผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร่วมกันวางแผนกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ใช้ชีวิตได้อย่างเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน เช่น การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย การสนับสนุนผู้ป่วยในการทำหน้าที่การงานของตนเองที่เหมาะสม การให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง อย่างเป็นองค์รวม การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นชีวิตประจำวันได้ การป้องกันการกลับไปใช้สุราซ้ำ

2.4.4 ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing intervention) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ทักษะการพยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การดูแลผู้ป่วยโดยครอบคลุมปัญหาผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม การสังเกตอาการ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสม การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะถอนพิษสุรา การประเมินโรคร่วมและอาการแสดงของโรคทางจิตเวช การให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพ การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การดูแลป้องกันผู้ป่วยไม่ให้กลับไปบริโภคสุราซ้ำ เป็นต้น

2.4.5 ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ให้กับผู้ป่วยโดยพิจารณาจากเกณฑ์การประเมินผลที่ได้กำหนดไว้ และติดตามปัญหาที่ยังมีอยู่อย่างต่อเนื่อง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราต้องมีการประเมินและให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์ของผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาลนี้ให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรารายบุคคล

3. แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในผู้ป่วยโรคติดสุรา

3.1 ความหมายของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในผู้ป่วยโรคติดสุรา สามีและภรรยาเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่สุดในครอบครัว เพราะถ้าหากความสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยามีความรักใคร่ เข้าใจซึ่งกันและกัน พยายามปรับตัวเข้าหากันมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ตลอดจนรับผิดชอบและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ภายในครอบครัวร่วมกัน ย่อมทำให้ครอบครัวนั้นราบรื่นและมั่นคงแต่ในทางตรงข้ามกัน

หากสามีและภรรยาไม่สัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีต่อกัน ขาดความเข้าใจไม่รักใคร่ปรองดองและขาดความรับผิดชอบร่วมกันแล้ว ย่อมเกิดความขัดแย้งกันอยู่เสมอ อาจทำให้ครอบครัวเกิดความแตกแยกนำไปสู่ปัญหาสังคมในที่สุด (สุรวุฒน คูวิเศษแสง, 2545) จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายของสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสไว้ดังนี้

เอมอร์ จาร์จซี (2543) ได้ให้ความหมายของสัมพันธ์ภาพของคู่สมรส หมายถึง ปริมาณการรับรู้และแสดงออกถึงความผูกพันที่สามีและภรรยาต่อกันในด้านต่าง ๆ คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ ได้แก่ การให้ความรัก ให้ความยกย่อง ไว้วางใจ ฯ การสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ ของขวัญ หรือทรัพย์สินในโอกาสต่าง ๆ การแบ่งปันเวลา และแรงงานซึ่งกันและกัน และการสื่อสารระหว่างคู่สมรส

Cronewett, L.R & Kunst Wilson (1981) ได้ให้ความหมายของสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 คน ที่มีความผูกพันและสนิทสนมคุ้นเคยกัน และเป็นความผูกพันที่เกิดขึ้นโดยความสมัครใจทั้ง 2 ฝ่าย สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสเป็นสัมพันธ์ภาพแห่งการสนับสนุนด้านอารมณ์ และเป็นสัมพันธ์ภาพที่มีการยึดเหนี่ยวกันอย่างเหนียวแน่น คู่สมรสจึงเป็นแหล่งของการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพและมีความสำคัญมาก และถือได้ว่าเป็นแหล่งของการช่วยเหลือแหล่งแรกที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

สรุปแล้วสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสของผู้ป่วยโรคจิตตสุรา หมายถึง ความสัมพันธ์ของบุคคล 2 คน ที่มีปริมาณการรับรู้และแสดงออกถึงความผูกพันฉันท์สามีภรรยาในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม

3.2 ปัจจัยสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสที่มีผลต่อผู้ป่วยโรคจิตตสุรา สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสในผู้ป่วยโรคจิตตสุรามีความขัดแย้งต่อกันเป็นเรื่องธรรมดาแต่ถ้าปล่อยให้เกิดขึ้นบ่อย ๆ ไม่มีการปรับตัวเข้าหากันเพื่อแก้ไขความขัดแย้ง อาจจะทำให้เกิดปัญหาที่รุนแรง ผู้ป่วยโรคจิตตสุราเมื่อเกิดความเครียด ความซับซ้อนใจ ขาดที่พึ่งจะเป็นปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญต่อการดื่มสุราจนเกิดการติดซ้ำ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นมักเริ่มต้นจากการขาดทักษะในการสื่อสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์การที่เกิดการโต้เถียงซึ่งอาจนำไปสู่ความรุนแรงในครอบครัวได้ ปัญหานี้เกิดขึ้นจากคู่สมรสขาดทักษะในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและขาดทักษะการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม

3.2.1 การสื่อสารระหว่างคู่สมรส (Marital communication) ประสิทธิภาพการสื่อสาร (Effective communication) เป็นปัจจัยหลักที่สำคัญในการรักษาสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสในผู้ป่วยโรคจิตตสุราให้ดำเนินไปในทางที่ดี ประสิทธิภาพในการสื่อสาร หมายถึงกระบวนการแลกเปลี่ยนความคิด อารมณ์และความเชื่อ โดยใช้วัจนภาษาและอวัจนภาษาซึ่งฝ่ายหนึ่งสามารถเปิดเผยความรู้สึกนึกคิดและทำให้อีกฝ่ายพึงพอใจ

Stinnett และ Walters (1983) สรุปว่าประสิทธิภาพของการสื่อสารระหว่างคู่สมรส นั้นประกอบด้วย การพูดคุยกันอย่างสม่ำเสมอ มีการเปิดเผยตนเองระหว่างกัน การเป็นผู้ฟังที่ดีซึ่งกัน และกัน มีความเข้าใจความหมายในการสื่อสารที่ตรงกัน มีการสื่อสารแสดงความเห็นอกเห็นใจและให้ กำลังใจกัน ผู้ป่วยโรคจิตติสุราและคู่สมรสที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะมีการสื่อสารระหว่างกันอย่างมี ประสิทธิภาพ Bahr (1989) กล่าวว่าครอบครัวที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดี มีความพึงพอใจใน ชีวิตสมรสจะมีทักษะการสื่อสารมากกว่าครอบครัวที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเชิงลบ พบว่าไม่มี ความพึงพอใจในชีวิตสมรส และจากงานวิจัยของ Moore ,1983 (อ้างโดย ฉันทจิต จริยจรรยาโรจน์) สนับสนุนว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสต้องประกอบด้วยสัมพันธภาพที่มีพื้นฐานของเสรีภาพ ระหว่างสามีและภรรยา การรับรู้ต่อสิ่งที่ดีของกันและกัน การร่วมมือร่วมใจกันของสามีและภรรยา และการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งประสบการณ์ต่าง ๆ ที่สนับสนุนให้เกิดปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าว

การสื่อสารระหว่างคู่สมรส (Marital communication) มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจและความมั่นคงในชีวิตสมรส จากการศึกษาของ Kathryn Dindia และ Mary Anne Fitzpatrick (1986) ได้ศึกษาการสื่อสารในคู่สมรสด้านความพึงพอใจในชีวิตสมรส ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ระดับความพึงพอใจในความสัมพันธ์ รวมทั้งการรับรู้ ปฏิสัมพันธ์ และพฤติกรรมของคู่สมรส ซึ่งสรุปได้ ดังนี้

3.2.1.1 ความพึงพอใจในชีวิตสมรส (Marital Satisfaction) ความพึงพอใจใน ชีวิตสมรส หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตติสุราและคู่สมรสมีการปรับตัวเข้ากันได้ดี มีความเป็นหนึ่งเดียวกัน มีความสุข และคุณภาพชีวิตสมรสที่ดี โดยปราศจากความกดดัน ผู้ป่วยโรคจิตติสุราและคู่สมรสที่มี สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความสุขในชีวิตสมรสมีแนวโน้มที่ใช้วิธีแก้ไขปัญหามิใช่ในทางบวก และ ประนีประนอมกัน พยายามหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง ยอมรับในความคิดเห็นของอีกฝ่าย มีการสนับสนุน และให้กำลังใจกันอย่างสม่ำเสมอ คู่สมรสที่มีความสุขจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของแต่ละฝ่าย ให้ดีขึ้นได้และสามารถแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตสมรสต่ออีกฝ่ายหนึ่งได้อย่าง สะดวกใจ (จัสมิน สุวรรณชีพ, 2544)

3.2.1.2 คุณภาพชีวิตสมรส (Marital Quality) การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย โรคนิตติสุราและคู่สมรสเป็นส่วนสำคัญของคุณภาพชีวิตสมรสและความมั่นคงในชีวิตสมรส จาก งานวิจัยของ Lewis และ Spanier (อ้างโดย Bahr) พบว่าคุณภาพชีวิตสมรสที่ดีเกี่ยวข้องกับการ ปรับตัวที่ดี การสื่อสารระหว่างคู่สมรสที่ดี การมีความสุขในชีวิตสมรสสูง การมีความพึงพอใจซึ่งกัน และกัน การมีความขัดแย้งต่ำ การมีการประสานกันระหว่างคู่สมรสเป็นอย่างดี ซึ่งคุณภาพชีวิตสมรส ในลักษณะดังกล่าวอาจจะสูงหรือต่ำขึ้นอยู่กับการปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคจิตติสุราและคู่สมรสว่าจะ

แสดงออกต่อกันได้ดีเพียงใด และแต่ละคนจะปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของการเป็นสามีภรรยาได้มากน้อยเพียงใด จากการศึกษาของ Nicholas Stinnette (1983:27-28) ได้ให้แนวคิดว่าคุณสมบัติของครอบครัวที่มีคุณภาพนั้น ได้แก่ การชื่นชมคุณค่าของคนในครอบครัว การมีเวลาอยู่ร่วมกัน การมีพันธะต่อความสุขและสวัสดิการของครอบครัวร่วมกัน การติดต่อสื่อสารระหว่างกันที่ดี การมีศรัทธาต่อศาสนา การมีความสามารถในการจัดการกับวิกฤติในครอบครัวได้ดี หากครอบครัวนำไปประยุกต์ปฏิบัติให้เข้ากับสถานการณ์และโอกาสที่เหมาะสมแล้ว ย่อมนำไปสู่สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดี

3.2.1.3 การปรับตัวในชีวิตสมรส (Marital Adjustment) ได้แก่

1) การปรับตัวเข้าหากันอย่างอะลุ่มอล่วย (Compromise) ใช้ความประนีประนอมต่อกัน คู่สมรสจะเกิดความพอใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน สร้างความรู้สึกมั่นคงอีกทั้งยังเป็นการแสดงความเสียสละ ไม่เห็นแก่ตัวอีกด้วย

2) การปรองดองกัน (Accommodation) โดยที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดยอมลงให้อีกฝ่ายหนึ่งเพื่อความสงบสุขของครอบครัว คู่สมรสต้องไม่มีทิฐิและไม่ต่อต้านกัน พยายามร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น แม้ว่าในบางครั้งคู่สมรสอาจมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันออกไปบ้างแต่ต้องมีเป้าหมายร่วมกัน

3) ความขัดแย้งหรือเป็นปฏิปักษ์ต่อกัน (Hostility) คู่สมรสแต่ละฝ่ายอาจสร้างความตึงเครียดโดยไม่ยอมยืดหยุ่น ยึดความต้องการของตนแต่ฝ่ายเดียว ทำให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้งกันเพื่อระบายอารมณ์หรือความรู้สึกออกมา ซึ่งในทางที่เป็นผลดี เมื่อกลับมาคืนดีกันอาจทำให้คู่สมรสเข้าใจกัน เห็นอกเห็นใจกัน และรักกันมากขึ้น แต่ในทางกลับกัน ก็เป็นการเสี่ยงต่อการหย่าร้างได้ หากไม่เข้าใจกันและไม่ร่วมมือกัน

การปรับตัวเป็นรากฐานที่สำคัญสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่จะไปทิศทางดีหรือไม่ดี การปรับตัวไม่ใช่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเท่านั้นที่ปรับ แต่ต้องร่วมมือกันทั้งสองฝ่ายเพื่อเลือกแนวทางที่เหมาะสม

3.2.2 ความขัดแย้งในชีวิตสมรส (Marital conflict) ขัดแย้งในชีวิตสมรสของผู้ป่วยโรคจิตตสุราและคู่สมรสนั้นเป็นเรื่องที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่คู่จะสามารถรักษาชีวิตสมรสให้ดำเนินต่อไปได้นั้น ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยโรคจิตตสุราและคู่สมรสทั้งสองฝ่ายว่าจะสามารถตั้งสติและร่วมมือกันแก้ไขความขัดแย้งนั้นให้หมดไปหรือลดความรุนแรงของความขัดแย้งให้เหลือน้อยที่สุดการเรียนรู้และเข้าใจปัญหาหรือความขัดแย้งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะช่วยให้คู่สมรสสามารถแก้ไขและจัดการกับความขัดแย้งเหล่านั้นได้ดีขึ้น ผู้ป่วยโรคจิตตสุราและคู่สมรสจะต้องตระหนักว่า แม้ว่าความขัดแย้งเป็นสิ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่สามารถแก้ไขได้ บุคคลย่อมมีความแตกต่างกัน ทั้งค่านิยม ทัศนคติ หรือภูมิหลัง ดังนั้น เป็น

เรื่องปกติที่สามีมักรรยาจะมีความคิดเห็นไม่ตรงกันไปหมดทุกเรื่อง และคู่สามีมักรรยาที่มีเหตุผลต้องไม่คาดหวังว่าอีกฝ่ายหนึ่งจะต้องมีความคิดเห็นที่เหมือนกันเสมอไป ผู้ป่วยโรคจิตตสุราและคู่สมรสจำเป็นต้องประเมินว่าควรมีปฏิกริยาโต้ตอบต่อปฏิสัมพันธ์ในชีวิตสมรสอย่างไร เพื่อสร้างความพึงพอใจในชีวิตสมรส

3.2.2.1 ประโยชน์ของความขัดแย้ง เมื่อกล่าวถึงความขัดแย้ง เราจะมองว่าเป็นสิ่งที่ไม่ได้และพยายามหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดขึ้น นักจิตวิทยาและผู้ให้คำปรึกษาได้ชีวิตสมรสได้สรุปประโยชน์ของการขัดแย้ง ได้แก่

1) บรรเทาความตึงเครียด ความขัดแย้งเป็นประโยชน์และมีผลดีต่อสภาพจิตใจโดยช่วยลดความรู้สึกที่อัดอั้นอยู่ในใจ รวมทั้งความเป็นศัตรูต่อกันลงได้ เมื่อความรู้สึกด้านลบถูกแสดงออกมาอย่างเปิดเผย จะช่วยผ่อนคลายความเครียดหรือความเก็บกดภายในบุคคลออกมาได้

2) ลดความขุ่นเคืองใจ พฤติกรรมบางอย่างของคู่สมรสอาจสร้างความรู้สึกทางด้านลบให้เกิดขึ้นได้ การเปิดเผยความรู้สึกทางด้านลบออกมา จนอาจเกิดความขัดแย้งขึ้นนั้น เป็นการระบายความรู้สึกไม่พอใจ และช่วยลดความขุ่นเคืองใจลงไปได้

3) ชี้ให้เห็นปัญหา ความขัดแย้งช่วยชี้ชัดว่าปัญหาในชีวิตสมรสที่แท้จริงคืออะไร ความขัดแย้งช่วยเปิดเผยประเด็นปัญหาที่แท้จริง ดังนั้น จึงสามารถตัดประเด็นที่ไม่เกี่ยวข้องทิ้งไป และยังขจัดความเข้าใจผิดลงได้ เมื่อปัญหาที่แท้จริงชี้ชัดออกมาคู่สมรสทั้งสองฝ่ายจะได้ไตร่ตรองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง และช่วยเพิ่มโอกาสในการแก้ไขปัญหาที่ยุ่ยากให้ลุล่วงไปได้ 4) เพิ่มความเข้าใจซึ่งกันและกันของคู่สมรส ความขัดแย้งให้ประโยชน์อย่างยิ่ง เนื่องจากช่วยพัฒนาความเข้าใจระหว่างกัน และทำให้ตระหนักถึงคุณค่าซึ่งกันและกัน

5) ทำให้เห็นคุณค่าของความสัมพันธ์ คู่สมรสบางคู่ที่ผ่านช่วงเวลาความขัดแย้งและความบาดหมางหรือความห่างเหินระหว่างกัน เมื่อผ่านช่วงเวลานั้นไปได้แล้ว จะช่วยให้ตระหนักถึงความรู้สึกดี ๆ ต่อกันอีกครั้ง

3.2.2.2 ผลเสียของความขัดแย้ง ผลลบของความขัดแย้งนำไปสู่การทำลายความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส ยิ่งไปกว่านั้นความขัดแย้งที่ไม่สามารถแก้ไขได้จะสร้างความกดดันและความไม่ลงรอยกันขึ้น ความขัดแย้งนำไปสู่การทำลายคุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกทางด้านลบและเป็นสาเหตุของความห่างเหินระหว่างสามีมักรรยา และผลที่เลวร้ายที่สุดคือนำไปสู่การหย่าร้าง

3.2.2.3 สาเหตุของความขัดแย้ง โดยทั่วไปความขัดแย้งเกิดจากความแตกต่างระหว่างบุคคลทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ความแตกต่างนี้เกิดเนื่องมาจากประสบการณ์ของบุคคล เมื่อคู่สมรสจัดการความแตกต่างได้ไม่ดีพอก็ทำให้เกิดความขัดแย้งขึ้นมาและ

กลายเป็นปัญหารุนแรงในที่สุด การที่คู่สมรสจัดการกับความแตกต่างไม่ได้นั้น เนื่องจากสาเหตุหลายอย่าง เช่น การไม่ยอมซึ่งกันและกัน การยึดถือความคิดของตนเองเป็นใหญ่ การมองความจริงเพียงด้านเดียว การมีอคติและมุมมองที่แคบ รวมทั้งความเปราะบางและความไวทางอารมณ์ (อุมาพร ตรังสมบัติ, 2545)

3.3 การแก้ไขปัญหสัมพันธ์ภาพโดยคู่สมรสของผู้ป่วยโรคจิตตสุรา ปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสเกิดจากความขัดแย้งซึ่งกันและกัน ซึ่งความขัดแย้งเป็นเรื่องธรรมดาของความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา ซึ่งความขัดแย้งในชีวิตสมรสเกิดจากการที่คู่สมรสมีปฏิสัมพันธ์ที่ขัดกัน เช่น มีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ไม่รับรู้หรือไม่เข้าใจความรู้สึกของคู่สมรสอีกฝ่ายหนึ่ง การสื่อสารที่ไม่เข้าใจกัน หรือมีบทบาทที่ไม่สอดคล้องกัน เป็นต้น ซึ่งความขัดแย้งนี้นำไปสู่การหย่าร้างขึ้นได้ หากว่าคู่สมรสไม่พยายามเข้าใจซึ่งกันและกัน หรือไม่ร่วมมือกันหาทางเลือกที่ดีในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การจัดการกับความขัดแย้ง (Conflict Management) เป็นการพยายามหาวิธีแก้ไขหรือจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นให้หมดไป หรือบรรเทาความขัดแย้งนั้นให้ลดความรุนแรงลง เพื่อให้ความสัมพันธ์ดำเนินต่อไป การเข้าใจว่าสิ่งใดเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความขัดแย้งขึ้นในชีวิตสมรสเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาและปรับปรุงการวางแผนการสื่อสารในครอบครัว เพื่อช่วยให้คู่สมรสจัดการกับความขัดแย้งอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Fitzpatrick, 1986) ในผู้ป่วยโรคจิตตสุรา พฤติกรรมการดื่มสุราจนถึงระดับติดจะส่งผลต่อสมองทำให้ผู้ป่วยโรคจิตตสุรา มีการรู้คิด จำจด และการจัดการทางอารมณ์ผิดปกติไป ผู้ป่วยโรคจิตตสุราจะมีอารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงาย มีความเปราะบางทางอารมณ์เมื่อเกิดการทะเลาะเบาะแว้งผู้ป่วยโรคจิตตสุราจะแสดงอารมณ์ก้าวร้าว มักจะพบปัญหาการใช้ความรุนแรงในครอบครัว คู่สมรสของผู้ป่วยโรคจิตตสุราจึงจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการจัดการทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคจิตตสุรา รู้ทันต่อปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยกระตุ้นทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคจิตตสุรา เพื่อหลีกเลี่ยงและจัดการกับการขัดแย้งระหว่างคู่สมรสอย่างเหมาะสม ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยโรคจิตตสุราไม่มีกระตุ้นทางอารมณ์จากการขัดแย้งระหว่างคู่สมรส มีความมั่นคงทางอารมณ์มากขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกปลอดภัย มีความสุขในชีวิตสมรส มีแนวป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ทำให้เกิดแรงจูงใจต่อการเลิกดื่มสุราอย่างถาวร

Glamble and Glamble (Barker and Gust ;149-150) เสนอว่าในการจัดการกับความขัดแย้งระหว่างบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพนั้น มีหลักที่สำคัญอยู่ 6 ประการ ดังต่อไปนี้

1) ต้องตระหนักว่าความขัดแย้งสามารถระงับลงได้โดยการใช้เหตุผล ความขัดแย้งจะมีโอกาสแก้ไขได้ดียิ่งขึ้น ถ้าผู้ที่ขัดแย้งกันรู้ดีว่ามีทางออก โดยอาจถอนตัวออกจากการ

โต้เถียงหรือยอมอีกฝ่ายหนึ่ง หรือหันเหความสนใจไปจากเรื่องนั้น ค้นหาสาเหตุหรือข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น โดยไม่กล่าวโทษกันหรือไม่พยายามบังคับให้อีกฝ่ายหนึ่งยอมรับความคิดเห็นของตน

2) หากอธิบายความขัดแย้งที่เกิดขึ้น ต้องหาคำตอบให้ได้เสียก่อนว่า ทำไมจึงเกิดความขัดแย้งขึ้น อะไรเป็นจุดที่ก่อให้เกิดความไม่ขัดแย้ง ฝ่ายใดที่มีความรู้สึกรุนแรงต่อประเด็นที่ขัดแย้ง และจากนั้นหาวิธีที่จะทำให้ชนะทั้งสองฝ่าย กล่าวคือ ทั้งสองฝ่ายพอใจนั่นเอง

3) ตรวจสอบความเข้าใจให้ถูกต้อง ความเข้าใจผิดต่อพฤติกรรมของผู้อื่น อาจเกิดขึ้นได้เสมอ ดังนั้นจึงต้องพิจารณาว่าท่านเข้าใจอีกฝ่ายหนึ่งถูกต้องแล้วหรือไม่

4) เสนอแนะแนวทางที่เป็นไปได้ จุดประสงค์ของข้อนี้คือ การร่วมมือกันหาทางแก้ไขโดยประเมินว่าข้อเสนอใดเหมาะสมที่สุด โดยการ ประเมินทางแก้ปัญหาและเลือกวิธีที่ดีที่สุด พิจารณาว่าวิธีใดที่นำไปสู่ชัยชนะของทั้งสองฝ่าย จากนั้นจึงเลือกวิธีที่ผู้ขัดแย้งทั้งสองฝ่ายเป็นผู้ชนะ และทดลองใช้แนวทางการแก้ปัญหาและประเมินผล พิจารณาว่าทางเลือกที่เลือกนั้นใช้ได้ผลหรือไม่ การแก้ไขความขัดแย้งมี 4 วิธี ได้แก่

- การประนีประนอม (Compromise) คือการที่คู่สมรสปรับสถานการณ์ให้ทั้งสองฝ่ายต่างแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความต้องการ เพื่อให้ทราบความรู้สึกหรือความต้องการที่แท้จริงของทั้งสองฝ่าย แล้วค่อยหาวิธีหรือเลือกทางที่ทั้งสองฝ่ายพอใจ

- การแข่งขัน (Competition) การที่คู่สมรสคาดการณ์ว่าใครเป็นผู้ชนะ และใครเป็นผู้แพ้ โดยอยู่ภายใต้เงื่อนไข ซึ่งหากเป็นความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นการแข่งขันจะไม่รุนแรง และความขัดแย้งนั้นอาจนำไปสู่ความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น

- การปรับให้เหมาะสม (Accommodation) หมายความว่าคู่สมรสพยายามที่จะลดความขัดแย้งลงโดยการปรับอารมณ์หรือความรู้สึกของอีกฝ่ายให้สงบลง

- การหลีกเลี่ยง (Avoidance) เป็นอีกวิธีหนึ่งซึ่งคู่สมรสจะต้องหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง โดยอาจเดินออกไป หรือหันเหความสนใจโดยการเปลี่ยนเรื่องหรือใช้อารมณ์ขัน เป็นต้น

โดยสรุปแล้ว สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในผู้ป่วยโรคจิตสุราจะมีการสื่อสารระหว่างกันเป็นตัวเชื่อมเพื่อพัฒนาความสัมพันธ์ เพื่อให้มีความพึงพอใจในชีวิตสมรส แต่อย่างไรก็ตามสามีภรรยาที่มีความขัดแย้งเกิดขึ้นอยู่บ่อยครั้ง มีความอึดอัด ขบข้องใจ คู่สมรสจึงจำเป็นต้องมีการแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้นร่วมกันอย่างเหมาะสมเพื่อคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดี

4. แนวคิดการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นในผู้ป่วยโรคติดสุรา

4.1 ความหมายของโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น

O'Farrell (2003) ได้ให้ความหมายของการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส ในกระบวนการสร้างเสริมสัมพันธ์ภาพในการบำบัดคู่สมรส (Relationship-Focused Interventions in Behavior Couple Therapy) หมายถึง กระบวนการที่คู่สมรสและผู้ป่วยโรคติดสุราเปิดใจรับซึ่งกันและกันได้ ตกลงสร้างพฤติกรรมทางบวกร่วมกัน ภายใต้เงื่อนไขที่ทั้งคู่ได้ตกลงกันได้ โดยดำเนินการเป็นรายกลุ่มร่วมกับครอบครัวผู้ติดสุราอื่น ๆ ดำเนินกิจกรรมควบคู่ไปกับการบำบัดผู้ป่วยตามกระบวนการของการบำบัดคู่สมรส

Fals-Stewart et al. (2005) ได้ให้ความหมายของการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น หมายถึง กระบวนการที่คู่สมรสและผู้ป่วยโรคติดสุรา ตกลงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งกันและกันในทางบวก โดยมุ่งเน้นสร้างความสัมพันธ์ที่ดีซึ่งกันและกัน มีการสื่อสารร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ มีกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวและระหว่างคู่สมรส ให้ความเคารพและเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน เมื่อมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันผู้ป่วยจะมีแหล่งพึ่งพิงสนับสนุนรวมถึงเป็นแรงจูงใจต่อการเลิกพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างถาวร

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า โปรแกรมการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส หมายถึง กระบวนการที่คู่สมรสและผู้ป่วยโรคติดสุรา มีความร่วมมือเรียนรู้ซึ่งกันและกัน พัฒนาทักษะทางการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ พัฒนาพฤติกรรมทางบวกร่วมกันเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกัน โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนที่ดี มีคู่สมรสที่รู้และเข้าใจต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคติดสุราและสามารถป้องกันสถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุราได้

4.2 หลักการและแนวคิดของการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น

โปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพคู่สมรส (Brief Relationship Therapy ; BRT) พัฒนามาจากโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมคู่สมรส (Behavioral Couples Therapy ; BCT) โดย O'Farrell and Schein (2011) ประกอบไปด้วย 1) การบำบัดรายบุคคล Substance-Focused Interventions 2) การบำบัดเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ Relationship-Focused Interventions ซึ่งในโปรแกรม BRT ใช้การบำบัดเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพเท่านั้น ซึ่งมีแนวคิดที่เมื่อถึงระยะของการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการฟื้นคืน (Recovery contract) โดยพบว่าภายหลังการบำบัดสมาชิกในครอบครัวยังคงมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจากการดื่มสุราที่ผ่านมา มีความกลัว ความหวาดระแวงและความไม่ไว้วางใจต่อผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยโรคติดสุรามีความรู้สึกผิดต่อตนเอง ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และมีความคาดหวังว่าจะได้รับการต้อนรับที่ดีจากครอบครัวเมื่อกลับไปถึงบ้าน ความรู้สึกเหล่านี้ทำให้เกิดบรรยากาศตึงเครียดขึ้นในครอบครัว ผู้ป่วยจะรู้สึกเกิดความอึดอัดและหันกลับมาดื่มสุราอีกครั้งในที่สุด ปัญหาเบื้องต้นที่

มักจะพบในครอบครัวผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่กลับมาตีซ้ำ คือ มีความขัดแย้งกันระหว่างคู่สมรสและมีการสื่อสารระหว่างกันอย่างไม่มีประสิทธิภาพ เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง มีพฤติกรรมใช้ความรุนแรง ซึ่งพบว่าในช่วง 1-2 ปีแรกของการอยู่ร่วมกันระหว่างคู่สมรสในครอบครัวผู้ป่วยโรคติดเชื้อภายหลังการบำบัดมักจะเกิดการหย่าร้าง ครอบครัวแตกแยก การลดสถานะความตึงเครียดในครอบครัวภายหลังการบำบัด บุคคลที่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อครอบครัวที่สุดคือคู่สมรสของผู้ป่วย จึงจำเป็นจะต้องมีการปรับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเป็นไปในทางที่ดีต่อผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เพื่อให้โอกาสและความไว้วางใจต่อผู้ป่วย

4.3 เป้าหมายหลักของการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น การบำบัดสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวมีความมุ่งมั่นที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสมี 2 เป้าหมายหลัก คือ 1) การเพิ่มความรู้สึกในเชิงบวก ค่านิยม และความเชื่อมั่นต่อความสัมพันธ์ของคู่สมรส 2) เพื่อฝึกทักษะการสื่อสารในการแก้ไขข้อขัดแย้ง ปัญหา และความต้องการระหว่างกันเพื่อให้เกิดพฤติกรรมในเชิงบวกเกิดขึ้น แบ่งออกเป็นหัวข้อหลักได้ ดังนี้

4.3.1 เพิ่มกิจกรรมทางบวก (Increasing positive activities)

4.3.1.1 แนะนำให้คู่สมรสทำกิจกรรมที่ดีต่อกัน (Catch your partner doing something nice) เป็นการบอกให้คู่สมรสหาโอกาสทำกิจกรรมที่ดีต่อคนอื่น เรียนรู้และเข้าใจซึ่งกันและกัน อะไรที่ชอบ อะไรที่ไม่ชอบ จัดเป็นกิจกรรมเล็ก ๆ ให้แก่กัน ครั้งละ 2-5 นาทีในทุก ๆ วัน สังเกตและบันทึกข้อมูล สีหน้า ท่าทาง รอยยิ้ม เสียงหัวเราะของแต่ละฝ่ายที่ได้กิจกรรมที่ดี ไม่เพียงแต่คู่สมรส อาจเป็นสมาชิกในครอบครัวคนอื่นก็ได้

4.3.1.2 แนะนำให้คู่สมรสจัดกิจกรรมร่วมกัน (Shared rewarding activities “Caring day” assignment) ครอบครัวผู้ป่วยโรคติดเชื้อมักจะหยุดกิจกรรมภายในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเกิดความเจ็บป่วย เนื่องจากความตึงเครียดภายในครอบครัวที่เกิดขึ้น ความรู้สึกอับอายต่อผู้คนที่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งการมีกิจกรรมร่วมกันเป็นตัวช่วยหนึ่งที่จะทำให้เกิดความสัมพันธ์ภายในครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อรู้สึกมีคุณค่าและได้รับการยอมรับ สร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา การทำกิจกรรมร่วมกันจะทำให้พบปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้า และมีการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน สร้างความคุ้นเคยต่อกัน มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมากขึ้น โดยให้ผู้ป่วยและคู่สมรสนัดกันทำกิจกรรมร่วมกันอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ แต่หากเกิดการทะเลาะกัน มีแนวโน้มในการทำกิจกรรมสำเร็จให้ยกเลิกกิจกรรมนั้นไปก่อน

4.3.2 ฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Teaching communication)

4.3.2.1 ทักษะการเป็นผู้ฟังที่ดี (Listening skills) การเป็นผู้ฟังที่ดีจะช่วยให้คู่สมรสเข้าใจและให้การสนับสนุนผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ค่อยเป็นค่อยไป เลี่ยงการเกิดอารมณ์ฉุนเฉียว

ลดการขัดแย้งซึ่งกันและกัน พุดทวนซ้ำจากสิ่งที่ได้ยินเพื่อเป็นการทบทวนความเข้าใจระหว่างกัน การสื่อสารจากที่ได้ยินเป็นเนื้อเรื่องเดียวกัน มีความเข้าใจตรงกัน ให้การสนับสนุนผู้ป่วยหากจากการที่สื่อสารเป็นไปในทางตรงข้ามกันควรตกลงกันด้วยความประนีประนอม รับฟังเหตุผลซึ่งกันและกัน

4.3.2.2 การแสดงออกต่ออารมณ์ที่เหมาะสม (Expressing feelings directly) การแสดงออกความรู้สึกทางด้านบวกและลบโดยตรงเสี่ยงต่อการขัดแย้งกัน แต่เป็นวิธีการที่แสดงออกถึงความจริงใจมากที่สุด เลี่ยงการพูดอ้อมค้อม วนไปวนมา แสดงออกถึงความไม่ไว้วางใจกัน มีเหตุผลต่อการแสดงความรู้สึกนั้น ๆ และอีกฝ่ายต้องยอมรับโดยไม่มีคติ ให้ออกาสซึ่งกันและกัน ในการพูดตรง ๆ ต่อกัน โดยให้คู่สมรสตกลงชั่วโมงในการพูดความรู้สึกนึกคิดจริง ๆ ต่อกัน ระบายความรู้สึกอัดอั้นต่อกัน รับฟังซึ่งกันและกัน วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุและแก้ไขร่วมกัน อย่างน้อย 15-30 นาทีต่อครั้ง 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

4.3.2.3 ปรีกษาปัญหาาร่วมกัน (Communication session) ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสย่อมมีความขัดแย้งซึ่งกันและกันอยู่ตลอดเวลา มีปรับตัวเพื่อเข้าหากัน ในขั้นตอนนี้ให้ผู้ป่วยและคู่สมรสมีเวลาปรีกษาาร่วมกัน 15 -30 นาทีต่อสัปดาห์ เป็นการพูดคุยถึงสัปดาห์ที่ผ่านมา ความไม่ชอบใจในความสัมพันธ์ เหตุผลของการแสดงออกที่ผ่านมา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เข้าใจกันมากขึ้น เมื่อเกิดปัญหา ช่วยกันหาทางออกในการแก้ไขปัญหา ช่วยสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสได้

4.3.2.4 การจัดการต่อการร้องขอ (Negotiating for requests) การเปลี่ยนแปลงหลายอย่างที่ต้องการจากผู้ป่วยโรคติดเชื้อ และผู้ป่วยเองต้องการจากผู้สมรสและครอบครัว การร้องขอเป็นไปในทางสื่อสารที่ไม่ประสิทธิภาพ ไม่ใช่อารมณ์ ให้เหตุผลในการตกลงเสมอ มีความประนีประนอมในการตกลงกัน หลีกเลี่ยงการขัดแย้ง การโต้แย้งกัน จะนำมาซึ่งความเกลียดชังต่อกัน สิ่งที่ร้องขอจะเป็นไปในทางลบ ผู้ป่วยจะรู้สึกอียากปฏิเสธตลอดเวลา

4.4 ขั้นตอนการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น

4.4.1 ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพ (Connecting) เป็นขั้นตอนแรกในสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการปฏิบัติกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่ยอมรับผู้ป่วย โดยให้คู่สมรสได้มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทีมการรักษามี การอธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจถึงความสำคัญของกระบวนการทำงานที่มีคู่สมรสเข้ามาร่วมด้วย รายละเอียดของโปรแกรม รวมถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสเป้าหมายของการบำบัดสัมพันธ์ภาพที่สำคัญ รวมถึงการป้องกันการกลับไปใช้สุราซ้ำและการกลับเข้าไปนอนในโรงพยาบาล

4.4.2 ขั้นตอนที่ 2 การประเมิน (Assessment) ประกอบไปด้วยการประเมินความเข้าใจของคู่สมรสเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ การสื่อสารเสพติดรวมถึงสุรา การประเมินบทบาทและพฤติกรรมของผู้ป่วย การประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นในครอบครัว นอกจากนี้เป็นการ

พัฒนาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและผู้บำบัดเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและยอมรับ คู่สมรสสามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษา

4.4.3 ขั้นตอนที่ 3 การเพิ่มกิจกรรมในเชิงบวก (Increasing positive activities) ให้ความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตสุราภาวะพึ่งพาและต้องการแหล่งสนับสนุนในการเลิกพฤติกรรมการดื่มสุรา แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่มีผลเป็นแรงกระตุ้นทางด้านบวกต่อผู้ป่วย ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ส่งเสริมคู่สมรสทำกิจกรรมที่ดีร่วมกัน (Catch your partner doing something nice) ส่งเสริมให้คู่สมรสทำกิจกรรมที่ดีให้แก่กันและกัน (Shared rewarding activities) ส่งเสริมให้คู่สมรสกำหนดวันดูแลซึ่งกันและกัน (“Caring day” assignment)

4.4.4 ขั้นตอนที่ 4 ฝึกทักษะการสื่อสาร (Teaching communication) และทักษะการจัดการกับปัญหา (Problem Solving) ประกอบไปด้วย พัฒนาทักษะการสื่อสาร ได้แก่ ทักษะการฟัง (Listening skills) ทักษะการแสดงความรู้สึก (Expressing feelings directly) ทักษะการสื่อสารจัดการกับการร้องขอในการดื่มสุรา (Communication sessions Negotiating for requests) ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา (Problem Solving) การค้นหาปัญหา และการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันระหว่างคู่สมรสและผู้ป่วยมีการมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยและคู่สมรสได้ไปใช้ในสถานการณ์จริง

4.4.5 ขั้นตอนที่ 5 ระยะเวลาสิ้นสุด (Termination) เป็นการทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาและพูดคุยถึงเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้ประสบผลสำเร็จ วางแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกับคู่สมรสในอนาคต โดยป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดรวมถึงสุราซ้ำ การเฝ้าระวังอาการทางจิตที่เกิดขึ้น โดยคู่สมรสมีบทบาทสำคัญในการร่วมดูแลผู้ป่วย

5. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นในผู้ป่วยโรคจิตสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา พบว่าคู่สมรสเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด มีความเข้าใจ และผูกพันกันเป็นแรงกระตุ้นทางบวกและลบ หากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันจะมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราลงได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น โดยใช้รูปแบบของ Brief relationship couple therapy (BRT) ตามการศึกษาของ Fals-Stewart et al. (2005) โดยใช้การบำบัดรายครอบครัว (Single Family Treatment) 6 ขั้นตอนประกอบไปด้วย 1) Connecting 2) Assessment 3) Increasing positive activities 4) Teaching communication and Problem Solving และ 5) Termination ผู้วิจัยได้นำการศึกษา Fals-Stewart et al. (2005) มาใช้เป็นแนวคิดหลักแต่ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาในกิจกรรมแต่ละขั้นตอนประกอบไปด้วย โดย

ผู้วิจัยได้พัฒนามาเป็นโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น 6 กิจกรรม ตามแนวคิดของ Fals-Stewart et al. (2005) แบ่งเป็นการบำบัดคู่สมรสร่วมกับผู้ป่วยโรคติดสุรา 6 กิจกรรม กิจกรรมละประมาณ 60-90 นาที ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น

ขั้นตอนของ BRT	กิจกรรมในโปรแกรม BRT	โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพ (Connection)	สร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด แสดงให้เห็นความสำคัญของการที่คู่สมรสเข้ามามีส่วนร่วม และให้คู่สมรสมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมการรักษา	ผู้วิจัยได้รวบรวมขั้นตอนที่ 1 และ 2 เข้าไว้ด้วยกันเป็นกิจกรรมเดียว โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์โดยเป็น <u>ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและการประเมินเบื้องต้น (connection and Assessment) กิจกรรมครั้งที่ 1</u> สร้างสัมพันธ์ภาพคู่สมรสและผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยและคู่สมรสได้เป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษา <u>กิจกรรมครั้งที่ 2</u> ประเมินความทัศนคติและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคติดสุรา ประเมินสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส รวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาวางแผนแก้ทัศนคติทางลบระหว่างคู่สมรส
ขั้นตอนที่ 2 การประเมิน (Assessment)	ประเมินความรู้ความเข้าใจของคู่สมรสเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิต การใช้สุรา และสารเสพติด ประเมินความเครียดที่เกิดขึ้น บทบาทของผู้ป่วยและคู่สมรส	เนื่องจากผู้วิจัยได้ทำการประเมินเบื้องต้นและรวบรวมข้อมูล เพื่อวางแผนการแก้ปัญหาไปแล้วในขั้นตอนตอนที่ 1 ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจึงประยุกต์เป็น <u>ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้พื้นฐาน (Education) กิจกรรมครั้งที่ 3</u> ให้ความรู้เรื่องโรคติดสุรา ผลกระทบจากการดื่มสุรา ปัจจัยส่งเสริมการดื่มสุรา ความสำคัญของสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างคู่สมรส อาการถอนพิษสุราแนวทางการแก้ไขและขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุรา

ขั้นตอนของ BRT	กิจกรรมในโปรแกรม BRT	โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
		ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องแรงกระตุ้นทางบวกและลบจากสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไป
ขั้นตอนที่ 3 การเพิ่มกิจกรรมในเชิงบวก	ให้ความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตสุราภาวะพึ่งพาและต้องการแหล่ง	แล้ว ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจึงเน้นการส่งเสริมกิจกรรมทางบวก โดยมีประยุกต์เป็นขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวก
(Increasing positive activities)	สนับสนุนในการเลิกพฤติกรรม การดื่มสุรา แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่มีผลเป็นแรงกระตุ้นทั้งทางด้านบวกต่อผู้ป่วย ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ส่งเสริมคู่สมรสทำกิจกรรมที่ดีร่วมกัน (Catch your partner doing something nice) ส่งเสริมให้คู่สมรสทำกิจกรรมที่ดีให้แก่กันและกัน (Shared rewarding activities) ส่งเสริมให้คู่สมรสมีวันพิเศษดูแลซึ่งกันและกัน (“Caring day” assignment)	(Increasing positive activities) กิจกรรมครั้งที่ 4 ให้ความรู้และแสดงถึงความสำคัญของแรงกระตุ้นทางบวกจากสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน การทำกิจกรรมร่วมกัน การแบ่งปันกิจกรรมที่ดีต่อกัน การกำหนดวันพิเศษระหว่างคู่สมรส
ขั้นตอนที่ 4 ฝึกทักษะการสื่อสาร(Teaching communication) และทักษะการจัดการกับ	พัฒนาทักษะการสื่อสาร ทักษะการฟัง (Listening skills) ทักษะการแสดงความรู้สึก (Expressing feelings directly) ทักษะการสื่อสารจัดการกับการร้องขอใน	ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมในขั้นตอนนี้โดยประยุกต์เป็น ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ไขปัญหา (Teaching communication and Problem Solving) กิจกรรมครั้งที่ 5 พัฒนาทักษะการสื่อสาร โดยมีเนื้อหาในเรื่องการพูดแสดงความรู้สึกใน

ขั้นตอนของ BRT	กิจกรรมในโปรแกรม BRT	การพัฒนาของผู้วิจัย
ปัญหา(Problem Solving)	ก า ร ตี ม สุ ร ร า (Communication sessions Negotiating for requests) ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา (Problem Solving)การ ค้นหาปัญหา และการ วิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน ระหว่างคู่สมรสและผู้ป่วยมีการมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยและคู่สมรสได้ไปใช้ใน สถานการณ์จริง	ทางบก การจัดการต่อการร้องขอในเชิงบวก การประนีประนอม พัฒนาทักษะการแก้ไข ปัญหา โดยให้ผู้ป่วยและคู่สมรสมีการค้นหา ปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นต่อกัน วิเคราะห์ และวางแผนการแก้ไขปัญหาร่วมกัน
ขั้นตอนที่ 5 สิ้นสุดสัมพันธภาพ (Termination)	ทบทวนการบ้านที่มอบหมายให้กับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงกิจกรรมการบำบัดที่ผ่านมามีการวางแผนร่วมกันกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ	ผู้วิจัยปรับขั้นตอนการสิ้นสุดการบำบัด โดยเพิ่มการทบทวนการบ้านที่มอบหมายไว้กับผู้ป่วยและฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาเพิ่มเติม โดยประยุกต์เป็น <u>ขั้นตอนที่ 5 ระยะสิ้นสุด (Termination)กิจกรรมครั้งที่ 6</u> ทบทวน กิจกรรมที่ผ่านมามีการพูดคุยถึงเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้ประสบผลสำเร็จวางแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกับคู่สมรสในอนาคต โดยป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดรวมถึงสุราซ้ำ การเฝ้าระวังอาการทางจิตที่เกิดขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุราและสารเสพติดตามรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK model) ในระยะไม่เกิน 1 ปี ผู้ป่วยโรคติดสุรากลุ่มนี้ขณะเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในจะได้รับการดูแลตามปกติ โดยเมื่อผ่านการบำบัดระยะชีวภาพจนกระทั่งพ้นภาวะถอนพิษสุรา ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุราและสารเสพติดตามรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK model) ประกอบไปด้วย 1) การให้ความรู้ด้านสุขภาพทั้งทางร่างกายและสุขภาพจิต (Health & Psychological Education) 2) การผ่อนคลายความเครียดและสันหนนาการ (Relaxation &

Recreation Therapy) 3) การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy) 4) การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว (Family Counseling) 5) หลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ (The Buddhist Twelve Steps)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธนี้ได้พัฒนามาจากหลักการบำบัด 12 ขั้นตอนและธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อ (The Twelve Steps and Twelve Traditions) โดยพ.อ. นพ.พิชัย แสงชาญชัย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุราและยาเสพติด จากกองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สอดคล้องกับการดูแลแบบปกติจากการศึกษาของ Fals-Stewart et al. (2005)

หลักการบำบัด 12 ขั้นตอนและธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อ (The Twelve Steps and Twelve Traditions) ถูกคิดค้นโดยกลุ่มสุราเรื้อรังนิรนามกลุ่มแรกที่ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 1935 โดย Wilson และ Smith จากประสบการณ์ในการเลิกสุรด้วยตนเอง เพื่อใช้เป็นหลักในการดำเนินชีวิต ปัญหาและอุปสรรคในการนำหลักดังกล่าวมาใช้ในประเทศไทย เกิดมาจากหลายปัจจัยไม่ว่าจะเป็น อุปสรรคเรื่องภาษา ความเชื่อและหลักปฏิบัติทางศาสนา การขาดการรวมตัวกันของภาคประชาชน และวัฒนธรรมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกัน และบุคลากรทางการแพทย์ที่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับหลัก 12 ขั้นตอน เป็นต้น ดังนั้นจึงมีการนำหลัก 12 ขั้นตอนมาปรับใช้ให้เหมาะกับหลักคำสอนทางพุทธศาสนาเพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยได้เข้าใจในหลักการมากขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) สอดคล้องกับโปรแกรมบำบัดความสัมพันธ์ (Brief relationship therapy; BRT) ตามแนวคิดของ Fals-Stewart et al. (2005) ที่ผู้วิจัยได้นำมาเป็นต้นแบบในการประยุกต์ใช้จึงเลือกใช้การบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นการดูแลแบบปกติ ผู้ป่วยโรคติดสุราที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคติดสุราเพศชายและคู่สมรส ซึ่งเพศชายเป็นประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดสุรามากที่สุดจากการสำรวจพบว่าผู้ชายมีอัตราการดื่มสุราสูงกว่าหญิงประมาณ 4 เท่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) การศึกษาครั้งนี้จึงสามารถอ้างอิงในประชากรส่วนใหญ่ได้

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 การศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา

ภาวดี โดท่าโรง (2551) ศึกษาและอธิบายประสบการณ์การเลิกดื่มสุราอย่างถาวรของผู้เคยติดสุรา ที่เคยเข้ารับการบำบัดที่คลินิกเลิกสุราโรงพยาบาลพรหมพิรามจำนวน 12 ราย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนาม และการบันทึกเทป วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการของโคไลซี (Colaizzi's) ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยที่เป็นแรงผลักดันให้ผู้ติดสุรายกเลิกดื่มสุราประกอบด้วย 1) ปัจจัยภายในตน ได้แก่ ความตระหนักในภาวะสุขภาพ การมีวุฒิ

ภาวะมากขึ้น ผลกระทบจากการดื่มสุรา การมีเป้าหมายในชีวิต และความต้องการเอาชนะคำพูดดูถูกจากผู้อื่น 2) ปัจจัยจากครอบครัว ได้แก่ การตระหนักในความรู้สึกของคนในครอบครัว คิดถึงผลเสียจากการดื่มสุราต่อครอบครัวและอยากให้คนในครอบครัวมีความสุข 3) ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ความตระหนักในคำพูดของคนในชุมชน คิดถึงผลเสียจากการดื่มสุราที่พบในชุมชน และการสร้างความตระหนักถึงผลเสียจากการดื่มสุราโดยบุคลากรสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีปัจจัยสนับสนุนให้เลิกดื่มได้อย่างถาวร ได้แก่ กลัวจะดื่มมากกว่าเดิม อายุคนอื่นหากกลับไปดื่มซ้ำ และเอาความท้อมาเป็นแรงผลักดันให้เลิก

เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ (2555) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร มีการประเมินผลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา AUDIT พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกแปลเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2552) ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 168 คน มีผู้ติดสุราอยู่ในระดับติดจำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 54.76 นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ ประวัติการดื่มสุราของคนในครอบครัว ชนิดของโรคจิตเวชร่วม การเผชิญความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

ณัฐกฤตา ชันตี (2556) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ในแผนกผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีกรมการแพทย์ จำนวน 208 คน จากผลการศึกษาพบว่า มีผู้เสพติดแอลกอฮอล์ระยะบำบัดด้วยยามีระยะถอนพิษสุราในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.22 นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายจ่ายอารมณ์ ความดันโลหิตขณะแรกเริ่ม ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา โรคแทรกซ้อนทางกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้วิจัยอภิปรายว่าแรงสนับสนุนจากด้านอารมณ์มีผลต่อการสร้างแรงจูงใจในการผ่านพ้นจากสภาพทุกข์ทรมานในระยะถอนพิษสุราได้ มีความพร้อมต่อการบำบัดรักษาในระยะแรกของการบำบัด และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ในช่วงฟื้นคืนสภาพของผู้ป่วย (Recovery) มีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ที่กำลังจะหยุดยาเพราะเป็นช่วงที่กำลังล้มเลิกในการที่จะหยุดยา

เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา (2556) ได้เขียนบทความ เรื่อง “ความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช” ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2556 กล่าวว่าสาเหตุการดื่มสุราและการดื่มซ้ำ คือดื่มตั้งแต่อายุยัง

น้อยจนติดดื่มสุราเพื่อบรรเทาความเครียด หรืออาการทางจิตเนื่องจากรับประทานยาทางจิตเวชไม่ต่อเนื่อง ดื่มเพื่อเข้าสังคม ดื่มเพราะความว่าง ความเหงา บุคลิกภาพอ่อนแอ วุฒิภาวะทาง อารมณ์ต่ำ ขาดทักษะในการจัดการหรือแก้ไขปัญหาชีวิต สูญเสียหน้าที่การงาน ปัญหาครอบครัวทะเลาะกับคู่สมรสและสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยอยากเลิกดื่มสุรา ได้แก่ สมรรถภาพร่างกายเสื่อมถอยกลัวเสียชีวิต อาการทางจิตกำเริบ ครอบครัวไม่มีความสุข ภรรยาขอย่ำ คนในครอบครัวอับอาย ไม่สามารถทำงานได้ “กลัวตกงาน” สังคมไม่ให้การยอมรับ “คนขี้เหล้า” เคารพและศรัทธาในตัวผู้บำบัดและสถานบำบัด จากข้อมูลสนับสนุนที่พบสิ่งที่ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถเลิกดื่มสุราได้ คือ การตั้งเป้าหมายของชีวิตบุคคลส่วนใหญ่หวังที่จะให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้นต่อจากนั้นก็คิดถึงคนอื่นโดยเฉพาะคนในครอบครัว (กมลรัตน์ จิตติชัยโรจน์, 2547) อีกทั้งยังกล่าวถึงตัวกระตุ้นต่อสถานการณ์เสี่ยงและอุปสรรคในการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเวช คือ ครอบครัวไม่ให้ความสำคัญการพุดจา ากกลาง โดยเฉพาะคู่สมรส สอดคล้องกับการศึกษาของพิทักษ์ สุริยะใจและคณะ (2550) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับการหยุดดื่มของผู้ติดสุรา พบว่าสมาชิกในครอบครัวคือผู้ที่มีบทบาทหลักในการสนับสนุนให้ผู้ติดสุราหยุดดื่ม โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์ ตัวผู้ดื่มเองเองรับรู้ได้ว่ายินดีได้รับกำลังใจเป็นห่วงตักเตือนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดสุราหยุดดื่มได้นานขึ้น

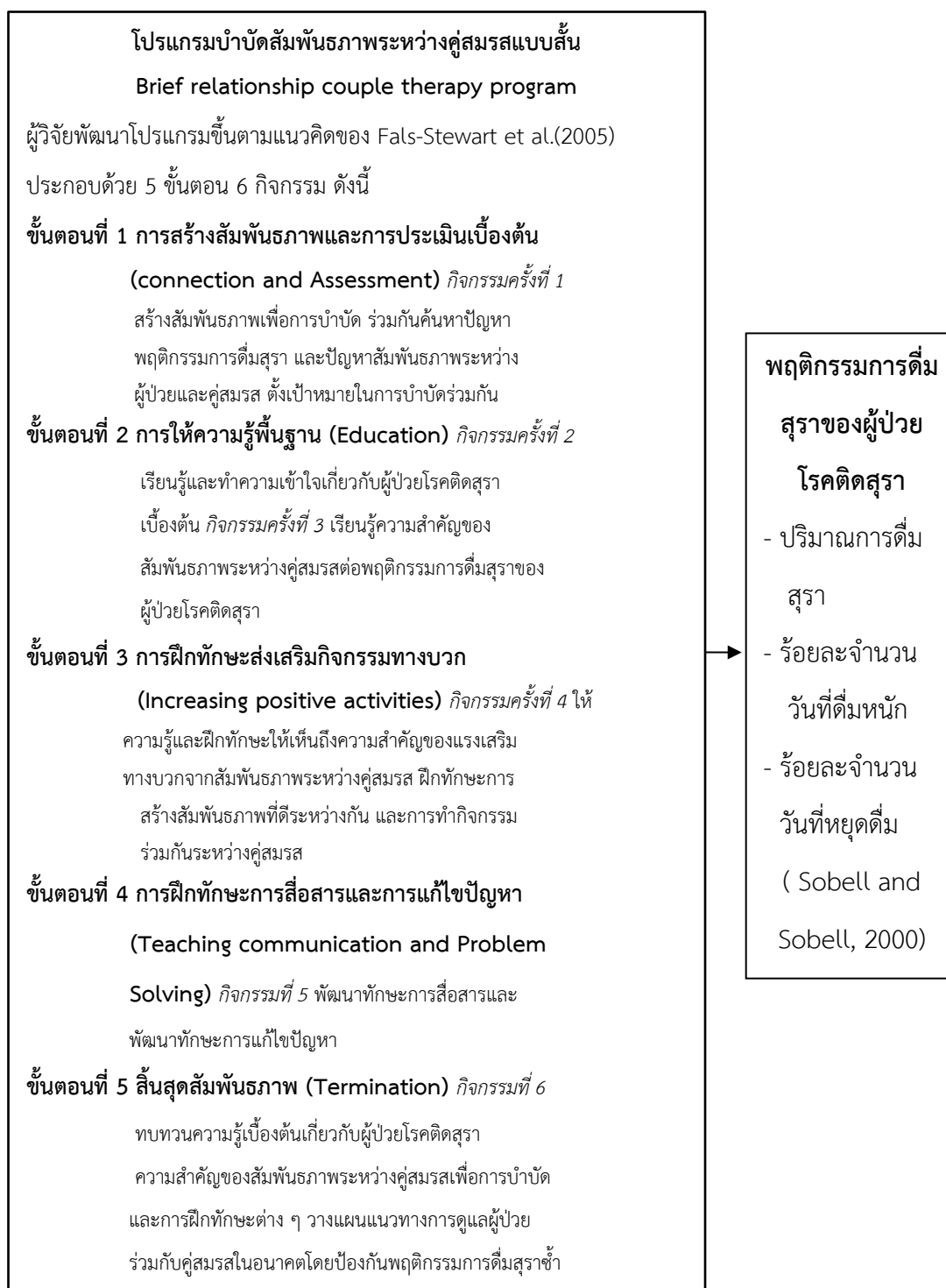
6.2 การศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในผู้ป่วยโรคติดสุรา

O'Farrell and Fals-Stewart (2003) ได้นำเสนอผลจากการศึกษาการบำบัดคู่สมรสและครอบครัว (Marital and Family therapy : MFT) ในผู้ป่วยโรคติดสุรา โดยทำการศึกษานำร่องจำนวน 38 ครอบครัว โดยใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาในปี 2002-2003 จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า เมื่อผู้ป่วยโรคติดสุราไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา การเข้าร่วมกลุ่มให้คำปรึกษา (Al-Anon facilitation) และการส่งต่อให้สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลจะให้ผลที่ดีกว่า ส่วนการส่งเสริมให้ชุมชนและครอบครัวเข้ามามีส่วนในกระตุ้นผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจากการศึกษาพบว่าจะไม่เป็นผลที่ดี

Fals-Stewart et al. (2005) ได้ทบทวนศึกษาการให้การบำบัดพฤติกรรมคู่สมรส (Behavior Couple Therapy; BCT) กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ การศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงของ BCT (McCrary, Hayaki, Epstein & Hirsch, 2002) การศึกษาการบำบัด BCT ต่อความรุนแรงในคู่สมรส (O'Farrell et al, 2004) การศึกษาการบำบัด BCT ต่อการปรับตัวและการพร้อมรับการฝึกอบรมจากพ่อแม่ของเด็กในครอบครัวผู้ป่วยโรคติดสุรา (Kelley and Fals-Stewart ,2002) ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกันคือความสัมพันธ์ที่ดีของคู่สมรสช่วยลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราลงได้ เนื่องจากการบำบัด BCT ใช้ระยะเวลาในการบำบัดค่อนข้างนานและมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางค่อนข้างสูง ไม่เหมาะกับพื้นที่ที่มีสามารถบำบัดรายบุคคลได้ ในปี 2005 Fals-Stewart et al.

จึงได้ศึกษาการบำบัดพฤติกรรมคู่สมรสแบบสั้น (Shortened version of standard BCT ; SBCT) เปรียบเทียบกับการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น (Brief Relationship Therapy ;BRT) ผลลัพธ์ที่ได้มีประสิทธิภาพเท่ากันแต่ BRT มีต้นทุนที่ต่ำกว่า

7. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The quasi experimental pretest - posttest control group research) โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการจัดกระทำสิ่งทดลองกับกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมได้รับการจัดกระทำตามปกติ โดยการศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา ซึ่งมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

รูปแบบการทดลอง

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

O₁ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุราในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น

O₂ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุราในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น

O₃ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุราในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O₄ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุราในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการดูแลตามปกติ

X หมายถึง โปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา (Alcohol dependence : F 10.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ และคู่สมรสของผู้ป่วยเหล่านี้

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยเพศชายที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา (Alcohol dependence : F 10.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD -10) ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุราแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK model) ในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี อยู่ระหว่างติดตามหลัง

การรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และมีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา อยู่ในระดับดื่มแบบอันตราย (16-19คะแนน) และดื่มแบบติด (>19 คะแนน) ตามแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test : AUDIT) จำนวน 40 คน และคู่สมรสของผู้ป่วยที่ถูกสุ่มเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

Inclusion criteria ของผู้ป่วยโรคติดสุรา

1. ผู้ป่วยเพศชายมีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา (Alcohol dependence : F 10.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD -10)
2. เคยผ่านการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคติดสุราและสารเสพติดตามรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK model) มาแล้ว ในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี
3. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

Exclusion criteria ของผู้ป่วยโรคติดสุรา

- มีโรคร่วมทางจิตเวช

Inclusion criteria ของคู่สมรส

1. เป็นคู่สมรสที่ต้องตามกฎหมายหรือเป็นคู่สมรสที่ดูแลมีความผูกพันใกล้ชิดโดยตรงกับผู้ป่วยโรคติดสุรา ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดสุราที่อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ อยู่ร่วมกันเป็นเวลายาวนานอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป
2. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น
3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power of test) ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Sample Size (PASS) (Polit and Beck, 2004) โดยนำค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลองการศึกษาของ Fals-Stewart et al. (2005) เรื่อง Brief Relationship Therapy for Alcoholism: A Randomized Clinical Trial Examining Clinical Efficacy and Cost-Effectiveness มาร่วมในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 80 % มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่สองเป็น 20 % ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างน้อยกลุ่มละ 18 คน แต่เนื่องจากผู้วิจัยต้องการป้องกันการ drop out ของกลุ่มตัวอย่าง ในการ

วิจัยครั้งนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยและคู่สมรส รวมทั้งหมดเป็น 40 ครอบครัว โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียนที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อ พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

2. หลังจากที่ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมให้ดำเนินการระดมการวิจัย ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยจิตเวชในและนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียนที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อ พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมวิจัยหากพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด โดยผู้วิจัยอธิบายในเรื่องของการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

4. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pairs) ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด ในเรื่อง 1) อายุ คือ ให้มีอายุต่างกันไม่เกิน 6 ปี เนื่องจาก ผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีอายุมากมักมีระยะเวลาการติดเชื้อรวมทั้งความเสียหายทางกายและสติปัญญามากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย จึงมีแนวโน้มที่เกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงกว่า ทนต่อการลดพฤติกรรมการดื่มได้น้อยกว่า (Kraemer,1997) และ 2) ระดับปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา คือ ให้มีปัญหายุอยู่ในระดับเดียวกัน เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับพฤติกรรมการดื่มสุราที่ต่างกันจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kurita, 2013) โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งระดับปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราออกเป็น 2 ระดับ จากการประเมินโดยแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) คือ ระดับพฤติกรรมการดื่มแบบอันตราย (16-19 คะแนน) และระดับพฤติกรรมการดื่มแบบติด (มากกว่า 20 คะแนน)

5. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะข้างต้นจนครบ 40 ครอบครัว จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบทั้ง 40 ครอบครัว ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

5.1 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับการรักษาเสพติด ตามโปรแกรมบำบัดสารเสพติดของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK model) ในรูปแบบแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก รวมทั้งผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยโรคติดเชื้อและสารเสพติดรูปแบบโรงพยาบาล

พระมงกุฎเกล้า (PMK model) ในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมา (สำรวจในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2559-2560) พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 178 ราย

5.2 คัดรายชื่อเข้ากลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติเบื้องต้น ได้แก่ เพศชาย มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา (Alcohol dependence : F 10.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD -10) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น พบว่ามีจำนวน 129 ราย

5.3 คัดรายชื่อผู้ป่วยโรคติดสุราจากจำนวน 129 ราย เข้ากลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติเบื้องต้นอีกครั้ง ได้แก่ มีคู่สมรสและอาศัยอยู่ร่วมกันมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยและคู่สมรสทั้งสิ้น 104 ราย ที่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

5.4 หลังจากได้ผู้ป่วยโรคติดสุราซึ่งมีคู่สมรสที่ผ่านเกณฑ์คุณสมบัติเบื้องต้น จำนวน 104 ราย ผู้วิจัยประเมินระดับพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) คัดรายชื่อผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีระดับพฤติกรรมการดื่มสุราในระดับอันตราย (16-19 คะแนน) และระดับติด (มากกว่า 20 คะแนน) เข้ากลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีจำนวน 84 ราย

5.5 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคติดสุรา (Matched pairs) โดยใช้คุณสมบัติที่ใกล้เคียงกัน ได้แก่ อายุ (มีอายุต่างกันไม่เกิน 6 ปี) และระดับพฤติกรรมการดื่มสุรา (มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราจากการประเมินโดย AUDIT อยู่ในระดับเดียวกัน) โดยสอบถามความสมัครใจผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรสที่เข้าร่วมงานวิจัยเบื้องต้น 20 ครอบครัวแรก จากนั้นผู้วิจัยจึงจับคู่กลุ่มผู้ป่วยและคู่สมรสในกลุ่มผู้ป่วยที่เหลือตามคุณสมบัติตั้งที่กล่าวมาพร้อมทั้งสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยที่ละครอบครัว จนครบจำนวน 20 คู่ทดลอง มีจำนวนผู้ป่วยโรคติดสุราพร้อมคู่สมรสที่สามารถเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 40 ครอบครัว

5.6 ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการจับคู่ตามคุณสมบัติใกล้เคียง (Matched pairs) ไว้แล้วทีละคู่ โดยการจับฉลาก จนครบทั้ง 20 คู่ทดลอง ได้กลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว มีลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2 จากนั้นผู้วิจัยติดต่อกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่สุ่มเลือกมาทั้งหมด เพื่อสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยอีกครั้ง พร้อมทั้งเซ็นลายมือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ตารางที่ 2 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามคะแนนและระดับพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	คะแนน AUDIT		อายุ	คะแนน AUDIT		อายุ
	คะแนน	ระดับ		คะแนน	ระดับ	
1	35	ระดับติด	46	36	ระดับติด	45
2	37	ระดับติด	60	34	ระดับติด	54
3	28	ระดับติด	34	32	ระดับติด	34
4	35	ระดับติด	44	32	ระดับติด	42
5	25	ระดับติด	40	26	ระดับติด	38
6	35	ระดับติด	58	36	ระดับติด	57
7	30	ระดับติด	48	32	ระดับติด	48
8	24	ระดับติด	46	26	ระดับติด	49
9	16	ระดับอันตราย	33	17	ระดับอันตราย	36
10	24	ระดับติด	42	23	ระดับติด	46
11	30	ระดับติด	34	31	ระดับติด	30
12	33	ระดับติด	52	34	ระดับติด	55
13	28	ระดับติด	48	26	ระดับติด	42
14	31	ระดับติด	35	31	ระดับติด	40
15	34	ระดับติด	55	36	ระดับติด	56
16	28	ระดับติด	32	26	ระดับติด	38
17	33	ระดับติด	53	32	ระดับติด	49
18	24	ระดับติด	48	28	ระดับติด	54
19	19	ระดับอันตราย	23	18	ระดับอันตราย	28
20	19	ระดับอันตราย	27	17	ระดับอันตราย	26

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคติดสุราทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มแต่ละคู่อายุต่างกันไม่เกิน 6 ปี อีกทั้งมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรอยู่ในระดับติดจำนวน 36 คู่ และมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรอยู่ในระดับอันตราย จำนวน 4 คู่

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมของคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างงานวิจัย กรมแพทยทหารบก วันที่ 5 กันยายน พ.ศ.2560 นอกจากนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งในการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย และการยกเลิกการขึ้นร่วมวิจัยในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยโดยที่กลุ่มตัวอย่างจะยกเลิกเข้าร่วมเมื่อไหร่ก็ได้ โดยการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา รวมทั้งหากกลุ่มตัวอย่างมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใด ๆ ในระหว่างขั้นตอนการวิจัย สามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับในการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้การดำเนินวิจัย ได้แก่ โปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแนวคิดของ Fals-Stewart et al. (2005) โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรม ดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด รูปแบบของการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของ Fals-Stewart et al. (2005) และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมในเรื่องของพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา

1.2. รูปแบบโปรแกรมบำบัดที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ มีกระบวนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม โดยให้คู่สมรสและผู้ป่วยโรคติดสุรา ทำกิจกรรมร่วมกัน ดำเนินการเป็นรายครอบครัว ครอบครัวละ 2 คน ได้แก่ คู่สมรสและผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา (Alcohol dependence : F 10.2) โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโดยองค์การอนามัยโลก (ICD-10) ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม กิจกรรมละประมาณ 60-90 นาที ทั้งนี้แต่ละกิจกรรมจะเน้นให้ผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรสเกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยมีสาระสำคัญในการดำเนินการแต่ละครั้งที่คาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราที่ลดลง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินเบื้องต้น (Connection and Assessment) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ระยะเวลา 90 นาที

กิจกรรมที่ 1 : สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ร่วมกันค้นหาปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราและปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรสตั้งเป้าหมายในการบำบัดร่วมกัน (90 นาที)

สาระสำคัญ การสร้างสัมพันธภาพร่วมกันระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรสเป็นกิจกรรมที่มีการปฏิบัติในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรม มีการแนะนำตนเอง การชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบกิจกรรมของการบำบัดซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญในการสร้างความไว้วางใจ ผู้ป่วยและคู่สมรสมีความยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเองที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมการบำบัด ร่วมกันแสดงความคิดเห็นและค้นหาปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา ปัญหาพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และเสริมสร้างแรงจูงใจให้เกิดความสนใจในการดำเนินกิจกรรม ร่วมกันวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดี และกำหนดเป้าหมายร่วมกันภายหลังการบำบัด

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้พื้นฐาน (Education) มี 2 กิจกรรม ระยะเวลา 150 นาที

กิจกรรมที่ 2 : เรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดสุราเบื้องต้น(60 นาที)

สาระสำคัญ การประเมินความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรส เพื่อให้ผู้บำบัดทราบถึงความรู้ ข้อมูล ข้อเท็จจริงที่ผู้ป่วยและคู่สมรสเข้าใจ ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคติดสุราที่ถูกต้อง การวินิจฉัย อาการและอาการแสดงของโรคติดสุรา สาเหตุปัจจัยและผลกระทบที่ได้รับ ทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา และสะท้อนให้คู่สมรสเห็นถึงปัจจัยสาเหตุด้านความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสที่มีผลต่อพฤติกรรมดื่มสุราของผู้ป่วยได้เช่นกัน

กิจกรรมที่ 3 : เรียนรู้ความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา (90 นาที)

สาระสำคัญ การประเมินความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคติดสุราในผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรส เพื่อประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและผู้ป่วยโรคติดสุราเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรม ด้านความรับผิดชอบต่อครอบครัว สะท้อนให้เห็นสาเหตุของความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างคู่สมรส ยอมรับในพฤติกรรมทางด้านลบของตนเองพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน สนับสนุนส่งเสริมข้อดีของแต่ละฝ่ายให้เกิดความพึงพอใจในซึ่งกันละกันมากยิ่งขึ้น เพื่อแก้ไขและลดพฤติกรรมทางด้านลบระหว่างคู่สมรสที่มีผลต่อการแสดงออกทางด้านอารมณ์ นำไปสู่การสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์ ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา (พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ, 2550)

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวก (Increasing positive activities)

ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ระยะเวลา 90 นาที

กิจกรรมที่ 4 ให้ความรู้และแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของแรงเสริมทางบวกจากสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน การทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างคู่สมรส (90 นาที)

สาระสำคัญ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสทางบวกเกิดจากการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรสจากกิจกรรมทางบวกที่ปฏิบัติร่วมกัน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและคู่สมรสเพื่อฝึกทักษะการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีร่วมกัน ได้แก่ การฝึกทักษะการแบ่งปันกิจกรรมที่ดีซึ่งกันและกัน (Increasing positive activities) และการกำหนดวันสำคัญให้แก่กันและกันร่วมกัน (Catch your partner doing something nice) ส่งเสริมให้คู่สมรสทำกิจกรรมที่ดีให้แก่กันและกัน (Shared rewarding activities) ส่งเสริมให้คู่สมรสกำหนดวันพิเศษดูแลซึ่งกันและกัน (“Caring day” assignment) มุ่งหวังให้คู่สมรสและผู้ป่วยโรคติดสุรา มีทักษะและความคุ้นชินในการทำกิจกรรมทางบวกร่วมกันมากขึ้น ขั้นตอนการฝึกทักษะจะต้องมีการพูด การปฏิบัติ การแสดงตัวอย่างบทบาทสมมติ เพื่อลดความประหม่าระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรส แต่ละกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยและคู่สมรสดูแล เข้าใจและเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน จะช่วยลดความเครียดจากความขัดแย้งระหว่างคู่สมรสที่เกิดขึ้น ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรส ผู้ป่วยโรคติดสุรา รู้สึกมีพลังและแหล่งสนับสนุนต่อการเลิกดื่มสุรา คู่สมรสมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยโรคติดสุรามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและแรงจูงใจต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่ลดลง

ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ไขปัญหา (Teaching communication and Problem Solving) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ระยะเวลา 90 นาที

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการสื่อสารและพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา (90 นาที)

สาระสำคัญ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความขัดแย้งต่อกันเป็นเรื่องธรรมดา แต่ถ้าปล่อยให้เกิดขึ้นบ่อย ๆ ไม่มีการปรับตัวเข้าหากันเพื่อแก้ไขความขัดแย้ง อาจจะก่อให้เกิดปัญหาที่รุนแรง โดยเฉพาะคู่สมรสที่เป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา เมื่อเกิดความเครียด ความซับซ้อนใจ ขาดที่ฟังจะเป็นปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญต่อการดื่มสุราจนเกิดการติดซ้ำ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นมักเริ่มต้นจากการขาดทักษะในการสื่อสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่เกิดการโต้เถียง อาจนำไปสู่ความรุนแรงในครอบครัวได้ ปัญหานี้เกิดขึ้นจากคู่สมรสขาดทักษะในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและขาดทักษะการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม นอกจากนี้เมื่อครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยขาดการจัดการหรือการแก้ไขต่อปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรานั้นแล้ว จะส่งเสริมให้เกิดความขัดแย้งระหว่างคู่สมรส การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างมีระบบในคู่สมรสจะช่วยให้ความตึงเครียดภายในครอบครัวลดลง ปัญหาได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 5 ล้มสัสนพันธภาพ (Termination) มี 1 กิจกรรม ระยะเวลา 90 นาที

กิจกรรมที่ 6 ทบทวนความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดสุรา ความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเพื่อการบำบัด และการฝึกทักษะต่าง ๆ วางแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกับคู่สมรสในอนาคต โดยป้องกันพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรารั่ว (90 นาที)

สาระสำคัญ ทบทวนความรู้ที่ได้รับจากกิจกรรมที่ผ่านมา ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคติดสุรา ความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเพื่อการบำบัด และทักษะต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้มา โดยเฉพาะ ทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวก (Increasing positive activities) ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Teaching communication) และทักษะการจัดการกับปัญหา (Problem Solving) โดยสังเขป เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถเห็นถึงแนวทางการปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวันภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กระตุ้นและเสริมแรงทางบวกให้ผู้ป่วยและคู่สมรสมีความตั้งใจ มุ่งมั่นเลิกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา วางแผนการดำเนินกิจวัตรประจำวันร่วมกันโดยใช้ความรู้ที่ได้รับและทักษะที่ได้ฝึกปฏิบัติมา ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการเลิกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยต่อเดือน สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดื่มสุรา ความถี่และปริมาณในการดื่มสุรา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ประวัติการดื่มสุราในรอบครัว

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test : AUDIT) เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการค้นหาปัญหาจากการติดสุราและค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงจากการดื่มสุรา ผู้ที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราแบบอันตราย และผู้ที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราแบบติด (WHO, 2001) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และพันธ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2553) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบหลักในเรื่อง การใช้สุราแบบอันตราย อาการติดสุรา และการเกิดพิษของสุราโดยประเมินจากการดื่มสุรา ได้แก่ ปริมาณและความถี่ในการดื่มสุรา จำนวนครั้งของการดื่มหนัก การที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มสุรา ความรู้สึกเสียใจหลังจากการดื่มสุรา การจำเหตุการณ์หลังจากการดื่มสุราไม่ได้ การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา การได้รับการแสดงความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับการดื่มสุรา โดยในแต่ละคำถามจะมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยเลย เท่ากับ 0 คะแนน, เดือนละครั้งหรือน้อยกว่าเท่ากับ 1 คะแนน, 2-4 ครั้งต่อเดือน เท่ากับ 2 คะแนน, 2-3 ครั้งต่อเดือน เท่ากับ 3 คะแนน, 4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์หรือมากกว่า เท่ากับ 4 คะแนน ผลรวมคะแนน

ของทั้ง 10 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน โดยการแปลความหมายจะพิจารณาตามเกณฑ์ โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

- ระดับคะแนน 0-7 หมายถึง การดื่มที่มีความเสี่ยงน้อย (Low risk drinker)
- ระดับคะแนน 8-15 หมายถึง การดื่มแบบเสี่ยง(Hazardous Drinker)
- ระดับคะแนน 16-19 หมายถึง การดื่มแบบอันตราย(Harmful Use)
- ระดับคะแนน ≥ 20 หมายถึง การดื่มแบบติด (Alcohol dependence)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยต่อเดือน สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดื่มสุรา ความถี่และปริมาณในการดื่มสุรา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ประวัติการดื่มสุราในรอบครัว

3.2 แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Timeline follow back) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย Sobell and Sobell (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุนทรี ศรีโกไสย (2557) เป็นการบันทึกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราซึ่งจะทำให้ทราบถึงชนิดของสุราที่ดื่ม ปริมาณการดื่มสุรา และจำนวนวันของการดื่มสุรา ซึ่งแบบบันทึกนี้สามารถให้ผู้ที่ติดสุรากับติดต่อกันได้นานถึง 12 เดือน โดยข้อมูลที่ได้จากการบันทึกสามารถเป็นข้อมูลสะท้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยโรคติดสุราเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองในทางที่ดี โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยโรคติดสุรากับบันทึกปฏิทินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรารายหลังการสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 เป็นระยะเวลา 1 เดือน

สำหรับข้อมูลที่ได้จากการบันทึกชนิดและปริมาณของการดื่มสุรา จะต้องนำข้อมูลมาเทียบเคียงเป็นการดื่มมาตรฐาน (Standard Drink) เนื่องจาก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีมากมายหลายชนิด และแต่ละชนิดจะมีความแตกต่างของบรรจุภัณฑ์ และปริมาณตกรีกของแอลกอฮอล์ ทำให้ยากที่จะทราบปริมาณแอลกอฮอล์ที่เข้าสู่ร่างกาย ดังนั้น การกำหนด “ดื่มมาตรฐาน” ขึ้นเพื่อเป็นหน่วยวัดปริมาณการดื่มสากล โดยกำหนดให้ 1 ดื่มมาตรฐาน หมายถึง เครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม ตัวอย่าง เช่น เบียร์ 5 ดิกรี ปริมาณ 1 กระป๋อง (330 มล.) หรือเบียร์ 1/2 ขวด เท่ากับ 1 ดื่มมาตรฐาน, เหล้าขาว 40 ดิกรี 1 เป๊ก/ตอง/ก๊ง มีปริมาณ 50 มล. เท่ากับ 1.5 ดื่มมาตรฐาน เป็นต้น ในการบันทึกข้อมูลพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรส บันทึกชนิดและปริมาณของแอลกอฮอล์ที่ดื่มในแต่ละวันตามความเป็นจริง เมื่อครบ 1 เดือนผู้วิจัยแปลผลข้อมูล ดังนี้

- ปริมาณการดื่มสุรา หมายถึง ผลรวมข้อมูลพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในแต่ละวันของผู้ป่วยใน 1 เดือนที่ผ่านมา โดยนำปริมาณการดื่มสุราแต่ละชนิดมาเทียบเคียงเป็นหน่วยดื่มมาตรฐาน

- จำนวนวันที่ตีพิมพ์ หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยโรคติดเชื้อมีพฤติกรรมติดเชื้อ เมื่อเทียบเคียงเป็นการตีพิมพ์มาตรฐานแล้ว มีปริมาณการตีพิมพ์มากกว่า 6 ตีพิมพ์มาตรฐานต่อวัน
- จำนวนวันที่หยุดตีพิมพ์ หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไม่มีพฤติกรรมติดเชื้อเลย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหา ปริมาณการตีพิมพ์ทั้งหมดใน 1 เดือน , ร้อยละจำนวนวันที่หยุดตีพิมพ์ และร้อยละจำนวนวันที่ตีพิมพ์ วิธีการคำนวณร้อยละของวันที่ตีพิมพ์ และร้อยละของวันที่หยุดตีพิมพ์มีรายละเอียด ดังนี้

- ร้อยละของจำนวนวันที่ตีพิมพ์

$$\frac{\text{จำนวนวันที่ตีพิมพ์}}{\text{จำนวนวันใน 1 เดือนที่ผ่านมา}} \times 100$$

- ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดตีพิมพ์

$$\frac{\text{จำนวนวันที่ผู้ป่วยหยุดตีพิมพ์}}{\text{จำนวนวันใน 1 เดือนที่ผ่านมา}} \times 100$$

4. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส โดยใช้แบบวัด The Dyadic Adjustment Scale ของ Spanier (1983) แปลเป็นภาษาไทย โดย สุพรรณิ สุ่มเล็ก (2538) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตสมรสและความสัมพันธ์อื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกันจำนวน 27 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้านคือ

ด้านที่ 1 ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส (dyadic consensus) มี 10 ข้อ

ด้านที่ 2 ความพึงพอใจในคู่สมรส (dyadic satisfaction) มี 9 ข้อ

ด้านที่ 3 ความกลมเกลียวของคู่สมรส (dyadic cohesion) มี 5

ด้านที่ 4 การแสดงความรัก (affectional expression) มี 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 6, 25, 26

ข้อความที่ใช้ในแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสนี้ ประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายด้านบวกจำนวน 20 ข้อ และข้อความที่มีความหมายด้านลบจำนวน 7 ข้อ ให้ประเมินด้วยตนเองว่า ข้อความในแต่ละข้อคำถามนั้นตรงกับความคิดเห็นของตนมากน้อยเพียงใด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ การคำนวณคะแนน คะแนนรวมทั้งหมดของแบบวัดอยู่ระหว่าง 28-135 คะแนน แบ่งคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนรวม 28 – 56 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนนรวม 57 – 112 คะแนนถึง มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนรวม 113 –135 คะแนนถึง มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม โดยผู้วิจัยนำแผนการดำเนินโปรแกรม บำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นที่สร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไข เนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน และพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช (APN) 2 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของ ภาษาที่ใช้ รูปแบบของเนื้อหากิจกรรม ความตรงเชิงโครงสร้างในแต่ละกิจกรรมและความเหมาะสม ของระยะเวลาที่ใช้ โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงปรับแก้ ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะ ของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษามาปรับปรุงแก้ไขในโปรแกรมที่สร้างขึ้น และนำไปทดลองใช้กับ ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างโดยทดลองใช้กับผู้ติดยา จำนวน 3 ครอบครัว จนครบ ทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมก่อนที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจน ประเมินความชัดเจนของเนื้อหาของกิจกรรม ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมของเวลาในการดำเนิน กิจกรรม ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

2. การตรวจสอบความตรง (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการ วิจัย ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะให้เหมาะสมกับ กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน เพื่อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความชัดเจน ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับ ของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน และไม่ เห็นด้วย 1 คะแนน และได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้เขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความ คิดเห็นและมีความสอดคล้องกัน ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยได้คำนวณดัชนีความตรงของ เนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตรคำนวณ (Hambleton et al.,1975 อ้างใน บุญใจศรีสถิตนรากร,2553) ดังนี้

$$\square\square\square = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนในความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณคะแนนดัชนีความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ พบว่าแบบ บันทึกพฤติกรรมการติดยา (TLFB) มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

3. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

- เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกพฤติกรรมการตีตรา (Timeline follow back) ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบหาค่าความเที่ยงของเนื้อหาโดยการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้มาหาค่าความเที่ยงโดยการประเมินกลุ่มตัวอย่างจำนวนสองครั้ง ห่างกันเป็นระยะเวลา 7 วันหลังจากประเมินในครั้งแรก โดยใช้วิธี Test Retest และนำมาหาค่าประสิทธิสัมพันธ์ของเพียร์สันได้ $r = 0.97$

- เครื่องมือการกำกับการทดลอง ได้แก่ และแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (DAS) ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบหาค่าความเที่ยงของเนื้อหาโดยการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.92

วิธีการดำเนินการวิจัย

ภายหลังจากได้รับอนุมัติโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ได้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเวลาเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ในเรื่องการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น โดยได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัย ร่วมกับการได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้นักศึกษาวิจัยไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง อีกทั้งได้มีการพัฒนาทักษะการทำกลุ่มโดยฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อในหอผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความชำนาญและนำไปใช้จริงภายใต้การนิเทศงานโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (APN)

1.2 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 นำเสนอโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานพัฒนางานวิจัยกรมแพทยทหารบก

1.4 จัดทำแผนการทดลอง โดยเตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการกองจิตเวชและประสาทวิทยา หัวหน้าพยาบาลแผนกจิตเวช และประสาทวิทยาของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ได้

ยื่นขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานพัฒนางานวิจัยกรมแพทยทหารบก เพื่อทำการขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา และสถานที่

1.5 เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน โดยผู้วิจัยเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยสังเกตและบันทึกพัฒนาการของผู้ป่วยและคู่สมรส โดยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประชากร กลุ่มตัวอย่างและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดในการเก็บบันทึกข้อมูล และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ครอบครัว ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายในเรื่องของการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ข้อมูลการทดลองและขออนุญาตเพื่อเข้าทำการทดลอง สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.6.1. กลุ่มทดลองและคู่สมรสผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดเชื้อ โดยให้ผู้ป่วยและคู่สมรสบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุรา (TLFB) เป็นระยะเวลา 1 เดือน และประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส โดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (DAS) ก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

1.6.2. กลุ่มควบคุมและคู่สมรส ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดเชื้อ โดยให้ผู้ป่วยและคู่สมรสบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุรา (TLFB) เป็นระยะเวลา 1 เดือน หลังกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองดังนี้

2.1.1. ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดเชื้อก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุรา (Timeline follow back) ใน 30 วันที่ผ่านมา รวมถึงประเมินประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส โดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (DAS) ก่อนดำเนินการกิจกรรมที่ 1 ตามโปรแกรมการบำบัด

2.1.2. หลังจากการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น โดยทำเป็นรายครอบครัว ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละประมาณ 60-90 นาที จนครบ 6 กิจกรรม ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและคู่สมรสบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยภายหลังสิ้นสุดการบำบัด โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุรา (Timeline follow back) เป็นระยะเวลา 30 วัน (นับจากวันที่เสร็จสิ้นการบำบัด)

ตารางที่ 3 กำหนดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น

กิจกรรม	กลุ่มตัวอย่าง	วันที่	เวลา	สถานที่
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินเบื้องต้น (Connection and Assessment) กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ร่วมกันค้นหาปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราและปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรส ตั้งเป้าหมายในการบำบัดร่วมกัน (60 นาที)	คู่อี 1	20 กันยายน	8.00-9.00	แผนกผู้ป่วยนอก
	คู่อี 2	2560	9.00-10.00	จิตเวชและ
	คู่อี 3		10.00-11.00	ประสาทวิทยา
	คู่อี 4		11.00-12.00	
	คู่อี 5		13.00-14.00	
	คู่อี 6		15.00-16.00	
	คู่อี 7		16.00-17.00	
	คู่อี 8		18.00-19.00	
คู่อี 9	คู่อี 9	21 กันยายน	8.00-9.00	แผนกผู้ป่วยนอก
	คู่อี 10	2560	9.00-10.00	จิตเวชและ
	คู่อี 11		10.00-11.00	ประสาทวิทยา
	คู่อี 12		11.00-12.00	
	คู่อี 13		13.00-14.00	
	คู่อี 14		15.00-16.00	
	คู่อี 15		16.00-17.00	
	คู่อี 16		18.00-19.00	
คู่อี 17	คู่อี 17	22 กันยายน	8.00-9.00	แผนกผู้ป่วยนอก
	คู่อี 18	2560	9.00-10.00	จิตเวชและ
	คู่อี 19		10.00-11.00	ประสาทวิทยา
	คู่อี 20		11.00-12.00	

กิจกรรม	กลุ่มตัวอย่าง	วันที่	เวลา	สถานที่
ขั้นตอนที่ 2 การให้ ความรู้พื้นฐาน (Education) กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้ และทำความเข้าใจ เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติด สุราเบื้องต้น(60นาที)	คู่ที่ 1	24 กันยายน	8.00-9.00	แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชและ ประสาทวิทยา
	คู่ที่ 2	2560	9.00-10.00	
	คู่ที่ 3		10.00-11.00	
	คู่ที่ 4		11.00-12.00	
	คู่ที่ 5		13.00-14.00	
	คู่ที่ 6		15.00-16.00	
	คู่ที่ 7		16.00-17.00	
	คู่ที่ 8	25 กันยายน	8.00-9.00	แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชและ ประสาทวิทยา
	คู่ที่ 9	2560	9.00-10.00	
	คู่ที่ 10		10.00-11.00	
	คู่ที่ 11		11.00-12.00	
	คู่ที่ 12		13.00-14.00	
	คู่ที่ 13		15.00-16.00	
	คู่ที่ 14		16.00-17.00	
	คู่ที่ 15	26 กันยายน	8.00-9.00	แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชและ ประสาทวิทยา
	คู่ที่ 16	2560	9.00-10.00	
	คู่ที่ 17		10.00-11.00	
	คู่ที่ 18		11.00-12.00	
	คู่ที่ 19		13.00-14.00	
	คู่ที่ 20		15.00-16.00	
กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้ ความสำคัญของ สัมพันธภาพระหว่างคู่ สมรสต่อพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วย โรคติดสุรา (90 นาที)	คู่ที่ 1	29 กันยายน	8.00-9.30	แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชและ ประสาทวิทยา
	คู่ที่ 2	2560	10.00-11.30	
	คู่ที่ 3		13.00-14.30	
	คู่ที่ 4		15.00-16.30	
	คู่ที่ 5		16.30-18.00	
	คู่ที่ 6	30 กันยายน	8.00-9.30	แผนกผู้ป่วยนอก
	คู่ที่ 7	2560	10.00-11.30	

กิจกรรม	กลุ่มตัวอย่าง	วันที่	เวลา	สถานที่	
	คู่ที่ 8		13.00-14.30	ประสาทวิทยา	
	คู่ที่ 9		15.00-16.30		
	คู่ที่ 10		16.30-18.00		
	คู่ที่ 11	1 ตุลาคม 2560	8.00-9.30	แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชและ ประสาทวิทยา	
	คู่ที่ 12		10.00-11.30		
	คู่ที่ 13		13.00-14.30		
	คู่ที่ 14		15.00-16.30		
	คู่ที่ 15		16.30-18.00		
	คู่ที่ 16	2 ตุลาคม 2560	8.00-9.30	คู่ที่ 16	
	คู่ที่ 17		10.00-11.30		คู่ที่ 17
	คู่ที่ 18		13.00-14.30		คู่ที่ 18
	คู่ที่ 19		15.00-16.30		คู่ที่ 19
	คู่ที่ 20		16.30-18.00		คู่ที่ 20
	ขั้นตอนที่ 3 การฝึก ทักษะส่งเสริม กิจกรรมทางบวก (Increasing positive activities) กิจกรรมที่ 4 ให้ ความรู้และฝึกทักษะ ให้เห็นถึงความสำคัญ ของแรงเสริมทางบ วจากสัมพันธภาพ ระหว่างคู่สมรส ฝึก ทักษะการสร้าง สัมพันธภาพที่ดี ระหว่างกันและการทำ กิจกรรมร่วมกัน	คู่ที่ 1	4 ตุลาคม 2560	8.00-9.30	แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชและ ประสาทวิทยา
		คู่ที่ 2		10.00-11.30	
		คู่ที่ 3		13.00-14.30	
		คู่ที่ 4		15.00-16.30	
		คู่ที่ 5		16.30-18.00	
		คู่ที่ 6	5 ตุลาคม 2560	8.00-9.30	แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชและ ประสาทวิทยา
		คู่ที่ 7		10.00-11.30	
คู่ที่ 8		13.00-14.30			
คู่ที่ 9		15.00-16.30			
คู่ที่ 10		16.30-18.00			
คู่ที่ 11		6 ตุลาคม 2560	8.00-9.30	แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชและ ประสาทวิทยา	
คู่ที่ 12			10.00-11.30		
คู่ที่ 13			13.00-14.30		
คู่ที่ 14			15.00-16.30		
คู่ที่ 15			16.30-18.00		

กิจกรรม	กลุ่มตัวอย่าง	วันที่	เวลา	สถานที่
ระหว่างคู่สมรส (90 นาที)	คู่ที่ 16 คู่ที่ 17 คู่ที่ 18 คู่ที่ 19 คู่ที่ 20	7 ตุลาคม 2560	8.00-9.30 10.00-11.30 13.00-14.30 15.00-16.30 16.30-18.00	แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชและ ประสาทวิทยา
ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ไขปัญหา (Teaching communication and Problem Solving)	คู่ที่ 1 คู่ที่ 2 คู่ที่ 3 คู่ที่ 4 คู่ที่ 5	9 ตุลาคม 2560	8.00-9.30 10.00-11.30 13.00-14.30 15.00-16.30 16.30-18.00	แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชและ ประสาทวิทยา
	คู่ที่ 6 คู่ที่ 7 คู่ที่ 8 คู่ที่ 9 คู่ที่ 10	10 ตุลาคม 2560	8.00-9.30 10.00-11.30 13.00-14.30 15.00-16.30 16.30-18.00	
กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการสื่อสารและพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา (90 นาที)	คู่ที่ 11 คู่ที่ 12 คู่ที่ 13 คู่ที่ 14 คู่ที่ 15	11 ตุลาคม 2560	8.00-9.30 10.00-11.30 13.00-14.30 15.00-16.30 16.30-18.00	แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชและ ประสาทวิทยา
	คู่ที่ 16 คู่ที่ 17 คู่ที่ 18 คู่ที่ 19 คู่ที่ 20	12 ตุลาคม 2560	8.00-9.30 10.00-11.30 13.00-14.30 15.00-16.30 16.30-18.00	
ขั้นตอนที่ 5 สิ้นสุดสัมพันธภาพ (Termination)	คู่ที่ 1 คู่ที่ 2 คู่ที่ 3 คู่ที่ 4	14 ตุลาคม 2560	8.00-9.00 9.00-10.00 10.00-11.00 11.00-12.00	แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชและ ประสาทวิทยา

กิจกรรม	กลุ่มตัวอย่าง	วันที่	เวลา	สถานที่
กิจกรรมที่ 6 ทบทวน ความรู้เบื้องต้น เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติด	คู่ที่ 5		13.00-14.00	
	คู่ที่ 6		15.00-16.00	
	คู่ที่ 7		16.00-17.00	
สุรา ความสำคัญของ สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่ สมรสเพื่อการบำบัด และการฝึกทักษะต่าง ๆ วางแผนแนวทาง การดูแลผู้ป่วยร่วมกับ	คู่ที่ 8	15 ตุลาคม 2560	8.00-9.00	แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชและ ประสาทวิทยา
	คู่ที่ 9		9.00-10.00	
	คู่ที่ 10		10.00-11.00	
	คู่ที่ 11		11.00-12.00	
	คู่ที่ 12		13.00-14.00	
	คู่ที่ 13		15.00-16.00	
	คู่ที่ 14		16.00-17.00	
คู่สมรสในอนาคต โดย ป้องกันพฤติกรรมการ ดื่มสุร่า (60 นาที)	คู่ที่ 15	16 ตุลาคม 2560	8.00-9.00	แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชและ ประสาทวิทยา
	คู่ที่ 16		9.00-10.00	
	คู่ที่ 17		10.00-11.00	
	คู่ที่ 18		11.00-12.00	
	คู่ที่ 19		13.00-14.00	
	คู่ที่ 20		15.00-16.00	

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและการประเมินเบื้องต้น (Connection and Assessment)

ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ระยะเวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 1 : สร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด ร่วมกันค้นหาปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุร่าและปัญหา
สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรสตั้งเป้าหมายในการบำบัดร่วมกัน

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยโรคติดสุร่าและคู่สมรส

วัตถุประสงค์ทั่วไป :

1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัด ผู้ป่วยและคู่สมรส ให้เกิดความไว้วางใจ ยอมรับ
และให้ความร่วมมือ ยินยอมเปิดเผยข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการบำบัด
2. เพื่อประเมินปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุร่าของผู้ป่วยและระดับความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส
ก่อนการบำบัด
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถค้นหาปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุร่าของผู้ป่วย
และปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคู่สมรส

4. เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมกรรมการตีมสุราของผู้ป่วยและความปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสตั้งเป้าหมายร่วมกันในบำบัด

กิจกรรมที่ 1.1 สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้บำบัดร่วมกับผู้ป่วยและคู่สมรส ประเมินและร่วมกันค้นหาปัญหาพฤติกรรมกรรมการตีมสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา (30 นาที)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยและคู่สมรสมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้บำบัด เกิดความไว้วางใจ ยอมรับ และให้ความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัดรักษา
2. ผู้ป่วยสามารถประเมินพฤติกรรมกรรมการตีมสุราของตนเองตามแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการตีมสุรา (AUDIT) ก่อนเข้ารับการบำบัด ได้ถูกต้องตามความเป็นจริง
3. ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถค้นหาปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการตีมสุราของผู้ป่วยได้
4. ผู้ป่วยและคู่สมรสมีความตระหนักถึงผลกระทบจากปัญหาพฤติกรรมกรรมการตีมสุราของผู้ป่วย

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้บำบัดกล่าวทักทายแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการบำบัด และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นในครั้งนี้
2. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยและคู่สมรสกล่าวแนะนำตนเอง
3. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยประเมินพฤติกรรมกรรมการตีมสุราของตนเอง รวบรวมข้อมูล บอกระดับความรุนแรงพฤติกรรมกรรมการตีมสุราของผู้ป่วยจากข้อมูลที่ได้รับ
4. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยและคู่สมรสร่วมกันค้นหาปัญหาพฤติกรรมด้านลบที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยโรคติดสุราตีมสุรา สาเหตุการตีมสุรา ผลกระทบต่อตนเอง และครอบครัว แลกเปลี่ยนความคิดเห็นข้อดีข้อเสียจากการตีมสุราในหัวข้อ “การตีมสุราทำให้เกิดผลดีผลเสียอย่างไรบ้าง”
5. ผู้บำบัดสรุปผลดีและผลเสียจากการพฤติกรรมกรรมการตีมสุราของผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นผลกระทบที่ตามมาจากปัญหาพฤติกรรมกรรมการตีมสุรา สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและคู่สมรสร่วมมือกันช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกพฤติกรรมกรรมการตีมสุรา

เครื่องมือ

1. เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 1.1 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการตีมสุรา (AUDIT)
2. สื่อประกอบกิจกรรมที่ 1.1 เครื่องตีมแอลกอฮอล์โทษและพิษภัย
3. เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 1.2 พฤติกรรมด้านลบจากพฤติกรรมกรรมการตีมสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา

การประเมินผล

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อและคู่สมรสมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สีน้าอึมแยม ผู้ป่วยโรคติดเชื้อและคู่สมรสให้ความร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษา เกิดความเข้าใจวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นในครั้งนี้ โดยสามารถบอกได้ว่า การเข้าร่วมกิจกรรมจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อและคู่สมรส มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ มีแนวทางการดูแลรักษาที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสที่ดีเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดเชื้อมีพฤติกรรมที่ดีที่ลดลง มีทักษะในการทำกิจกรรมทางบวกร่วมกัน มีการสื่อสารต่อกันอย่างมีประสิทธิภาพและมีการจัดการเมื่อเกิดปัญหาร่วมกันในเชิงบวกได้

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อและคู่สมรส ร่วมกันประเมินพฤติกรรมที่ดีขึ้นของผู้ป่วยโรคติดเชื้อสามารถค้นหาปัญหาจากพฤติกรรมที่ดีขึ้นของผู้ป่วยได้ และสามารถค้นหาพฤติกรรมระหว่างคู่สมรสที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้ เพื่อสะท้อนให้เห็นความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่ดีขึ้นและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเบื้องต้นได้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยและคู่สมรสเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองได้อย่างเหมาะสม จากตัวอย่างตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยโรคติดเชื้อและคู่สมรส ดังนี้

สามี ครอบครัวที่ 2 : “เมื่อก่อนผู้รู้ว่าคุณต้องเลิกเหล้า เพราะมันไม่ดีต่อร่างกายผม แต่มันก็ไม่ได้เกี่ยวกับครอบครัว ผมดื่มของผมคนเดียว ผมเพิ่มมารู้ตอนนี้เองว่าเมียผมลำบากหาเงินเพิ่มขึ้น ต้องไปเบียดเป็นเงินลูก ผมรู้แล้วว่าผมผิด ผมจะตั้งใจเลิกอย่างจริงจังแล้ว”

ภรรยา ครอบครัวที่ 1 : “ฉันยอมรับว่าฉันคิดตลอดว่าถ้าสามีบำบัดเสร็จแล้วกลับบ้าน ยังงัยก็ต้องกลับมาอีก อยากให้มาอยู่โรงพยาบาลสบายใจกว่า ฉันไม่รู้มาก่อนว่าสามีเค้ารู้ว่าฉันคิดแบบนี้กับเค้า เค้าน้อยใจ ไม่อยากอยู่บ้าน ต้องออกไปกินเหล้า คราวนี้ฉันจะช่วยเหลือสามีเลิกเหล้าให้ได้ค่ะ”

เมื่อคู่สมรสแต่ละฝ่ายยอมรับในสาเหตุจากตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมที่ดีขึ้นและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ผู้ป่วยและคู่สมรสเกิดความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกัน และร่วมกันหาทางออกในการแก้ไขปัญหาครั้งนี้ และพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองส่งเสริมพฤติกรรมทางบวกที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส แม้จะไม่คุ้นชินในการปฏิบัติแต่ก็พร้อมที่จะเรียนรู้ไปร่วมกัน จากตัวอย่างบทสนทนา ผู้บำบัด ผู้ป่วยโรคติดเชื้อและคู่สมรส

ผู้บำบัด : “คุณและคู่สมรส คิดว่าการบำบัดครั้งนี้จะช่วยเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ของพวกคุณได้อย่างไร”

สามี ครอบครัวที่ 10 : “น่าจะเปลี่ยนแปลงไปมากอยู่ ไม่ได้เที่ยวด้วยกันนานแล้ว มันเหมือนจับกันใหม่ๆ แหละ เคยมาแล้ว แต่จับตอนแกยังไม่เคย ลองดู”

ภรรยา ครอบครัวที่ 10 : “ถ้าสามีทำดีต่อฉันบ้าง อย่างน้อย ๆ ฉันก็น่าจะมีกำลังใจอยู่เป็นคู่ชีวิตเค้าต่อไป”

จากการทำกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรสมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้บำบัด มีความรู้สึกที่ดีต่อการบำบัดรักษา สามารถค้นหาปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราและปัญหาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสรวมกันได้ อีกทั้งยังมีความตั้งใจ มีเป้าหมายในการบำบัดที่ดีที่

กิจกรรมที่ 1.2 ประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการบำบัด (30 นาที)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถบอกหน้าที่และบทบาทในครอบครัวของแต่ละคน พร้อมทั้งอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส
2. ผู้ป่วยและคู่สมรสประเมินความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส เป็นรายด้านรวมกันได้ ได้แก่ ด้านความเห็นพ้องกัน (Dyadic consensus) ด้านความพึงพอใจ (Dyadic satisfaction) ด้านความกลมเกลียว (Dyadic cohesion) และด้านการแสดงความรัก (Affectional expression)
3. ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถบอกและอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส สามารถค้นหาความพึงพอใจและปัญหาความขัดแย้งระหว่างคู่สมรสรวมกัน
4. ผู้ป่วยและคู่สมรสแสดงความคิดเห็นร่วมกัน สามารถบอกถึงความรู้สึกและพฤติกรรมแสดงออกซึ่งกันและกันเมื่อผู้ป่วยดื่มสุรา
5. ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถแสดงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกันเพื่อลดความขัดแย้งและส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้บำบัดสอบถามผู้ป่วยและคู่สมรสถึงหน้าที่และบทบาทในครอบครัวแต่ละคน
2. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยและคู่สมรสอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส ใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินปัญหาความขัดแย้งระหว่างคู่สมรสตามเอกสารประกอบกิจกรรมที่ 1.2
3. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยและคู่สมรสประเมินความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเห็นพ้องกัน (Dyadic consensus) ด้านความพึงพอใจ (Dyadic satisfaction) ด้านความกลมเกลียว (Dyadic cohesion) และด้านการแสดงความรัก (Affectional expression) โดยใช้แบบวัด Dynamic Adjustment Scale (DAS) ตามเอกสารประกอบกิจกรรมที่ 1.3 ใช้รูปแบบการสัมภาษณ์แบบ dyadic questioning เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น
4. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยและคู่สมรสแสดงความคิดเห็นร่วมกันในหัวข้อ “รักเราบกพร่องอย่างไร” ร่วมกันค้นหาความพึงพอใจและปัญหาความขัดแย้งระหว่างคู่สมรส สาเหตุของปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น

5. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยและคู่สมรสร่วมกันแสดงความคิดเห็นในหัวข้อ “การดื่มสุรามีผลต่อ ความขัดแย้งระหว่างคู่สมรสหรือไม่” กระตุ้นให้ผู้สมรสแสดงความรู้สึกเมื่อผู้ป่วยดื่มสุรา และพฤติกรรมแสดงออกถึงความไม่พึงพอใจของคู่สมรส ร่วมกับกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกของตนเองต่อแสดงออกถึงความไม่พึงพอใจของคู่สมรส

6. ผู้บำบัดสะท้อนให้ผู้ป่วยและคู่สมรสเห็นความขัดแย้งระหว่างคู่สมรสจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่เปลี่ยนแปลงไป

7. ผู้บำบัดสรุปความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรส ข้อดีที่สร้างความพึงพอใจในชีวิตคู่สมรส และข้อเสียที่ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างคู่สมรส และพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่ส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

8. ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยและคู่สมรสแสดงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกันเพื่อลดความขัดแย้งและส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส

9. ผู้บำบัดทบทวนที่สิ่งได้เรียนรู้ในช่วงนี้ของผู้บำบัด ให้ผู้ป่วยและคู่สมรสแสดงความคิดเห็นร่วมกัน

เครื่องมือ

1. สื่อประกอบกิจกรรมที่ 1.2 บทบาทและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว
2. เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 1.3 แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินปัญหาความขัดแย้งระหว่างคู่สมรส
3. เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 1.4 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส
4. สื่อประสาส์ประกอบกิจกรรมที่ 1.3 บทบาทหน้าที่ของสามีภรรยา
5. เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 1.5 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส
6. สื่อประสาส์ประกอบกิจกรรมที่ 1.4 วงจรพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยและพฤติกรรมแสดงออกของคู่สมรส

การประเมินผล

ผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรสสามารถบอกหน้าที่และบทบาทในครอบครัวของแต่ละคนได้ ผู้ป่วยโรคติดสุราส่วนใหญ่มีความบกพร่องต่อบทบาทการเป็นผู้นำครอบครัวที่ดี ภรรยาเข้ามามีบทบาทเป็นผู้นำแทนและจัดการกับภาระต่างๆ ในครอบครัว จากการทบทวนบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว ผู้ป่วยโรคติดสุราสามารถบอกได้ว่าตนเองมีความบกพร่องอย่างไร และสามารถรับรู้ถึงบทบาทที่เปลี่ยนไปของภรรยาได้ จากตัวอย่างบทสนทนาของผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรสครอบครัวหนึ่ง

ภรรยา ครอบครัวที่ 1 : “สามีดิฉันไม่รู้หรือว่าดิฉันทำโอทีเพิ่ม เพราะค่าใช้จ่ายในบ้านไม่เพียงพอ ค่าของเงินกินเหล้าฉันก็ให้ไปตามปกติ ดึกว่าไม่ได้กินแล้วอาละวาด สงสารลูกไม่ยากให้เห็น พ่อแม่ทะเลาะกัน ฉันคิดว่าเหนื่อยเพื่อลูกมันก็เป็นกำลังใจแล้ว”

สามี ครอบครัวที่ 1 : “ฉันขอโทษนะ ไม่รู้ว่าเธอต้องทำงานเพิ่ม ฉันเห็นเธอเหมือนปกติไม่พูด ไม่บอกก็นึกว่าไม่มีปัญหาอะไร ฉันไม่ทันคิดเอง ต่อไปฉันจะงดเหล้าให้ได้จะได้ไม่ไปกวนเธอ”

เมื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตต้อสุราและคู่สมรสประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเป็นรายด้านทำให้ผู้ป่วยโรคจิตต้อสุราและคู่สมรสทราบความคิดเห็นที่แตกต่างซึ่งกันและกัน พูดคุยกันด้วยเหตุผล และความรู้สึกที่อีกฝ่ายไม่ทราบมาก่อน ทำให้มีความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น แสดงความคิดเห็นร่วมกัน สามารถบอกถึงความรู้สึกและพฤติกรรมการแสดงออกซึ่งกันและกันเมื่อผู้ป่วยดื่มสุราได้ จากตัวอย่าง บทสนทนาขณะประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

สามี ครอบครัวที่ 1 : “ฉันไม่เคยรู้มาก่อนเลยว่าเธออยากให้ลูกไปเรียนโรงเรียนประจำ อยู่ที่บ้านมีพ่อแม่ อยู่ด้วยดีแล้ว เหมือนเอาลูกไปฝากให้คนอื่นเลี้ยง”

ภรรยา ครอบครัวที่ 1 : “ก็เวลาเธอมาเธอชอบเอะอะโวยวายเสียงดัง เจออะไรก็หงุดหงิด พาลว่าลูก ฉันเองก็อดโมโหเธอไม่ได้ เดียวก็ทะเลาะกันลั่นบ้าน ฉันไม่อยากให้ลูกเจอสภาพพ่อแม่แบบนี้ มันจะเครียด กลัวเป็นเด็กมีปัญหา”

สามี ครอบครัวที่ 1 : “ฉันโวยวาย อาละวาดขนาดนั้นเลยหรือ ลูกมันจะยังเคารพฉันอยู่ไหม คราวหน้าเธอเตือนฉันนะ อย่าโมโหฉันเลยฉันไม่รู้เรื่องจริงๆ ถ้าเห็นฉันเมาเธอไม่จำเป็นต้องให้ฉันเข้าบ้านเจอลูกนะ ครั้งฉันจะพยายามเลิกเหล้าจริงจิงแล้ว”

จากกิจกรรมครั้งนี้ผู้ป่วยและคู่สมรสบอกหน้าที่และบทบาทในครอบครัวของแต่ละคน พร้อมทั้งอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสได้ ทราบระดับความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสจากการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสของตนเอง รู้ว่าเรื่องใดที่เห็นพ้องต้องกัน เรื่องในที่ขัดแย้งกัน ปรีกษาขอแนวทางที่เหมาะสม ก่อให้เกิดพฤติกรรมแสดงออกที่ดีในเชิงบวก ผู้ป่วยโรคจิตต้อสุราและคู่สมรสแสดงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกันเพื่อลดความขัดแย้งและส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสได้

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้พื้นฐาน (Education)

ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ระยะเวลา 150 นาที

กิจกรรมที่ 2 : เรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตต้อสุราเบื้องต้น

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยโรคจิตต้อสุราและคู่สมรส

วัตถุประสงค์ทั่วไป :

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่สมรสมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตต้อสุรา อาการและอาการแสดง สาเหตุปัจจัย และผลกระทบจากพฤติกรรมดื่มสุราของผู้ป่วย

2. เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่สมรสมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ การจัดการกับพฤติกรรมกรรมการตีสุราของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถบอกความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เข้าใจได้
 2. ผู้ป่วยและคู่สมรสได้รับความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ การวินิจฉัย อาการอาการแสดง ปัจจัยสาเหตุ และการบำบัดรักษา

3. ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถตอบแบบทดสอบความรู้เบื้องต้นหลังได้รับความรู้ที่ถูกต้อง

การดำเนินการกิจกรรม

1. ผู้บำบัดสอบถามผู้ป่วยและคู่สมรสเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อทั่วไป ประเมินความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อโดยใช้แบบประเมินผลก่อนได้รับความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (pretest) ตามเอกสารประกอบกิจกรรมที่ 2.1

2. ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ การวินิจฉัย อาการ อาการแสดง ปัจจัยสาเหตุ และการบำบัดรักษา โดยใช้เอกสารประกอบการเรียนรู้ที่ 1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

3. ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและคู่สมรสซักถาม

4. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยและคู่สมรสทำแบบทดสอบหลังจากได้รับความรู้แล้ว โดยใช้แบบประเมินผลหลังได้รับความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (post test) เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 2.2

5. ผู้บำบัดสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในชั่วโมงบำบัด ให้ผู้ป่วยและคู่สมรสทบทวนความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ แสดงความคิดเห็นร่วมกัน

เครื่องมือ

1. เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 2.1 แบบประเมินผลก่อนได้รับความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (pretest)

2. เอกสารประกอบการเรียนรู้ที่ 1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

3. เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 2.2 แบบประเมินผลหลังได้รับความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (post test)

การประเมินผล

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อและคู่สมรสได้รับความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ เมื่อทราบสาเหตุ อาการและอาการแสดง ผลกระทบในด้านต่างๆ ที่ตามมาเมื่อผู้ป่วยโรคติดเชื้อยังคงมีพฤติกรรมกรรมการตีสุราอยู่อย่างต่อเนื่อง เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เกิดความเข้าใจในอาการและแนวทางการป้องกันมากขึ้น จากบทสนทนาของผู้ป่วยและคู่สมรสครอบครัวหนึ่ง

ภรรยา ครอบครัวที่ 11 : “ฉันไม่รู้มาก่อนนะ ว่าโรคติดเหล้าเป็นแล้วมันห้ามตัวเองไม่ยอมเหล้าไม่ได้ นึกว่าเป็นเพราะนิสัยส่วนตัวเสียอีกที่ชอบดื่มชอบเมา เธออยากเลิกเหล้าจริงๆ หรือป่าว ฉันจะช่วยแต่เธอก็ต้องเข้มแข็งนะ”

สามี ครอบครัวที่ 11 : “ฉันบอกเธอตั้งหลายรอบแล้วว่ามันห้ามตัวเองไม่ได้ถ้ากินก็ต้องอยู่ยาว ไม่กินก็มีอ้วน ดีใจจังที่เธอเชื่อฉัน ฉันจะเลิกกินตลอดไป แต่อย่าโทษนะ ค่อยๆลด”

จากกิจกรรมนี้ทำให้ปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคติดสุราได้ ส่งเสริมความเชื่อมั่น ความมั่นใจในผู้ป่วยโรคติดสุราที่ต้องการเลิกดื่มอย่างถาวร ผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรส รับทราบแนวทางการรักษาเบื้องต้น และเกิดความตระหนักต่อผลกระทบที่เลวร้ายหากผู้ป่วยไม่สามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราลงได้

กิจกรรมที่ 3 : เรียนรู้ความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรส

วัตถุประสงค์ทั่วไป :

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่สมรสมีความรู้ความเข้าใจและให้ความสำคัญเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ที่สามารถเป็นแรงเสริมด้านบวกและด้านลบต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่สมรสเห็นถึงความสำคัญของสัมพันธภาพทางบวกระหว่างการบำบัดรักษาพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่สมรสร่วมกันวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดสัมพันธภาพทางบวกระหว่างคู่สมรส

กิจกรรมที่ 3.1 เรียนรู้และตระหนักถึงความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา (45 นาที)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยและคู่สมรสได้รับความรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพทางบวกระหว่างคู่สมรสและทางลบในชีวิตคู่สมรส ปัจจัยการเกิด และผลกระทบในครอบครัว
2. ผู้ป่วยและคู่สมรสร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสัมพันธภาพทางบวกและทางลบ ระหว่างคู่สมรส ปัจจัยการเกิด และผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว
3. ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถบอกได้ถึงผลกระทบของสัมพันธภาพทางบวกและทางลบระหว่างคู่สมรสต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้บำบัดทบทวนความรู้ที่ผู้ป่วยและคู่สมรสได้ร่วมกันค้นหาในกิจกรรมที่ 1.2 ผู้ป่วยและคู่สมรสค้นหาและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรากับความขัดแย้งระหว่างคู่สมรส
2. ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพทางลบระหว่างคู่สมรสในชีวิตคู่สมรส ปัจจัยการเกิด และผลกระทบในครอบครัว โดยใช้เอกสารประกอบการเรียนรู้ที่ 2 สัมพันธ์ภาพทางลบระหว่างคู่สมรส
3. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยและคู่สมรสแสดงความคิดเห็นในเรื่องความสัมพันธ์ทางลบระหว่างคู่สมรสมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยอย่างไร ในช่วงโม่งบำบัดและบันทึกในเอกสารประกอบกิจกรรมที่ 2.3
4. ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางบวกในชีวิตคู่สมรส ปัจจัยการเกิด และความพึงพอใจในครอบครัว โดยใช้เอกสารประกอบการเรียนรู้ที่ 3 สัมพันธ์ภาพทางบวกระหว่างคู่สมรส
5. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยและคู่สมรสแสดงความคิดเห็นในเรื่องความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างคู่สมรสมีผลต่อการลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยอย่างไร ในช่วงโม่งบำบัด
6. ผู้บำบัดสรุปการเรียนรู้ที่ได้รับในช่วงบำบัด แสดงให้ผู้ป่วยและคู่สมรสตระหนักถึงผลที่ได้รับจากพฤติกรรมความสัมพันธ์ทางบวกและลดต่อการดื่มสุราของผู้ป่วย ทบทวนเป็นการบ้านใบมอบหมายกิจกรรมที่ 2.2

เครื่องมือ

1. เอกสารประกอบการเรียนรู้ที่ 2 สัมพันธ์ภาพทางลบระหว่างคู่สมรส
2. เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 3.1 จงบอกพฤติกรรม สัมพันธ์ภาพทางลบ ทางกาย ทางวาจา และทางใจ ที่มีต่อคู่สมรส พร้อมบอกผลกระทบต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย
3. เอกสารประกอบการเรียนรู้ที่ 3 สัมพันธ์ภาพทางบวก ระหว่างคู่สมรส

การประเมินผล

ผู้ป่วยและคู่สมรสได้รับความรู้เกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพทางบวกระหว่างคู่สมรสและทางลบในชีวิตคู่สมรส ได้เห็นถึงความสำคัญของสัมพันธ์ภาพทางบวกที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตคู่สมรส และพฤติกรรมทางลบที่มีผลให้ความพึงพอใจในชีวิตคู่สมรสลดลง มีความตระหนักที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองไปในทางบวก ร่วมกันหาแนวทางในการพัฒนาความสัมพันธ์ของตนเองเพื่อให้มีชีวิตสมรสที่ดีขึ้นได้ จากตัวอย่างบทสนทนาของผู้ป่วยและคู่สมรส

สามี ครอบครัวที่ 9 : “ผมรู้แล้วว่าผมละเอียดกรรยาผมไปบ้าง ช่วงที่ผมติดเหล้า ทำให้ภรรยาผมไม่ไว้วางใจ หาเรื่องทะเลาะกันได้ตลอด จนบางครั้งผมรู้ณะว่าเราก็เบื่อกันอยู่ด้วยกันแล้ว ผมยังรัก

ภรรยาผมอยู่นะครับ จะแยะยังงัยเค้าก็ไม่ทั้งผมไหน ผมจะขอโอกาสปรับปรุงตัวได้ใหม่ แต่คุณก็ต้องลดราวาคอกให้กันบ้าง”

ภรรยา ครอบครัวที่ 9 : “คิดว่าไม่รักกันแล้วนะเนี่ย อย่าก้อย่าขาดกันเหมือนกัน ฉันทเหนื่อยภาระก็เพิ่มขึ้น แต่คุณบอกมาแบบนี้ ฉันทก็ชื่นใจ เราลองปรับกันดูก่อนก็ได้”

จากกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและคู่สมรสเกิดความรู้จากสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดีเป็นอย่างไร ส่งผลต่อชีวิตคู่และความสุขในครอบครัว มีวิธีการที่จะสร้างสัมพันธภาพทางบวก ลดความขัดแย้ง อีกทั้งยังสามารถบอกได้ถึงผลกระทบของสัมพันธภาพทางลบระหว่างคู่สมรสต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย นำความขัดแย้งที่ส่งต่อความสัมพันธ์ทางลบมาเรียนรู้ร่วมกันเพื่อเป็นตัวอย่างในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราได้

กิจกรรมที่ 3.2 เรียนรู้และทำความเข้าใจสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสทางบวกและวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางบวกร่วมกัน (45 นาที)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถแสดงความคิดเห็นและร่วมกันอภิปรายข้อดีและข้อเสียในความสัมพันธ์ทางบวกและทางลบระหว่างคู่สมรส
2. ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถเลือกพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสที่เหมาะสมที่ส่งผลดีที่สุดต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยและครอบครัวได้

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้บำบัดทบทวนความรู้โดยคร่าวเกี่ยวกับสัมพันธภาพทางบวกและทางลบระหว่างคู่สมรส
2. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยและคู่สมรสแสดงความคิดเห็นและร่วมกันอภิปรายข้อดีและข้อเสียในความสัมพันธ์ทางบวกและทางลบระหว่างคู่สมรสร่วมกัน ค้นหาและเลือกพฤติกรรมทางบวกหรือทางลบปฏิบัติในชีวิตประจำวันที่ส่งผลดีที่สุดต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 2.5
3. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยและคู่สมรสยกตัวอย่างพฤติกรรมของตนเองที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างคู่สมรส ร่วมกันค้นพฤติกรรมอื่นของคู่สมรสทั่วไปที่ส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างคู่สมรสขึ้น
4. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยและคู่สมรส ค้นหาพฤติกรรม ให้ผู้ป่วยและคู่สมรสวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน และตั้งเป้าหมายภายหลังการ ปรับเปลี่ยนต่อตนเอง ต่อคู่สมรสและต่อครอบครัว
5. ผู้บำบัดสรุปความรู้ที่ได้รับในชั่วโมงบำบัด ให้ผู้ป่วยทบทวนการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผลที่ได้ภายหลังการเปลี่ยนแปลง

เครื่องมือ

1. เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 3.3 จงบอกข้อดีและข้อเสียพฤติกรรมสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสทางบวกและทางลบต่อพฤติกรรมการตีศีรษะของผู้ป่วยและครอบครัว

การประเมินผล

ผู้ป่วยและคู่สมรสบอกข้อดีและข้อเสียในความสัมพันธ์ทางบวกและทางลบระหว่างคู่สมรสได้ ผู้ป่วยและคู่สมรสเลือกพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสทางบวกเป็นแนวทางในการปฏิบัติต่อพฤติกรรมการตีศีรษะของผู้ป่วยและครอบครัว จากตัวอย่างบทสนทนาของผู้ป่วยโรคตีศีรษะและคู่สมรส

ภรรยา ครอบครัวที่ 1 : “ วันศุกร์ที่ทำงานชอบตั้งวงเหล้ากัน เราไปหาอย่างอื่นทำไหม เธอจะได้ไม่ต้องเห็นเหล้าแล้วอยากดื่ม เพื่อนก็จะได้ไม่ลากไปดื่มด้วย ถ้าไปกินแล้วเมากลับบ้านมา ฉันก็จะอารมณ์เสียอีก อยากไปไหนอะไรวามา”

สามี ครอบครัวที่ 1 : “ วันศุกร์มีฟุตบอลอยากไปดูกับเพื่อนนะ แต่ถ้าไปก็ได้อีก ไม่เอาเดี๋ยวกลับมาโดนตำ ไปดูนอกบ้านได้ไหม กินน้ำปล่าวแทน เธอจะได้แต่งตัวสวย อารมณ์จะได้ดีๆ”

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวก (Increasing positive activities)

ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ระยะเวลา 90 นาที

กิจกรรมที่ 4 ให้ความรู้และแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของแรงเสริมทางบวกจากสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกัน การทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างคู่สมรส

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยโรคตีศีรษะและคู่สมรส

วัตถุประสงค์ทั่วไป :

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่สมรสมีความรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์ภาพทางบวกระหว่างคู่สมรสจากความสัมพันธ์ที่ดีร่วมกัน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่สมรสมีทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพทางบวกระหว่างคู่สมรสจากการทำกิจกรรมทางบวกร่วมกัน ได้แก่ 1) การทำกิจกรรมร่วมกัน 2) การแบ่งปันกิจกรรมที่ดีซึ่งกันและกัน และ 3) การกำหนดวันสำคัญให้แก่กันและกัน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถบอกกิจกรรมบวกที่ทำให้เกิดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสทางบวกเกิดขึ้นได้
2. ผู้ป่วยและคู่สมรสได้รับความรู้เกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสทางบวกที่เกิดจากความสัมพันธ์ที่ดี ในการทำกิจกรรมทางบวกร่วมกัน

3. ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถเข้าใจถึงความสำคัญของการปฏิบัติกิจกรรมและประเมินความรู้สึกก่อนการฝึกทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวกร่วมกันได้

4. ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถเลือกกิจกรรมและแสดงบทบาทสมมติในการฝึกทักษะการส่งเสริมกิจกรรมทางบวกได้

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้บำบัดทบทวนผลของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสทางบวกต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา และการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและคู่สมรสร่วมกัน

2. ผู้บำบัดถามผู้ป่วยและคู่สมรส รู้หรือไม่ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดีที่เกิดขึ้นได้อย่างไร ทำอย่างไรบ้าง ผู้ป่วยและคู่สมรสแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

3. ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสทางบวกที่เกิดจากความสัมพันธ์ที่ดีร่วมกัน จากกิจกรรมดังต่อไปนี้ 1) การฝึกทักษะการทำกิจกรรมร่วมกัน (Catch your partner doing something nice) 2) การฝึกทักษะการแบ่งปันกิจกรรมที่ดีซึ่งกันและกัน (Shared rewarding activities) และ 3) การกำหนดวันสำคัญให้แก่งานและกัน (“Caring day” assignment) จากตามเอกสารประกอบความรู้ที่ 4

4. ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้ป่วยและคู่สมรสเข้าใจถึงความสำคัญของการปฏิบัติกิจกรรมด้วยความตั้งใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและคู่สมรสประเมินความรู้สึกก่อนการปฏิบัติ ความรู้สึกก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ความรู้สึกขณะนี้จะเข้าร่วมกิจกรรมและเป้าหมายของตนเองภายหลังการปฏิบัติกิจกรรม บันทึกข้อมูลในเอกสารประกอบกิจกรรมที่ 3.1

5. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยและคู่สมรสวางแผนกิจกรรมทางบวกที่สร้างความพึงพอใจให้อีกฝ่าย โดยเฉพาะ กำหนดอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ยกตัวอย่างมา 1 กิจกรรม บอกเหตุผลที่เลือกกิจกรรมนี้ พร้อมแสดงบทบาทสมมติ บันทึกข้อมูลในเอกสารประกอบกิจกรรมที่ 3.2

6. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยและคู่สมรสวางแผนการในการจัดกิจกรรมทางบวกร่วมกัน โดยกำหนดให้มีกิจกรรมทางบวกตามที่ผู้ป่วยหรือคู่สมรสร้องขอ เดือนละ 1 ครั้ง ผลัดเปลี่ยนกันในทุก ๆ เดือน ยกตัวอย่างมา 1 พฤติกรรม บอกเหตุผลที่เลือกกิจกรรมนี้ พร้อมแสดงบทบาทสมมติ ตามเอกสารประกอบกิจกรรมที่ 3.3

7. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยและคู่สมรสวางแผนกำหนดการปรับเปลี่ยนแก้ไขพฤติกรรมของตนเอง เพื่อสร้างความพึงพอใจให้อีกฝ่าย อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง บันทึกเป็นข้อมูลพฤติกรรมที่ตั้งใจปฏิบัติ ความรู้สึกหลังการปฏิบัติ และผลตอบรับที่ได้รับจากอีกฝ่าย

8. ผู้บำบัดสรุปความรู้และการฝึกทักษะการส่งเสริมกิจกรรมทางบวกที่ได้ปฏิบัติในครั้งนี้ ให้ผู้ป่วยและคู่สมรสแสดงความรู้สึกก่อนและหลังการปฏิบัติ อุปสรรคต่อการปฏิบัติและผลที่คาดว่าจะ

ได้รับทบทวนเป็นการบ้านและวางแผนปฏิทินกิจกรรมล่วงหน้า 1 เดือน ในใบมอบหมายกิจกรรมที่

4.1

5. ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถวางแผนแก้ไขอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางบวกแต่ละกิจกรรมในการฝึกทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวกได้

6. ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถประเมินความรู้สึกภายหลังการฝึกทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวกร่วมกันได้

7. ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถบอกอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางบวกแต่ละกิจกรรมในการฝึกทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวกได้

เครื่องมือ

1. เอกสารประกอบการเรียนรู้ที่ 4 สร้างสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสทางบวกเริ่มจากความสัมพันธ์ที่ดีร่วมกัน

2. เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 3.1 ประเมินความความพร้อมก่อนฝึกทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวก (Increasing positive activities)

3. เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 3.2 ฝึกทักษะการทำกิจกรรมร่วมกัน (Catch your partner doing something nice)

4. เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 3.3 ทักษะการแบ่งปันกิจกรรมที่ดีซึ่งกันและกัน (Shared rewarding activities)

การประเมินผล

ผู้ป่วยและคู่สมรสบอกกิจกรรมบวกที่ทำให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสทางบวกเกิดขึ้นได้จากกิจกรรมการฝึกทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวก (Increasing positive activities) แต่ละครอบครัวมีการเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมตามความจำกัดของครอบครัว สามารถค้นหกิจกรรมใหม่ๆ ที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ทางบวกได้ เช่น ครอบครัวผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรสรายหนึ่ง ผู้ป่วยโรคติดสุราไม่สามารถออกไปทำงานนอกบ้านได้ โดยปกติภรรยาเป็นผู้ออกไปทำงานนอกบ้านแทน กลับบ้านดึกทุกวันไม่ค่อยได้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา เมื่อผู้ป่วยบอกรับเลือกกิจกรรมทางบวกที่ปฏิบัติร่วมกัน ในวัน “Caring’ day” สามีเลือกที่จำอาหารให้ภรรยาทานที่บ้าน ความรู้สึกของภรรยาเมื่อสามีทำอาหารให้รับประทาน ภรรยา ครอบครัวที่ 12 : “ฉันรู้สึกปลื้มใจมาก สามีไม่เคยทำอะไรให้เลย แค่อาหารธรรมดาฉันก็มีความสุข แค่นี้ฉันก็รู้สึกท้อใจที่จะดูแลเค้าแล้ว” ขณะเดียวกันผู้ป่วยโรคติดมีความรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสทางบวกที่เกิดจาก ความสัมพันธ์ที่ดี หลังจากการทำกิจกรรมทางบวกร่วมกัน สามีรู้สึกพึงพอใจที่เห็นภรรยายิ้มได้ ไม่หงุดหงิด สามีครอบครัวที่ 12 : “รู้สึกตัวเองมีคุณค่ามากขึ้น ไม่คิดว่าตัวเองจะทำได้ ไม่คิดว่าจะอ่อยด้วยซ้ำ ผมรู้สึกดีที่ทำให้เค้านะ” ผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรสบอกความสำคัญของการปฏิบัติกิจกรรมและบอกความรู้สึกก่อนการฝึก

ทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวกร่วมกันได้ ในช่วงบวบบัดผู้ป่วยและคู่สมรสเลือกกิจกรรมและแสดงบทบาทสมมติในการฝึกทักษะการส่งเสริมกิจกรรมทางบวกได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยและคู่สมรสวางแผนแก้ไขอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางบวกแต่ละกิจกรรมในการฝึกทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวกได้ ผู้ป่วยและคู่สมรสบอกความรู้สึกภายหลังการฝึกทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวกร่วมกันได้ ผู้ป่วยและคู่สมรสบอกอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางบวกแต่ละกิจกรรมในการฝึกทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวกได้

ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ไขปัญหา (Teaching communication and Problem Solving) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ระยะเวลา 90 นาที

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการสื่อสารและพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรส

วัตถุประสงค์ทั่วไป :

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่สมรสมีความรู้และทักษะการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่สมรสมีความรู้และทักษะการการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีกระบวนการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถสร้างเป้าหมายจากการฝึกทักษะการสื่อสารและทักษะการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่มีประสิทธิภาพร่วมกันระหว่างคู่สมรส

กิจกรรมที่ 5.1 พัฒนาทักษะการสื่อสาร โดยมีเนื้อหาในเรื่องการพูดแสดงความรู้สึกในทางบวก การจัดการต่อการร้องขอในเชิงบวก การประนีประนอม (45 นาที)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถบอกการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างคู่สมรส ค้นหาสาเหตุ และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันได้
2. ผู้ป่วยและคู่สมรสได้รับความรู้เกี่ยวกับปัญหาการ สื่อสารระหว่างคู่สมรส ปัจจัยสาเหตุ แนวทางการแก้ไข
3. ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถแก้ไขและจัดการต่อสถานการณ์การร้องขอของการดื่มสุราของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
4. ผู้ป่วยและคู่สมรสแสดงความรู้สึกก่อนและหลังที่ได้รับจากการฝึกทักษะพัฒนาการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้บำบัดสอบถามผู้ป่วยและคู่สมรส การสื่อสารระหว่างคู่สมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่ชีวิตความพึงพอใจของชีวิตคู่และเป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่สุดที่ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างคู่สมรสทราบหรือไม่ว่า มีการสื่อสารอย่างไรบ้าง

2. ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและคู่สมรสบอกการสื่อสารที่ผู้ป่วย/คู่สมรสที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่พอใจ ค้นหาสาเหตุและแก้ไขร่วมกัน โดยใช้เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 5.1

3. ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาการสื่อสารระหว่างคู่สมรส ปัจจัยสาเหตุ แนวทางการแก้ไข

4. ผู้บำบัดยกตัวอย่างการร้องขอการตีศีรษะของผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วยและคู่สมรส
คู่สมรส : “เมื่อผู้ป่วยร้องขอการตีศีรษะ โดยปกติคุณมีวิธีการจัดการโดยการสื่อสารอย่างไร?”

ผู้ป่วย : “คุณรู้สึกอย่างไร เมื่อได้รับคำตอบจากคู่สมรส ภายหลังจากการร้องขอการตีศีรษะ” เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและคู่สมรสแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ผู้บำบัดสะท้อนให้เห็นถึงความไม่พอใจที่เกิดจากการสื่อสารระหว่างคู่สมรส และการแก้ไขจัดการสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม โดยใช้เอกสารประกอบการเรียนรู้ที่ 6 การจัดการต่อการร้องขอในผู้ป่วยโรคตีศีรษะ

5. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยและคู่สมรสวางแผนแก้ไขสถานการณ์การร้องขอต่อการตีศีรษะร่วมกันโดยใช้เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 5.2

6. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยและคู่สมรสบอกสถานการณ์การร้องขอการตีศีรษะจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ผู้บำบัดสุ่มเลือก มาอย่างน้อย 2 สถานการณ์ ให้ผู้ป่วยและคู่สมรสประเมินและแก้ไขสถานการณ์ร่วมกัน เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเข้าใจความรู้สึกอารมณ์ การนึกคิดซึ่งกันและกัน

7. ผู้บำบัดสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในชั่วโมงบำบัด ให้ผู้ป่วยและคู่สมรสแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสื่อสารและการจัดการต่อการร้องขอ ก่อนและหลังการบำบัด โดยใช้เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 5.4

8. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยและคู่สมรสทบทวนกิจกรรมที่ได้เรียนรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสื่อสาร และการจัดการต่อสถานการณ์การร้องขอที่เหมาะสมเป็นการบ้านตามใบมอบหมายกิจกรรมที่ 4

เครื่องมือ

1. เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 5.1 การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ

2. เอกสารประกอบการเรียนรู้ที่ 5 การสื่อสารระหว่างคู่สมรส (Marital communication)

3. เอกสารประกอบการเรียนรู้ที่ 6 การฝึกทักษะการสื่อสาร (TEACHING COMMUNICATION SKILLS)

4. เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 5.2 วางแผนแก้ไขสถานการณ์การร้องขอต่อการตีศีรษะของผู้ป่วยโดยใช้ทักษะการสื่อสาร

5. เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 5.3 พัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ

6. เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 5.4 ความรู้สึกรจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสื่อสารและการจัดการต่อการร้องขอ ก่อนและหลังการบำบัด

7. ใบมอบหมายการบ้านที่ 2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสื่อสาร และการจัดการ ต่อสถานการณ์การร้องขอที่เหมาะสม

การประเมินผล

ผู้ช่วยและคู่มือการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างคู่สมรส บกสาเหตุ และสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันได้ ผู้ช่วยและคู่สมรสมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาการสื่อสารระหว่างคู่สมรส ปัจจัยสาเหตุ แนวทางการแก้ไข ผู้ช่วยและคู่สมรสสามารถแก้ไข และจัดการต่อสถานการณ์การร้องขอการตีศีรษะของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ผู้ช่วยและคู่สมรสบอก ความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงก่อนและหลังที่ได้รับการฝึกทักษะพัฒนาการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5.2 พัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมตีศีรษะร่วมกับคู่สมรส โดยใช้ กระบวนการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ (45 นาที)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ช่วยและคู่สมรสสามารถค้นหาอุปสรรคและการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมตีศีรษะได้
2. ผู้ช่วยและคู่สมรสได้รับความรู้เรื่องทักษะการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ
3. ผู้ช่วยและคู่สมรสได้ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา ทดลองปฏิบัติในชั่วโมงบำบัด และตรวจสอบร่วมกับวางแผนแก้ไขปรับปรุงหลังการปฏิบัติได้

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้บำบัดให้ผู้ช่วยและคู่สมรสยกตัวอย่างอุปสรรคการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมตีศีรษะของผู้ป่วย 1 พฤติกรรม การจัดการปัญหาระหว่างคู่สมรส และผลที่ได้รับ
2. ผู้บำบัดสะท้อนข้อมูลที่ได้รับพร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องทักษะการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ โดยใช้เอกสารประกอบการเรียนรู้ที่ 7 แสดงให้ผู้ช่วยและคู่สมรสเห็นถึงกระบวนการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ โดยอธิบายข้อมูลตามกระบวนการแก้ไขปัญหา (วิเคราะห์-วางแผน-ดำเนินการ-ตรวจสอบและปรับปรุง)
3. ผู้บำบัดให้ผู้ช่วยและคู่สมรสใช้ปัญหาพฤติกรรมตีศีรษะของผู้ป่วยที่สอบถามในเบื้องต้น ให้ผู้ช่วยและคู่สมรสใช้ความรู้ทักษะการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพที่ได้รับมา

วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา ทดลองปฏิบัติในช่วงบ่มบ้ำบัด และตรวจสอบร่วมกับวางแผนแก้ไขปรับปรุงหลังการปฏิบัติโดยใช้เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 5.5

4. ผู้บ่มบ้ำบัดให้ผู้ป่วยและค้ำสมรสเลือกปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราอีก 1 ปัญหา ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหอยางมีประสิทธิธิภาพ โดยใช้เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 5.6
5. ผู้บ่มบ้ำบัดให้ผู้ป่วยและค้ำสมรส ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหอยางมีประสิทธิธิภาพ โดยใช้ปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราที่ผู้บ่มบ้ำบัดกำหนดให้ 1 ปัญหา โดยใช้เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 5.6
6. ผู้บ่มบ้ำบัดสรุปลความร้และกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงบ่มบ้ำบัด ให้การบ้านผู้ป่วยและค้ำสมรสฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยใช้ใบมอบหมายกิจกรรมที่ 5

เครื่องมื่อ

1. เอกสารประกอบการเรียนร้ที่ 7 ทักษะการแก้ไขปัญหอยางมีประสิทธิธิภาพ
2. เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 5.5 พัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหอยางมีประสิทธิธิภาพ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและค้ำสมรสบอกอุปสรรคและการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราได้
2. ผู้ป่วยและค้ำสมรสมีควมร้เรื่องทักษะการแก้ไขปัญหอยางมีประสิทธิธิภาพ
3. ผู้ป่วยและค้ำสมรสได้มีทักษะการแก้ไขปัญหอยางมีประสิทธิธิภาพ สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา ทดลองปฏิบัติในช่วงบ่มบ้ำบัด และตรวจสอบร่วมกับวางแผนแก้ไขปรับปรุงหลังการปฏิบัติได้

2.1.3. ภายหล้งสิ้นสุดกิจกรรมการบ่มบ้ำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างค้ำสมรส กิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยประเมินการกำกับการทดลองทันทีก่อนกล่าวปิดโปรแกรมการบ่มบ้ำบัด ด้วยการใช้ผู้ป่วยและค้ำสมรสประเมินสัมพันธ์ภาพระหว่างค้ำสมรส โดยใช้แบบประเมินสัมพันธ์ภาพระหว่างค้ำสมรส (DAS) และขอให้ติดตามประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุรา (Timeline follow back) เป็นระยะเวลา 30 วันพร้อมทั้ง แจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว้สิ้นสุดการทดลองและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง โดยมีผลการกำกับการทดลอง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 4 คะแนนระดับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น

คู่อี	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ผลต่าง คะแนน
	คะแนน	ระดับความสัมพันธ์	คะแนน	ระดับความสัมพันธ์	
1	84	ระดับปานกลาง	91	ระดับปานกลาง	+7
2	80	ระดับปานกลาง	97	ระดับปานกลาง	+17
3	87	ระดับปานกลาง	98	ระดับปานกลาง	+11
4	89	ระดับปานกลาง	107	ระดับปานกลาง	+18
5	83	ระดับปานกลาง	96	ระดับปานกลาง	+13
6	97	ระดับปานกลาง	108	ระดับปานกลาง	+11
7	95	ระดับปานกลาง	98	ระดับปานกลาง	+3
8	114	ระดับดี	118	ระดับดี	+4
9	102	ระดับปานกลาง	113	ระดับดี	+11
10	100	ระดับปานกลาง	110	ระดับดี	+10
11	105	ระดับปานกลาง	112	ระดับปานกลาง	+7
12	107	ระดับปานกลาง	114	ระดับดี	+7
13	104	ระดับปานกลาง	108	ระดับปานกลาง	+4
14	102	ระดับปานกลาง	107	ระดับปานกลาง	+5
15	103	ระดับปานกลาง	108	ระดับปานกลาง	+5
16	84	ระดับปานกลาง	93	ระดับปานกลาง	+9
17	90	ระดับปานกลาง	103	ระดับปานกลาง	+13
18	93	ระดับปานกลาง	104	ระดับปานกลาง	+11
19	105	ระดับปานกลาง	112	ระดับปานกลาง	+7
20	84	ระดับปานกลาง	91	ระดับปานกลาง	+7
คะแนนเฉลี่ย	100.25		107.20		+8.25

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตตสุรากลุ่มทดลองก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีระดับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ระดับปานกลาง (56-112 คะแนน) 19 ครอบครัว และระดับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสระดับดี 1 ครอบครัว แต่ภายหลังได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น พบว่าส่วนใหญ่มีระดับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสระดับปานกลางเท่าเดิม

จำนวน 16 ครอบครัว มีระดับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสระดับดีเท่าเดิม 1 ครอบครัว และระดับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสระดับปานกลางเปลี่ยนแปลงเป็นระดับดี จำนวน 3 ครอบครัว อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาผลต่างของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสรายครอบครัว พบว่าทุกครอบครัวมีผลต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลองเป็นบวก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทุกครอบครัวมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเพิ่มขึ้น ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง คือ ภายหลังการทดลองทุกครอบครัวต้องมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสระดับปานกลางขึ้นไป (คะแนนรวมมากกว่า 56 คะแนน) และมีผลต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลองมีผลเป็นบวก

2.2. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมดังนี้

2.2.1. ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมกรรมการตีมีสุราในผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรส ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการตีมีสุรา (TLFB) ประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสโดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (DAS)

2.2.2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมในส่วนของอาการทางกายและจิตใจ การให้คำแนะนำตามปัญหาที่เกิดขึ้น การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและคู่สมรสร่วมกันบันทึกแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการตีมีสุรา (Timeline follow back) ใน 1 เดือน ของผู้ป่วยภายหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน

2.2.3. ผู้วิจัยนัดผู้ป่วยและคู่สมรสมาพบอีกครั้งภายหลังจากให้โปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นกับกลุ่มทดลองเรียบร้อยแล้ว เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินพฤติกรรมกรรมการตีมีสุราอีกครั้ง (Post-test) โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการตีมีสุรา (Timeline follow back) เป็นระยะเวลา 1 เดือน

2.2.4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมกรรมการตีมีสุราในผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองภายหลังจากสิ้นสุดการใช้โปรแกรมการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น เป็นระยะเวลา 30 วันโดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการตีมีสุรา (Timeline follow back) และแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (DAS) จากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปมีขั้นตอน ดังนี้

3.1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ โดยแจกแจงหาค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ

3.2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดยา ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น และกลุ่มควบคุมก่อนและ หลังการได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นในผู้ป่วยโรคติดสุรา โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นกับกลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ คู่สมรสและผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 40 ครอบครัว ผู้วิจัยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด (Matched pair) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ อายุ และระดับปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษา ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20 ครอบครัว โดยมีการวัดคะแนนบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุรา (Timeline follow back) และประเมินสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสโดยใช้แบบประเมินสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส (Dynamic Adjustment Scale) ก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Post control group)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของคู่สมรส

ตอนที่ 3 คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา จำแนกตามปริมาณการดื่มสุรา ร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่ม ของผู้ป่วยโรคติดสุรากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 5 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นกับกลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราจำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	20	100	20	100	40	100
อายุ						
21-30 ปี	2	10	3	15	5	12.5
31-40 ปี	6	30	5	25	11	27.5
41-50 ปี	7	35	7	35	14	35
51-60 ปี	5	25	5	25	10	25
อายุเฉลี่ย (ปี)	42.90		43		42.95	
S.D.	10.38		9.80		9.96	
ศาสนา						
พุทธ	17	85	15	75	32	80
คริสต์	1	5	2	10	3	7.5
อิสลาม	2	10	3	15	5	12.5
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	1	5	-	-	1	2.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	5	-	-	1	2.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช.	5	25	6	30	11	27.5
อนุปริญญา/ ป.ว.ส.	1	5	1	5	2	5
ปริญญาตรี	11	55	12	60	23	57.5
สูงกว่าปริญญาตรี	1	5	1	5	2	5

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อราทั้งหมด 40 คน เป็นเพศชายทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 และ 30 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อราส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 42.5 และ 36.6 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 10 และ 5 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อราส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 27.5 และ 29.3 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ รองลงมาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ป.ว.ช. ร้อยละ 25 และ 30 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคติดเชื้อรายวัน จำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ย สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่ติดเชื้อ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
รับจ้าง	1	5	-	-	1	2.5
เกษตรกร	1	5	-	-	1	2.5
ค้าขาย	9	45	12	60	21	52.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	45	8	40	17	42.5
อื่น ๆ	-	-	-	-	-	-
รายได้เฉลี่ย						
ไม่มีรายได้	-	-	-	-	-	-
1,000-5,000 บาท	-	-	-	-	2	5
5,001-10,000 บาท	2	10	-	-	-	-
10,001-15,000 บาท	2	10	4	20	6	15
15,001-20,000 บาท	3	15	-	-	3	7.5
มากกว่า 20,000 บาท	13	65	16	80	29	72.5
สถานภาพสมรส						
คู่	20	100	20	100	40	100
ระยะเวลาที่ติดเชื้อ						
1-5 ปี	10	50	10	50	32	80
6-10 ปี	10	50	10	50	8	20
ระยะเวลาเฉลี่ย (ปี)	4.35		4.55		4.45	
S.D.	2.390		1.932		2.148	

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อรายวันส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 45 และ 60 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ รองลงมาประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 45 และ 40 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 65 และ 80 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ รองลงมาในกลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ย 15,001-20,000 บาท ร้อยละ 15 และในกลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยรองลงมา 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 20 ผู้ป่วยโรคติดเชื้อรายวันที่ศึกษาทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ มีระยะเวลาติดเชื้อเฉลี่ยก่อนที่จะเข้ารับการรักษาเฉลี่ยร้อยละ 4.35 และ 4.55 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคติดเชื้อในทางเดินหายใจใน 1 ปี จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ ภาวะติดเชื้อในครอบครัว และ การใช้สารเสพติดอื่น

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความถี่การติดเชื้อใน 1 ปี						
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน	1	5	1	5	2	5
1-3 ครั้งต่อเดือน	-	-	2	10	2	5
1-5 วันต่อสัปดาห์	17	85	16	80	33	82.5
6-7 วันต่อสัปดาห์	2	10	1	5	3	7.5
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ						
ไม่เคย	11	55	14	70	25	62.5
เคย	9	45	6	30	15	37.5
ภาวะติดเชื้อในครอบครัว						
มี	14	70	16	80	30	75
ไม่มี	6	30	4	20	10	25
การใช้สารเสพติดอื่น ๆ						
มี	7	35	8	40	25	62.5
ไม่มี	13	65	12	60	15	37.5

จากตารางที่ 7 พบว่า ความถี่การติดเชื้อใน 1 ปี ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่อะหว่าง 1-5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 85 และ 80 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ รองลงมาในกลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคติดเชื้อมีความถี่การติดเชื้อใน 1 ปี อยู่ระหว่าง 6-7 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 10 และในกลุ่มควบคุมมีความถี่การติดเชื้อใน 1 ปี อยู่ระหว่าง 1-3 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 10 ผู้ป่วยโรคติดเชื้อกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับสุรา ร้อยละ 55 และผู้ป่วยโรคติดเชื้อกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีภาวะติดเชื้อในครอบครัว ร้อยละ 70 และ 80 ตามลำดับ การใช้สารเสพติดอื่น ๆ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ร้อยละ 65 และ 60 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของคู่สมรส

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราจำแนกตาม เพศ อายุ และ ศาสนา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	20	100	20	100	40	100
อายุ						
21-30 ปี	4	20	3	15	7	17.5
31-40 ปี	5	25	8	40	13	32.5
41-50 ปี	8	40	4	20	12	30
51-60 ปี	3	15	5	25	8	20
อายุเฉลี่ย (ปี)	40.60		38.70		40.65	
S.D.	9.66		11.88		9.17	
ศาสนา						
พุทธ	15	75	15	75	30	75
คริสต์	3	15	2	10	5	12.5
อิสลาม	2	10	3	15	5	12.5

จากตารางที่ 8 พบว่า คู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราทั้งหมดเป็นเพศหญิง จำนวน 20 คน ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อราในกลุ่มทดลองคู่สมรสส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 40 และในผู้ป่วยโรคติดเชื้อราในกลุ่มควบคุมคู่สมรสส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 40 คู่สมรสผู้ป่วยโรคติดเชื้อราในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 75

ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราจำแนกตาม ระดับการศึกษา อาชีพและ รายได้เฉลี่ย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	-	-	-	-	-	-
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	25	3	15	8	20
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช.	5	25	4	35	12	30
อนุปริญญา/ ป.ว.ส.	3	15	2	10	5	12.5
ปริญญาตรี	7	35	8	40	15	37.5
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	-	-	-	-
อาชีพ						
รับจ้าง	6	30	5	25	11	27.5
เกษตรกรกรรม	-	-	-	-	-	-
ค้าขาย	10	50	10	50	20	50
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	20	5	25	9	22.5
อื่น ๆ	-	-	-	-	-	-
รายได้เฉลี่ย						
ไม่มีรายได้	-	-	-	-	-	-
1,000-5,000 บาท	-	-	-	-	-	-
5,001-10,000 บาท	-	-	-	-	-	-
10,001-15,000 บาท	4	20	6	30	10	25
15,001-20,000 บาท	6	30	7	35	13	32.5
มากกว่า 20,000 บาท	10	50	7	35	17	42.5

จากตารางที่ 9 พบว่า คู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราในกลุ่มทดลองและกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาที่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 35 และ 40 ตามลำดับ คู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 50 รองลงมาประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 20 และ 25 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ คู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 50 ส่วนคู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,000-20,000 บาท และ มากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 35

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราจำแนกตาม ระดับการศึกษา อาชีพและ รายได้เฉลี่ย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n=20)		(n=20)		(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ดูแล (ปี)						
≤ 10 ปี	8	40	9	45	17	42.5
11-20 ปี	5	25	4	20	9	22.5
21-30 ปี	6	30	4	20	10	25
31-40 ปี	1	5	3	15	4	10
ระยะเวลาเฉลี่ย (ปี)	14.55		14.75		14.65	
S.D.	9.638		10.61		10.00	
ประวัติการเจ็บป่วย						
มี	15	75	16	80	31	77.5
ไม่มี	5	25	4	20	9	22.5

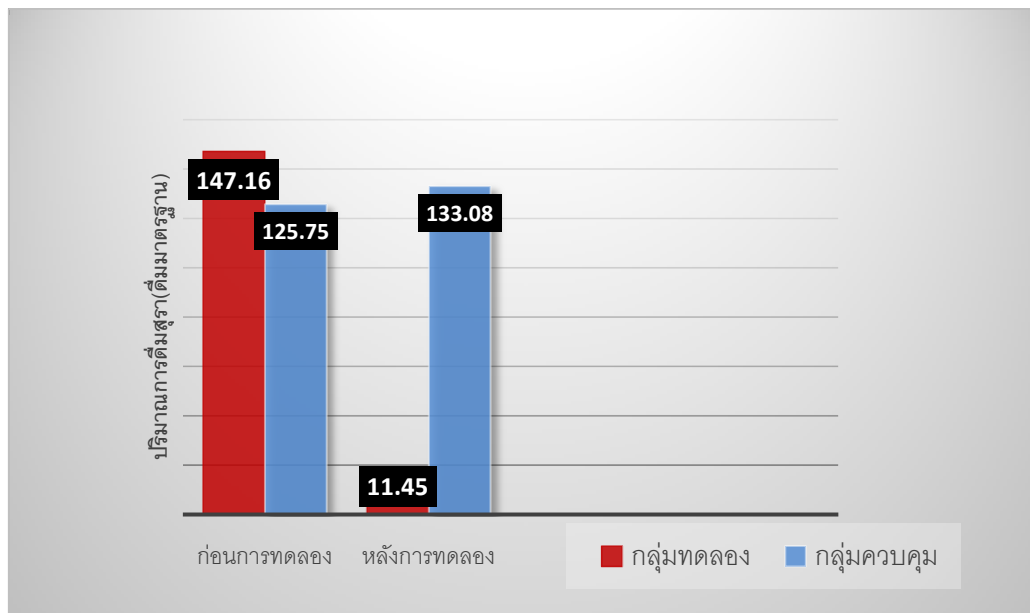
จากตารางที่ 10 พบว่า คู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มี ระยะเวลาการดูแล น้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 และ 45 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ดูแลเฉลี่ยแล้ว ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 14.55 และ 14.75 ปี ตามลำดับ คู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วย ร้อยละ 75 และร้อยละ 80 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา จำแนกตามปริมาณการดื่มสุรา ร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่ม ของผู้ป่วยโรคติดสุรากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อน และหลังการทดลอง

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและ หลังการทดลอง จำแนกตามคะแนนเฉลี่ยของปริมาณการดื่มสุรา ร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่ม

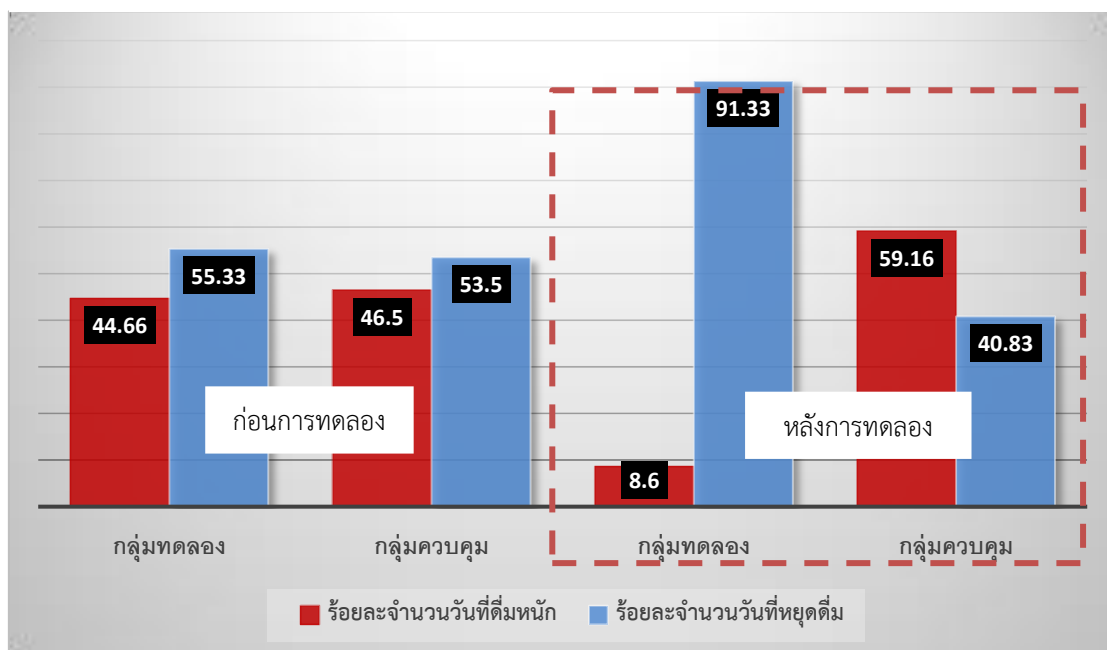
คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดื่มสุรา	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
ปริมาณการดื่มสุรา (S.D)	147.16 (37.95)	11.45 (11.78)	125.75 (34.52)	133.08 (34.35)
ร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนัก (S.D)	44.66 (13.26)	8.66 (6.43)	46.50 (15.54)	59.16 (13.80)
ร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่ม (S.D)	55.33 (13.26)	91.33 (6.43)	53.50 (15.54)	40.83 (13.80)

แผนภูมิที่ 1 คะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุร่า ก่อนและหลังการทดลอง



จากภาพแผนภูมิที่ 1 คะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุร่า ก่อนและหลังการทดลอง และตารางที่ 10 พบว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อในเลือดในกลุ่มทดลองมีปริมาณการดื่มสุร่าในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 147.16 ดื่มมาตรฐานต่อเดือน (S.D.=37.95) และ 11.45 ดื่มมาตรฐานต่อเดือน (S.D.=11.78) ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยโรคติดเชื้อในเลือดในกลุ่มควบคุมมีปริมาณการดื่มสุร่าในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 125.75 ดื่มมาตรฐาน (S.D.=34.52) และ 133.08 ดื่มมาตรฐาน (S.D.=34.35) ตามลำดับ

แผนภูมิที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนและหลังการทดลอง



จากภาพแผนภูมิที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนและหลังการทดลอง และตารางที่ 10 พบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในช่องท้องมีค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนัก ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 44.66 (S.D.=13.26) และ 8.66 (S.D.=6.43) ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยโรคติดเชื้อในช่องท้องมีค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนัก ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 46.50 (S.D.=15.54) และ 59.16 (S.D.=13.80) ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในช่องท้องมีค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่ม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 55.33 (S.D.=13.26) และ 91.33 (S.D.=6.43) ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยโรคติดเชื้อในช่องท้องมีค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่ม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 53.50 (S.D.=15.54) และ 40.83 (S.D.=13.80) ตามลำดับ

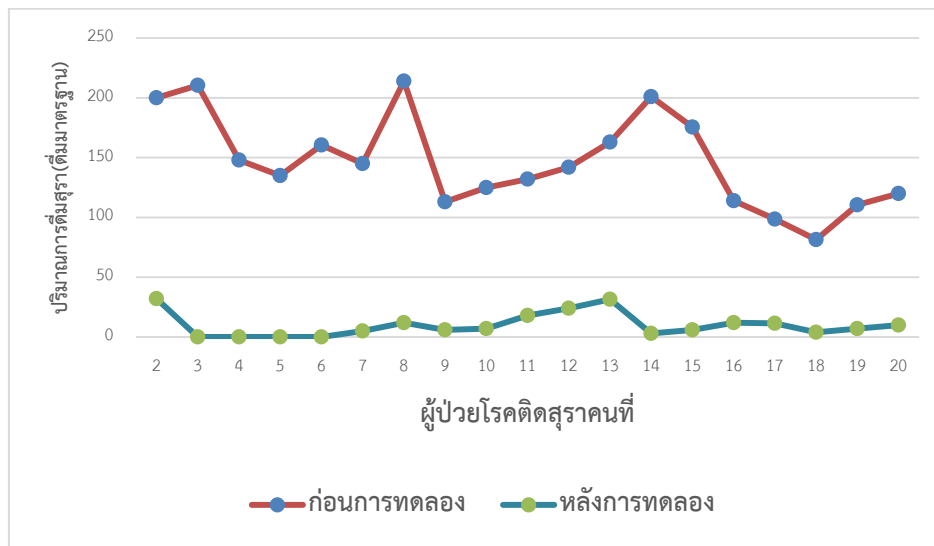
ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราในกลุ่มทดลอง (n=20) จำแนกตามค่าเฉลี่ยของปริมาณการดื่มสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม

	Mean	S.D.	df	t	p-value
ปริมาณการดื่มสุรา					
ก่อนการทดลอง	147.15	37.95	19	16.48	0.000
หลังการทดลอง	11.45	11.77			
ร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนัก					
ก่อนการทดลอง	44.66	13.26	19	16.48	0.000
หลังการทดลอง	8.66	6.43			
ร้อยละของวันที่หยุดดื่ม					
ก่อนการทดลอง	55.33	13.26	19	15.86	0.000
หลังการทดลอง	91.33	6.43			

จากตารางที่ 12 พบว่า ปริมาณการดื่มสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของวันที่หยุดดื่ม ของผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=16.48, 16.48$ และ 15.86) ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุรา และร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนักหลังการทดลองในผู้ป่วยโรคติดสุรากลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยร้อยละของวันที่หยุดดื่มหลังการทดลองในผู้ป่วยโรคติดสุรากลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง

แผนภูมิที่ 3 เปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดเชื้อกลุ่มทดลอง
ในระย่ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง



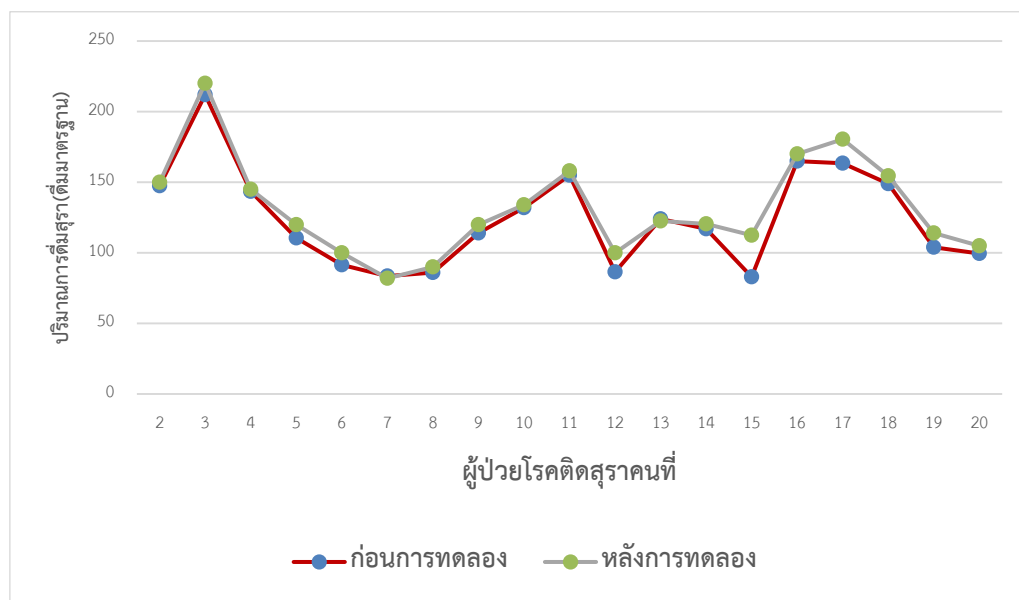
จากภาพแผนภูมิที่ 3 เปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดเชื้อกลุ่มทดลอง ในระย่ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง แสดงการเปรียบเทียบคะแนนปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดเชื้อกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่าแต่ละคนมีปริมาณการดื่มสุร่าก่อนการทดลองในระดับสูงที่แตกต่างกัน หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อกลุ่มทดลองแต่ละคนมีปริมาณการดื่มสุร่าลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราในกลุ่มควบคุม (n=20) จำแนกตามค่าเฉลี่ยของปริมาณการดื่มสุรา ร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม

	Mean	S.D.	df	t	p-value
ปริมาณการดื่มสุรา					
ก่อนการทดลอง	125.75	34.52	19	-4.52	0.000
หลังการทดลอง	133.07	34.35			
ร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนัก					
ก่อนการทดลอง	46.50	15.54	19	-5.39	0.000
หลังการทดลอง	59.16	13.80			
ร้อยละของวันที่หยุดดื่ม					
ก่อนการทดลอง	53.50	15.54	19	5.38	0.000
หลังการทดลอง	40.83	13.80			

จากตารางที่ 13 พบว่า ปริมาณการดื่มสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของวันที่หยุดดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=4.52, 5.39$ และ 5.38) ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราและร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักหลังการทดลองในผู้ป่วยโรคติดสุรากลุ่มควบคุมมากกว่าก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยร้อยละของวันที่หยุดดื่มหลังการทดลองในผู้ป่วยโรคติดสุรากลุ่มควบคุมลดลงกว่าก่อนการทดลอง

แผนภูมิที่ 4 เปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง



จากภาพแผนภูมิที่ 4 เปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง แสดงการเปรียบเทียบคะแนนปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 20 คน เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่าแต่ละคนมีปริมาณการดื่มสุราก่อนการทดลองในระดับสูงที่ไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 5 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นกับกลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นและผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำแนกตามปริมาณการดื่มสุรา ร้อยละของวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของวันที่หยุดดื่ม

พฤติกรรมการดื่มสุรา	กลุ่มทดลอง Mean (S.D)	กลุ่มควบคุม Mean (S.D)	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
ปริมาณการดื่มสุรา	147.15 (37.95)	125.7500 (34.52)	38	1.87	.070
ร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนัก	44.66 (13.26)	46.50 (15.54)	38	-0.40	.690
ร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่ม	55.33 (13.26)	46.50 (15.54)	38	1.93	.061
หลังการทดลอง					
ปริมาณการดื่มสุรา	11.45 (11.77)	133.07 (34.34)	38	-14.50	.000
ร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนัก	8.66 (6.43)	59.16 (13.80)	38	-14.83	.000
ร้อยละวันที่จำนวนหยุดดื่ม	91.33 (6.44)	40.83 (13.80)	38	14.83	.000

จากตารางที่ 14 พบว่า

ปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น มีค่าน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean=11.45 และ 133.07 ตามลำดับ, $t=14.50$, $p\text{-value}<.05$)

ค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ตีหมักของผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ตีหมักของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น มีค่าน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ตีหมักของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean=8.66 และ 59.16 ตามลำดับ, $t=14.83$, $p\text{-value}<.05$)

ค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่หยุดตีหมักของผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่หยุดตีหมักของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น มีค่ามากกว่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่หยุดตีหมักของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean=91.33 และ 40.83 ตามลำดับ, $t=14.83$, $p\text{-value}<.05$)



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น โดยทำการทดลอง ณ หอผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา

มีสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น โดย

1.1 ปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

1.2 ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

1.3 ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นลดลงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2.1 ปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นลดลงกว่าผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการบำบัดตามปกติ

2.2 ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นลดลงกว่าผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการบำบัดตามปกติ

2.3 ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นเพิ่มขึ้นกว่าผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการบำบัดตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา (Alcohol dependence : F 10.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ และคู่สมรสของผู้ป่วยเหล่านี้

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเพศชายที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา (Alcohol dependence : F 10.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD -10) ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรารูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK model) ในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี อยู่ระหว่างติดตามหลังการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และมีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา อยู่ในระดับดื่มแบบอันตราย (16-19คะแนน) และดื่มแบบติด (>19 คะแนน) ตามแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test : AUDIT) จำนวน 40 คน และคู่สมรสของผู้ป่วยที่ถูกสุ่มเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. **เครื่องมือที่ใช้การดำเนินวิจัย** ได้แก่ โปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น ตามแนวคิดของ Fals-Stewart et al. (2005) รูปแบบโปรแกรมบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ มีกระบวนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม โดยให้คู่สมรสและผู้ป่วยโรคติดสุราทำกิจกรรมร่วมกัน ดำเนินการเป็นรายครอบครัว ครอบครัวละ 2 คน ได้แก่ คู่สมรสและผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา (Alcohol dependence : F 10.2) โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโดยองค์การอนามัยโลก (ICD-10) ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม กิจกรรมละประมาณ 60-90 นาที ทั้งนี้แต่ละกิจกรรมจะเน้นให้ผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรสเกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยมีสาระสำคัญในการดำเนินการแต่ละครั้งที่คาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีพฤติกรรมดื่มสุราที่ลดลง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินเบื้องต้น (Connection and Assessment) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 : สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ร่วมกันค้นหาปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราและปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรสตั้งเป้าหมายในการบำบัดร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้พื้นฐาน (Education) มี 2 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 : เรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดสุราเบื้องต้น

กิจกรรมที่ 3 : เรียนรู้ความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวก (Increasing positive activities)

ประกอบด้วย 1 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 4 ให้ความรู้และแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของแรงเสริมทางบวกจากสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน การทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างคู่สมรส (90 นาที)

ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ไขปัญหา (Teaching communication and Problem Solving) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการสื่อสารและพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา (90 นาที)

ขั้นตอนที่ 5 สิ้นสุดสัมพันธภาพ (Termination) มี 1 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 6 ทบทวนความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตตสุรา ความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเพื่อการบำบัด และการฝึกทักษะต่าง ๆ วางแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกับคู่สมรสในอนาคต โดยป้องกันพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราซ้ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Timeline follow back :TIFB) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย Sobell and Sobell (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุนทรี ศรีโกไสย (2557) เป็นการบันทึกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ดื่มสุราซึ่งจะทำให้ทราบถึงชนิดของสุราที่ดื่ม จำนวนวันของการดื่มสุรา และปริมาณการดื่มสุรา ซึ่งแบบบันทึกนี้สามารถให้ผู้ดื่มสุราบันทึกติดต่อกันได้นานถึง 12 เดือน โดยข้อมูลที่ได้จากการบันทึกสามารถเป็นข้อมูลสะท้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตตสุราเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองในทางที่ดี โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยโรคจิตตสุราบันทึกปฏิทินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรารายหลังการสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 เป็นระยะเวลา 1 เดือน ในการวิจัยนี้ได้ทำการตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยพบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้ $r=0.971$ วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.98

3.เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสโดยใช้แบบวัด The Dyadic Adjustment Scale โดย Spanier (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุพรรณิ สุ่มเล็ก (2538) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตสมรสและความสัมพันธ์อื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกันจำนวน 27 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้านคือ

ด้านที่ 1 ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส (dyadic consensus) มี 10 ข้อ

ด้านที่ 2 ความพึงพอใจในคู่สมรส (dyadic satisfaction) มี 9 ข้อ

ด้านที่ 3 ความกลมเกลียวของคู่สมรส (dyadic cohesion) มี 5 ข้อ

ด้านที่ 4 การแสดงความรัก (affectional expression) มี 4 ข้อ

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการตรวจสอบเครื่องมือ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบหาค่าความเที่ยงของเนื้อหาโดยการ หาค่าประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้ $r = 0.85$ วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.92

4. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

4.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

4.2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test : AUDIT) เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการค้นหาปัญหาจากการติดสุราและค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงจากการดื่มสุรา ผู้ที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราแบบหนัก และผู้ที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราแบบติด (WHO, 2001) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธธนา กิตติรัตนไพบูลย์ (2553) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบหลักในเรื่อง การใช้สุราแบบอันตราย อาการติดสุรา และการเกิดพิษของสุราโดยประเมินจากการดื่มสุรา ได้แก่ ปริมาณและความถี่ในการดื่มสุรา จำนวนครั้งของการดื่มหนัก การที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มสุรา ความรู้สึกเสียใจหลังจากการดื่มสุรา การจำเหตุการณ์หลังจากดื่มสุราไม่ได้ การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา การได้รับการแสดงความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับการดื่มสุรา โดยในแต่ละคำถามจะมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยเลย เท่ากับ 0 คะแนน, เดือนละครั้งหรือน้อยกว่าเท่ากับ 1 คะแนน, 2-4 ครั้งต่อเดือน เท่ากับ 2 คะแนน, 2-3 ครั้งต่อเดือน เท่ากับ 3 คะแนน, 4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์หรือมากกว่า เท่ากับ 4 คะแนน ผลรวมคะแนนของทั้ง 10 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน โดยการแปลความหมายจะพิจารณาตามเกณฑ์ โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ระดับคะแนน 0-7 หมายถึง การดื่มที่มีความเสี่ยงน้อย (Low risk drinker)

ระดับคะแนน 8-15 หมายถึง การดื่มแบบเสี่ยง(Hazardous Drinker)

ระดับคะแนน 16-19 หมายถึง การดื่มแบบอันตราย(Harmful Use)

ระดับคะแนน ≥ 20 หมายถึง การดื่มแบบติด (Alcohol dependence)

ขั้นตอนในการทดลอง

ภายหลังจากได้รับอนุมัติโครงการวิจัยวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ได้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1.ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ในเรื่องการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น โดยได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัย ร่วมกับการรับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดการศึกษาวิจัยไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง อีกทั้งได้มีการพัฒนาทักษะการทำกลุ่มโดยฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยโรคจิตสุราในหอผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความชำนาญและนำไปใช้จริงภายใต้การนิเทศงานโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ชั้นสูง (APN)

1.2 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 นำเสนอโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานพัฒนางานวิจัยกรมแพทยทหารบก

1.4 จัดทำแผนการทดลอง โดยเตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการกองจิตเวชและประสาทวิทยา หัวหน้าพยาบาลแผนกจิตเวช และประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ได้ยื่นขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานพัฒนางานวิจัย กรมแพทยทหารบก เพื่อทำการขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา และสถานที่

1.5 เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน โดยผู้วิจัยเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตสุราซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยสังเกตและบันทึกพัฒนาการของผู้ป่วยและคู่สมรส โดยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประชากร กลุ่มตัวอย่างและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดในการเก็บบันทึกข้อมูล และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ครอบครัว ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายในเรื่องของการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ข้อมูลการทดลองและขออนุญาตเพื่อเข้าทำการทดลอง สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.6.1. กลุ่มทดลองและคู่สมรสผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา(AUDIT) และประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสโดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (DAS) ก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังกลุ่มตัวอย่างเห็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

1.6.2. กลุ่มควบคุมและคู่สมรส ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา(AUDIT) และประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสโดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (DAS) ก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังกลุ่มตัวอย่างเห็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองดังนี้

2.1.1. ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุรา (Timeline follow back) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา รวมถึงประเมินประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส โดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (DAS) ก่อนดำเนินการกิจกรรมที่ 1 ตามโปรแกรมการบำบัด

2.1.2. หลังจากการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น โดยทำเป็นรายครอบครัว ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละประมาณ 60-90 นาที จนครบ 6 กิจกรรม ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและคู่สมรสบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยภายหลังสิ้นสุดการบำบัด โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุรา (Timeline follow back) เป็นระยะเวลา 30 วัน (นับจากวันที่เสร็จสิ้นการบำบัด)

2.1.3. ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส กิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยประเมินการกำกับการทดลองทันทีก่อนกล่าวปิดโปรแกรมการบำบัด ด้วยการให้ผู้ป่วยและคู่สมรสประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส โดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (DAS) และขอให้ติดตามประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุรา (Timeline follow back) เป็นระยะเวลา 1 เดือน พร้อมทั้ง แจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่า สิ้นสุดการทดลองและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

2.2. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการทดลองกับกลุ่มควบคุมดังนี้

2.2.1. ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรส ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (TLFB) ประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสโดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (DAS)

2.2.2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมในส่วนของอาการป่วยและการพยาบาลปกติ ได้แก่ การประเมินทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำแนะนำตามปัญหาที่เกิดขึ้น การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและคู่สมรสร่วมกันบันทึกแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Timeline follow back) ใน 1 เดือน ภายหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน

2.2.3. ผู้วิจัยนัดผู้ป่วยและคู่สมรสมาพบอีกครั้งภายหลังให้โปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นกับกลุ่มทดลองเรียบร้อยแล้ว เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราอีกครั้ง (Post-test) โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Timeline follow back) เป็นระยะเวลา 1 เดือน

2.2.4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดการใช้โปรแกรมการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น เป็นระยะเวลา 30 วัน โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Timeline follow back) และแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสจากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปมีขั้นตอน ดังนี้

3.1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงหาค่าความถี่ ร้อยละ

3.2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3.3. เปรียบเทียบคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในผู้ป่วยโรคติดสุรา ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4. กำกับกับการทดลอง ผู้วิจัยกำกับการทดลองโดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ก่อนการดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ 6 เพื่อประเมินระดับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ก่อนการทดลองเป็นรายครอบครัว ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจะต้องมีระดับคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสตามระดับที่กำหนดคือ คือ มีความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสระดับปานกลางเป็นต้นไป (คะแนนรวมมากกว่า 56 คะแนน)

สรุปผลการวิจัย

1. ปริมาณการตีมีสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ร้อยละของจำนวนวันที่ตีมีหนักของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดตีมีของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 คือ พฤติกรรมการตีมีสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีปริมาณการตีมีสุราและร้อยละของจำนวนวันที่ตีมีหนักลดลง และมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดตีมีเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น

5. ร้อยละของจำนวนวันที่ตีมีหนักของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นลดลงกว่าผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดตีมีของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นเพิ่มขึ้นกว่าผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือ พฤติกรรมการตีมีสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นและผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรม

บ่าบดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นมีปริมาณการตีมีสุราและร้อยละของจำนวนวันที่ตีมีหนักลดลง และมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดตีมีเพิ่มขึ้นกว่าผู้ป่วยโรคตีมีสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติ 4. ปริมาณการตีมีสุราของผู้ป่วยโรคตีมีสุราที่ได้รับโปรแกรมบ่าบดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นลดลงกว่าผู้ป่วยโรคตีมีสุราที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคตีมีสุราเพศชาย อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 40 คน ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยโรคตีมีสุราที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำแนกเป็นเพศชายร้อยละ 93.25 เพศหญิง 6.74 ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2557 ที่พบว่าเพศชายมีอัตราการตีมีสุรามากกว่าเพศหญิง 4 เท่า ผู้ป่วยโรคตีมีสุราในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสคู่ทั้งหมด ส่วนใหญ่ อายุ 41-50 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 80 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับที่ปริญญาตรี ประกอบอาชีพค้าขายเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาประกอบอาชีพรับราชการ รายได้เฉลี่ยมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ผู้ป่วยโรคตีมีสุรากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาในการตีมีสุราเฉลี่ย 4.55 และ 4.35 ปีตามลำดับ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การตีมีสุรา 1-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 85 และ 80 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ผู้ป่วยโรคตีมีสุราส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการตีมีสุราถึง ร้อยละ 62.5 ผู้ป่วยโรคตีมีสุราเคยหยุดตีมีสุราในช่วงระยะเวลาหนึ่ง และกลับมาตีมีซ้ำในเวลาต่อมา แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรม การตีมีสุรา จากข้อมูลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคตีมีสุรากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีประวัติการตีมีสุราในรอบครัว ร้อยละ 70 และ 80 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sadock and Sadock (2016) ที่ศึกษาครอบครัวผู้ป่วยโรคตีมีสุราพบว่า ลูกของผู้ป่วยโรคตีมีสุรามากกว่าร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วยโรคตีมีสุราในเวลาต่อมา เมื่อศึกษาเชิงลึกพบว่าโรคตีมีสุรามีความเกี่ยวข้องกับลักษณะทางพันธุกรรมในลักษณะของยีนที่มีความทนต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์

คู่สมรสเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยโรคตีมีสุรามากที่สุด จากการศึกษาในครั้งนี้คู่สมรสของผู้ป่วยโรคตีมีสุรากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี และในผู้ป่วยโรคตีมีสุรากลุ่มควบคุมคู่สมรสส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ระยะเวลาที่คู่สมรสดูแลซึ่งกันและกันในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเฉลี่ยแล้วได้เท่ากับ 14.65 ปี ซึ่งถือเป็นความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสที่ยาวนาน ผ่านการ เรียนรู้ซึ่งกันและกัน ผ่านประสบการณ์อุปสรรคและการแก้ปัญหาาร่วมกัน คู่สมรสที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะมีความพึงพอใจในชีวิตสมรส (Marital Satisfaction) ซึ่งหมายถึง มีการปรับตัวเข้ากันได้ดี มีความเป็นหนึ่งเดียวกัน มีความสุข และคุณภาพชีวิตสมรสที่ดี โดยปราศจากความกดดัน แนวโน้มที่

ใช้วิธีแก้ไขปัญหาในทางบวก และประนีประนอมกัน พยายามหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง ยอมรับในความคิดเห็นของอีกฝ่าย มีการสนับสนุนและให้กำลังใจกันอย่างสม่ำเสมอ คู่สมรสที่มีความสุขจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคู่สมรสแต่ละฝ่ายให้ดีขึ้นได้และสามารถแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตสมรสต่ออีกฝ่ายหนึ่งได้อย่างสะดวกใจ (จัสมิน สุวรรณชีพ, 2544)

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลของโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น

จากผลการศึกษาของโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา พบว่า ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้ง 2 ข้อ คือ

1. ผลการวิจัยพบว่า ปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=14.50$) โดยคะแนนเฉลี่ยปริมาณการดื่มสุราของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองลดน้อยลงกว่าก่อนการทดลอง อีกทั้งร้อยละจำนวนของวันที่ดื่มหนักของผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=14.83$) โดยคะแนนเฉลี่ยของร้อยละวันที่ดื่มหนักของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองพบว่าลดน้อยลงกว่าก่อนการทดลอง และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มก่อนและหลังการทดลองในผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=14.83$) โดยคะแนนเฉลี่ยของวันที่หยุดดื่มของกลุ่มทดลองหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งผลวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั้น คือ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นลดน้อยลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น ผู้วิจัยของอภิปรายผลการศึกษาข้างต้นดังต่อไปนี้

จากผลการทดลองพบปริมาณการดื่มสุราภายหลังการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นลดน้อยลงนั้น จากผลการศึกษาพบว่าในช่วงแรกของโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นที่ดำเนินรูปแบบตามโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น ของ Fals-Stewart et al. (2005) ขั้นตอนแรกในการบำบัด คือ การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินเบื้องต้น (Connection and Assessment) เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัด ผู้ป่วยและคู่สมรส ให้เกิดความไว้วางใจ ยอมรับ และให้ความร่วมมือยินยอมเปิดเผยข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการบำบัด ผู้ป่วยและคู่สมรสมีการประเมินปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยและระดับความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสร่วมกัน มองเห็นปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และปัญหาของสัมพันธภาพ

ระหว่างคู่สมรสที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มสุรายิ่งขึ้น ตั้งเป้าหมายในการบำบัดร่วมกัน ขั้นตอนนี้ถือว่ามีสำคัญอย่างมาก หากผู้ป่วยและคู่สมรสมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยแล้ว จะสามารถนำไปสู่การมองเห็นปัญหาเพื่อการบำบัดอย่างแท้จริง

เมื่อผ่านขั้นตอนการสร้างสัมพันธ์ภาพและประเมินปัญหาเบื้องต้นมาแล้ว จะทำให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย การแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสก่อให้เกิดความขัดแย้ง บรรยากาศภายในครอบครัวตึงเครียด กระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคติดสุรากลับไปดื่มซ้ำยิ่งขึ้น คู่สมรสเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล ความพึงพอใจในชีวิตสมรสลดลง ละเลยการดูแลผู้ป่วย ตามกระบวนการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น ตามแนวคิดของ Fals-Stewart et al. (2005) ขั้นตอนที่ 2 ของกระบวนการบำบัดคือการให้ความรู้พื้นฐาน (Education) โดยมีความเชื่อว่าการเข้าใจในพฤติกรรมของผู้โรคติดสุรา เข้าใจต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความเปราะบางต่อการกลับไปดื่มซ้ำของผู้ป่วย โดยให้ความรู้กับคู่สมรสเกี่ยวกับโรคติดสุรา สาเหตุและปัจจัยของการเจ็บป่วย อาการและการแสดง ผลกระทบที่ตามมาเมื่อความเจ็บป่วยไม่ทุเลาลง รวมไปถึงความเลวร้ายที่จะตามมาหากผู้ป่วยโรคติดสุรายังคงมีพฤติกรรมการดื่มอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลเหล่านี้จะทำให้คู่สมรสได้ตระหนักถึงสาเหตุที่อาจจะเกิดจากความสัมพันธ์ของคู่สมรสได้ คู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดสุรารายหนึ่งได้กล่าวไว้ว่า “นี่กว่าสามีมีนิสัยชอบดื่มเหล้า เพิ่งรู้ว่าเบื่อฉัน เบื่อที่จะต้องอยู่บ้าน เลยกินไปหาเพื่อน เพื่อนพากินเหล้าจนติด”, “ติดเหล้านอกจากจะทำให้ตับแข็ง ยังเป็นโรคอื่นได้อีกหรือ ถ้าเกิดป่วยทางกายขึ้น ดิฉันคงลำบากดูแลมากกว่านี้แน่”, “สามีชอบดื่มดิฉันก็ไม่กล้าขัด มันเป็นความสุขของเค้า แต่ถ้าต้องป่วยเป็นโรคแทรกซ้อนจากการดื่มสุรา ดิฉันสงสัยสารกัวลามีเจ็บเวลามารักษา ดิฉันจะทำอย่างไรดี ให้เค้าเลิกดื่มคะ”

เมื่อคู่สมรสมีความตระหนักถึงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส ผู้ป่วยโรคติดสุรา และผู้บำบัดในขั้นตอนแรกที่ผ่านมาแล้วนั้น จะทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรสเปิดใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส โดยผู้บำบัดให้ผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรสประเมินสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสของตนเอง เป็นการทบทวนความสัมพันธ์ ความคิด ความรู้สึกซึ่งกันและกัน ได้เห็นข้อขัดแย้งซึ่งกันและกันอย่างชัดเจนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสัมพันธ์ภาพที่ดีผู้ป่วยโรคติดสุราและคู่สมรสจะต้องไม่โทษตนเอง ยอมรับ และอภัยต่อตัวเองและคู่ของตนเอง การใช้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางบวกที่ดีในครอบครัว ประโยชน์ที่เกิดขึ้นต่อตนเองและครอบครัว และชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ทางลบในครอบครัวก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างไรบ้าง ผลกระทบที่ตามมาจากปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา จะทำให้ผู้ป่วยและคู่สมรสมีความตั้งมั่นและตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระหว่างคู่สมรสให้ดีขึ้น ผู้ป่วยโรคติดสุรารายหนึ่งได้กล่าวไว้ว่า “พ่อขอโทษ พ่อทำให้แม่และบ้านเราลำบาก พ่อทำให้แม่ไม่สบายใจ เหนื่อยมัยแม่ ต่อไปนี้พ่อจะพยายามเลิกกินเหล้า

นะ” ขณะที่ภรรยาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อรายหนึ่งสะท้อนให้เห็นพฤติกรรมของตนเองว่า “ฉันคงเจ้ากี้เจ้าการกับสามีมากเกินไป สามีคงเครียด เลยไปกินเหล้า”

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสทางบวกเกิดจากการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรสจากกิจกรรมทางบวกที่ปฏิบัติร่วมกัน เข้าสู่กระบวนการของโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ขั้นตอนที่ 3 คือการฝึกทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวก (Increasing positive activities) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและคู่สมรสเพื่อฝึกทักษะการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีร่วมกัน ได้แก่ การฝึกทักษะการทำกิจกรรมร่วมกัน ทักษะการแบ่งปันกิจกรรมที่ดีซึ่งกันและกัน และการกำหนดวันสำคัญให้แก่กันและกัน ขั้นตอนการฝึกทักษะจะต้องมีการพูด การปฏิบัติ การแสดงตัวอย่างบทบาทสมมติ เพื่อลดความประหม่าระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรส แต่ละกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยและคู่สมรสดูแล เข้าใจและเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน จะช่วยลดความเครียดจากความขัดแย้งระหว่างคู่สมรสที่เกิดขึ้น ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรส ผู้ป่วยโรคติดเชื้อรู้สึกมีที่พึ่งพิงและแหล่งสนับสนุนต่อการเลิกดื่มสุรา คู่สมรสมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยโรคติดเชื้อมากขึ้น สามารถเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อเลิกดื่มสุราได้ จากผลการประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสรายหนึ่งได้กล่าวว่า “ผมรู้สึกมีความสุขที่ได้ภรรยาคนนี้เป็นคู่ชีวิตมากครับ ไม่ว่าผมจะผิดพลาดอะไร ภรรยาจะคอยเคียงข้างแก้ปัญหาไปด้วยกัน ไม่กล่าวโทษผมสักคำเลย ทำให้ผมรู้สึกผิดมากที่ติดเหล้า ผมมีความตั้งใจจะเลิกดื่มเหล้าให้ได้เพื่อเค้าครับ” ในขณะเดียวกันความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสที่ยาวนานในเชิงลบ ไม่มีการปรับตัวเข้าหากันที่ดี จะก่อให้เกิดความขัดแย้งในชีวิตสมรส (Marital conflict) จากอารมณ์และพฤติกรรม ลดทอนความมีคุณค่าซึ่งกันและกัน ส่งผลต่อการความเชื่อมั่นของผู้ป่วยโรคติดเชื้อทำให้เกิดความตึงเครียดและกลับไปดื่มซ้ำได้ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคติดเชื้อและคู่สมรสก่อนการทดลอง “ภรรยา : ไม่มีประโยชน์หรอกคะคุณหมอ อยู่กันมาตั้งนานแล้ว ทนได้ไม่นานหรอกเดี๋ยวก็กลับไปกินใหม่ สามี : ก็เธอเป็นแบบนี้แหละ ฉันเบื่อ ไปกินเหล้ามีความสุขกว่าอยู่กับเธอตั้งเยอะ” ขัดแย้งในชีวิตสมรสนั้นเป็นเรื่องที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่คู่สมรสจะสามารถรักษาชีวิตสมรสให้ดำเนินต่อไปได้นั้น ขึ้นอยู่กับคู่สมรสทั้งสองฝ่ายว่าจะสามารถตั้งสติและร่วมมือกันแก้ไขความขัดแย้งนั้นให้หมดไปหรือลดความรุนแรงของความขัดแย้งให้เหลือน้อยที่สุดการเรียนรู้และเข้าใจปัญหาหรือความขัดแย้งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะช่วยให้อุปสรรคสามารถแก้ไขและจัดการกับความขัดแย้งเหล่านั้นได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและแรงจูงใจต่อพฤติกรรมลดการดื่มสุราที่ลดลง ภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคติดเชื้อและคู่สมรสรายหนึ่งได้กล่าวว่า “ภรรยา : ฉันรู้ล่ะว่าเธอไม่ได้ตั้งใจติดเหล้า ต่อไปนี้เธอห้ามเผลอไปกินเหล้า เพราะถ้าเธอกินเธอจะหยุดไม่ได้ เธอมีอะไรต้องบอกฉันทุกเรื่อง ฉันจะช่วยเธอเอง ,สามี : ได้ ถ้าเมียไม่บ่นไม่ด่า ต่อไปนี้จะไม่กินเหล้า”

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก็มีความขัดแย้งต่อกันเป็นเรื่องธรรมดาแต่ถ้าปล่อยให้เกิดขึ้นบ่อย ๆ ไม่มีการปรับตัวเข้าหากันเพื่อแก้ไขความขัดแย้ง อาจจะทำให้เกิดปัญหาที่รุนแรง โดย

เพราะคู่สมรสที่เป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เมื่อเกิดความเครียด ความซับซ้อนใจ ขาดที่พึ่งจะเป็นปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญต่อการติดเชื้อจากเกิดการติดเชื้อ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นมักเริ่มต้นจากการขาดทักษะในการสื่อสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์การเกิดการโต้เถียงซึ่งอาจนำไปสู่ความรุนแรงในครอบครัวได้ ปัญหานี้เกิดขึ้นจากคู่สมรสขาดทักษะในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและขาดทักษะการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม นอกจากนี้เมื่อครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมติดเชื้อของผู้ป่วยขาดการจัดการหรือการแก้ไขต่อปัญหาพฤติกรรมติดเชื้อนั้นแล้ว จะส่งเสริมให้เกิดความขัดแย้งระหว่างคู่สมรส จึงต้องมีการจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ ตามกระบวนการของโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น ในขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ไขปัญหา (Teaching communication and Problem Solving) การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหามีระบบในคู่สมรสจะช่วยให้ความตึงเครียดภายในครอบครัวลดลง ปัญหาได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ หลังจากที่ผู้ป่วยโรคติดเชื้อและคู่สมรสได้ฝึกทักษะการทำกิจกรรมทางบวก ทักษะการสื่อสารและแก้ไขปัญหาแล้วมีการทบทวนความรู้และทักษะต่าง ๆ เหล่านี้ ในขั้นตอนสุดท้ายของการบำบัด ขั้นตอนที่ 5 สิ้นสุดสัมพันธ์ภาพ (Termination) เมื่อผู้ป่วยโรคติดเชื้อและคู่สมรสได้ทบทวนกิจกรรมทั้งหมดของการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น ผู้วิจัยประเมินสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสอีกครั้ง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสหลังจากที่ได้รับการทดลองเรียบร้อยแล้ว พบว่า มีคะแนนสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองจากคะแนนเฉลี่ยสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสเท่ากับ 100.25 และ 107.20 ในก่อนการทดลองและหลังการทดลองตามลำดับ ผลต่างของคะแนนสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสรายครอบครัวโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 8.25 คะแนน ซึ่งในการกำกับกับการทดลองครั้งนี้กลุ่มทดลองมีคะแนนสัมพันธ์ภาพอยู่ในระดับปานกลางและผลต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลองมีผลเป็นบวก ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองทั้งหมด ผู้ป่วยโรคติดเชื้อและคู่สมรสมีความพร้อมที่จะนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการทดลองไปปฏิบัติจริง

ระยะเวลา 1 เดือนภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมสุดท้ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อและคู่สมรสมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกันในทางบวก เมื่อเจอสถานการณ์จริง และอุปสรรคที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยและคู่สมรสจะสามารถแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบได้ พฤติกรรมติดเชื้อของผู้ป่วยโรคติดเชื้อหลังการทดลองจึงลดลงอย่างเห็นได้ชัด จากปริมาณการติดเชื้อ ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของวันที่หยุดดื่ม ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=16.48, 16.48$ และ 15.86) ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยปริมาณการติดเชื้อและร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนักหลังการทดลองในผู้ป่วยโรคติดเชื้อกลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลอง และคะแนนเฉลี่ยร้อยละของวันที่หยุดดื่มหลังการทดลองใน

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อราในกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้พบว่า การดำเนินโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์สภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นในผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา

2. ผู้ป่วยโรคติดเชื้อราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์สภาพระหว่างคู่สมรสมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณการติดเชื้อรา ร้อยละของจำนวนวันที่มีหมักลดลง และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดติดเชื้อมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาที่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ดังนี้

ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pair) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ อายุ เนื่องจาก ผู้ป่วยโรคติดเชื้อราที่มีอายุมากมักมีระยะเวลาการติดเชื้อรารวมทั้งความเสื่อมทางกายและสติปัญญามากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย มีแนวโน้มที่เกิดภาวะถดถอยของภูมิต้านทานที่รุนแรงกว่า ทนต่อการลดพฤติกรรมกรรมการติดเชื้อได้น้อยกว่า (Kraemer,1997) และระดับปัญหาพฤติกรรมกรรมการติดเชื้อราจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับพฤติกรรมกรรมการติดเชื้อราที่ต่างกันจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการติดเชื้อราที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kurita,2013) สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มการทดลองและกลุ่มควบคุม จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการติดเชื้อรา ได้แก่ ปริมาณการติดเชื้อรา ร้อยละของจำนวนวันที่มีหมัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดติดเชื้อของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อราในกลุ่มทดลองในระยะเวลา 30 วันหลังการทดลอง ไม่มีพฤติกรรมกรรมการติดเชื้อราเลย ร้อยละ 10 ขณะที่ผู้ป่วยโรคติดเชื้อราในกลุ่มควบคุมไม่สามารถหยุดพฤติกรรมกรรมการติดเชื้อราได้เลย มีปริมาณการติดเชื้อรา และร้อยละจำนวนวันที่มีหมักเพิ่มขึ้น ขณะที่ร้อยละจำนวนวันที่หยุดติดเชื้อลดลง ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การลดลงของพฤติกรรมกรรมการติดเชื้อราในผู้ป่วยโรคติดเชื้อราในกลุ่มทดลองเป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์สภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น ทั้ง 6 กิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยอภิปรายกระบวนการในแต่ละครั้งของการบำบัดสัมพันธ์สภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นต่อพฤติกรรมกรรมการติดเชื้อราในผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา ได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด ร่วมกันค้นหาปัญหาพฤติกรรมกรรมการติดเชื้อราและปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรส ตั้งเป้าหมายในการบำบัดร่วมกัน ผู้บำบัดสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัด ผู้ป่วยและคู่สมรส ให้เกิดความไว้วางใจ ยอมรับ และให้ความร่วมมือยินยอมเปิดเผยข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการบำบัด แสดงการยอมรับผู้ป่วยและคู่สมรสโดยให้คู่สมรสได้มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทีมการรักษา การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจต่อกระบวนการบำบัดรักษา มีความเต็มใจและพร้อมที่จะแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผย (สมบัติ รिया

พันธ์, 2552) ผู้ป่วยโรคติดเชื้อและคูสมรสสามารถประเมินปัญหาพฤติกรรมการณ์ที่มึนสุราของผู้ป่วยและระดับความสัมพันธ์ระหว่างคูสมรสก่อนการบำบัดได้ ตระหนักถึงความสำคัญของสัมพันธ์ภาพระหว่างคูสมรสที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการณ์ที่มึนสุราของผู้ป่วย ค้นหาปัญหาพฤติกรรมการณ์ที่มึนสุราและปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างคูสมรสที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคูสมรสรวมกันได้ นำไปสู่การตั้งเป้าหมายร่วมกันในบำบัด

กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อเบื้องต้น โดยให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อ ผลกระทบจากการติดเชื้อ ปัจจัยส่งเสริมการติดเชื้อ อาการถอนพิษสุรา แนวทางการแก้ไขและขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ทำให้คูสมรสและผู้ป่วยมีความเข้าใจร่วมกันต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ตัวอย่างข้อมูลจากคูสมรสที่สะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจผู้ป่วยโรคติดเชื้อมากขึ้น และพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ

ภรรยา : “ฉันเข้าใจแล้วว่าคุณป่วย คุณอาจจะไม่ได้ตั้งใจกินเหล้า แต่ถ้าคุณกินแล้วคุณจะควบคุมตัวเองไม่ได้ ต่อไปฉันจะพยายามห้ามและกันคุณให้ออกจากการกินเหล้า”

ภรรยาผู้ป่วยโรคติดเชื้อท่านหนึ่งได้กล่าวไว้ สามารถวิเคราะห์อาการแสดงและสาเหตุของพฤติกรรมการณ์ที่มึนสุราของผู้ป่วยโรคติดเชื้อรวมกันได้ ตัวอย่างจากคูสมรส

สามี : “ผมอยากเลิกเหล้าให้ได้นะ แต่พอผมเห็นสภาพแวดล้อมเดิม ๆ ผมก็เครียด ผมจึงต้องกิน ผมรู้ว่ากินแล้วมันจะห้ามไม่ได้ ภรรยา : คุณต้องสัญญากับฉันจริง ๆ นะว่าจะเลิก ฉันจะช่วยคุณทุกอย่าง ฉันเข้าใจคุณนะ” วางแผนตัดสินใจร่วมกันเพื่อควบคุมความอยากสุราของผู้ป่วยได้

กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้ความสำคัญของสัมพันธ์ภาพระหว่างคูสมรสต่อพฤติกรรมการณ์ที่มึนสุราของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เพื่อประเมินสัมพันธ์ภาพระหว่างคูสมรสและผู้ป่วยโรคติดเชื้อเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรม ด้านความรับผิดชอบต่อครอบครัว สะท้อนให้เห็นสาเหตุของความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างคูสมรส ยอมรับในพฤติกรรมทางด้านลบของตนเองพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน จากตัวอย่างผู้ป่วยโรคติดเชื้อรายหนึ่งที่กล่าวว่า

สามี : “ผมรู้ว่าผมเป็นสามี เป็นพ่อที่ไม่ดี แต่ผมรักลูกรักครอบครัว ต่อไปนี้ผมจะไม่ได้ทำเพื่อนหลังเลิกงาน จะรีบกลับบ้านมาอยู่กับครอบครัว”

สนับสนุนส่งเสริมข้อดีของแต่ละฝ่ายให้เกิดความพึงพอใจในซึ่งกันละกันมากยิ่งขึ้น เพื่อแก้ไขและลดพฤติกรรมทางด้านลบระหว่างคูสมรสที่มีผลต่อการแสดงออกทางด้านอารมณ์ นำไปสู่การสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์ ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมการณ์ที่มึนสุราในผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ, 2550)

กิจกรรมที่ 4 ให้ความรู้และฝึกทักษะให้เห็นถึงความสำคัญของแรงเสริมทางบวกจากสัมพันธ์ภาพระหว่างคูสมรส ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกัน และการทำกิจกรรม

ร่วมกันระหว่างคู่สมรส การฝึกทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวก (Increasing positive activities) เป็นสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่มีผลเป็นแรงกระตุ้นทั้งทางด้านบวกต่อพฤติกรรมที่ดีของผู้ป่วย โดยฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ได้แก่ ส่งเสริมคู่สมรสทำกิจกรรมที่ดีร่วมกัน (Catch your partner doing something nice) ส่งเสริมให้คู่สมรสทำกิจกรรมที่ดีให้แก่กันและกัน (Shared rewarding activities) ส่งเสริมให้คู่สมรสกำหนดวันดูแลพิเศษซึ่งกันและกัน (“Caring day” assignment) มุ่งหวังให้คู่สมรสและผู้ป่วยโรคจิตติดยามีทักษะ มีความคืบหน้าในการทำกิจกรรมทางบวกร่วมกันมากขึ้น พฤติกรรมทางบวกระหว่างคู่สมรสจะนำมาซึ่งความรู้สึกที่ดีต่อกัน ผู้ป่วยโรคจิตติดยารู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสพัฒนาในทางที่ดี สัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมลดการเลิกติดยาในผู้ป่วยโรคจิตติดยา ผู้ป่วยรู้สึกมีแรงจูงใจในการเลิกติดยาเพิ่มขึ้น (Fals-Stewart et al., 2003)

เมื่อผู้ป่วยโรคจิตติดยาและคู่สมรสมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดี การส่งเสริมกิจกรรมทางบวกจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตติดยาและคู่สมรสได้ใช้เวลาด้วยกันมากขึ้น ลดการหมกหมุ่นคิดกลับไปติดยาซ้ำ

สามี: “ตั้งแต่ผมทำกิจกรรมนี้ ผมได้มีเวลาอยู่กับครอบครัวมากขึ้น ไม่ค่อยได้ออกไปสังสรรค์กับเพื่อนเหมือนเดิม เวลามีคนชวนกินเหล้าผมจะนึกถึงเมียกับลูกที่บ้านมากกว่า”

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการสื่อสารและพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา การฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ไขปัญหา (Teaching communication and Problem Solving) เป็นการฝึกเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสาร ได้แก่ ทักษะการฟัง (Listening skills) สะท้อนให้เห็นความเข้าใจในเนื้อหาข้อมูลที่ตรงกันในการสื่อสาร ลดความขัดแย้งจากความเข้าใจไม่ตรงกัน ทักษะการแสดงความรู้สึก (Expressing feelings directly) เพื่อสะท้อนให้เห็นความรู้สึกนึกคิดของแต่ละคน ยอมรับและเข้าใจต่อความรู้สึกขัดแย้งและอดีตที่เกิดขึ้น มีความเข้าใจให้อภัยต่อกัน ในผู้ป่วยโรคจิตติดยาการบำบัดนี้เป็นการระบายความรู้สึกขบข้องใจในตนเอง ป้องกันพฤติกรรมเลิกติดยาเพื่อระบายความเครียดที่เกิดขึ้น (กุสุมา แสงเดือนฉาย, 2543) ตัวอย่างคู่สมรสของผู้ป่วยโรคจิตติดยาที่สะท้อนให้เห็นทักษะการแสดงออกทางการสื่อสารที่เหมาะสม

ภรรยา : “เมื่อก่อนเวลาสามีตะคอกมาที่ฉันก็จะสวนกลับทันที แต่ตอนนี้ฉันเข้าใจเค้ามากขึ้นนะ ลดอารมณ์ตัวเองลงได้บ้าง ฉันรู้ว่าเค้าป่วยจะหงุดหงิดง่าย บางครั้งฉันก็คิดว่าเค้าเหมือนเด็กนะ ต้องการอะไรสักอย่างแต่บอกไม่ได้ใช้อารมณ์ไปก่อน เวลาสามีอารมณ์เสียฉันก็รู้สึกเฉยๆละ เจ็บกันไปก่อนพอเย็นลงแล้วค่อยคุยกันใหม่”

ในเรื่องของทักษะการสื่อสารจัดการกับการร้องขอในการติดยา (Communication sessions Negotiating for requests) ฝึกให้คู่สมรสมีการจัดการต่อความอยากสุราของผู้ป่วยเป็นไป

ในทางประนีประนอมมากกว่าก้าวร้าว ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา (Problem Solving) โดยการค้นหาปัญหา และการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันระหว่างคู่สมรสและผู้ป่วยมีการมอบหมายการบ้านให้ผู้ช่วยและคู่สมรสได้ไปใช้ในสถานการณ์จริง ตัวอย่างผู้ป่วยและคู่สมรสหลังจากฝึกทักษะในสถานการณ์จริง

“สามี: “เมื่อก่อนนะ เวลาเลิกงานจะต้องมีกินเหล้าบ้านเพื่อนคนใดคนหนึ่ง ขาดไม่ได้ต้องไปคนที่ไม่ไปจะโดนล้อเลย ผู้รู้ลึกว่าผมเต็มร้อยกับเพื่อนนะผมต้องไป กินนิดเดียวไม่เป็นไร แต่เดี๋ยวนี้พอเพื่อนชวนหรืออะไรก็ตามแต่ที่เกี่ยวกับเหล้า ผมต้องโทรหาเมียก่อนเลย ให้เมียมาจัดการให้”

ผู้บำบัด: “เวลาที่สามีร้องขอความช่วยเหลือ คุณทำอย่างไรคะ?”

ภรรยา: “ด้วยงานและสังคมแค่นี้ บางทีมันก็ห้ามไปกินเลยไม่ได้ งานไหนที่ต้องไปจริง ๆ ฉันจะไปด้วย พอเริ่มจะกินเยอะฉันก็จะพากลับเลย เราตกลงกันไว้แล้ว แต่ถ้างานไหนสังสรรค์ทั่วไปฉันก็จะไปรับเค้พาไปที่อื่น ที่คุณพยาบาลเคยบอก ไปกินข้าวนอกบ้าน ไปซื้อของเดินห้าง หาซื้ออ้อกับเพื่อนเค้าไปเรื่อยว่าเค้ามีธุระ ถ้าฉันบอกเองเพื่อนเค้าจะเกรงใจ แต่ถ้าให้สามีบอก ไม่ได้หรอก จะโดนล้อว่ากลัวเมีย”

หากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพและการขาดทักษะการแก้ไขปัญหาจะทำให้เกิดการขัดแย้งซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส (จัสมิน สุวรรณชีพ, 2544) ภรรยา : “เวลาสามีเมา บอกให้กลับบ้านก็ไม่ยอมกลับ โวยวายจะอยู่ต่อ ฉันเบื่อนะ ยังงัยก็เลิกไม่ได้หรอกเหล้าหนะ ก็ปล่อยกินไป โวยวายมา ฉันก็ด่ากลับบ้าง แต่เดี๋ยวนี้ไม่ได้ละ ด่าไปไม่มีประโยชน์ พากลับบ้านเลย สร้างเมาแล้วค่อยมาคุยกันใหม่”

กิจกรรมที่ 6 ทบทวนความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดสุรา ความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเพื่อการบำบัด และการฝึกทักษะต่าง ๆ วางแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกับคู่สมรสในอนาคต โดยป้องกันพฤติกรรมการดื่มสุราซ้ำ (Termination) เพื่อทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาและพูดคุยถึงเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้ประสบผลสำเร็จ วางแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกับคู่สมรสในอนาคต โดยป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดรวมถึงสุราซ้ำ วางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยต่อไปในระยะยาว เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำ ผู้ป่วยโรคติดสุราในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีปริมาณการดื่มสุรา ร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่มที่ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น มีปริมาณการดื่มสุราลดลง ร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนักลดลง และร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่มมากกว่าผู้ป่วยโรคติดสุรากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า จากการศึกษาพบว่า ภายหลังสิ้นสุดการบำบัดรักษาพบพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยลดลงใน 1-3 เดือนแรก ร้อยละ 30-70 แต่ยังคงมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถหยุดหรือลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราลงได้เลยในจำนวนร้อยละที่เท่ากัน

สอดคล้องกับสถิติของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้โรคติดเชื้อและสารเสพติดรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK model) มีการติดเชื้อเพิ่มขึ้นในเดือนที่ 1 และ 6 ร้อยละ 30 และ 45 ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่นำมาทดลอง ส่วนใหญ่ได้รับการบำบัดรูปแบบ PMK model มาแล้ว 3-9 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อกลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมกรรมการติดเชื้อในระดับติดถึงร้อยละ 85 (n=40) ก่อนการทดลองผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มตัวอย่างจึงมีปริมาณการติดเชื้อ ร้อยละจำนวนวันที่ตีหมอน และร้อยละจำนวนวันที่หยุดตีหมอนใกล้เคียงกัน

เมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น ทำให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เคยผ่านการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบ PMK model ได้รับการทบทวน ได้รับการสนับสนุนที่ดีและสามารถสร้างแรงจูงใจต่อการเลิกติดเชื้ออีกครั้งจากคู่สมรส ขณะที่คู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดเชื้อกลุ่มควบคุม ภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบ PMK model ผู้บำบัดจะให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวไม่ได้รับรู้เป็นคู่สมรสเฉพาะเจาะจงก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน เมื่อกลับสู่สภาพแวดล้อมเดิม ในสถานการณ์ที่เปราะบางต่อความขัดแย้ง คู่สมรสซึ่งเป็นผู้ดูแลไม่สามารถที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวแย่งลง ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดและออกไปติดเชื้อซ้ำ คู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดเชื้อกลุ่มทดลอง ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ทักษะการเพิ่มความสัมพันธ์ที่ระหว่างคู่สมรส ได้แก่ การเพิ่มกิจกรรมทางบวกร่วมกัน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการจัดการเมื่อเกิดปัญหาาร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อและคู่สมรสกลุ่มทดลองมีการแก้ปัญหาในเชิงบวกเมื่อเกิดปัญหา ความขัดแย้งลดลง ความสัมพันธ์เพิ่มขึ้น เป็นผลให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อมีกำลังใจ มีแรงจูงใจในการเลิกติดเชื้อ พฤติกรรมการติดเชื้อในกลุ่มทดลองจึงลดลงอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษาโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นต่อพฤติกรรมกรรมการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.ด้านการพยาบาล

1.1.การนำโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสไปใช้กับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลจะต้องมีพื้นฐานความรู้การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและสารเสพติด รวมถึงการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีทักษะในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด เพื่อสามารถดำเนินกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2. การใช้โปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตตสุราลดพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งหากมีการติดตามผู้ป่วยโรคจิตตสุราต่อไปในระยะยาว กระตุ้นให้คู่สมรสและผู้ป่วยโรคจิตตสุรามีการฝึกทักษะต่างๆ อย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตตสุราลดพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งถึงสามารถเลิกดื่มสุราได้อย่างถาวร

1.3. เนื่องจากผลการวิจัยของโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา ดังนั้นจึงควรมีการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตตสุรา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

2. ด้านการศึกษา

2.1. ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดมีการอบรมเกี่ยวกับการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตตสุรา การบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการพยาบาลในการให้การดูแล ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาคู่สมรสและผู้ป่วยโรคจิตตสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2. ควรมีการส่งเสริมหลักสูตรที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตตสุราและการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส เน้นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส การดูแลอย่างเป็นองค์รวมแก่นักศึกษาพยาบาล พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อสามารถนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประสิทธิผลของการดำเนินกิจกรรมหลังการบำบัดในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อเป็นการติดตามผลของพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะยาว

2. เนื่องจากแนวคิดของโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส มีการบำบัดรายครอบครัว พบว่ามีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตตสุรา ดังนั้นควรมีการศึกษาต่อเนื่องในการบำบัดรายกลุ่มครอบครัว เพื่อลดข้อจำกัดของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย

3. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา หรือมีปัญหาการใช้สารเสพติด ว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา หรือการใช้สารเสพติดอื่น ๆ หรือไม่ รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกวรรณ กิตต์วัฒนากุล. (2546). โรคจิตเวชเนื่องจากสารเสพติด. *วารสารจิตเวชขอนแก่นแห่งราช
นครินทร์*. 5(2) : 33-39
- กิตติมาภรณ์ พรหมมาลุน. (2553). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรม
การดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย*. รายงานศึกษาอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จัสมิน สุวรรณชีพ. (2544). *การศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้งของคู่สมรส*. วิทยานิ
พนธ์ ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ณัฐกฤตา ชันตี. (2556). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์*.
วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณิชชา หนักแน่น. (2556). *การใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ดื่มสุรา*. *วารสาร
การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 27(3) : 16-29
- ทิพาวดี เอ็มวารรณนะ. (2547). *จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นันทกานต์ วงษ์ปัญญา. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในชีวิตสมรสกับความไว้วางใจคู่
สมรส*. ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- นิตานาด โขกเกิด. (2545). *ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ที่ติดสุราใน
โรงพยาบาลลำพูน*. รายงานศึกษาอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปริทรรศ ศิลปะกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2542). *ความชุกและ
สุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา*. โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต.
- ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2553). *แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราแนว
ปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ทานตะวันแปเปอร์.
- เปรมหทัย ไชยสะอาด. (2555). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ที่มีโรคจิต
เวชร่วม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ. (2553). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุรา*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- พิชชรวาลย์ กนกจรรยา. (2554). ผลของโปรแกรมการผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การสร้างเสริมแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพยาติดยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 27(2) : 56-68
- พันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2553). *คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติ : รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพฉบับทดลองนำร่อง*. เชียงใหม่ : วนิดาการพิมพ์ .
- พันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และ หทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). *แนวเวชปฏิบัติการให้คำปรึกษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช*. เชียงใหม่ : ไอแอมออแกไนเซอร์ แอนด์แอดเวอร์ไทซิ่ง.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2552). *การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วยติดยา*. แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส).
- พิชัย แสงชาญชัย. (2555). *สุรากับโรคจิต*. สายด่วน 1413 ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา Alcohol help line. เอกสารอัดสำเนา
- เพ็ญนภา บุญยก. (2558). *ปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดากับทารก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา. (2556). *ความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 27 (1) : 1-15
- ภาวดี โตท่าโรง. (2551). *ประสบการณ์การเลิกดื่มสุราอย่างถาวรของผู้เคยติดยา*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร* 2(2) : 45-61
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์. (2549). *กลุ่มอาการถอนสุรา:ความรู้พื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์: ฐานข้อมูลเพื่อการจัดการปัญหาสุรา*.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. (2558). *สถิติการบำบัดรักษาผู้ป่วยงบบประมาณ 2556-2558*. ภายเอกสาร.
- ศิวัชพร ไชยชนะ. (2557). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สถาบันบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมชนนี. (2556). ข้อมูลสถิติ. Retrieved April 26, 2013 form http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2543). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557*. กรุงเทพมหานคร: กองสถิติสังคมสำนักงานสถิติแห่งชาติ
- สุกมา แสงเดือนฉาย. (2547). *การศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุรา สภาพแวดล้อมทางครอบครัวและสังคม ผลกระทบจากการดื่มสุรา และเจตคติต่อการดื่มสุราของผู้ป่วยสุรา*. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุกมา แสงเดือนฉาย. (2553). *ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมการไม่ติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา*. ปริญญาานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุนทร ศรีโกไสย. (2548). *ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดยาที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง*. วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันัญญารักษ์. (2550). *สถิติการบำบัดรักษาผู้ป่วยงบบประมาณ 2548-2550*. ภายเอกสาร.
- สถาบันัญญารักษ์. (2554). *สถิติการบำบัดรักษาผู้ป่วยงบบประมาณ 2552-2554*. ภายเอกสาร.
- สุนทร ศรีโกไสย. (2553). *การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีการกลับป่วยซ้ำ*. *วารสารสภาการพยาบาล* 25(4) : 67-79
- อวิस्ता จันทรแสนตอ. (2541). *ปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการดื่มสุราของสตรี*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

- Alcoholics Anonymou. (1957). *Alcoholics Anonymous Comes of Age: A Brief History of* A. A. New York: Alcoholics Anonymous World Services. ISBN 0-916856-02-X.
- American Psychiatric Association.(2005). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*.(5th ed.). [Text revision]. Washington, DC : Author.
- Babor TF., Higgins-Biddle JC., Saunders JB., Monteiro MG. (2001). *AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care*. *World*

Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence

- Edwards M, Steinglass P. (1995). *Family therapy treatment outcomes for alcoholism*. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21:475–509
- Fals-Stewart W., Klosternann K., Yates BT., O’Farrell TJ., Birchler GR. (2005). Brief relationship therapy for alcoholism: A randomized clinical trial examining clinical efficacy and cost-effectiveness. *Psychology of Addiction Behaviors* 19 : 363–371.
- Goodner, B. (1994). *Alcohol: Care of the psychiatric patient. Concepts of Psychiatric Nursing*. Texas : Skidmore-Roth
- Grant BF., Dawson DA. (1998). Age of onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of substance Abuse*. 10 : 163-173
- Kraemer, K., and other. (1997). Impact of Age on the Severity, Course And complications of Alcohol Withdrawal. *Arch Intern Med* 157(19):2234-2241
- McCrary, BS. (1989). *Outcomes of family-involved alcoholism treatment*. In Galanter, M., editor. *Recent developments in alcoholism*. Vol. 7. Treatment research. New York. Plenum. p. 165-182.
- McCrary BS, Epstein EE, Cook S, Jensen N, Hildebrandt T. (2009). *A randomized trial of individual and couple behavioral alcohol treatment for women*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 77:243–256.
- Moore, D.P. and Jefferson, J.W. (2004). *Obsessive-compulsive personality disorder*. In D.P. Moore and J.W. Jefferson (Eds). *Handbook of Medical Psychiatry*. (2nd ed., chap 142). Philadelphia: Mosby Elsevier
- O’Farrell, TJ., Richard R., El-Guebaly N. (2010). Implementing Behavioral Couples Therapy for substance abuse patients: An international dissemination project from Boston to Calgary. *Poster presented at the World Congress on Behavior Therapy*. Boston.
- O’Farrell, TJ., Fals-Stewart W. (2006). *Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse*. Guilford Press

- O'Farrell TJ., Murphy CM., Stephan SH., Fals-Stewart W., Murphy M. (2004). Partner violence before and after couple-based alcoholism treatment for male alcoholic patients: The role of treatment involvement and abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72 : 202–217.
- O'Farrell, TJ., Fals-Stewart W. (2006). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Guilford Press*. New York.
- O'Farrell TJ. (2012). Review of outcome research on marital and family therapy in treatment of alcoholism. *J Marital Fam Ther* 38(1) : 122–144.
- O'Farrell TJ., Schein AZ. (2011). Behavioral Couples Therapy for Alcoholism and Drug Abuse. *Journal of Family Psychotherapy* 22 :193–215
- Sadock, B.J. and Sadock, V.A.(2005).*Comprehensive textbook of psychiatry*(8th ed.).Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Schukit. M. A. (1984). *Subjective Response to Alcohol in Sons of Alcoholic and Control Subjects*. *Arch Gen Psychiatry*. 41(9):879-884.
- Schumm JA, O'Farrell TJ, Murphy CM, Fals-Stewart W. (2009). *Partner violence before and after couplebased alcoholism treatment for female alcoholic patients*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 77:1136–1146.
- Spanier, G. (1976). *Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads*. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15–30.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุลตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พันเอกนายแพทย์พิชัย แสงชาญชัย	รองผู้อำนวยการกองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
พันโทหญิงสรินธร เชี่ยวโสธร	อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มณวิภา สาครินทร์	อาจารย์พยาบาลภาควิชาอนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
นายพรชัย ทุมมา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูงสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราช นครินทร์
นางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูงสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพะ เจ้าพระยา



การตรวจสอบความตรง (Content Validity)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุด ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความชัดเจน ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้เขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นและมีความสอดคล้องกัน ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยได้คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตรคำนวณ(Hambleton et al.,1975 อ้างใน บุญใจศรีสถิตนรากร,2553) ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนในความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

- ประเมินพฤติกรรมกรรมการตีมสุรา (TLFB)

$$CVI = \frac{10}{10} = 1$$

- แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (DAS)

$$CVI = \frac{27}{27} = 1$$

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

1. คำนวณความเที่ยงของแบบบันทึกพฤติกรรมการตีสุรา (Timeline Follow back)

Correlations

		Time 1	Time 2
Time 1	Pearson Correlation	1	.971**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	30	30
Time 2	Pearson Correlation	.971**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	30	30

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

2. คำนวณความเที่ยงของแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (DAS)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.919	.920	2



แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในข้อความ หรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม
 อื่น ๆ ระบุ.....
4. ระดับการศึกษา
 ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ป.ว.ช. อนุปริญญา/ ป.ว.ส.
 ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
 รับจ้าง เกษตรกรรม
 ค้าขาย รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยและคู่สมรสต่อเดือน
 ไม่มีรายได้ 10,001-15,000 บาท
 1,000-5,000 บาท 15,001-20,000 บาท
 5,001-10,000 บาท มากกว่า 20,000 บาท
7. สถานภาพสมรส
 โสด คู่ หม้าย หย่า/แยกกันอยู่
หมายเหตุ กรณีสถานภาพสมรสคู่ ระยะเวลาที่อยู่ร่วมกัน ปี
8. ระยะเวลาที่ดื่มสุรติดต่อกันจนถึงปัจจุบัน.....ปี
9. ความถี่ในการดื่มใน 1 ปีที่ผ่านมา
 น้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน 1-5 วันต่อสัปดาห์
 1-3 ครั้งต่อเดือน 6-7 วันต่อสัปดาห์
10. ปริมาณการดื่มสุราในแต่ละครั้ง.....
11. จำนวนครั้งของการมารับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา.....ครั้ง
12. ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว ไม่มี มี โปรดระบุ.....
13. การใช้สารเสพติดอื่น ๆ ไม่มี มี โปรดระบุ.....

แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT)

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย × ทับหน้าข้อความเพียงข้อเดียวเท่านั้นที่ตรงหรือใกล้เคียงความรู้สึกของท่าน

1. ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมาคุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยแค่ไหน

0	1	2	3	4
ไม่เคยเลย	เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า	2-4 ครั้งต่อเดือน	2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	4 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า

2. เวลาที่คุณดื่มสุรตามปกติ คุณดื่มปริมาณเท่าใดต่อวัน

เลือกคำตอบเป็น เบียร์ (ข้อ ก.) หรือเหล้าวิสกี้ (ข้อ ข.) เพียงข้อเดียว

ก. ถ้าเทียบปริมาณเบียร์ สบาย (เช่น เบียร์ช้าง สิงห์ คลอสเตอร์ คลาสเบอร์เกอร์)

0	1	2	3	4
1-1.5 กระจบอง (1/2 - 3/4 ขวด)	2-3 กระจบอง (1-1.5 ขวด)	3.5-4 กระจบอง (2 ขวด)	4.5-6 กระจบอง (3-4 ขวด)	7 กระจบองขึ้นไป (4ขวดขึ้นไป)

ข. ถ้าเทียบปริมาณเหล้า เช่น แม็กซิง หงส์ทอง เหล้าขาว 40 ดีกรี

0	1	2	3	4
1 เป๊ก (30 มล.)	1.5-2 เป๊ก (1/4 แบน)	2.5-3 เป๊ก (1/2 แบน)	3.5-4.5 เป๊ก (3/4 แบน)	มากกว่า 5 เป๊ก (1 แบนขึ้นไป)

3. บ่อยครั้งเพียงใดที่คุณดื่มเบียร์ 4 กระจบองขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป

0	1	2	3	4
ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน

4. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งเพียงใดที่คุณพบว่าคุณไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากคุณสามารถเริ่มดื่มไปแล้ว

0	1	2	3	4
ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน

5. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณควรจะทำตามปกติ เพราะเพราะคุณมัวแต่ไปดื่มสุรา

0	1	2	3	4
ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน

6. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณต้องรีบดื่มสุราทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา

0	1	2	3	4
ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน

7. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ดี โกรธ หรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปขณะที่คุณดื่มสุราเข้าไป

0	1	2	3	4
ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน

8. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา เพราะว่าคุณได้ดื่มสุราเข้าไป

0	1	2	3	4
ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน

9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุราของคุณหรือไม่

0	1	2	3	4
ไม่เคยเลย		เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่ผ่านมา		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา

10. เคยมีเพื่อนหรือญาติพี่น้อง แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ แสดงความห่วงใยเกี่ยวกับการดื่มของคุณหรือเคยแนะนำให้คุณลดการดื่มลงบ้างหรือไม่

0	1	2	3	4
ไม่เคยเลย		เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่ผ่านมา		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา

แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่สมรสทราบถึงระดับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของตนเอง

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจและเติมเครื่องหมาย ✓ ในทำข้อความที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ต่อไปนี้ ในแต่ละข้อของแบบสอบถามตอบเพียงคำตอบเดียว ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบดังนี้

ไม่เคยเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่เคยเกิดขึ้นเลย หรือไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย
บางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นเกิดขึ้นบางครั้ง หรือตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นบางครั้ง
บ่อย	หมายถึง	ข้อความนั้นเกิดขึ้นบ่อย หรือตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงปานกลาง
บ่อยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นเกิดขึ้นบ่อยมากหรือตรงกับความจริงและ ความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก
บ่อยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้งมากที่สุด หรือตรงกับความจริงและความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ความเป็นจริงและความรู้สึกของท่าน				
	ไม่เคยเลย	บางครั้ง	บ่อย	บ่อยมาก	บ่อยมากที่สุด
1. ท่านและคู่สมรสมีความเห็น เรื่องการเลี้ยงลูกตรงกัน					
2. ท่านและคู่สมรสมีวิถีปฏิบัติต่อ พ่อแม่ของทั้งสองฝ่าย เช่น การ ไปเยี่ยมหรือตอบแทนบุญคุณพ่อ แม่ตรงกัน					
3. ท่านมีเป้าหมายและสิ่งสำคัญ ในครอบครัวตรงกันกับคู่สมรส					
4. ท่านและคู่สมรสได้ตัดสินใจ เรื่องสำคัญในชีวิตครอบครัว ร่วมกัน เช่น การงาน การมีบุตร					

ข้อความ	ความเป็นจริงและความรู้สึกของท่าน				
	ไม่เคยเลย	บางครั้ง	บ่อย	บ่อยมาก	บ่อยมากที่สุด
5. เพศสัมพันธ์ระหว่างท่านและคู่สมรสเป็นปกติ					
6. ท่านใช้เวลาในการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกับคู่สมรส					
7. ท่านช่วยแบ่งเบาภาระงานภายในบ้านกับคู่สมรส					
8. ท่านและคู่สมรสร่วมกันจัดการค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว					
9. ท่านและคู่สมรสใช้เวลาอยู่ด้วยกัน					
10. ท่านและคู่สมรสมีความเชื่อและทำกิจกรรมเกี่ยวกับศาสนา ร่วมกัน					
11. ท่านและคู่สมรสมีการคบหากับเพื่อนฝูงของทั้งสองฝ่าย					
12. ท่านมีการตัดสินใจในงานอาชีพพร้อมกันกับคู่สมรส					
13. ท่านมีความสนใจในงานอดิเรกร่วมกับคู่สมรส					
14. ท่านเคยคิดที่จะหย่าหรือแยกทางกับคู่สมรส					
15. ท่านเคยรู้สึกว่ามีน้ำหนักงานหรือมาอยู่ร่วมกับคู่สมรส					
16. ท่านมีความพอใจในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส					
17. ท่านเชื่อใจว่าคู่สมรสไม่นอกใจ					

ข้อความ	ความเป็นจริงและความรู้สึกของท่าน				
	ไม่เคยเลย	บางครั้ง	บ่อย	บ่อยมาก	บ่อยมากที่สุด
18. ท่านเคยออกจากบ้านไปหลังจากมีการโต้เถียงกัน					
19. ท่านไม่พึงพอใจในชีวิตสมรส					
20. ท่านคิดว่าชีวิตสมรสมีความราบรื่น ไม่มีปัญหา					
21. ท่านมีการหัวเราะและหยอกล้อกันกับคู่สมรส					
22. ท่านมีการปรึกษาหารือกับคู่สมรสเมื่อเกิดปัญหาในครอบครัว					
23. ท่านมีการทำกิจกรรมในเวลาว่างร่วมกันกับคู่สมรส					
24. ท่านและคู่สมรสใช้เหตุผลในการพูดคุยและคอยช่วยเหลือกัน					
25. ท่านและคู่สมรสแสดงความรัก คอย ห่วงใย เอาใจใส่ซึ่งกันและกัน					
26. ท่านไม่ได้แสดงออกให้คู่สมรสรู้ว่ารัก					

27. ชีวิตของท่านมีความสุขมากน้อยเพียงใด

โปรดวงกลมเลือกคำตอบแทนความสุขที่ท่านเห็นว่าตรงกับความรู้สึกในชีวิตสมรสของท่านมากที่สุด

0.....1.....2.....3.....4

ไม่มี มีความสุข มีความสุข มีความสุข มีความสุข
 ความสุขเลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

เดือน.....

วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วันพฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์	วันอาทิตย์

คำแนะนำการใช้ปฏิทินบันทึกการต้มสุรา

ปฏิทินนี้ใช้บันทึกข้อมูลการต้มสุราของท่านในช่วง 30 วันที่ผ่านมา กรุณาเขียนข้อมูลการต้มสุราของท่านตามความเป็นจริงเท่าที่ท่านจะจำได้ ดังนี้

1. สิ่งที่ท่านต้องบันทึก

- บันทึกชนิดของสุรา (เครื่องต้มแอลกอฮอล์) และปริมาณที่ต้มในแต่ละวัน
- วันที่ท่านไม่ต้มสุรา ให้เขียน X ลงในช่องวันนั้น
- วันที่ท่านต้มสุรา ให้เขียนชนิดของเครื่องต้ม และปริมาณการต้ม(กระป๋อง/เป็ก/ตอง/กึ่ง/แก้ว/ขวด (ทั้งหมดลงในช่องวันนั้น “โดยใช้ปริมาณการต้มมาตรฐาน” เป็นแนวทางในการสรุปปริมาณการต้มในแต่ละวัน เช่น เปียร์ 6 กระป๋อง เปียร์ 2 กระป๋อง และเหล้าขาวสองตอง
- ควรบันทึกวันต่อวัน แม้ว่าในวันนั้นท่านไม่ได้ต้มสุราก็ตาม

2. บันทึกตามความเป็นจริงให้ได้มากที่สุด

ท่านอาจจะไม่สามารถจำพฤติกรรมการดื่มสุราของท่านในช่วงที่ผ่านมาได้ทั้งหมด แต่ขอให้ประมาณการให้ได้ว่าท่านดื่มบ่อยแค่ไหน ดื่มมากน้อยแค่ไหน และแบบแผนการดื่มของท่านเป็นอย่างไรบ้างในช่วง 30 วันที่ผ่านมา

3. คำแนะนำที่เป็นประโยชน์

3.1 ถ้ามีสมุดบันทึกการนัดหมาย ควรนำมาใช้บันทึกเตือนความจำเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราของท่าน

3.2 ควรทำเครื่องหมายลงในปฏิทินที่เป็นวันหยุดตามเทศกาล วันหยุดส่วนตัว หรือ วันที่มีเหตุการณ์พิเศษ เช่น วันคล้ายวันเกิด หรืองานเลี้ยงสังสรรค์ต่างๆ เพื่อช่วยเตือนความจำเกี่ยวกับ การดื่มสุราของท่านในวันดังกล่าว

3.3 ถ้าท่านมีรูปแบบการดื่มปกติของตนเอง ท่านสามารถนำมาบันทึกลงในปฏิทินนี้ได้ เช่น ท่านมักจะดื่มทุกวันหยุดสุดสัปดาห์ หรือ ดื่มเฉพาะวันจันทร์ถึงศุกร์ หรือดื่มมากในช่วงฤดูร้อน หรือดื่มมากในช่วงที่มีการเดินทาง หรือดื่มทุกวันพุธหลังจากเล่นกีฬา เป็นต้น



ภาคผนวก ง
เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นต่อพฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา
วันที่ชี้แจง
ชื่อผู้วิจัย/ผู้ร่วมวิจัย	ร้อยโทหญิง ธิษณามา โพธิ์งาม
สถานที่ทำงานของผู้วิจัย	หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ผู้ให้ทุนวิจัย	ทุนส่วนตัว และทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการศึกษาวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่
ทำโครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อ
ปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วม
โครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น**ความสมัครใจ**ของท่าน ไม่มีการ
บังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ
การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การรักษาพยาบาล
หรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลืมนำลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วม
ในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัคร
ในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนาม
แทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุรา โดยเฉพาะความสัมพันธ์ของคู่สมรสมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุรามากกว่าสมาชิกอื่นในครอบครัว เนื่องจากคู่สมรสเป็นบุคคลในครอบครัวที่ใกล้ชิดผู้ติดสุรามากที่สุด เป็นปัจจัยกระตุ้นทั้งด้านบวกและลบต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา คู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนหลักสำหรับผู้ติดสุราและครอบครัว เป็นผู้ที่ดูแลช่วยเหลือ เอาใจใส่ มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบครอบครัว รักษาเสถียรภาพภายในครอบครัว ความเครียดและภาระที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการทำลายความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคู่สมรส เกิดการทะเลาะวิวาท หย่าร้าง ส่งผลให้ผู้ติดสุรากลับไปดื่มซ้ำหรือมีพฤติกรรมการดื่มเพิ่มขึ้น ในทางกลับกันความสัมพันธ์ที่ดีในคู่สมรสจะสร้างแรงจูงใจให้ผู้ติดสุราเข้ารับการบำบัดรักษา มีความตั้งใจที่จะเลิกดื่มสุราย่างถาวร สัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุรา รู้สึกผ่อนคลาย มีแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา คู่สมรสคอยดูแลป้องกันผู้ป่วยโรคติดสุราจากสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุรา เป็นแรงสนับสนุนในการเผชิญต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ขณะเดียวในคู่สมรสที่มีทัศนคติและพฤติกรรมด้านลบต่อผู้ติดสุรามักจะขาดการสื่อสารที่ดี ขาดทักษะการแก้ปัญหาและจัดการความเครียดที่เหมาะสม ขาดการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว เกิดความตึงเครียดในครอบครัว นำมาซึ่งการทะเลาะเบาะแว้ง เป็นผลทำลายความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคู่สมรส ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราจนถึงติดซ้ำในผู้ป่วยโรคติดสุรา

ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา ปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีร่วมกัน โดยใช้โปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น (Brief Couple Relationship Therapy for Alcoholism) มีกระบวนการดำเนินงานในผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการบำบัดรายบุคคลภายหลังการบำบัดทางชีวภาพ ตามกระบวนการ 12 ขั้นตอนการบำบัด (12-step-oriented group counseling) ซึ่งประกอบด้วย การปรับความคิดและอารมณ์ ส่งเสริมการรับรู้ตนเองในผู้ป่วยโรคติดสุรา ร่วมกับกิจกรรมการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส 6 กิจกรรม เนื้อหาหลักของกิจกรรมประกอบไปด้วย การปรับพฤติกรรมทางบวกระหว่างคู่สมรสร่วมกัน เสริมสร้างทักษะการทำกิจกรรมทางบวกร่วมกันระหว่างคู่สมรสและครอบครัว การฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ฝึกทักษะการแก้ปัญหา และการเผชิญต่อภาวะเสี่ยงต่อการติดสุราทางบวก พฤติกรรมในทางบวกส่งผลทำให้ระดับความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสเพิ่มขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ รู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง บรรเทาภาคภายในครอบครัวมีความอบอุ่น เป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีต่อการเลิกพฤติกรรมการดื่มอย่างถาวร

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา (Alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD -10)
- 2) มีพฤติกรรมการดื่มสุร่าอยู่ในระดับดื่มแบบอันตรายจนถึงแบบติด จากการประเมินโดยแบบวัดพฤติกรรมการดื่มสุร่า (AUDIT) ค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน
- 3) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป แต่ไม่เกิน 59 ปี
- 4) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น
- 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- 1) กลุ่มตัวอย่างมีอาการแสดงทางจิตที่ไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งต้องได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดจากจิตแพทย์
- 2) กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะถอนพิษสุร่า หรือเกิดอาการแทรกซ้อนจากการถอนพิษสุร่าที่ต้องได้รับการดูแลจากจิตแพทย์

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ หอผู้ป่วยจิตเวช 8/1 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้น 60 คน

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัย

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยรวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ คือเมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วจะมีการแบ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ถ้าท่านอยู่ในกลุ่มทดลอง ท่านจะได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น มีการบันทึกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุร่าและประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของท่านภายหลังสิ้นสุดการวิจัย 1 เดือน โดยจะเข้าร่วมวิจัยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 6 สัปดาห์ ถ้าท่านอยู่ในกลุ่มควบคุม ท่านจะได้รับการรักษาตามกระบวนการของหอผู้ป่วยจิตเวชชาย 8/1 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และได้รับการประเมินผลการวิจัยในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีการบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุร่าและประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไร

โดยจะให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการเข้าร่วมกลุ่มการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น ซึ่งจะได้เข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง และได้รับการประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและพฤติกรรมการดื่มสุร่าของผู้ป่วยโรคติดสุร่า ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบประเมินสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกพฤติกรรมการณ์ดื่มสุรา

ท่านจะได้รับโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้น ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัย ประกอบไปด้วย ท่านและคู่สมรสของท่าน โดยเข้าร่วมกิจกรรมซึ่งประกอบไปด้วย 6 กิจกรรม *กิจกรรมที่ 1* สร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด ร่วมกันค้นหาปัญหาพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราและปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรส ตั้งเป้าหมายในการบำบัดร่วมกัน *กิจกรรมที่ 2* เรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดสุราเบื้องต้น *กิจกรรมที่ 3* เรียนรู้ความสำคัญของสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสต่อพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา *กิจกรรมที่ 4* ให้ความรู้และฝึกทักษะให้เห็นถึงความสำคัญของแรงเสริมทางบวกจากสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกัน และการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างคู่สมรส *กิจกรรมที่ 5* พัฒนาทักษะการสื่อสารและพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา *กิจกรรมที่ 6* ทบทวนความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดสุรา ความสำคัญของสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสเพื่อการบำบัด และการฝึกทักษะต่าง ๆ วางแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกับคู่สมรสในอนาคต โดยป้องกันพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราซ้ำ

ความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

ความเสี่ยงที่อาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เมื่อเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจรู้สึกไม่กล้าแสดงความคิดเห็น รู้สึกไม่สบายใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย

การป้องกันคือผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดขั้นตอนการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบโดยละเอียด และหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นจะแก้ไขโดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากกรการวิจัยได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบผู้วิจัยจะกล่าวขอบคุณและอธิบายให้ทราบว่าไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือสิทธิอื่นใดของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

1. เพื่อนำผลของโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นไปใช้ลดพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพในการลดพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษารูปแบบการพยาบาลในการจัดการพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา

4. เพื่อพัฒนาโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นไปใช้ลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุราไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราต่อไป

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ

ไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมนอกเหนือจากการรักษาตามปกติ

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านจะได้รับค่าของกำนัลในการเข้าร่วมวิจัยในแต่ละครั้ง จำนวน 100 บาทต่อครั้ง

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

ผู้วิจัยจะกล่าวขอบคุณที่รับฟังโครงการวิจัยและอธิบายให้ทราบว่าไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือสิทธิอื่นใดของผู้เข้าร่วมงานวิจัย ท่านสามารถเข้ารับการรักษาตามกระบวนการของหอผู้ป่วยจิตเวชชาย 8/1 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้ตามปกติ

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใครและได้รับการปฏิบัติอย่างไร

ท่านสามารถติดต่อได้ที่ผู้วิจัย ร้อยโทหญิง ธิษณา มาโพธิ์งาม หอผู้ป่วยอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โทร 089-8258311, 02-7633339 ได้ตลอดเวลา และหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นผู้วิจัยจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการแก้ไขหรือศึกษาเหตุการณ์แต่เพียงผู้เดียว

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย

สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ ร้อยโทหญิง ธิษณา มาโพธิ์งาม หอผู้ป่วยอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โทร 089-8258311, 02-7633313 ได้ตลอดเวลา

หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

สำนักงานพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก ชั้น 5 อาคารพระมงกุฎเกล้าเวชวิทยา เบอร์โทร 02-3547600-28 ต่อ 94297 ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล และไม่มี การแสดงชื่อหรือที่อยู่แต่อย่างใด แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลภาพรวม

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบผู้วิจัยจะกล่าวขอบคุณและอธิบายให้ทราบว่าไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือสิทธิอื่นใดของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

**หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม
นั้นทันที**



หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา

วันที่ลงนาม.....

- ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ
- ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง
- ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้สัปดาห์ละครั้ง เป็นระยะเวลาติดต่อกันจำนวน 6 สัปดาห์
- ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัยโดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้าการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น
- ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด
- ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(.....) วิทยาลัย

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (คู่สมรส)

(.....)

ลงชื่อผู้ดำเนินโครงการวิจัย

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)





คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก

ชั้น 5 อาคารพระมงกุฎเกล้าเวชวิทยา โรงพยาบาลแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

3117/สีลม ราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์, (662) 763-4297, (662) 763-4270/โทรสาร (662) 354-9011

www.ibrta.pmk.ac.th, www.amed.go.th/rtamed/ibrta/ E-mail: ibrtag@yahoo.com, ibrtagamed.go.th

ที่ IBRTA 1294 /2560

12 กันยายน 2560

เรื่อง ขอขึ้นเอกสารค้ำเนินการต่างๆ เกี่ยวกับโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรอง
เรียน ร้อยโทหญิง อัญญาма โพธิ์งาม

ตามที่ท่านได้ส่งโครงการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาระเบียบวิธีวิจัยและจริยธรรม ฉบับที่ 3 วันที่ 25 สิงหาคม 2560 (Q01CH/60) เรื่อง "ผลของโปรแกรมบำบัดสัมพันธ์สภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นต่อ พฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา" [THE EFFECT OF BRIEF RELATIONSHIP COUPLE THERAPY PROGRAM ON ALCOHOL CONSUMPTIONS AMONG ALCOHOL DEPENDENCE] นั้น คณะอนุกรรมการได้พิจารณารับรองโครงการวิจัย เมื่อ 5 กันยายน 2560 ระยะเวลาการรับรอง 1 ปี นับตั้งแต่วันที่ได้รับการรับรองโครงการวิจัย และความดีในการส่ง รายงานความก้าวหน้าทุก 1 ปี ผู้วิจัยต้องส่งรายงานความก้าวหน้างานวิจัย ภายใน 1 เดือน ก่อนหมดอายุการรับรอง เพื่อพิจารณาการรับรองต่อเมื่อคณะอนุกรรมการฯ เห็นชอบเกี่ยวกับการส่งรายงานต่างๆ มาถึงคณะอนุกรรมการฯ ดังนี้

- (1) แบบรายงานส่วนแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย (Amendment) (RF 02_2560) เมื่อมีการแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย ผู้วิจัยต้องส่งโครงการวิจัยที่มีการแก้ไขเพิ่มเติม เพื่อแจ้งให้คณะอนุกรรมการฯ พิจารณารับรองก่อนดำเนินการตามที่ได้แก้ไขเพิ่มเติม (ยกเว้นในกรณีที่มีการแก้ไขเพิ่มเติมนี้กระทำได้เพื่อความปลอดภัยของอาสาสมัคร)
- (2) รายงานความก้าวหน้าของงานวิจัย (Progress report) (RF 03_2560) ผู้วิจัยต้องส่งรายงานความก้าวหน้าของงานวิจัยตามระยะเวลาที่คณะอนุกรรมการฯ กำหนดและอยู่ด้วยโดย 30 วัน ก่อนหมดอายุการรับรอง ในกรณีที่การวิจัยยังไม่สิ้นสุด ผู้วิจัยต้องส่งจดหมายขอต่ออายุการรับรองโครงการวิจัย
- (3) รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (RF 04_1_2560 หรือ RF 04_2_2560) เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรงให้รายงานตามข้อกำหนดของ ICH GCP
- (4) รายงานไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด (RF 05_2560) เมื่อมีการเบี่ยงเบนหรือไม่ปฏิบัติตามโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรอง
- (5) รายงานสรุปผลการวิจัย (Final report) (RF 06_2560) และบทความตีพิมพ์ภาษาไทยและ/หรือภาษาอังกฤษเมื่อการวิจัยสิ้นสุดแล้ว

ขอเชิญ สามารถ Download แบบรายงานต่างๆ ได้ที่ <http://www.ibrta.pmk.ac.th>

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

พันเอกหญิง

(นงนภ ชันษาคุตตอง)

ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย
กรมแพทยทหารบก

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ร้อยโทหญิง ธิษณามา โพธิ์งาม เกิดวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ.2532 ภูมิลำเนาจังหวัดศรีสะเกษ สำเร็จการศึกษาหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิตจากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ในปีการศึกษา 2554 และเข้ารับการศึกษต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันปฏิบัติงานอยู่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร

