

ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อการบริโภคสุรา
ของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช



ร้อยตรีหญิงอัจฉรา เตชะอัครกุล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF FAMILY INTERVENTION FOR DUAL DISORDERS PROGRAM
ON ALCOHOL CONSUMPTION AMONG ALCOHOL DEPENDENCE
CLIENTS WITH PSYCHIATRIC COMOBIDITY

Sub Lieutenant Atchara Techaattakun



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 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวล
โดย	ต่อกรการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรควิตกกังวลทางจิตเวช
สาขาวิชา	ร้อยตรีหญิงอัจฉรา เตชะอิตตกุล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	พยาบาลศาสตร์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวิชัย)

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

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณีรัตน์)

อัจฉรา เตชะอัทธกุล : ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (THE EFFECT OF FAMILY INTERVENTION FOR DUAL DISORDERS PROGRAM ON ALCOHOL CONSUMPTION AMONG ALCOHOL DEPENDENCE CLIENTS WITH PSYCHIATRIC COMORBIDITY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 258 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) การบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 1 เดือน และ 2) การบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และผู้ดูแลจำนวน 40 ครอบครัว ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก แผนกการพยาบาลจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่กลุ่มด้วยคะแนนการบริโภคสุรา และโรคร่วมทางจิตเวช แล้วถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม (Family Intervention for Dual Disorders) ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์มาจากการศึกษาของ Mueser and Fox (2002) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินปัญหาการบริโภคสุรา 4) แบบบันทึกการบริโภคสุรา (Timeline Followback) และ 5) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 4 ตรวจสอบความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำพบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ .97 และเครื่องมือชุดที่ 5 พบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่ กำหนดมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง และมีร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวลดลง และมีร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวมากกว่ากลุ่มผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5677229136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: AMILY INTERVENTION FOR DUAL DISORDER / ALCOHOL CONSUMPTION / ALCOHOL DEPENDENCE WITH PSYCHIATRIC COMORBIDITY

ATCHARA TECHAATTAKUN: THE EFFECT OF FAMILY INTERVENTION FOR DUAL DISORDERS PROGRAM ON ALCOHOL CONSUMPTION AMONG ALCOHOL DEPENDENCE CLIENTS WITH PSYCHIATRIC COMORBIDITY. ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIT, Ph.D., 258 pp.

This study is quasi-experimental pretest-posttest control group research design. The objectives were to compare: 1) alcohol consumption of alcohol dependence clients with psychiatric comorbidity who received family intervention for dual disorders program at 1 month post intervention 2) alcohol consumption of alcohol dependence clients with psychiatric comorbidity who received family intervention for dual disorders program and those who received regular nursing care measured at 1 month post intervention. The Sample consisted of 40 families' alcohol dependence clients with psychiatric comorbidity who met the inclusion criteria and received services at Psychiatry and Neurology outpatient department in Phramongkutklao Hospital. They were matched pair with alcohol consumption scores and type of psychiatric comorbidity and then randomly assigned to either experimental or control group, 20 subjects in each group. The experimental group received family intervention for dual disorders program developed by researcher whereas the control group received regular nursing care. Research comprised of: 1) Family intervention for dual disorders program 2) Demographic questionnaire 3) the AUDIT scale 4) Timeline followback, and 5) Family relationship scale. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The reliability of 4th instrument was reported by Pearson Correlation as of .97 and the 5th instruments had Cronbach's Alpha Coefficient reliability of .84. Descriptive statistics and t-test were used in Data analysis.

The conclusions of this research are as follows:

1) Percent of drinking day in alcohol dependence clients with psychiatric comorbidity who received family intervention for dual disorders program measured at the end of intervention was significantly lower and Percent of abstinence drinking day in alcohol dependence clients with psychiatric comorbidity who received family intervention for dual disorders program measured at the end of intervention was significantly higher than that before at p .05

2) Percent of drinking day in alcohol dependence clients with psychiatric comorbidity who received family intervention for dual disorders program measured 1 month after the end of intervention was significantly lower and Percent of abstinence drinking day in alcohol dependence clients with psychiatric comorbidity who received family intervention for dual disorders program measured 1 month after the end of intervention was significantly higher than those who received regular nursing care p .05

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2015

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่า ในการให้คำปรึกษา คำแนะนำ และแนวทางที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ ปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆด้วยความทุ่มเท เอาใจใส่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณา ความเสียสละ ความเอื้ออาทรที่อาจารย์มอบให้มาโดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณิตรัตน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ -ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันมีประโยชน์ต่อการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิประสาทความรู้ ประสบการณ์ และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อันมีคุณค่า ตลอดระยะเวลาการศึกษาที่ผ่านมา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ให้การช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัย

ขอขอบพระคุณศูนย์วิจัยปัญหาสุราที่ได้อนุมัติทุนสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กรมแพทย์ทหารบก บุคลากรในแผนกจิตเวชและประสาทวิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่คอยช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลการวิจัยให้เป็นไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ และรำลึกถึงคุณของบิดา มารดา ผู้ให้กำเนิด รวมถึงญาติพี่น้องทุกท่านที่คอยให้กำลังใจ และสนับสนุนผู้วิจัยตลอดมา

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งเล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและครอบครัวทุกท่าน ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	11
วัตถุประสงค์การวิจัย	11
แนวเหตุผลและสมมติฐาน	11
สมมติฐานการวิจัย	16
ขอบเขตการวิจัย	17
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	18
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	21
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	21
1. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสุรา.....	22
2. แนวคิดผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช	36
3. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว	52
4. แนวคิดการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมสารเสพติดและแอลกอฮอล์	58
5. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทาง จิตเวช.....	64
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	69

7. กรอบแนวคิด.....	72
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	73
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	73
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	75
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	80
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	81
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	93
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	133
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	157
สรุปผลการวิจัย.....	164
อภิปรายผลการวิจัย.....	165
ข้อเสนอแนะ	180
รายการอ้างอิง	182
ภาคผนวก.....	193
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	194
ภาคผนวก ข การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	196
ภาคผนวก ง หนังสืออนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน	207
ภาคผนวก จ หนังสืออนุญาตให้ใช้โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม	209
ภาคผนวก ฉ เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	211
ภาคผนวก ช ข้อมูลการบริโภคนิสัย.....	220
ภาคผนวก ซ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....	227
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	258

สารบัญตาราง

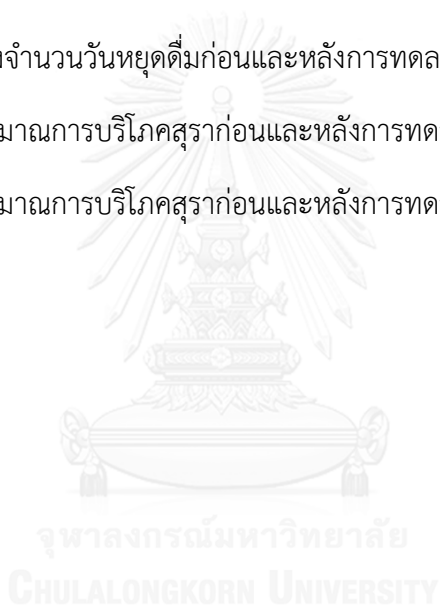
หน้า

ตารางที่ 1	ตารางแสดงระยะของการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม Phases of Single Treatment, Corresponding Client Stages of Treatment, and Number of Sessions for each Phase.....	60
ตารางที่ 2	สรุปการประยุกต์โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม	65
ตารางที่ 3	ลักษณะกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามการวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวชและคะแนนการบริโภคสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	78
ตารางที่ 4	กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม ...	96
ตารางที่ 5	คะแนนระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม	130
ตารางที่ 6	จำนวน และร้อยละของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา และสถานภาพสมรส	134
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจำแนกตาม การศึกษา และอาชีพ	135
ตารางที่ 8	จำนวนร้อยละของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจำแนกตาม รายได้ และระยะเวลาการบริโภคสุรา	136
ตารางที่ 9	จำนวนร้อยละของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช จำแนกตามประวัติการบริโภคสุราของคนในครอบครัว และประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ.....	137
ตารางที่ 10	จำนวนร้อยละของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช จำแนกตามโรคร่วมทางจิตเวช	138
ตารางที่ 11	จำนวนร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา.....	139
ตารางที่ 12	จำนวนร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตาม ระดับการศึกษา และอาชีพ	140
ตารางที่ 13	จำนวนร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามรายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช	141
ตารางที่ 14	จำนวนร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระยะเวลาที่ดูแลผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และประวัติการเจ็บป่วย	142

ตารางที่ 15	คะแนนเฉลี่ยปริมาณการบริโภคสุรา (ดื่มมาตรฐานต่อเดือน) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-Test) จำแนกตามโรคร่วมทางจิตเวช.....	143
ตารางที่ 16	คะแนนเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-Test) จำแนกตามโรคร่วมทางจิตเวช.....	146
ตารางที่ 17	คะแนนเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-Test) จำแนกตามโรคร่วมทางจิตเวช	149
ตารางที่ 18	เปรียบเทียบการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มทดลอง (n=20) จำแนกตาม ปริมาณการบริโภคสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม.....	152
ตารางที่ 19	เปรียบเทียบการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มควบคุม (n=20) จำแนกตาม ปริมาณการบริโภคสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่ หยุดดื่ม.....	153
ตารางที่ 20	เปรียบเทียบการบริโภคของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวยสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำแนกตามปริมาณการบริโภคสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม.....	156
ตารางที่ 21	ปริมาณการบริโภคสุรา (ดื่มมาตรฐานต่อเดือน) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-Test) จำแนกตามโรคร่วมทางจิตเวช	221
ตารางที่ 22	ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-Test) จำแนกตามโรคร่วมทางจิตเวช	223
ตารางที่ 23	ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-Test) จำแนกตามโรคร่วมทางจิตเวช	225

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	72
ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	77
ภาพที่ 3 แผนภูมิสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	132
ภาพที่ 4 แสดงปริมาณการบริโภคสุราก่อนและหลังการทดลอง	144
ภาพที่ 5 แสดงร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักก่อนและหลังการทดลอง	147
ภาพที่ 6 แสดงร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มก่อนและหลังการทดลอง.....	150
ภาพที่ 7 เปรียบเทียบปริมาณการบริโภคสุราก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง.....	154
ภาพที่ 8 เปรียบเทียบปริมาณการบริโภคสุราก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม	155



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริโภคสุราเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ดังจะเห็นได้จากการสำรวจประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศในปี 2557 พบว่ามีคนที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์จำนวน 17.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32.3 โดยจำแนกเป็นเพศชายร้อยละ 53.0 และเพศหญิงร้อยละ 12.9 โดยสะท้อนได้ว่าผู้ชายมีอัตราการบริโภคสุราสูงกว่าผู้หญิงประมาณ 4 เท่า ซึ่งในจำนวนผู้ที่บริโภคสุรานี้ เมื่อพิจารณาถึงความบ่อยครั้งของการบริโภคสุรา สามารถจำแนกเป็นเป็นผู้ที่ดื่มมานานๆครั้งร้อยละ 57.6 และผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอร้อยละ 42.4 โดยในกลุ่มผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ จำแนกเป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ 5 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 38.3 และผู้ที่ดื่มทุกวันร้อยละ 26.2 เมื่อเปรียบเทียบอัตราการบริโภคสุราพบว่า อัตราการบริโภคสุรามีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 32.7 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2550 สำหรับในปี พ.ศ. 2552 มีอัตราการบริโภคสุราเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32 และในปี พ.ศ. 2554 มีอัตราการบริโภคสุราลดลงเหลือร้อยละ 31 โดยอัตราการบริโภคสุราล่าสุดในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) นอกจากนี้การรายงานผลสำรวจระดับชาติในปี 2551 จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 17,140 คน พบว่ามีผู้เข้าเกณฑ์ความผิดปกติของการบริโภคสุราในระหว่างช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 10.9 โดยเป็นผู้ดื่มแบบอันตรายร้อยละ 4.2 และเป็นผู้ดื่มแบบติดร้อยละ 6.6 (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2554) อีกทั้งจากการสำรวจสถานภาพการบริโภคสุราในประชากรไทยอายุ 12-65 ปีทั่วประเทศประมาณ 2.8 ล้านคน ในปี 2550 โดยใช้แบบประเมินปัญหาการบริโภคสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) ฉบับภาษาไทย พบว่า ร้อยละ 22.7 เป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยง ร้อยละ 3.1 เป็นผู้ดื่มแบบอันตราย และร้อยละ 1.9 เป็นผู้ดื่มแบบติด (สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย, 2552) จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ใช้สุราของประเทศไทยมีแนวโน้มสูงมากขึ้นส่งผลให้มีผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในปี พ.ศ. 2555-2557 พบว่า มีผู้ติดสุราจำนวน 475, 512 และ 611 ราย ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 2558) ซึ่งผู้ที่บริโภคสุราสม่ำเสมอจนติดจะไม่สามารถควบคุมทั้งปริมาณและความถี่ในการบริโภคสุราได้จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ ความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว (พิมพ์ใจ เจนกิจจาบุลย์, ھرรรษา เศรษฐบุปผา และดารารวรรณ ติะปินดา, 2554) และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ (นันทวัช สิริธิรักษ์ และคณะ, 2556)

การบริโภคสุราเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากการบริโภคสุราเป็นระยะเวลานานจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางร่างกายและจิตใจของผู้บริโภคสุรา โดยผลกระทบทางร่างกายพบว่าสุราจะมีผลกระทบต่อร่างกายทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง โดยผู้ที่บริโภคสุราในปริมาณที่สูงส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง (Rehm et al., 2012) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานที่สำคัญต่างในร่างกาย เช่น ผลโดยตรงต่อตับ ได้แก่ การเกิดภาวะตับอักเสบ (Alcohol hepatitis) ไขมันในตับ (fatty liver) และตับแข็ง (Hepatic Cirrhosis) (Eurocare, 1998; พันธุ์ภักดีรัตน์ไพบุลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร และมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งตับ มะเร็งลำไส้ และมะเร็งในกระเพาะอาหาร (Sadock and Sadock, 2016; Health promotion agency, 2015) สอดคล้องกับผลการรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ที่พบว่าปัญหาของการบริโภคสุราร้อยละ 20-30 คือโรคมะเร็งหลอดอาหาร และโรคตับแข็ง อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง หัวใจโต เหนื่อยง่าย ใจสั่น โดยผู้ที่บริโภคสุราเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจเรื้อรัง อาจทำให้หัวใจวายได้ (Health promotion agency, 2015) นอกจากนี้การบริโภคสุรายังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้เกิดปัญหาการทะเลาะเบาะแว้ง รวมถึงความรุนแรงในครอบครัว (นพพล วิทย์วรพงศ์ และคณะ, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของ Eurocare (1998) ที่พบว่าการบริโภคสุราส่งผลให้เกิดปัญหาความรุนแรงและทำร้ายร่างกายคนในครอบครัว อีกทั้งทำให้ผู้บริโภคสุราขาดการรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตนเองในครอบครัว วิถีชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนไป เกิดปัญหาหย่าร้าง ครอบครัวแตกแยก เช่นเดียวกับการรายงานของ WHO (2004) ซึ่งพบว่าการที่มีบุคคลในครอบครัวบริโภคสุราส่งผลเกิดปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัวตามมาได้ สำหรับผลกระทบต่อสังคมนั้นพบว่า การบริโภคสุราทำให้ผู้ติดสุราขาดความรับผิดชอบต่อหน้าที่การงาน เช่น การขาดงานจนกระทบกับเพื่อนร่วมงาน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) การทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น (พรชัย ทูมมา, 2556) อีกทั้งยังพบว่า การบริโภคสุราเป็นสาเหตุของอุบัติเหตุทางจราจร (นพพล วิทย์วรพงศ์ และคณะ, 2557)

นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกาย ครอบครัว และสังคมดังกล่าวข้างต้นแล้ว การบริโภคสุรายังส่งผลกระทบโดยตรงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้บริโภคสุรา ทั้งนี้พบว่าปัญหาด้านจิตใจที่พบมากที่สุดคือ โรคจิตจากการบริโภคสุราซึ่งถือเป็นตัวบ่งชี้สำคัญประการหนึ่งของโรคพิษสุราเรื้อรัง (พิชัย แสงชาญชัย, 2555) ซึ่งผู้บริโภคสุราอาจมีอาการทางจิตเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เช่น อาการหลงผิดและประสาทหลอน นอกจากนี้การบริโภคสุราในปริมาณที่มากและเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตแบบถาวรตามมา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) โดยผู้ที่บริโภคสุรามีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตมากกว่าผู้ที่ไม่บริโภคสุรา 2.16 เท่า (Noosorn, 2009)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ติดสุราเป็นระยะเวลาานานมีการเกิดโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้ในอัตราที่สูง (Haynes et al., 2005; Morley et al., 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในต่างประเทศพบว่าผู้ติดสุรามีอัตราการเกิดโรคร่วมทางจิตเวชสูงถึงร้อยละ 64.8 (Vivek et al., 2010) จากการศึกษาของ Riper et al. (2013) ที่พบว่าผู้ที่บริโภคสุราอาจมีภาวะซึมเศร้า (Depression) สูงถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังพบว่าเกิดโรคซึมเศร้า (Major depressive episode) ร่วมด้วยถึงร้อยละ 40 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Penberthy et al. (2013) ที่พบว่าผู้ติดสุรามีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้า (Major depressive episode) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) มากถึงร้อยละ 11.03 และ 9.62 ตามลำดับ โดยการศึกษาของ Librarian (2012) พบว่า การบริโภคสุรากับโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันมากและการติดสุราเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงขึ้น สำหรับโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ที่บริโภคสุราที่พบรองลงมาคือกลุ่มอาการวิตกกังวลร้อยละ 11.6 (Ismene et al, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Morley et al. (2013) พบว่าร้อยละ 33 ในผู้ที่บริโภคสุราพบกลุ่มอาการของโรควิตกกังวลและความผิดปกติทางอารมณ์ นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 44 ของผู้ติดสุรา มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ ได้แก่ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Mellos et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Miele et al. (1998) ที่พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ติดสุรา มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม

สำหรับประเทศไทยได้มีการศึกษาโดยการสำรวจระดับชาติปี พ.ศ. 2551 พบว่าผู้บริโภครวมที่มีโรคร่วมทางจิตเวชร้อยละ 7.1 โดยกลุ่มโรคที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มโรควิตกกังวล และกลุ่มโรคจิต (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2551) นอกจากนี้การศึกษาของอรัญญา แพ้จ้อย และคณะ (2552) พบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสูงถึงร้อยละ 60 โดยกลุ่มโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคจิตร้อยละ 27.5 รองลงมาคือพฤติกรรมทำร้ายตนเองร้อยละ 18.5 อีกทั้งยังพบว่าผู้ติดสุราที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยการฆ่าตัวตายสำเร็จนั้นมีโรคซึมเศร้าเกี่ยวข้องอยู่ร้อยละ 33 (นพพล วิทย์วรพงศ์ และคณะ, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของบุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ (2556) ซึ่งพบว่าผู้ติดสุราที่มีการบริโภคสุราอย่างต่อเนื่องในปริมาณมาก จะทำให้มีโอกาสในการฆ่าตัวตายสูงขึ้นอีกร้อยละ 22 โดยผู้ชายที่ติดสุราที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ชายที่ดื่มแบบอันตราย นอกจากนี้ยังพบว่าการบริโภคสุรามีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของบุคลิกภาพ โดยการศึกษาของ นพพล วิทย์วรพงศ์ และคณะ (2557) พบว่า บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบประหมา วิตกกังวล ไม่มีความมั่นใจ ซึ่งผู้ติดสุราที่มีการบริโภคสุราเพื่อลดบุคลิกภาพด้อยดังกล่าว ดังนั้น โรคร่วมทางจิตเวชจึงเป็นปัญหาสำคัญทางด้านจิตใจของผู้ติดสุราที่ควรได้รับการประเมินเพื่อคัดกรองและให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่างๆที่อาจเกิดขึ้นตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเกิดโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ที่บริโภคสุราเป็นปัญหาที่พบได้ในอัตราที่สูงมาก ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของบุญศิริ จันศิริมงคล และ คณะ (2556) ในผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีปัญหาการใช้สุราซึ่งได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต 4 แห่ง จำนวน 410 คน พบว่าร้อยละ 68.8 ของกลุ่มตัวอย่างเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคร่วมทางจิตเวชกับสุรา จำแนกเป็นเพศชายร้อยละ 88.7 และเพศหญิงร้อยละ 11.3 โดยเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ โรคจิต ร้อยละ 50 พฤติกรรมฆ่าตัวตาย ร้อยละ 31.2 การเสพสารเสพติด ร้อยละ 18.3 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 9.3 และ กลุ่มอาการฟุ้งพล่าน ร้อยละ 7.1 จากการศึกษาจำนวนของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรวมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในปี พ.ศ. 2555-2557 พบว่า มีจำนวนผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรวม จำนวน 198 ราย, 254 ราย และ 202 ราย ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 2558)

ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคร่วมเหล่านี้คือ ยังมีการบริโภคสุราอย่างต่อเนื่องแม้จะอยู่ในระหว่างการบำบัดรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชน และได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ดังผลการศึกษาของเปรมฤทัย ไชยชนะนิจ (2555) ในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร 5 แห่ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีการบริโภคสุราอยู่ในระดับติดถึงร้อยละ 54.76 สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรัญญา แพ้จ้อย และ นรัญชญา ศรีบุรพา (2552) ซึ่งพบว่าก่อนเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติด เชียงใหม่ ผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชนั้นมีปริมาณและความถี่ของการดื่มสุราอยู่ในระดับสูง ถึงร้อยละ 83.4 ซึ่งปัญหาการบริโภคสุราในปริมาณที่สูงและต่อเนื่องนี้ ทำให้ผู้เสพติดสุราอาจเกิดอาการแทรกซ้อนทางจิตขึ้นเป็นระยะๆ และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในลักษณะต่างๆ เช่น มีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาลดลง และ ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น (Green et al., 2007) มีการความถี่ของการนอนโรงพยาบาลที่สูงขึ้นและใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษานานมากขึ้น อาการทางจิตกำเริบ มีปัญหาในการทำงาน ความสัมพันธ์กับผู้อื่นแย่งลง ครอบครัวไม่มีความสุข อีกทั้งยังทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Mueser and fox, 2002; Mueser et al., 2009; Mueser and Gingerich, 2013) นอกจากนี้ ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่งผลให้มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น (บุญศิริ จันศิริมงคล และ คณะ, 2556) และยังให้ผลทางลบต่อการรักษาโดยทำให้ผู้ป่วยหยุดสุราและสารเสพติดได้ยากขึ้น รวมถึงทำให้ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นผลเสียในระยะยาว (สาวิตรี สุริยะฉาย, 2556)

การบริโภคสุราเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช โดยสุราส่งผลให้เกิดอาการทางจิตมากขึ้นและอาการทางจิตยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดสุรายังคงมีการบริโภคสุราอยู่ (สาวิตรี สุริยะฉาย, 2556) ความรุนแรงของอาการทางจิตนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับปริมาณของสุราที่บริโภคเข้าไป โดยพบว่าผู้ป่วยที่บริโภคสุราตั้งแต่ 5 ดั้มมาตรฐานขึ้นไป จะมีลักษณะพยาธิสภาพทาง

จิตมากกว่ากลุ่มที่บริโภค 1-4 ต่อมมาตรฐาน (วิชชุดา ยะสินธ์ และคณะ, 2554) ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ใช้วิธีการจัดการกับปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคสุราเพื่อคลายความเครียด การบริโภคสุราเพื่อส่งผลให้กล้าแสดงออก และมีความรู้สึกเข้มแข็งขึ้น การบริโภคสุราของผู้ป่วยยังช่วยลดอาการหงุดหงิด เนื่องจากฤทธิ์ของสุรามีต่อสมองทำให้มีจิตใจเบิกบาน ไม่สามารถควบคุมการบริโภคสุราได้ (เปรมฤทัย ไชยชนะ, 2555) อีกทั้งการบริโภคสุรายังเป็นตัวกระตุ้นหรือเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิตเวชอื่นๆ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) จากการที่สุรามีผลต่อ Dopamine และ Serotonin คือทำให้เคลิบเคลิ้มและมีความอยากดื่ม ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีการบริโภคสุราซ้ำๆ เพื่อให้ได้รับความสุขดังกล่าว ขณะเดียวกันผลของสุราจะช่วยลดความวิตกกังวล ความทุกข์ ความเศร้า การที่หยุดบริโภคสุราก็จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทุกข์ใจ อาการซึมเศร้ากลับมาอีก ทำให้ผู้ป่วยกลับไปบริโภคสุราซ้ำจนติดสุรา (Robinson, 2007; Marquenie et al., 2007) นอกจากนี้ผู้ติดสุรายังมีภาวะมีบุคลิกภาพแบบพึ่งพา (Dependent) มีลักษณะที่ต้องการพึ่งพาผู้อื่น ขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง มีความยากลำบากในการคิดตัดสินใจ และไม่กล้าแสดงความคิดเห็นที่แตกต่าง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) จะมีการบริโภคสุราได้ง่าย เนื่องจากไม่กล้าปฏิเสธคำชักชวน กลัวการไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม (วิชชุดา ยะสินธ์ และคณะ, 2554) ซึ่งลักษณะที่สำคัญของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมคือ การขาดทักษะทางสังคม ดังนั้น การเข้าร่วมสังคม หรือเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อน เพื่อให้เกิดการยอมรับได้นั้นเป็นสิ่งจูงใจให้ผู้ป่วยบริโภคสุรา (เพ็ญพัทธ์ ดารากร ณ อยุธยา, 2556)

มีผู้ให้ความหมายของ “การบริโภคสุรา” (Alcohol consumption) ไว้แตกต่างกัน โดย Keller and Vailant (2015) ให้ความหมายของการบริโภคสุราว่าเป็นการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ส่วน Sommers et al. (2003) กล่าวว่า การบริโภคสุราเป็นการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เข้าไปในร่างกาย โดยพิจารณาถึง ลักษณะของการดื่ม ปริมาณในการดื่ม ความถี่ในการดื่ม ช่วงเวลาที่ดื่ม สถานที่ในการดื่มและบุคคลที่ร่วมดื่ม สำหรับ Rehm et al. (2004) ให้ความหมายของการบริโภคสุราว่าหมายถึงลักษณะของการดื่ม และปริมาณที่ดื่ม สอดคล้องกับ Suktrakul (2009) ที่ได้ให้ความหมายของการบริโภคสุราว่า เป็นลักษณะการดื่มสุราของบุคคล โดยวัดได้จากชนิดของสุราที่ดื่ม ปริมาณของสุรา และความถี่ของสุราที่ดื่ม นอกจากนี้การบริโภคสุรายังรวมถึงลักษณะของการดื่ม ช่วงเวลาที่ดื่ม สถานที่ดื่ม บุคคลที่ร่วมดื่ม รวมถึงผลเสียที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราเข้าไปด้วย (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2549) จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องความหมายของการบริโภคสุราดังกล่าว สรุปได้ว่า การบริโภคสุรา หมายถึง ลักษณะการดื่มสุราของบุคคล ประกอบด้วย ชนิดของสุราที่ดื่ม ปริมาณของสุราที่ดื่ม และความถี่ในการดื่มสุรา

การบริโภคสุราสามารถประเมินโดยใช้เครื่องมือมาตรฐานที่เป็นที่นิยม เช่น แบบประเมิน AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ซึ่งพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และแปล

เป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และพันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน ซึ่งเกณฑ์การพิจารณาสามารถแบ่งรูปแบบการบริโภคสุราเป็น การดื่มที่มีความเสี่ยงน้อย (0-7 คะแนน) การดื่มแบบเสี่ยง (8-15 คะแนน) การดื่มแบบอันตราย (16-19 คะแนน) และการดื่มแบบติด (20-40 คะแนน) นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีแบบประเมินการบริโภคสุรา Timeline Followback พัฒนาโดย Sobell and Sobell (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุนทรี ศรีโกไสย (2557) เป็นแบบติดตามการบริโภคสุรา โดยให้ผู้ติดสุราได้บันทึกการบริโภคสุราด้วยตนเอง ชนิดของสุราที่ดื่ม ปริมาณการดื่ม และความถี่ในการดื่มสุรา ในช่วงระยะเวลาที่กำหนดไว้ (สุกามา แสงเดือนฉาย, 2553) มีความสอดคล้องกับคำจำกัดความของการบริโภคสุรา อีกทั้งแบบบันทึกการบริโภคสุรา (Timeline Followback) ยังสามารถนำข้อมูลที่ได้มาสะท้อนกลับให้ผู้ติดสุราได้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงการบริโภคสุราของตนเองได้ ซึ่งมีการศึกษางานวิจัยในประเทศไทยที่พบว่ามีการนำแบบบันทึกการบริโภคสุรา (Timeline Followback) มาใช้ในการติดตามการบริโภคสุราของผู้ป่วยโดยคำนวณหาปริมาณการบริโภคสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม ดังการศึกษาของ อรัญญา แพ้จ้อย และ นรัญชญา ศรีบูรพา (2552) ในภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ที่ติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของศูนย์การบำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ พบว่า การติดตามหลังการจำหน่ายผู้ป่วยในระยะ 1, 3 และ 6 เดือน กลุ่มผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม น้อยกว่ากลุ่มผู้ติดสุราที่ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช โดยผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชนั้นมีการติดสุราที่รุนแรงกว่าผู้ติดสุราที่ไม่มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวช

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดของการเกิดโรคร่วมของผู้ที่ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชพบว่า Rosenthal and Westreich (1999) ได้มีการอธิบายความสัมพันธ์ของการเกิดโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ที่ใช้สุราว่า โรคทางจิตเวชอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยบริโภคสุราเพื่อลดอาการทางจิตที่เรียกว่า self-medication สอดคล้องกับการศึกษาของ Mueser et al. (1998) อธิบายไว้ว่า โรคทางจิตเวชเป็นสาเหตุให้เกิดความผิดปกติของการใช้สุรา หรือในทางกลับกันความผิดปกติของการใช้สุราเป็นสาเหตุของการเกิดโรคทางจิตเวช โดยฤทธิ์ของสุรามีผลทำให้เกิดการเสริมแรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดใจและต้องการใช้อยู่เรื่อยๆจนนำไปสู่การติดสุรา และการศึกษาของ Prodromou and Koukia (2016) ได้กล่าวถึงการเกิดโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ติดสุราไว้ว่า การใช้สุราเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคทางจิตเวชและโรคทางจิตเวชเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยใช้สุรา อีกทั้งยังมีปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลให้เกิดการติดสุราและโรคทางจิตเวชพร้อมกัน นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมของ บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ (2556) ได้กล่าวว่า ภาวะติดสุรา (Alcohol dependence) ภาวะของพิษสุรา (Alcohol Intoxication) และภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal) มักเป็นสาเหตุโดยตรงของภาวะโรคร่วมทางจิตเวช เช่น โรควิตกกังวล โรคจิตจากสุรา อีกทั้งยังทำให้เกิดภาวะหลงลืม นอกจากนี้ผู้ที่บริโภคสุรามากเกินไป (Heavy Alcoholic Drinking) และผู้ที่มีปัญหาการ

บริโภคนิสัย (Alcohol Use Disorders) ทำให้เกิดภาวะโรคร่วมทางจิตเวชได้เช่นกัน โดยส่วนใหญ่จะพบโรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม และพบปัญหาสุขภาพจิต เช่น การขาดความมั่นใจในตนเอง อีกทั้งโรคจิตเวชยังเป็นสาเหตุของการบริโภคสุราได้ เช่น โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major Depression) กลุ่มอาการคลุ้มคลั่ง (Hypomania) และโรคกลัว (Phobia) โดยผู้ที่มีการบริโภคสุราเป็นเวลานานส่งผลให้มีอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการวิจัยหลายประการซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชยังบริโภคสุราอย่างต่อเนื่อง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุที่เริ่มดื่มสุรา โดยพบว่าผู้ติดสุราที่บริโภคสุราตั้งแต่อายุยังน้อยมีความสัมพันธ์กับการติดสุราเรื้อรัง (เปรมฤทัย ไชยชนะ, 2555) อีกทั้งพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาจนทำให้เกิดพยาธิสภาพทางจิตที่รุนแรงได้ (วิษชุดา ยะสินธ์ และคณะ, 2554) การเผชิญความเครียด โดยพบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีการบริโภคสุราเพื่อจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวลจนทำให้เกิดภาวะติดสุรา (Alcohol Advisory Council of New Zealand, 2012) ประวัติการดื่มสุราของคนในครอบครัวพบว่าการบริโภคสุราแบบติดของผู้ป่วยมาจากการที่มีบุคคลในครอบครัวมีการบริโภคสุรา (Fortinash and Holoday-Worret, 2012) อีกทั้งการที่มีสมาชิกในครอบครัวบริโภคสุราและมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อกันสามารถส่งผลต่อการบริโภคสุราโดยทำให้ผู้ป่วยยังคงมีการบริโภคสุราอยู่ (เปรมฤทัย ไชยชนะ, 2555) การขาดแรงจูงใจส่งผลให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีโอกาสในการกลับมาบริโภคสุราซ้ำสูง (เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา, 2556) อาการอยากสุราซึ่งเป็นความต้องการทางด้านจิตใจที่เกิดจากความเชื่อที่ว่า ถ้าได้บริโภคสุราจะทำให้รู้สึกคลายความเครียด อาการหงุดหงิด รวมถึงการนอนไม่หลับ (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่า ชนิดของโรคร่วมทางจิตเวชเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้เช่นกัน โดยผู้ติดสุราที่มีความผิดปกติของอารมณ์มีการบริโภคสุราอยู่ในระดับติด (เปรมฤทัย ไชยชนะ, 2555) ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยมีการบริโภคสุรา

สำหรับปัจจัยภายนอกบุคคลนั้นพบว่า ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับครอบครัว เนื่องจากเมื่อมีบุคคลใดบุคคลหนึ่งมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2558) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยครอบครัวพบว่า มีทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องที่ส่งผลต่อการบริโภคสุราของผู้ป่วย โดยปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การที่ครอบครัวขาดความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคติดสุราและโรคทางจิตเวช ส่งผลให้ครอบครัวขาดทักษะในการเฝ้าระวังและติดตามอาการของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชอย่างเหมาะสม การขาดทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา การเกิดความขัดแย้งในครอบครัวและการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพในครอบครัว โดยปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่ออาการทางจิตและการบริโภคสุราของผู้ป่วย (Mueser and Fox, 2002; Mueser et al., 2009; Mueser and Gingerich,

2013) นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะของการดูแลครอบครัวซึ่งรวมไปถึงภาวะการดูแลทางด้านเศรษฐกิจและความกดดันทางอารมณ์ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกทางด้านลบ เช่น เบื่อหน่าย ท้อแท้ ภาวะเครียด (Lunsky et al., 2013) โดยพบว่าครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคติดเชื้อราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจะเกิดความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยอาการของโรคติดเชื้อราเพียงโรคเดียว (Salom et al., 2014) ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้สุรามากขึ้นจนเกิดอาการทางจิตที่ทำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน สำหรับปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดจะทำให้ผู้ติดเชื้อราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชร่วมมีการบริโภคสุรารอยู่ในระดับเสี่ยงน้อย (เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ, 2555) โดยครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (Banerjee et al., 2002; Mueser and fox, 2002) การได้รับกำลังใจจากบุคคลในครอบครัว และการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี ส่งผลต่อการบริโภคสุราของผู้ติดเชื้อราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา, 2556)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ติดเชื้อราที่มีผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ต่อครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และสุขภาพจิตของคนในครอบครัว (Camille et al., 2013; สาวิตรี สุริยะฉาย, 2556) ดังนั้น ครอบครัวมีความสำคัญต่อการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช โดยครอบครัวเป็นกลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่คอยดูแลช่วยเหลือให้กำลังใจผู้ป่วยในการเลิกสุรา (Mueser and Fox, 2002; Mueser and Gingerich, 2013) ซึ่งการได้รับกำลังใจจากครอบครัวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ดังการศึกษาของถนอมรัตน์ หุตะจุฑะ (2557) ที่พบว่าการที่ครอบครัวและผู้ป่วยโรคร่วมทางจิตเวชสารเสพติดรวมถึงสุรามีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน จะส่งผลให้ครอบครัวเกิดความสนใจที่จะเรียนรู้และเข้ามามีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงสิ่งที่ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลตนและเกิดการพัฒนาเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดีขึ้น ดังนั้น การบำบัดครอบครัวในผู้ติดเชื้อราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจึงมีความสำคัญ เป็นการส่งเสริมให้ครอบครัว ได้แก่ ผู้ป่วย และผู้ดูแลได้สื่อสารและเข้าใจความหมายของพฤติกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้น รับรู้ว่าสิ่งใดเป็นปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน เพื่อช่วยลดการบริโภคสุราของผู้ป่วย (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556)

ผู้ติดเชื้อราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา เพื่อให้สามารถคงระยะของการหยุดบริโภคได้นานที่สุด และไม่กลับไปบริโภคซ้ำ ดังนั้นการบำบัดผู้ป่วยกลุ่มนี้นอกจากการบำบัดการติดเชื้อราและการบำบัดอาการทางจิตโดยใช้ยาแล้ว จำเป็นต้องมีการบำบัดทางจิตควบคู่กันไปด้วย (Moore, 2005) และเนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวส่งผลต่อการบริโภคสุราของผู้ติดเชื้อราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชดังกล่าวข้างต้น ดังนั้น จึงพบว่า

ในต่างประเทศได้มีการพัฒนาโปรแกรมซึ่งเป็นการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อใช้ลดการบริโภคสุราสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวมีชื่อว่า the Family intervention for dual disorders (FIDD) โปรแกรมนี้ถูกพัฒนาโดย Mueser and Fox (2002) เพื่อใช้โดยตรงกับผู้ป่วยโรคร่วมสารเสพติดรวมถึงการติดสุราและจิตเวช โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ครอบครัวเกิดความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงผลกระทบจากการใช้สารเสพติดรวมถึงสุราที่มีต่อผู้ป่วย ลดความเครียดในครอบครัว ครอบครัวมีการสื่อสารอย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพอันดีในครอบครัว รวมถึงลดการใช้สารเสพติดรวมถึงสุรา โดยการบำบัดรายครอบครัว (Single family treatment) มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ (Connecting) 2) การประเมินปัญหา (Assessment) 3) การให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องโรคร่วมทางจิตเวชการใช้สารเสพติดรวมถึงสุรารวมไปถึงการพัฒนาทักษะในการสื่อสาร (Psychoeducation) 4) การพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา (Problem solving) และ 5) ระยะสิ้นสุด (Termination) เป็นการทวนกิจกรรมการบำบัดที่ผ่านมารวมถึงการวางแผนทางในการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดและสุราซ้ำ โดย Mueser et al. ได้ใช้โปรแกรม FIDD เพื่อศึกษาต่อเนืองในผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดและสุรารวม 10 ปีและพบว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิผลต่อการบำบัดผู้ป่วยสารเสพติดรวมถึงสุราที่เป็นโรคร่วมคือ สามารถลดพฤติกรรมการเสพติดและอาการทางจิตได้โดยมีครอบครัวเข้ามาบำบัดทุกระยะของการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยโรคร่วมเกิดความตระหนักที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง (Mueser et al., 2009; Mueser et al., 2013)

การบำบัดครอบครัวทำให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจในผู้ป่วย ยอมรับสถานการณ์ปัญหาสาเหตุของปัญหา (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2558) ซึ่งการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมตามแนวคิดของ Mueser and Fox (2002) ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและสารเสพติดรวมถึงสุรา รวมถึงได้รับการพัฒนาทักษะต่างๆ เช่น การสื่อสารและการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม การจัดการกับความเครียด การแก้ไขปัญหา ทักษะทางสังคมในการจัดการกับปัญหาสารเสพติดรวมถึงสุรา และการป้องกันการกลับมาใช้สารเสพติดรวมถึงสุราซ้ำ นอกจากนี้ยังส่งผลให้ครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคร่วม สามารถจัดการกับอาการทางจิตรวมถึงการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวโดยการสนับสนุนให้กำลังใจกันและกัน ลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวอันจะนำไปสู่การลดความขัดแย้งและการดูแลได้ (Mueser et al., 2009; Gottlieb et al., 2012; Mueser and Gingerich, 2013) นอกจากนี้การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนในกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตระหนักที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556) ด้วยเหตุ

นี้การบำบัดครอบครัวในผู้ป่วยโรคร่วมสารเสพติดและสุราจึงมีความสำคัญอันจะนำไปสู่การลดใช้สารเสพติดรวมถึงสุราของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Mueser and Gingerich, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่ามีงานนำการบำบัดทางจิตสังคมแบบต่างๆ มาใช้กับผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช เช่น การศึกษาของ บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ (2556) นำโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา และลดอาการทางจิตเวชของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช การศึกษาของพัชรวาลัย กนกจรรยา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ได้ศึกษาการให้คำปรึกษาระยะสั้นร่วมกับการบำบัดทางแนวคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรม การเสพยาและภาวะซึมเศร้าในผู้เสพยาติดยา ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดดังกล่าวสามารถลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมเสพยาติดยาลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่ามีงานบำบัดอื่นๆ ที่เกี่ยวกับข้องกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้สุรา ได้แก่ การศึกษาของสมิตรา ศรสวรรณ สุนทรศรีโกสย และพัชญา สอาดวุธ (2555) ได้นำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อลดพฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สุรา ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดด้วยวิธีนี้สามารถลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก และเพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สุราได้ การศึกษาของ กฤตยา แสงทรัพย์ (2557) ได้นำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มเพื่อลดพฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา พบว่าสามารถลดพฤติกรรม การดื่มสุราหลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและหลังการบำบัด 1 เดือน และการศึกษาของ พุฒิชาดา จันทะคุณ (2556) ในการทำกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมเพื่อลดการบริโภคแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ผลการศึกษาพบว่า สามารถลดพฤติกรรม การบริโภคสุราของผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน สำหรับการบำบัดครอบครัวในผู้ป่วยโรคร่วมพบการศึกษาของถนอมรัตน์ หุตะจุฑะ (2557) ได้ทำการให้คำปรึกษากลุ่มครอบครัวต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและสารเสพติดระหว่างบำบัดรักษา ผลการศึกษาพบว่า หลังการได้รับการบำบัดดังกล่าว ครอบครัวของผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมทางจิตเวชของ บุญศิริ จันศิริมงคลและคณะ (2556) โดยพัฒนาคู่มือเกี่ยวกับภาวะโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราขึ้น เพื่อเป็นเป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดความเข้าใจ ตระหนักถึงปัญหา ภาวะโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ที่บริโภคสุรา และสามารถดูแลผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราที่มีภาวะของโรค ร่วมทางจิตเวชแบบบูรณาการให้มีความเหมาะสมกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย จาก การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมในประเทศไทยในที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า มีการบำบัดทางจิตสังคมที่นำมาใช้เพื่อลดการบริโภคสุราในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ใช้สุรา และการให้ คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและสารเสพติด แต่ พบว่ายังไม่พบการบำบัดครอบครัวที่นำมาใช้ในการลดการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทาง จิตเวช

ดังนั้น จากช่องว่างขององค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมการบำบัดผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในประเทศไทยข้างต้น พบว่า แม้ว่าโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม (FIDD) จะมีประสิทธิภาพในการบำบัดกลุ่มผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและสารเสพติด แต่ยังไม่เคยมีการนำมาศึกษากับผู้ป่วยโรคร่วมสุราและจิตเวชในประเทศไทย อีกทั้งการบำบัดมีการให้ครอบครัวเข้ามาบำบัดในทุกระยะของการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง (Mueser et al., 2009; Mueser and Gingerich, 2013) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงสนใจนำ โปรแกรม FIDD ของ Mueser and Fox (2002) มาประยุกต์ให้มีความเหมาะสมเพื่อใช้บำบัดในการลดปัญหาการบริโภคสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในบริบทของประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การลดอัตราการบริโภคสุราซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

คำถามการวิจัย

การบริโภคสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

การบริโภคสุราของผู้ติดสุราเป็นปัญหาที่สำคัญและต้องได้รับการแก้ไข ซึ่งการบริโภคสุราเป็นระยะเวลานานส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งพบว่าผู้ที่บริโภคสุราในปริมาณที่มากส่งผลให้เกิดอาการทางจิตตามมาได้ (Lichlyter, Purdon and Tibbo, 2011) โดยพบอัตราการเกิดโรคทางจิตเวชในผู้ที่ติดสารเสพติดรวมถึงสุราสูงถึงร้อยละ 50 (Stuart et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของบุญศิริ จันศิริมงคลและคณะ (2556) ซึ่งพบโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยสุราถึงร้อยละ 68.8 ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาสำคัญคือยังมีการบริโภคสุราอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงควรได้รับการบำบัดรักษาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคมเพื่อลดปัญหาการบริโภคสุราเดิมที่ยังคงอยู่ และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปบริโภคสุราซ้ำ สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงมีการใช้สุราอย่างต่อเนื่องคือขาดการ

สนับสนุนจากครอบครัวเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญในการดูแลช่วยเหลือ และจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย หากสมาชิกในครอบครัวมีความขัดแย้ง หรือมีการจัดการกับ ปัญหาและการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความเครียดที่ กระทบกับสัมพันธภาพภายในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดรวมถึงสุราซ้ำ (Mueser, 2002) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Clark (2001) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีส่วน ช่วยให้ผู้ป่วยลดการใช้สารเสพติดลง และ พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ (2550) พบว่าการสนับสนุนด้าน อารมณ์ การได้รับกำลังใจและการตักเตือนจากสมาชิกในครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยลดการ บริโภคสุราซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดในการบำบัดการบริโภคสุราในผู้ป่วยสุราที่มีโรค ร่วมทางจิตเวช พบว่า โปรแกรม A Family Intervention for Dual Disorders (FIDD) ตามแนวคิด ของ Mueser and Fox (2002) ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้โดยตรงกับผู้ป่วยโรคร่วมโดยใช้การมีส่วนร่วมของ คนในครอบครัว ในโปรแกรมเน้นการส่งเสริมให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ป่วยดีขึ้น ครอบครัวเกิดความเข้าใจถึงอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับว่าเป็น ส่วนหนึ่งของครอบครัว ตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัวมากขึ้น และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของตนเองโดยการหยุดบริโภคสุรา (Mueser et al., 2009; Mueser and Gingerich., 2013) โดยกิจกรรมการบำบัดประกอบไปด้วย กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินปัญหาโรคร่วมรวมถึง ทักษะคิดของครอบครัว การส่งเสริมให้ครอบครัวได้ตระหนักถึงปัญหาการติดสุรา การให้ความรู้ในเรื่อง ของโรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดขึ้น การฝึกทักษะในเรื่องการแก้ปัญหา การสื่อสาร การใช้ชีวิตในสังคม และการใช้สถานการณ์จำลองต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้ร่วมกันคิดค้นและ เสนอแนะแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม โดยมีการให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการบำบัดรักษาในทุก ระยะเวลาของโปรแกรม รวมถึงการ ให้การบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง โดยการมอบหมายการบ้านส่งผลให้ครอบครัวเกิดทักษะในด้านต่างๆ เช่นการสื่อสาร การแก้ปัญหา และมีการติดตามผลการฝึกปฏิบัติทักษะ สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยสนใจนำโปรแกรม FIDD มา ประยุกต์เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดครอบครัวในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในบริบทของ ประเทศไทย ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นและมีการบริโภครูราลดลง โดย โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเป็นการดำเนินการเป็นรายครอบครัวๆ ละ 2 คน คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย การดำเนินการ 4 ขั้นตอน จำแนกเป็น 8 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดแต่ละกิจกรรมซึ่งคาดว่าจะสามารถส่งผลต่อ การลดการบริโภคสุราของผู้ป่วยได้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมิน

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวลซึ่งเป็นการบำบัดโดยมีครอบครัวเข้ามาในทุกๆระยะของการบำบัดรักษา ระบบของครอบครัวและบทบาทที่สำคัญของครอบครัวที่มีต่อผู้ติดยาที่มีโรควิตกกังวล อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงการบำบัดโดยที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทีมการรักษาในกิจกรรมนี้ประกอบได้ด้วย การประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวเบื้องต้น การอธิบายกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษา การพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา การสร้างเป้าหมายร่วมกัน โดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นการให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการรักษา และได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษา อีกทั้งยังทำให้ครอบครัวได้มองเห็นความสำคัญในบทบาทของตนเองในการดูแลผู้ติดยาที่มีโรควิตกกังวล ประเมินครอบครัวเกี่ยวกับความเข้าใจในเรื่องการติดยาและโรควิตกกังวล การรับรู้ของครอบครัวถึงสาเหตุการบริโภคสุราที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย ผลจากการบริโภคสุราที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวจะทำให้ทราบถึงทัศนคติของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อการบริโภคสุรา รวมถึงผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุรา ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญในการวางแผนเป้าหมายร่วมกัน ครอบครัวเกิดความเข้าใจในตัวผู้ป่วยมากขึ้น และสัมพันธภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลผู้ป่วยเกิดความตระหนักในผลเสียของการบริโภคสุรา นำไปสู่การสร้างเป้าหมายในการลดการบริโภคสุราต่อไป (Mueser and Fox, 2002; Mueser et al., 2009; Mueser et al., 2013)

ขั้นตอนที่ 2 ให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องการติดยาและโรควิตกกังวล

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้ในเรื่องสุรา และโรควิตกกังวลในผู้ที่ติดยา การบำบัดรักษาผู้ติดยาที่มีโรควิตกกังวล โดยในกิจกรรมนี้ประกอบไปด้วยการดำเนินการให้ความรู้เรื่องสุราการติดยา โทษ/ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม โรคจิตเวชที่เกิดร่วมกับการติดยา ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการบริโภคสุราในผู้ติดยาที่มีโรควิตกกังวล ปัจจัยทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อการบริโภคสุราของผู้ป่วย การบำบัดรักษาด้วยยาในผู้ติดยาที่มีโรควิตกกังวล และแนวทางการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ติดยาที่มีโรควิตกกังวลรวมถึงบทบาทของครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้เกิดความเข้าใจและตระหนักในเรื่องของการบริโภคสุรา ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยลดหรือเลิกการบริโภคสุราได้ การที่ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องโรคทำให้เกิดการยอมรับการเจ็บป่วยในตนเอง และตระหนักที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้

สามารถลดการบริโภคสุราลงได้ (Mueser and Fox, 2002; Mueser et al., 2009; Mueser et al., 2013)

กิจกรรมครั้งที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับความเครียด และการจัดการกับอารมณ์ทางลบ เป็นกิจกรรมที่ประกอบไปด้วย การให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องความเครียด รวมถึงการพัฒนาทักษะการจัดการกับความเครียดโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย พัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้น ยกตัวอย่างเช่น อารมณ์โกรธ อารมณ์หงุดหงิด อารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ซึ่งมีการมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงอย่างสม่ำเสมอ การที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติการจัดการกับความเครียดและการจัดการกับอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้น จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสมโดยไม่ใช้สุรา นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการฝึกทักษะ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ใช้วิธีการจัดการกับความเครียดรวมถึงอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ลดการบริโภคสุราลง (Mueser and Fox, 2002; Mueser et al., 2009; Mueser et al., 2013)

กิจกรรมครั้งที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการอยากสุรา และการจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกลับไปบริโภคสุรา อาการอยากสุรานี้เป็นอาการที่ผู้ติดสุราไม่สามารถทนต่ออาการถอนพิษสุราได้ เป็นความต้องการทางด้านจิตใจที่เกิดจากความคิด และความเชื่อที่ว่า ถ้าได้มีการบริโภคสุราจะทำให้ร่างกายหายเหนื่อย หายเครียด (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556) ดังนั้นกิจกรรมในครั้งนี้จึงประกอบไปด้วย การให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับ วงจรการใช้สุรา การจัดการสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสุรา รวมถึงพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการอยากสุรา และมอบหมายให้ผู้ป่วยได้นำไปฝึกในสถานการณ์จริง ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับวงจรการบริโภคสุรา ซึ่งประกอบไปด้วยตัวกระตุ้นภายในและตัวกระตุ้นภายนอก รวมถึงมีวิธีการจัดการกับอาการอยากสุราที่เหมาะสม รวมถึงรับรู้วิธีการหลีกเลี่ยงกับตัวกระตุ้นและจัดการกับความอยากสุราได้ (ณัฐธิดา นิมิตรดี, 2550) นอกจากนี้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ทักษะการจัดการกับตัวกระตุ้นและอาการอยากสุรา โดยผู้ดูแลมีการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้นำทักษะต่างๆที่ได้มาฝึกปฏิบัติมาใช้ในการจัดการกับอาการอยากสุรา ส่งผลให้ลดการบริโภคสุรา (Mueser and Fox, 2002)

กิจกรรมครั้งที่ 5 การพัฒนาทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสมและการปฏิเสธ ประกอบไปด้วยการให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับ ทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสม หลักการปฏิเสธ มีการฝึกผู้ป่วยในเรื่องการปฏิเสธอย่างเหมาะสม โดยมีการจำลองสถานการณ์ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ร่วมกันฝึกปฏิบัติ และมอบหมายการบ้านให้ไปฝึกในสถานการณ์จริง โดยการที่บุคคลจะสามารถเลิกสุราได้นั้นต้องมีการรับรู้วิธีการปฏิเสธและแสดงออกที่เหมาะสม ดังนั้นการที่ผู้ป่วยเกิดทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสมและการปฏิเสธ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่

มีความเสี่ยงต่อการบริโภคสุราโดยการชักชวนจากผู้อื่น มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุม (เพ็ญพักตร์ ตารากร ณ อยุธยา, 2556) ส่งผลให้ผู้ป่วยลดการบริโภคสุรา และป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาทักษะการสื่อสาร

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารในเรื่อง การพูดแสดงความรู้สึกในทางบวก การร้องขอในเชิงบวก การประนีประนอม โดยการดำเนินกิจกรรมประกอบไปด้วยการให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องทักษะการสื่อสาร การฝึกการแสดงอารมณ์ทางบวกของผู้ป่วยและครอบครัว การลดการตำหนิตัวตน อีกทั้งมีการแสดงบทบาทสมมติ และมีการสาธิตย้อนกลับ มอบการบ้านกับผู้ป่วยและครอบครัวในการฝึกปฏิบัติทักษะการสื่อสาร ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและญาติจะได้ฝึกทักษะในเรื่องของการสื่อสารเกี่ยวกับสถานการณ์และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสุรา การพูดคุยแลกเปลี่ยนกันในเชิงบวก ทำให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ครอบครัวได้เข้าใจถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย และส่งผลให้ผู้ป่วยมีการบริโภคสุราที่ลดลง (Mueser and Fox, 2002; Mueser et al., 2009; Mueser et al., 2013)

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา

กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมนี้เป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้ฝึกทักษะในเรื่องของการประเมินและค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น การร่วมกันเสนอแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม การประเมินปัญหาในสถานการณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสุรา การรวบรวมข้อมูลของปัญหาและการตัดสินใจเลือกปัญหาที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยและญาติ และนำมาวางแผนร่วมกันในการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวโดยมีการให้การบ้านผู้ป่วยและครอบครัวได้นำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง และติดตามประเมินผล กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถของตนเองในการแก้ไขปัญหา อีกทั้งยังเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทราบถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยยังดื่มสุรา และพร้อมที่จะเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในเรื่องของการใช้สุราของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหา (พรทิพย์ คงสัตย์, 2556) การเกิดความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวในการจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นนั้น ส่งผลให้ลดการบริโภคสุราของผู้ป่วยลงได้ (Mueser and Fox, 2002; Mueser et al., 2009; Mueser et al., 2013)

กิจกรรมที่ 8 ติดตามประเมินผลและยุติสัมพันธภาพ ทบทวนการบ้านที่มอบหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้นำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง ทบทวนความรู้ความเข้าใจของครอบครัวของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช สรุปกิจกรรมในภาพรวมตั้งแต่เข้าร่วมการบำบัด ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้ร่วมกันประเมินผล วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปบริโภคสุรา และวางแผนร่วมกันในการป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ โดยการร่วมกันวางแผนที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการบริโภคสุรา นอกจากนี้ยังเป็นการเฝ้าระวังความเสี่ยงในการกลับไปบริโภคสุรา โดยครอบครัวเข้ามามีบทบาทสำคัญ ส่งผลให้ครอบครัวได้เกิดการยอมรับ ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยลดการบริโภคสุราลงได้ (Mueser and Fox, 2002; Mueser et al., 2009; Mueser et al., 2013)

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม ตามแนวคิดของ Mueser and Fox (2002) ทั้ง 8 กิจกรรม จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้และตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุรา เกิดทักษะในการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการบริโภคสุรา เกิดทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมในครอบครัว รวมถึงมีการแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งการที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดในทุกๆระยะของการบำบัดรักษา จะส่งเสริมให้สัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัว ส่งผลให้ลดบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. การบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ โดย
 - 1.1 ปริมาณการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
 - 1.2 ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
 - 1.3 ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. การบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดย

2.1 ปริมาณการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.2 ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.3 ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) โดยทำการทดลอง ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ประชากร คือ ครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุราและมีโรคร่วมทางจิตเวชตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษานอกจิตเวช แต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และผู้ดูแลหลัก รวมทั้งสิ้น 2 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุราและมีโรคร่วมทางจิตเวชตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษานอกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แต่ละครอบครัวประกอบไปด้วย ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และ ผู้ดูแลหลัก รวมทั้งสิ้น 2 คน จำนวน 40 ครอบครัว ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกัน พิจารณาจาก คะแนนบริโภคสุรา (AUDIT) และ การวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวช จากนั้นจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรต้นคือ โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม

ตัวแปรตามคือ ระดับการบริโภคสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

ในการวิจัยครั้งนี้มีการประเมินการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชโดยใช้แบบประเมินการบริโภคสุรา (AUDIT) เพื่อใช้ประเมินปัญหาการบริโภคสุรา และแบบบันทึกการบริโภคสุรา (Timeline Follow back) ซึ่งเป็นการบันทึกการบริโภคสุราย้อนหลังในระยะเวลา 1 เดือน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การบริโภคสุรา หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ใน 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช โดยพิจารณาจากปริมาณของการบริโภคสุรา จำนวนวันที่ดื่มหนัก และจำนวนวันที่หยุดดื่ม ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ ได้ประเมินการบริโภคสุรา โดยใช้แบบบันทึกการบริโภคสุราซึ่งพัฒนาโดย Sobell and Sobell (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุนทรี ศรีโกสย (2557) เป็นแบบประเมินที่ใช้บันทึกการบริโภคสุราของผู้ป่วยในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยนำเสนอข้อมูลปริมาณการบริโภคสุราเป็นจำนวนดื่มมาตรฐานต่อเดือน ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (Percent of heavy drinks days) และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (Percent of abstinence days) ดังนี้

1) ปริมาณการบริโภคสุรา หมายถึง ปริมาณการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชโดยเทียบเคียงปริมาณการเป็นจำนวนดื่มมาตรฐาน (Standard drink) ตามชนิดของสุราที่บริโภค

2) ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชดื่มสุรามากกว่า 6 ดื่มมาตรฐาน คูณด้วย 100 และหารด้วยจำนวนวันทั้งหมด 30 วัน

3) ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหยุดดื่มสุรา คูณด้วย 100 และหารด้วยจำนวนวันทั้งหมด 30 วัน

ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (Alcohol dependence) (F 10.2) และมีโรคจิตเวชร่วมตามคู่มือการวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรค (ICD-10)

1) กลุ่มโรค Dysthymia โดยผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าต่อเนื่องมีระยะเวลานานอย่างน้อย 2 ปี โดยในช่วงระยะเวลาดังกล่าวไม่มีระยะเวลาเป็นปกตินานเกินกว่า 2 เดือน มีอาการที่สำคัญอื่นๆร่วมด้วยอย่างน้อย 2 อาการ ได้แก่ เบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารจู้ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย รู้สึกไร้ค่า ท้อแท้สิ้นหวัง และมีอาการดังกล่าวเป็นทุกวันหรือบ่อยมาก

2) กลุ่ม Alcohol induced psychosis คือ ภาวะโรคจิตจากสุรา โดยผู้ป่วยมีอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิด โดยพบอาการประสาทหลอนได้มากกว่าหลงผิด อาการเริ่มในช่วง 1 เดือนของการดื่มสุราหรือการหยุดดื่ม แต่อาการอาจคงอยู่ได้นานหลายสัปดาห์หรือหลายเดือนหลังหยุดดื่ม แต่ไม่เกิน 6 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตด้วยโรคใดๆมาก่อน

3) กลุ่ม Generalized Anxiety Disorder คือ โรควิตกกังวลทั่วไป โดยผู้ป่วยมีความกังวลที่มากเกินไปในเหตุการณ์หรือกิจกรรมต่างๆ เกิดขึ้นบ่อยๆเป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน ไม่

สามารถควบคุมความกังวลได้ มีอาการทางกายร่วมอย่างน้อย 3 ใน 6 อาการต่อไปนี้ ได้แก่ อ่อนเพลีย หงุดหงิด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ สมาธิลดลง นอนไม่หลับ ซึ่งความกังวลหรืออาการทางกายส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ รบกวนต่อหน้าที่การงาน

4) กลุ่ม Mild depressive episode เป็นอารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว โดยผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเพียงเล็กน้อย สามารถบอกเล่าและระบายออกมาได้ การดำเนินชีวิตประจำวันเป็นไปตามปกติ

5) กลุ่ม Mixed anxiety and depressive episode ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเพื่อหน่ายท้อแท้ ร่วมกับมีความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา มีความรุนแรงของอาการเท่ากัน ก่อให้เกิดความไม่สบายใจจนกระทบกับชีวิตประจำวัน

6) กลุ่มที่มีปัญหาทางบุคลิกภาพ (Personality Disorders) ผู้ป่วยมีความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับบุคลิกภาพ ซึ่งแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการคิด การตอบสนองทางอารมณ์ การแก้ไขปัญหา และการดำเนินชีวิต โดยผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้ เอาแต่ใจตนเอง ไม่รู้สึกว่าคุณเองมีปัญหา หรือคิดว่าคนอื่นมีปัญหา ไม่เป็นที่ยอมรับทางสังคม รวมถึงมีปัญหาทางอารมณ์ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับตัวที่ไม่ดี

โดยข้อมูลนี้ได้จากประวัติการรักษาของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผู้ดูแลหลัก หมายถึง สมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่มีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิด ให้การดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างน้อย 6 เดือน ได้แก่ บิดา มารดา ภรรยา ญาติพี่น้อง และบุตร

โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม หมายถึง กระบวนการดำเนินการพยาบาลแก่ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช มีเป้าหมายเพื่อลดการบริโภคสุรา และส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะช่วยลดภาวะความเครียดทางจิตสังคมที่เกิดขึ้น โดยใช้แนวคิดของ Mueser and Fox (2002) โดยผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมโดยมีการดำเนินกิจกรรมรายครอบครัว ประกอบไปด้วยผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช จำนวน 20 คน และผู้ดูแลในครอบครัวละ 1 คน ดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัว แบ่งเป็นกิจกรรมจำนวน 8 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม กิจกรรมละ 60 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน จำนวน 8 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมิน (Connecting and Assessment) หมายถึง การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินผู้ป่วยรวมถึงครอบครัว ประกอบไปด้วย

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวล การเป็นส่วนหนึ่งของทีมการรักษา การประเมินความรู้ ทักษะคติ บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ติดยาที่มีโรควิตกกังวลทางจิตเวช

ขั้นตอนที่ 2 การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) หมายถึงการดำเนินการให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรควิตกกังวลทางจิตเวชในผู้ติดยา ประกอบไปด้วย

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องสุรา สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุรา และโรควิตกกังวลทางจิตเวชที่เกิดจากการติดยา การรักษาด้วยยาในผู้ติดยาที่มีโรควิตกกังวลทางจิตเวช และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การจัดการความเครียด และทักษะการจัดการกับอารมณ์ทางลบ

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการจัดการกับอาการอยากสุรา และการจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกลับไปบริโภคสุรา

กิจกรรมที่ 5 ทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสมและการปฏิเสธ การปรับตัวต่อผู้อื่น

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาทักษะการสื่อสาร (Communication skills) หมายถึง การดำเนินการให้ความรู้ พัฒนาทักษะเกี่ยวกับการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว และลดการบริโภคสุรา ประกอบไปด้วย

กิจกรรมที่ 6 ประเมินความสามารถผู้ป่วยและผู้ดูแลในการแสดงออกทางการสื่อสาร การพัฒนาทักษะการสื่อสารในเรื่อง การพูดสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้ง การร้องขอในเชิงบวก เทคนิคการให้กำลังใจ

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา (Problem Solving) หมายถึง การดำเนินการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริโภคสุรา รวมไปถึงการดำเนินการสิ้นสุดกิจกรรมบำบัด ประกอบไปด้วย

กิจกรรมที่ 7 พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับสถานการณ์ที่อาจนำไปสู่การบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรควิตกกังวลโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 8 ทบทวนกิจกรรมการบำบัดและวางแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เป็นการทบทวนกิจกรรม รวมถึงการวางแผนร่วมกันของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำของผู้ติดยาที่มีโรควิตกกังวลทางจิตเวช

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การที่ผู้ติดยาที่มีโรควิตกกังวลทางจิตเวช ได้รับการพยาบาลของแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าตามมาตรฐานการบำบัดรักษาผู้ติดยา ได้แก่ การ

ประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษารายบุคคลก่อนเข้าพบแพทย์ การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อและโรคร่วมทางจิตเวช การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา ผลข้างเคียงจากการได้รับยารักษาโรคร่วมทางจิตเวช รวมถึงการบำบัดทางจิตสังคมตามแผนการรักษาของแพทย์ ประกอบไปด้วย กลุ่มผู้ติดเชื้อเรื้อรัง การบำบัดผู้ติดเชื้อและสารเสพติดในรูปแบบ Outpatient PMK model และโปรแกรม Matrix

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชให้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม
2. เพื่อให้เกิดรูปแบบการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมที่สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบำบัดผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวช
3. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในการบำบัดครอบครัวของผู้ป่วย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อการบริโภคสุราของผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวช” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้เนื้อหา ดังนี้

1. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสุรา
 - 1.1 สุราและความหมายของการติดเชื้อ
 - 1.2 ความหมายของการบริโภคสุรา
 - 1.3 การประเมินการบริโภคสุรา
 - 1.4 การวินิจฉัยการติดเชื้อ
 - 1.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคสุรา
 - 1.6 ผลกระทบของการบริโภคสุรา
 - 1.7 การบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อ
2. แนวคิดของการติดสุรากับโรคร่วมทางจิตเวช
 - 2.1 ความหมายของโรคร่วมทางจิตเวช
 - 2.2 ความสัมพันธ์ของการติดสุรากับการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช

- 2.3 ทฤษฎีการเกิดโรคร่วมทางจิตเวชและความผิดปกติของการบริโภคสุรา
 - 2.4 โรคร่วมทางจิตเวชที่พบในผู้ติดสุรา
 - 2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช
 - 2.6 การบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช
 - 2.6.1 การบำบัดผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช
 - 2.6.2 การบำบัดครอบครัวของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช
 - 2.7 การบำบัดผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
 - 2.8 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช
3. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว
 - 3.1 ความหมายของครอบครัว
 - 3.2 ระบบครอบครัว
 - 3.3 หน้าที่ของครอบครัว
 - 3.4 ความหมายของการบำบัดครอบครัว
 - 3.5 เป้าหมายของการบำบัดครอบครัว
 - 3.6 หลักการในการบำบัดครอบครัว
 - 3.7 ผลลัพธ์ของการบำบัดครอบครัว
 4. แนวคิดการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมสารเสพติดและแอลกอฮอล์
 - 4.1 ความหมายและองค์ประกอบของ Family Intervention for Dual Disorders
 - 4.2 เป้าหมายในการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมสารเสพติดและแอลกอฮอล์
 - 4.3 หลักของการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมสารเสพติดและแอลกอฮอล์
 5. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช
 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 7. กรอบแนวคิด

1. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสุรา

1.1 ความหมายและกลไกการออกฤทธิ์ของสุรา

สุรา ตามความหมายในพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2543 หมายถึงวัตถุทั้งหลายหรือของผสมที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุราหรือซึ่งดื่มกินไม่ได้ แต่เมื่อผสมกับน้ำหรือของเหลวอย่างอื่นแล้วสามารถดื่มได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา

กฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ให้ความหมายของสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไว้ว่า สุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หมายความว่าความรวมถึงเครื่องดื่มใดๆในรูปของของเหลวที่มีเอทิลแอลกอฮอล์เป็นองค์ประกอบไม่น้อยกว่า 0.5 เปอร์เซ็นต์โดยปริมาณ และสามารถบริโภคได้

มาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมสุรากลั่น มอก. 2088-2544 ได้ให้ความหมายของสุราไว้ว่าเป็นเครื่องดื่มที่มีแรงแอลกอฮอล์เกิน 0.5 ดีกรีแต่ไม่เกิน 80 ดีกรี

ดังนั้นสรุปได้ว่า สุรา หมายถึง เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ที่มีเอทิลแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบไม่น้อยกว่า 0.5 เปอร์เซ็นต์โดยปริมาณ มีแรงแอลกอฮอล์เกิน 0.5 ดีกรี แต่ไม่เกิน 80 ดีกรี และสามารถบริโภคได้

แอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบสำคัญในสุราประเภทต่างๆ เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะถูกดูดซึมที่กระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก เข้าสู่กระแสเลือดและไปที่สมองภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งแอลกอฮอล์จัดเป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและสมอง (Sadock and Sadock, 2016) มีผลต่อการทำงานของสมองและไขสันหลัง โดยมีผลต่อการรับรู้ อารมณ์ ระดับการมีสติ ความสามารถของสมองและพฤติกรรม โดยเมื่อแอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกายจะออกฤทธิ์เช่นเดียวกับสารเสพติดประเภทอื่นๆ คือเมื่อเข้าสู่สมองจะมีผลโดยตรงไปรบกวนการทำงานของสารสื่อประสาทหลักสองประเภท โดยจะไปกระตุ้นการทำงานของสารกาบา (GABA) ส่งผลให้การควบคุมกล้ามเนื้อต่างๆสูญเสียไป ในขณะที่ไปยับยั้งการทำงานของสารกลูตาเมต (Glutamate) ซึ่งส่งผลให้สมองทำงานช้าลงและทำให้ผู้ที่บริโภคนั้นมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป นอกจากนั้นแอลกอฮอล์ยังมีผลต่อการทำงานของสารสื่อประสาทอีกสองประเภทคือ โดปามีน (Dopamine) และ เอนโดρφิน (Endorphins) เป็นการสร้างความพึงพอใจ วงจรการให้รางวัลของสมอง และกลไกเสพติด ส่งผลให้ผู้บริโภคสุรา รู้สึกมีความสุขเวลาบริโภค สุราจนทำให้เกิดสภาวะสมองติดยาได้ในที่สุดหากมีการบริโภคสุราเป็นประจำและต่อเนื่อง (ทักษพล ธรรมรังสี และอรทัย วลีวงศ์, 2556)

1.2 ความหมายของการบริโภคสุรา

Sommers et al. (2003) ให้ความหมายของการบริโภคสุรา (Alcohol Consumption) คือ ปริมาณและความถี่ในการดื่มสุรา

National health survey (2004) ให้ความหมายของการบริโภคสุรา (Alcohol Consumption) เป็นลักษณะของความถี่ในการดื่มสุรา จำแนกเป็น การดื่มนานๆครั้งโดยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 วันต่อเดือน การดื่มเป็นประจำ 1-4 วันต่อสัปดาห์ การดื่มสม่ำเสมอโดยดื่มมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ และการดื่มหนักคือการดื่มตั้งแต่ 5 หน่วยดื่มขึ้นไปต่อวัน

WHO (2014) ให้ความหมายของการบริโภคสุรา (Alcohol Consumption) เป็นลักษณะของการดื่มสุรา ปริมาณการดื่ม ช่วงเวลาที่ดื่ม รวมถึงผลกระทบที่เกิดจากการดื่ม

Keller M. and Vailiant G.E. (2015) ได้ให้ความหมายของของการบริโภคสุรา (Alcohol consumption) การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของเอทิลแอลกอฮอล์

พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ (2549) ได้ให้ความหมายของการบริโภคสุรา (Alcohol Consumption) คือ ลักษณะการบริโภคสุรา ระยะเวลา สถานที่ บุคคลที่มีส่วนร่วมในการบริโภคสุรา ความถี่ในการบริโภคสุรารวมถึงผลเสียที่เกิดขึ้น

ดังนั้น การบริโภคสุรา หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เกี่ยวข้องกับปริมาณการบริโภคสุรา ความถี่ในการบริโภคสุรา และจำนวนวันที่บริโภคสุรา

1.3 การประเมินการบริโภคสุรา

การประเมินการบริโภคสุราเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งเป็นการค้นหาและคัดกรองผู้ที่มีปัญหาที่เกิดจากการบริโภคสุรา อีกทั้งยังสามารถให้การช่วยเหลือผู้ที่เกิดปัญหาในการบริโภคสุราได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเครื่องมือการประเมินการบริโภคสุราที่นิยมใช้ในปัจจุบัน (สาวิตรี อัจฉนาภกรชัย, 2552) มีดังต่อไปนี้

1.3.1 Michigan Alcoholism Screening test (MAST) โดยแบบคัดกรองต้นฉบับเป็นแบบคัดกรองที่มีทั้งหมด 25 คำถาม เกี่ยวกับพฤติกรรมเครื่องดื่มและการรับรู้ต่อปัญหาการดื่มของตนเอง เป็นเครื่องมือที่เน้นการคัดกรองภาวะติดสุรา ส่วนแบบทดสอบ MAST ฉบับย่อ 12 คำถามสามารถใช้ได้ดีในการวินิจฉัยภาวะผู้ติดสุราในผู้ป่วยไทย แต่แบบทดสอบฉบับนี้ยังใช้ค้นหาผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราในชุมชนได้ไม่ดีนัก

1.3.2 CAGE เป็นแบบสอบถามซึ่งพัฒนาโดย Ewing (1984) เพื่อใช้วินิจฉัยภาวะติดสุรา แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยสาวิตรี อัจฉนาภกรชัย โดยประกอบด้วยข้อคำถามเพียง 4 ข้อ ซึ่งตัวย่อของคำถามแต่ละข้อจะประกอบกันเป็นชื่อแบบสอบถาม ได้แก่

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

สำหรับผู้ที่ตอบว่าใช่ตั้งแต่สองข้อขึ้นไปของ CAGE สามารถจะวินิจฉัยได้ว่าเป็นภาวะติดสุรา ซึ่งแบบประเมิน CAGE มีข้อจำกัดคือ ไม่ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณ ความถี่ รูปแบบการบริโภคสุรา และไม่สามารถแยกปัญหาการบริโภคสุราในอดีตและปัจจุบันได้

1.3.3 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) แบบประเมินที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และแปลเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุภา กิตติ

รตันไพบูลย์ (2552) โดยมีแนวคิดที่ครอบคลุมถึงการบริโภคสุรา การติดสุรา และผลเสียจากการติดสุรา แบ่งเป็นรูปแบบการบริโภคในลักษณะดังต่อไปนี้

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

1.3.3.2 กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking หรือ risky drinking) ประเมินคะแนนการบริโภคสุราได้ 8-15 คะแนน เป็นการดื่มในปริมาณและลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพ โดยมีผลต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งการดื่มแบบเสี่ยงนี้เป็นการดื่มที่มากกว่า 2 ดื่มมาตรฐาน แต่ไม่เกิน 4 มาตรฐานต่อวันในผู้หญิง หรือเป็นการดื่มที่มากกว่า 4 มาตรฐาน แต่ไม่เกิน 6 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย

1.3.3.3 กลุ่มดื่มแบบอันตราย (Harmful use) ประเมินคะแนนการบริโภคสุราได้ 16-19 คะแนน เป็นการดื่มสุราจนเกิดผลเสียตามมาต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต รวมถึงผลเสียทางสังคมจากการดื่ม คือการดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง หรือการดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย

1.3.3.4 กลุ่มดื่มแบบติด (Alcohol dependence) ประเมินคะแนนการบริโภคสุราได้มากกว่า 20 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีการดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเกิดปัญหาพฤติกรรม สมอง ความจำ และร่างกาย อาการแสดงที่พบบ่อย เช่น คอแข็งมากขึ้น มีอาการขาดสุราหากหยุดดื่ม มีความรู้สึกอยากดื่มอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ยังดื่มต่อแม้ทราบว่าเกิดผลเสียตามมา และดื่มจนละเลยกิจกรรมอื่นๆหรือหน้าที่รับผิดชอบ

ในปัจจุบันเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีหลายหลายประเภท และมีความแตกต่างในลักษณะของบรรจุภัณฑ์ ปริมาณดีกรี จึงมีการกำหนด ดื่มมาตรฐานขึ้น จะช่วยทำให้ผู้ดื่มสามารถรับรู้ได้ว่าตนเองบริโภคแอลกอฮอล์ไปมากน้อยเพียงใด และเพื่อให้ผู้ดื่มได้ตระหนักถึงการหยุดบริโภค เมื่อปริมาณของแอลกอฮอล์เป็นอันตรายต่อร่างกาย

ดื่มมาตรฐาน (Standard drink) คือ หน่วยอ้างอิงของจำนวนการดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด โดยจะบ่งชี้ถึงขนาดของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่ผสมอยู่ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดนั้นๆ ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ทั้งนี้ จำนวนดื่มมาตรฐานจะขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ และขนาดของภาชนะบรรจุแอลกอฮอล์ชนิดนั้นๆ ซึ่งประเทศไทยได้ใช้มาตรฐานเดียวกันกับประเทศออสเตรเลีย คือ 1 ดื่มมาตรฐานจะมีแอลกอฮอล์อยู่ 10 กรัม ซึ่ง 1 ดื่มมาตรฐานสามารถทำให้เกิดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดได้ 15-20 mg%

1.3.4 แบบบันทึกการบริโภคสุรา (Timeline Follow back) เป็นแบบบันทึกรายงานตนเองเพื่อประเมินการบริโภคสุราของตนเองที่ผ่านมาโดย Sobell and Sobell (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุนทร ศรีโกสโย (2557) โดยแบบบันทึกจะมีลักษณะเป็นตารางปฏิทินประจำวันให้ผู้ป่วยบันทึกรับประทานสุราของตนเองในแต่ละวัน โดยมีการบันทึกชนิดของสุราที่บริโภค ปริมาณการบริโภคสุราในวันดังกล่าว ซึ่งแบบบันทึกนี้จะมีการตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งโดยการสอบถาม พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติถึงวัน เวลา สถานที่ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสุรา โดยแบบบันทึกนี้จะได้ข้อมูลจำนวนวันที่หยุดบริโภคสุราซึ่งสามารถนำไปคำนวณหาร้อยละของวันที่หยุดดื่มได้เลย ส่วนจำนวนวันที่ดื่มหนัก จะต้องนำข้อมูลที่ได้จากการบริโภคสุราจากชนิดของสุรา และปริมาณการบริโภคสุรา สามารถเทียบเคียงเป็นการดื่มมาตรฐานซึ่งเป็นหน่วยอ้างอิงของจำนวนการดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด โดยจะบ่งชี้ถึงขนาดของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่ผสมอยู่ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดนั้นๆ ซึ่ง 1 ดื่มมาตรฐานเท่ากับแอลกอฮอล์จำนวน 10 กรัม (ปริมาตร ศิลปะกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552) ทั้งนี้การบริโภคสุรามากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปในเพศชาย แสดงว่ามีการดื่มหนัก (สุกมาแสงเดือนฉาย, 2553) หลังจากนั้นพิจารณาตามปริมาณการบริโภคสุรา ถ้าบริโภคสุรามากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานแสดงว่ามีการดื่มหนัก (มากกว่า 60 กรัม) จึงนำข้อมูลนี้ไปใช้คำนวณร้อยละของวันที่ดื่มหนัก

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประเมินการบริโภคสุราโดยใช้แบบบันทึกการบริโภคสุรา (Timeline Follow back) โดยให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้มีการบันทึกการบริโภคสุราของตนเองในระยะเวลา 1 เดือน โดยนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับ ปริมาณการบริโภคสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม ซึ่งสอดคล้องกับนิยามศัพท์ของการบริโภคสุรา

1.3 ความหมายของการติดสุรา

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2014) ได้ให้ความหมายของโรคติดสุราคือ เป็นกลุ่มของความผิดปกติทางด้านร่างกาย ความคิดและพฤติกรรม ที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากกว่าการใช้จากบุคคลปกติ โดยเป็นลักษณะของการความต้องการที่จะใช้แอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากขึ้น และไม่สามารถควบคุมการดื่ม และเกิดอาการทนต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ มีอาการถอนพิษเมื่อร่างกายขาดแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นการแสดงถึงการเสพติดแอลกอฮอล์ทางด้านร่างกาย รวมถึงการกลับไปเสพติดแอลกอฮอล์ซ้ำหลังจากที่หยุดดื่มโดยไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลกระทบต่อผู้ติดสุราทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2005) ได้ให้ความหมายของโรคติดสุรา คือ ความผิดปกติของการดื่มสุราจนทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ

และการทำหน้าที่ต่อสังคม ถือเป็น การเจ็บป่วยชนิดหนึ่งซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการดื่มสุราใน ปริมาณที่มากและเป็นเวลานาน

ธรรมเนียม กงสุข (2547) ได้ให้ความหมายของโรคติดสุราคือ การดื่มสุราจนติด ซึ่งการติด สุราจะไม่เป็นเพียงรูปแบบการบริโภคสุราแบบซ้ำๆ บ่อยๆ เท่านั้น แต่จะประกอบด้วยความผิดปกติ ด้านพฤติกรรม ความคิด และทางร่างกายซึ่งมักจะเกิดขึ้นพร้อมๆกันในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยมี ลักษณะสำคัญคือ ไม่สามารถที่จะควบคุมการบริโภคสุราได้ มีความรู้สึกอยากดื่มรุนแรง ให้ความสำคัญกับการดื่มสุรามากกว่าการทำกิจกรรมอื่นๆ เกิดอาการขาดสุราในบางราย และยังคงใช้สุราต่อไปแม้ว่าจะ เกิดอันตรายขึ้นก็ตาม

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) ได้ให้ความหมายของโรคติดสุราคือ เป็นภาวะที่ผู้ติดสุราจะมี อาการต้อยาหรือขาดยา ซึ่งจะเกิดภายหลังลดปริมาณการบริโภคลงมาเป็นเวลา 12 ชั่วโมง อาการขาด สุราจะเกิดกับผู้ดื่มปริมาณมากและเป็นเวลานาน เมื่อดื่มจนไม่สามารถยับยั้งได้ ผู้ป่วยจะใช้เวลาส่วน ใหญ่หมดไปกับการแสวงหาและการบริโภคสุรา รวมทั้งการบริโภคอย่างต่อเนื่องแม้จะมีปัญหาทาง จิตใจและร่างกาย

จากความหมายของการติดสุราที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การติดสุรา เป็นลักษณะของการ บริโภคสุราในลักษณะที่ตนเองไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่อร่างกาย จิตใจ และ สังคม และมีอาการถอนพิษสุราเกิดขึ้นเมื่อหยุดดื่มสุรา อีกทั้งยังมีการบริโภคสุราอย่างต่อเนื่องถึงแม้ จะรู้ว่า มีผลกระทบต่อร่างกาย

1.4 การวินิจฉัยการติดสุรา

การวินิจฉัยโรคติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder IV-TR (DSM-IV –TR), 2005) ระบุว่า บุคคลมีรูปแบบการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญ ทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 3 อาการ หรือมากกว่า 3 อาการในเวลาในก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ดังต่อไปนี้

1. มีระดับความทนต่อการดื่มสุรา โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- 1.1 มีความต้องการการดื่มเพิ่มขึ้น เพื่อให้เกิด intoxication หรือผลอื่นที่ต้องการ
- 1.2 ฤทธิ์ของการดื่มสุราที่มีต่อร่างกายลดลง ในขณะที่มีการดื่มสุราเท่าเดิม

2. มีอาการถอนพิษสุรา โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

2.1 มีอาการขาดสุรา โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ มีเหงื่อออกมากขึ้น ชีพจรเต้นเร็วกว่าปกติ มือสั่น กระวนกระวาย นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย หูแว่ว ประสาทหลอน รวมไปถึงอาการชัก จากการขาดสุรา

2.2 เมื่อดื่มสุรา สามารถลดหรือกำจัดอาการขาดสุราได้

3. มีการดื่มสุราในปริมาณมาก หรือนานกว่าระยะเวลาที่เคยกำหนดไว้
4. มีความต้องการดื่มสุราตลอด หรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มได้
5. มีการใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำกิจกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา
6. มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในสังคมลดลง เนื่องจากดื่มสุรา
7. ยังคงดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง แม้จะทราบว่า การดื่มสุรามีผลกระทบต่อร่างกายหรือจิตใจได้แก่ ยังคงดื่มสุราอยู่ แม้ว่าการดื่มสุราจะส่งผลให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร หรือยังคงดื่มสุราโดยทราบว่า การดื่มสุราจะส่งผลให้เกิดอาการหูแว่วประสาทหลอนเมื่อขาดสุรา

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 อาการหลงลืมจากการสุรา
 - F 10.7 Alcohol- induced residual and late- onset psychotic disorder โรคจิตจากสุราเรื้อรัง
 - F 10.8 Alcohol-induced mood disorder function กลุ่มอาการผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอื่นๆ
 - F 10.9 Alcohol-related disorder not otherwise specified กลุ่มอาการผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอื่นที่ไม่ได้ระบุจำแนกไว้ชนิดใดชนิดหนึ่งดังรายละเอียดที่กล่าวไว้ข้างต้น
- การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดสุราโดยใช้ระบบการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification Diagnostic [ICD-10], 1999) ที่มีการจำแนกความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยผู้ที่ติดสุรา คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยทางกายแพทยว่าเป็นโรคติดสุรา (Alcohol dependence) F 10.2 ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ซึ่งมี

อาการต่อไปนี้เป็น 3 อาการ หรือมากกว่าร่วมกันอย่างน้อยนาน 1 เดือน หรือถ้าคงอยู่นานน้อยกว่า 1 เดือน อาการดังกล่าวต้องเกิดขึ้นซ้ำๆ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- 1) มีความต้องการอยากดื่มสุรามามาก หรือต้องการที่จะดื่มสุราซ้ำๆ
- 2) มีการควบคุมการดื่มไม่ค่อยได้ ทั้งในปริมาณการดื่ม การหยุดดื่ม โดยพิจารณาจากปริมาณการดื่มที่มากกว่าหรือนานกว่าที่ตั้งใจไว้ มีความอยากดื่มตลอด มีความพยายามที่จะลดหรือควบคุมการดื่มสุรา แต่ทำไม่สำเร็จ
- 3) เกิดภาวะถอนพิษสุราเมื่อลดสุรา หรือหยุดดื่ม แสดงโดยมีอาการขาดสุรา หรือหากดื่มสุรา หรือสารใกล้เคียง จะช่วยบรรเทาอาการขาดสุราที่เกิดขึ้นได้
- 4) มีการทนต่อฤทธิ์ของสุราเพิ่มขึ้น ได้แก่ ต้องการการดื่มสุราในปริมาณที่มากขึ้น เพื่อให้ได้ฤทธิ์ตามที่ต้องการ หรือมีฤทธิ์ของการดื่มสุราลดลงอย่างชัดเจนหากคงดื่มในปริมาณเท่าเดิม
- 5) ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดื่มสุรา โดยลดกิจกรรมที่เคยเข้าร่วม หรือเคยสนใจ
- 6) ยังคงดื่มสุราอยู่ทั้งที่ทราบว่าจะเกิดผลกระทบต่ออันตรายจากการดื่มสุราเกิดขึ้น

สรุปการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยทางกายแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (Alcohol dependence) F 10.2 และมีโรคร่วมจากประวัติการเข้ารับการรักษาตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

1.5 สาเหตุของการบริโภคสุรา

การบริโภคสุราเกิดการปัจจัยต่างๆหลายประการ ทั้งปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1.5.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม (Genetic) โดยพบว่า มียีนส์บางชนิดที่บ่งบอกของผลของสุราที่จะมีต่อร่างกาย โดยพบว่า ในผู้บริโภคสุรากล่าวร้อยละ 50 มีความเกี่ยวข้องกับลักษณะทางพันธุกรรม โดยได้ทำการศึกษาในฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twins) และฝาแฝดชนิดไข่สองใบ (Dizygotic twins) พบว่า ฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน ถึงแม้จะถูกแยกการเลี้ยงดูไปในครอบครัวที่ต่างกัน จะพบว่าอัตราการติดสุราจะเกิดขึ้นสูงสุดในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันได้ถึงร้อยละ 60 และในฝาแฝดที่เกิดจากการไข่คนละใบจะมีอัตราการติดสุราเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันกับอัตราในพี่น้องเดียวกัน (Sadock and Sadock, 2016) และปัจจัยทางด้านชีวเคมีและการทำงานของสมอง โดยผู้ที่ติดสุราตั้งแต่อายุยังน้อยจะมีความผิดปกติของการออกฤทธิ์ของสารซีโรโทนินและโดปามีนซึ่งจะมีผลต่อการเสริมแรงทำให้อยากดื่มสุราเป็นประจำ จนทำให้เกิดการติดสุราได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) นอกจากนี้การบริโภคสุรายังมีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยจะเพิ่มความรู้สึกไม่อยากยับยั้งการบริโภคสุรา เกิดความรู้สึกอ่อนคลายและมี

ความสุข จึงทำให้ผู้บริโภคต้องการเพิ่มปริมาณและความถี่ในการบริโภคมากขึ้น (สุนทรี ศรีโกสโย, 2548)

1.5.2 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตใจ ผู้ที่ติดสุรามักจะมีบุคลิกภาพในลักษณะขาดความมั่นใจในตนเอง จึงบริโภคสุราเพื่อลดภาวะทางอารมณ์ที่ไม่สามารถทนทานได้ เป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และลดความเครียดที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ อีกทั้งการบริโภคสุรายังทำให้ผู้ติดสุราเกิดความรู้สึกถึงการมีอำนาจในการควบคุม โดยใช้สุราเป็นตัวกระตุ้น ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีอำนาจชั่วคราว ส่งผลให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายจากความไม่สมหวังและความรู้สึกผิด (Goodner, 1994) ทางด้านจิตใจ ผู้ที่ติดสุราที่มีการบริโภคสุราในรูปแบบที่ไม่เหมาะสม มีการเพิ่มปริมาณและความถี่ในการบริโภคจนสามารถหยุดบริโภคสุราได้ ซึ่งมีผลกระทบทางด้านจิตใจโดยการบริโภคสุราที่รุนแรงอาจทำให้เกิดอาการทางจิต (Moore and Jefferson, 2004)

1.5.3 ปัจจัยด้านครอบครัว สาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลเป็นโรคติดสุราคือ การอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัวตั้งแต่วัยเด็กซึ่งครอบครัวมีความใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อบุคคลมาก การขาดความรักความอบอุ่นจากครอบครัว ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว การที่ครอบครัวไม่มีเวลาในการเลี้ยงดู อบรม สั่งสอน อีกทั้งการที่มีบิดามารดาที่ติดสุรา และดื่มสุราเป็นประจำ ทำให้บุตรที่เป็นวัยรุ่นมีพฤติกรรมที่เลียนแบบ เกิดการดื่มสุราเป็นประจำ และดื่มมากจนทำให้เกิดโรคติดสุราได้ (ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ, 2553)

1.5.4 ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการดื่มสุราเป็นอย่างมาก โดยการติดสุราเกิดจากการเสริมแรงทางสังคมที่เห็นการดื่มสุราเป็นสิ่งปกติ การดื่มเพื่อเข้าสังคม การดื่มที่ได้รับการชักชวนจากกลุ่มเพื่อน การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อนที่ติดสุรา และการเลี้ยงดูในครอบครัวที่บิดามารดาติดสุรา (Donavan and Marlatt, 1986 cited in Janosik and Davies, 1986)

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดการบริโภคสุรานั้นมีหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กัน ซึ่งการอธิบายการบริโภคสุรานั้น ไม่สามารถอธิบายได้จากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น ต้องมีการเชื่อมโยงปัจจัยต่างๆ เพื่อมาอธิบายการบริโภคสุราในผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์

1.6 ผลกระทบของการบริโภคสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบริโภคสุราส่งผลกระทบต่อร่างกาย ผลกระทบต่อจิตใจ ผลกระทบต่อครอบครัว ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ดังต่อไปนี้

1.6.1 ผลกระทบทางต่อร่างกาย สุรามีผลต่อการทำงานของตับ โดยที่ตับจะถูกทำลายจนเกิดพังพืดขึ้นในปริมาณที่มาก จนกลายเป็นโรคตับแข็ง เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร โดยทำให้เกิดการอักเสบในทางเดินอาหาร ทำให้เกิด

แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ (Sadock and Sadock, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาสาเหตุของการติดเชื้อ และการเข้ารับการรักษาของผู้ติดเชื้อ ในศูนย์บำบัดรักษาเสพติดเชียงใหม่พบว่า ปัญหาสุขภาพที่พบจากการติดเชื้อคือโรคตับอักเสบและตับแข็ง โรคแผลในกระเพาะอาหาร (พิทักษ์ สุริยะใจ, 2548) การบริโภคสุรายังมีผลต่อระบบการไหลเวียนโลหิต และการทำงานของหัวใจ โดยฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) ทั้งยังส่งผลกระทบต่อแบบแผนการนอนของผู้ที่บริโภคสุรายังด้วย (Sadock and Sadock, 2016)

1.6.2 ผลกระทบต่อจิตใจ แอลกอฮอล์จะมีผลเข้าทำลายสารเคมีที่อยู่ในสมอง เป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางและมีผลต่อเยื่อหุ้มเซลล์ประสาท (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) และยังมีส่งผลกระทบต่อทางการแสดงออกทางด้านจิตใจ โดยผู้บริโภครสุราจะมีการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ อารมณ์ กระบวนการคิด ผู้ที่บริโภคสุราเป็นระยะเวลานานจะพบว่า มีอัตราการเกิดโรคจิตเวชที่เกิดขึ้นร่วมด้วยถึงร้อยละ 68.8 (บุญศิริ จันมงคล และ คณะ, 2556)

1.6.3 ผลกระทบต่อครอบครัว การบริโภคสุราส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว โดยเกิดความขัดแย้งในครอบครัวและคนใกล้ชิด การทะเลาะวิวาท เกิดการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ขาดความรัก ความเข้าใจต่อกันภายในครอบครัว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) เกิดความรุนแรงในครอบครัว (เพ็ญพัทธ์ ดารากร ณ อยุธยา, 2556) อีกทั้งยังทำให้เกิดความเครียดในครอบครัวส่งผลกระทบต่อบุตร โดยพบว่าบุตรของผู้ติดเชื้อสุราจะมีความเสี่ยงสูงต่อการมีปัญหาการบริโภคสุรามากกว่าปกติ 4 เท่า รวมถึงเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดชนิดอื่นๆ (ทรงเกียรติ ปิยะกะ และคณะ, 2543)

1.6.4 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม การติดเชื้อสุราส่งผลให้สัมพันธ์ภาพกับบุคคล ครอบครัวและบุคคลอื่นในสังคมบกพร่อง เกิดภาระหนี้สินที่กระทบต่อครอบครัว อีกทั้งยังพบโอกาสที่จะเกิดความรุนแรงขึ้นในครอบครัวและสังคม โดยพบว่า ร้อยละ 48.8 มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกับบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 48.3 มีปัญหาเกี่ยวกับการทำงาน ร้อยละ 23.2 มีปัญหาทะเลาะกับเพื่อนร่วมงาน (สุกมา เตือนฉาย, 2547) อีกทั้งยังส่งกระทบระบบการรักษาพยาบาล ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในการรักษาผู้ป่วย มีภาระหนี้สินที่เกิดจากการเจ็บป่วยจากการบริโภคสุรา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553)

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า การบริโภคสุรามีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคม การบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อลดการบริโภคสุรา และไม่กลับไปบริโภคสุราซ้ำ รวมถึงลดผลกระทบที่เกิดขึ้นดังที่กล่าวมาข้างต้น

1.7 การบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อ

การบำบัดรักษาผู้ติดสุราเป็นกระบวนการที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาและเพื่อการหยุดบริโภคอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายในระยะยาว ได้แก่ การหยุดบริโภคสุรา การป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ รูปแบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราประกอบด้วยมาตรการหลัก 4 มาตรการ

1.7.1 มาตรการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการบำบัดระยะสั้น (Alcohol screening and Brief intervention)) เป็นการค้นหาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และให้การดูแลรักษาเบื้องต้น ในระยะนี้เป็นการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราทั้งกลุ่มดื่มแบบเสี่ยงหรือกลุ่มดื่มแบบอันตราย โดยให้การให้การแนะนำแบบสั้น เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพโดยการหยุดดื่มหรือดื่มระดับเสี่ยงน้อย นอกจากนี้ยังให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดสุราได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อให้หยุดดื่มสุราและจูงใจในการเข้ามาบำบัดรักษา

เมื่อผู้ติดสุราเข้าสู่การเตรียมการบำบัดรักษาซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการให้ความรู้ในขั้นตอนของกระบวนการบำบัดรักษา การให้กำลังใจผู้ป่วย การวินิจฉัยเบื้องต้น ให้ข้อมูลผู้ป่วยในเรื่องของประโยชน์ในการเข้ารับการบำบัดรักษา และยินดีเข้าร่วมการรักษา แนะนำครอบครัวให้มีการให้กำลังใจและยอมรับในตัวผู้ป่วย อีกทั้งวางแผนการช่วยเหลือร่วมกัน (ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานอนามัย, 2556)

1.7.2 มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา (Detoxification) เป็นการเฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยงการเกิดอาการถอนพิษสุราในผู้ที่มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินและเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการถอนพิษสุราที่รุนแรงและรักษาภาวะถอนพิษสุรา ลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนทางกายซึ่งถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตและเพื่อให้การบำบัดรักษาที่เหมาะสมในผู้ติดสุราที่แสดงอาการถอนพิษสุราหรือผู้ติดสุราที่มีประวัติอาการถอนพิษสุรารุนแรง อาการถอนพิษสุราได้แก่ เหงื่อออกมาก ชีพจรเต้นเร็ว มือสั่น นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน มีอาการประสาทหลอนทางตาหรือหู มีอาการคลื่นคลั่ง และบางรายอาจเกิดอาการชักขึ้นได้ ซึ่งมีอาการตั้งแต่ระดับน้อยไปมาก ดังนั้นผู้ที่ดื่มแล้วหยุดดื่ม ไม่ใช่ทุกรายจะต้องมีอาการถอนพิษสุราที่รุนแรง บางรายอาจมีอาการเล็กน้อยแล้วหายไปเองโดยไม่ต้องรับการรักษา อาการถอนพิษสุรารุนแรงมักเกิดภายใน 6-48 ชั่วโมงหลังหยุดหรือลดการดื่มสุราขึ้นกับความรุนแรงของการติดสุรา อาการถอนพิษสุราเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นมากที่สุดภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้ายและอาการมักดีขึ้นแล้วหายได้ภายใน 5-7 วัน อาการถอนพิษสุรารุนแรงเช่น Delirium tremens มักเกิดภายใน 2-3 วันหลังการลดหรือหยุดดื่ม และภาวะชักจากการถอนพิษสุรามักเกิดขึ้นภายใน 12-48 ชั่วโมงหลังการหยุดดื่ม การรักษาภาวะถอนพิษสุรา ประกอบไปด้วย การให้ยา

Benzodiazepines เพื่อสงบอาการถอนพิษสุรา การให้สารน้ำ สารอาหาร วิตามิน การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม (ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานอนามัย, 2556)

1.7.3 มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ (Alcohol treatment and rehabilitation) เป็นขั้นตอนการบำบัดรักษาเพื่อให้ผู้ติดสุราสามารถลด ละ หรือเลิกดื่ม ส่งเสริมศักยภาพให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข ให้การบำบัดฟื้นฟูทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และป้องกันการกลับมาดื่ม หรือมีปัญหาซ้ำ โดยใช้การรักษาทางด้านจิตสังคมควบคู่กับการบำบัดรักษาด้วยยา โดยการบำบัดทางจิตสังคมเป็นกระบวนการที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตัวเองและให้มีทักษะที่จำเป็นต่อการเลิกสุราที่สำเร็จ โดยการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ติดสุรา (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) ได้แก่

1.7.3.1 การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) และการป้องกันการเสพยาซ้ำ (Relapse Prevention) เป็นการประยุกต์การใช้ทฤษฎีและการเรียนรู้และพฤติกรรมบำบัด โดยมีสมมติฐานว่า การติดสารเสพติดเป็นผลจากกระบวนการเรียนรู้และพฤติกรรมที่ซับซ้อน และสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เกิดเป็นแนวทางการบำบัด CBT เป็นวิธีการบำบัดเพื่อส่งเสริมการควบคุมตนเองและฝึกทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการควบคุมการดื่มสุรา เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อแก้ไขความคิดที่ไม่เหมาะสม (Cognitive errors) ให้มีวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม (Adaptive coping style) และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เอื้อต่อการเลิกสุรา (balanced daily life-style) โครงสร้างการบำบัดที่สำคัญได้แก่ การให้จิตวิทยาการศึกษา การเฝ้าติดตามตนเอง การกำหนดเป้าหมายพฤติกรรม การให้รางวัลเมื่อบรรลุเป้าหมาย การฝึกทำ Function analysis ของสถานการณ์การดื่ม การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาและมีการบ้านเพื่อฝึกปฏิบัตินอกชั่วโมงบำบัด ผลลัพธ์ที่ดีของ CBT มักสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงศักยภาพที่สูงของตนเองและการที่ผู้ป่วยใช้วิธีการแก้ไขปัญหาที่มากกว่าวิธีการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่ม

1.7.3.2 การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing: MI and Motivation Enhancement Therapy: MET) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI) เป็นการสนทนาเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ป่วยเป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (Self-perception therapy) โดยผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเอง ซึ่งเป็นข้อความที่ดีในการปรับเปลี่ยนตนเอง การบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ (MET) เป็นการบำบัดที่อาศัยทฤษฎี Stage of Change และ MI มาจัดเป็นชั่วโมงในการบำบัดรักษา 1-4 ครั้ง เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ติดสุราปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.7.3.3 การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention: BI) เป็นการให้ข้อมูลถึงผลเสียของการดื่มสุรา ซึ่งการให้ข้อมูลนี้ครอบคลุมหลายวิธีได้แก่ การให้ความรู้ (Education) การให้คำแนะนำ (Advice) และการให้คำปรึกษา (Counseling) เพื่อให้ผู้ติดสุราลดการติดสุราให้อยู่ในระดับเสี่ยงต่ำจนถึงเลิกการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง

1.7.3.4 การส่งเสริมพัฒนาให้เป็นไปตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation: TSF) เป็นหลักการฟื้นฟูทางด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ติดสุราหรือสารเสพติด โดยในประเทศไทยได้พัฒนา หลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ (The Buddhist Twelve Steps) โดยมีการประยุกต์ให้เข้ากับหลักของพระพุทธศาสนา

1.7.3.5 พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) ได้แก่ Community Reinforcement Approach: CRA, Behavior Marital Therapy, Community Reinforcement Approach and Family Training: CRAFT การบำบัดแบบ CRA เป็นการเสริมแรงทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วย วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ติดสุราที่ในช่วงแรกไม่มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองและไม่ยอมเข้าสู่การบำบัดรักษา ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงมักเป็นคู่สมรส ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดที่แสวงหาความช่วยเหลือ ดังนั้นการเริ่มต้นช่วยเหลือคู่สมรสหรือญาติใกล้ชิดจึงเป็นช่วยบรรเทาผลกระทบของโรคติดสุราต่อครอบครัวโดยตรง และช่วยให้ญาติได้มีการส่งเสริมผู้ป่วยในการเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้มากขึ้น ส่วนการบำบัดแบบ CRAFT มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดสุราหยุดดื่ม ช่วยลดความรุนแรงในครอบครัว ลดความเครียดของสมาชิกในครอบครัว ช่วยเตรียมญาติถึงวิธีการแนะนำผู้ป่วยให้เข้าสู่การบำบัดรักษา ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา และเตรียมญาติให้คอยสนับสนุนผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการบำบัดรักษา

1.8.3.6 การดูแลรายกรณี (Case Management) เป็นการดูแลผู้ติดสุราเพื่อช่วยให้มีความต่อเนื่องในการดูแล (continuity of care) โดยในการดูแลแบบ Case management จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพิ่มมากขึ้น บรรเทาอาการทางจิตเวชต่างๆ ลดอัตราการกลับไปรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มความสามารถทางจิตสังคมและคุณภาพชีวิต

1.7.3.7 กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help Group) เช่น กลุ่มผู้ติดสุรานิรนามหรือกลุ่ม เอเอ (Alcohol Anonymous: AA) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกมีการพัฒนาวุฒิภาวะทางอารมณ์ ช่วยเหลือประคับประคองผู้ติดสุราให้สามารถเลิกสุราได้ มีการให้กำลังใจและเข้าใจกันภายในกลุ่ม

1.7.3.8 การบำบัดแบบผสมผสาน (Integrated Treatment) เป็นการบำบัดรักษาที่ใช้ทีมการรักษาที่สามารถให้การบำบัดทั้งโรคติดสุราและโรคจิตเวช ในทีมจะมีผู้จัดการ

รายกรณีหรือ Case Manager ทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัวบำบัดที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคติดสุราและโรคจิตเวช นอกจากนี้ยังผสมผสานแนวทางการบำบัดที่หลากหลาย ได้แก่ การรักษาด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ สังคมสงเคราะห์ การรับตัวเข้าบำบัดในสถานพยาบาลระยะยาว หรืออาชีวะบำบัด เป็นต้น

1.7.4 มาตรการดูแลระยะยาวหลังการบำบัดรักษา (After care) เป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยคงอยู่ในสังคมได้โดยไม่บริโภคสุรา การรักษาเป็นการเน้นให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมและเลิกการบริโภคสุราได้อย่างถาวร และป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ สามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ที่ติดสุราที่เข้ามารับการบำบัดรักษาควรได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อย่างต่อเนื่อง การดูแลรักษาผู้ติดสุรานั้นมีความต่อเนื่องตั้งแต่การประเมินผู้ติดสุราแรกเริ่ม การดูแลภาวะถอนพิษสุรา การบำบัดฟื้นฟู รวมถึงการติดตามผู้ติดสุราหลังจำหน่าย นอกจากนี้การบำบัดทางด้านจิตสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะที่ได้รับจากการบำบัดมาใช้ในชีวิตจริงในชุมชน เพื่อให้สามารถควบคุมการบริโภคสุราได้อย่างต่อเนื่อง

2. แนวคิดผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

2.1 ความหมายของโรคจิตเวชร่วม

Fortinash and Holodayworret (2012) ได้ให้ความหมายของโรคร่วม หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นพร้อมกันมากกว่า 2 โรค หรือมากกว่าในช่วงเวลาเดียวกัน

สงกรานต์ ก่อธรรมนิเวศน์ (2552) ได้ให้ความหมายของโรคร่วมหมายถึง การเกิดขึ้นพร้อมกันของการเจ็บป่วย 2 โรค หรือมากกว่า

พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2556) ให้ความหมายของโรคจิตเวชร่วมคือ ความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชตั้งแต่สองโรคขึ้นไป แบ่งเป็น 2 ชนิดได้แก่ Homotypic comorbidity เป็นภาวะโรคร่วมในกลุ่มวินิจฉัยโรคเดียวกัน และ Heterotypic Comorbidity เป็นภาวะโรคร่วมจากโรคที่ต่างกลุ่มวินิจฉัยโรค

บุญศิริ จันมงคล และคณะ (2556) ได้ให้ความหมายของภาวะโรคร่วม คือ การมีอาการของโรคเกิดขึ้นร่วมกัน หรือการมีโรคเกิดขึ้นร่วมกัน

ดังนั้นภาวะโรคจิตเวชร่วมหมายถึง การเกิดความเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้นมากกว่า 2 โรคในเวลาเดียวกัน โดยในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมหมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (Alcohol dependence) (F 10.2) และมีโรคจิตเวชร่วมตามคู่มือการวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรค (ICD-10) ที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

2.2 ความสัมพันธ์การติดสุรากับการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคสุรา และการเกิดโรคร่วมทางจิตเวชได้ดังต่อไปนี้

2.2.1 แบบจำลองที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคสุรา การเสพสารเสพติดและโรคจิตเวช โดย jennet al. (1998 อ้างใน บุญศิริ จันศิริมงคล, 2556) ได้อธิบายไว้ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิต (Psychotic disorders) เช่น Schizophrenia, Bipolar disorder, Major depression with psychotic features ที่เข้าได้กับเกณฑ์ substance dependence

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยโรคจิตเวชชนิด non psychotic disorders เช่น anxiety disorders, affective disorders, personality disorders ที่เข้าได้กับเกณฑ์ substance dependence

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตที่เข้าได้กับเกณฑ์ substance dependence

กลุ่มที่ 4 ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวชชนิด non psychotic disorders ที่เข้าได้กับเกณฑ์ substance dependence

กลุ่มที่ 5 ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตที่บริโภคสุราหรือเสพสารเสพติดจนมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ (at risk use)

กลุ่มที่ 6 ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวชชนิด non-psychotic disorders ที่บริโภคสุราหรือเสพสารเสพติดจนมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ (at risk use)

2.2.2 แบบจำลองที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชและความผิดปกติการบริโภคสุราโดย Rosenthal and Westreich (1999 อ้างใน บุญศิริ จันศิริมงคล, 2556) ได้อธิบายไว้ดังต่อไปนี้

Casual model แบบจำลองโดยทั่วไป ได้แก่

1) โรคจิตเวช (Mental illness: MI) เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยบริโภคสุราเพื่อลดหรือบรรเทาอาการทางจิตเวชที่เรียกว่า self-medication

2) การบริโภคสุราผิดปกติ (Alcohol use disorders: AUD) ทำให้เกิดโรคจิตเวชหรือมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ความสามารถเชิงนิโคคิดที่เปลี่ยนแปลงหลังการบริโภคสุราด้วย เช่น การบริโภคสุราจนทำให้เกิดอาการหูแว่ว ประสาทหลอน (Alcohol induced psychosis) แม้ว่าหยุดบริโภคสุราแล้ว อาการทางจิตเวชายังหลงเหลืออยู่

Non-causal model แบบจำลองอื่นได้แก่

1) โรคจิตเวชและความผิดปกติของการบริโภคสุราเกิดขึ้นมาพร้อมกัน (develop simultaneously) ที่ปรากฏขึ้นจากปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน

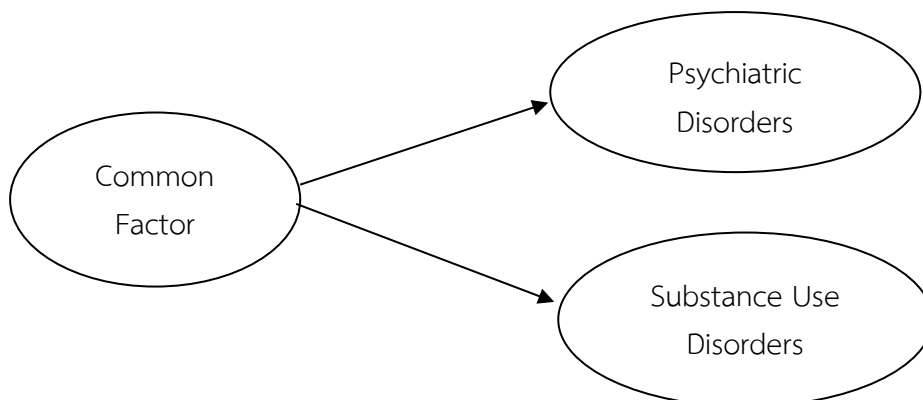
2) โรคจิตเวชและความผิดปกติของการบริโภคสุราไม่เป็นสาเหตุซึ่งกันและกัน (non-causal, link overtime) ที่ต่างปรากฏในเวลาเดียวกันแล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอีกภาวะหนึ่ง

3) โรคจิตเวชและความผิดปกติของการบริโภคสุราเกิดขึ้นร่วมกัน (co-occur, co-exist, no inter-relationship) แต่ต่างปรากฏในผู้ป่วยคนเดียวกันโดยไม่มีเหตุสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน

2.3 ทฤษฎีการเกิดโรคร่วมทางจิตเวชและความผิดปกติของการบริโภคสุรา

Mueser, Drake and Wallach (1998) ได้อธิบายการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช ความผิดปกติของการบริโภคสุรา และการเสพสารเสพติดไว้ดังต่อไปนี้

2.3.1 Common factor model



ปัจจัยที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์ความผิดปกติของการบริโภคสุรา การเสพสารเสพติด และโรคจิตเวช ได้แก่

- 1) ปัจจัยทางกายภาพ เช่น สมองได้รับความกระทบกระเทือน หลังพิน มาแล้วบริโภคสุรามากขึ้น การเกิดเหตุการณ์สะเทือนใจในอดีตมีช่วงชีวิตที่วิกฤติ มี physical and sexual abuse สารเคมีในสมองผิดปกติหรือพันธุกรรม โรคทางจิตเวชรวมทั้งผลข้างเคียงของยาทางจิตเวช
- 2) ปัจจัยทางบุคลิกภาพ ภาวะอารมณ์พื้นฐาน เช่น เครียดง่าย ชี้กั้วล หงุดหงิด ความรู้สึกเยื่อ เหงา ซึมเศร้า ได้แก่ บุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder) บุคลิกภาพแบบวิตกกังวล (Neuroticism)
- 3) ปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ทักษะทางสังคมไม่ดี ขาดเพื่อน ปัญหาการเรียน ปัญหาการทำงานและเศรษฐกิจ

2.3.2 Secondary substance use disorder models



โรคทางจิตเวช (mental illness) เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติของการบริโภคสุรา หรือในทางกลับกันความผิดปกติของพฤติกรรมเสพสารเสพติดเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคทางจิตเวช คนทั่วไปบางคนมีความผิดปกติของสมองที่ไม่สามารถอธิบายได้ว่าการบริโภคสุราเพียง

เล็กน้อยก็สามารถติดสุราได้และเลิกสุราได้ยาก ดังนั้นในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมองอยู่แล้วก็อาจเกิดกรณีเช่นเดียวกันได้

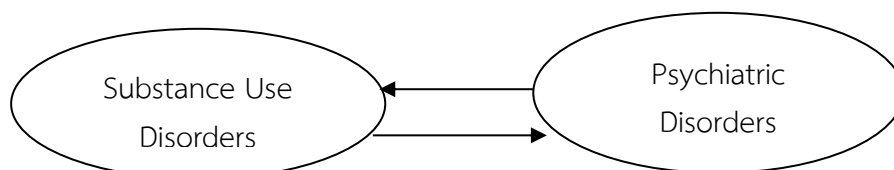
Self-medication Hypothesis เป็นสมมติฐานที่กล่าวถึงมากที่สุดคือ เป็นการบริโภคสุราเพื่อลดหรือบรรเทาปัญหาสุขภาพจิตและอาการของโรคทางจิตเวช โดยปกติทุกคนมีธรรมชาติของกลไกทางจิตในการเผชิญและแก้ไขปัญหา ไม่ว่าจะสาเหตุจะมาจากทางชีวภาพหรือสังคม แต่เมื่อมีการเรียนรู้การแก้ปัญหาที่ผิดวิธี เช่น การบริโภคสุราเพื่อคลายทุกข์ กลไกที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของสารเคมีในสมองในส่วนการควบคุมอารมณ์และการตัดสินใจ ได้แก่ โดปามีน ทำให้มีความสุข และผ่อนคลาย ดังนั้นสุราจึงถูกนำมาบรรเทาความเจ็บปวดของจิตใจหรือคลายเครียด เช่น การบริโภคสุราเพื่อให้ผ่อนคลายอารมณ์หลังจากทำงานหนัก การบริโภคสุราเพื่อให้นอนหลับง่าย ลดความรู้สึกกดดันทางสังคม ผู้ป่วยโรควิตกกังวลจำนวนไม่น้อยที่บริโภคสุราเพื่อคลายเครียด เนื่องจากสุรามีฤทธิ์คลายกังวลในระยะแรก เมื่อหมดฤทธิ์ของสุราทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้เนื่องจากการลดลงของสารสื่อประสาท ทำให้ง่ายต่อการนำไปสู่ภาวะเสพติดสุรา เมื่อบริโภคสุราในระยะยาวก็จะกลับมาส่งผลทำให้วิตกกังวลเรื้อรังได้อีก (Leshner al.,1997 ; Brady KT. And Sonne SC., 1999 อ้างใน บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556)

2.3.3 Secondary psychiatric disorder models



ฤทธิ์ของสุราให้ผลในทางเสริมแรง ทำให้เกิดความติดใจและต้องการบริโภคอยู่เรื่อยๆนำไปสู่การเสพติด เช่น ผู้ติดสุราที่มีอาการซึมเศร้าและอาการมักดีขึ้นเมื่อบริโภคสุรา แต่เมื่อบริโภคสุรามากไปจะทำให้เกิดอาการทางจิตเวชตามมา เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หรือที่เรียกว่า Alcohol psychosis นอกจากนี้ยังพบว่า สุราทำให้เกิดภาวะผิดปกติทางสมองที่เรียกว่า organic brain syndrome พบว่าทำให้เกิดอาการกำเริบของผู้ป่วยโรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และโรคอารมณ์แปรปรวน

2.3.4 Bidirectional models



แนวคิดนี้เชื่อว่าความผิดปกติทั้งสองอย่างต่างเสริมแรงกันและกัน กล่าวคือ การบริโภคสุราส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางจิต และในทางกลับกันความผิดปกติทางจิตส่งผลให้เกิดการบริโภคสุราที่เป็นปัญหา ทั้งนี้ผู้บริโภครู้สึกว่าอาการทางจิตเวชที่นั่นเป็นปัญหาหรือรู้สึกกับอาการทางจิต เช่น บริโภคสุราแล้วเมา สนุก ได้แสดงความรู้สึกเต็มที่ จึงทำให้บริโภคสุราอย่างต่อเนื่องจนเกิดภาวะติดสุรา และเมื่อติดสุราก็จะทำให้เกิดโรคจิตเวชอื่นได้อีกอย่างค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยเองก็บริโภคสุราเพื่อลดอาการทางจิต วนเวียนซ้ำไปมาจนปัญหาซ้ำซ้อนขึ้นเรื่อยๆ

โดยสรุปการบริโภคสุราและโรคจิตเวชร่วมสามารถเกิดได้หลายปัจจัย โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีความหลากหลายแนวคิดและหลายรูปแบบ ซึ่งการบริโภคสุราเป็นระยะเวลาอันส่งผลให้เกิดโรคร่วมทางจิตเวชได้ ซึ่งทำให้ผู้ติดสุราหยุดบริโภคสุราได้ยากขึ้น เนื่องจากมีภาวะของโรคจิตเวชร่วมที่ส่งผลต่อการบริโภคสุรา สิ่งที่สำคัญคือการดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วมควรให้ความสำคัญกับทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสม

2.4 โรคร่วมทางจิตเวชที่พบในผู้ติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าโรคร่วมทางจิตเวชที่พบในผู้ติดสุรา (Lowe and Kranzler, 1999) มีดังต่อไปนี้

2.4.1 กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorders) โดยพบว่า ผู้ติดสุราส่วนใหญ่จะสามารถพบโรคความผิดปกติทางอารมณ์ โดยโรคที่พบได้แก่ Depression, Dysthymia และ Mania ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้สุรา โดยมีได้ตั้งแต่ปฏิกริยาที่เกิดจากผู้ป่วยติดสุราจนเกิดปัญหา หรือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์แล้วใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการ หรืออาการของความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดจากการถอนพิษสุรา โดยพบว่าร้อยละ 21.8 มีภาวะของ Major depression และ dysthymia ในผู้ที่ติดสุรา (Peterson and Zettle, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของอรัญญา แพจ้อย และนรัชญา ศรีบูรพา (2552) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดสุรา พบภาวะ Major depression ถึงร้อยละ 15

2.4.2 กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety disorders) โรคจิตเวชที่พบในกลุ่มนี้ ได้แก่ โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety disorder), โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-Compulsive disorders) โรคแพนิก (panic disorder), โรคกลัว (Phobia), โรคเครียดหลังเหตุการณ์รุนแรง (Post

traumatic disorders) โดยจากการศึกษาของ Marquenie et al. (2007) พบว่า มีผู้ติดสุราที่มีกลุ่มโรควิตกกังวลเป็นเพศชายร้อยละ 65.3 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 34.7 สอดคล้องกับจากการศึกษาของ วิชชุดา ยะสินธ์ และคณะ (2554) ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการบริโภคสุรา พบกลุ่มอาการวิตกกังวลถึงร้อยละ 63

2.4.3 กลุ่มที่มีปัญหาทางบุคลิกภาพ (Personality disorders) โดยพบว่าร้อยละ 55 ของผู้ที่มีปัญหาสุราเคยมีประวัติโรคจิตเวชร่วมโดยผู้ติดสุราที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วยจะมีบุคลิกภาพทางสังคมผิดปกติมากกว่าผู้ติดสุราอื่นทั่วไป Ross. (1995 อ้างใน เปรมฤทัย ไชยชนะนิช, 2555) นอกจากนี้ยังพบว่า อายุที่เริ่มดื่ม ความถี่ในการดื่ม และปริมาณในการดื่มมีความเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Holdcraft et al., 1998) สอดคล้องกับการศึกษาของ Prodromou and Koukia (2016) ที่พบว่าผู้ที่มีประวัติการใช้สุราและสารเสพติดมีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ผู้ติดสุราที่มีภาวะบุคลิกภาพผิดปกติอาจมีความเสี่ยงในการคิดฆ่าตัวตายมากขึ้น (อรัญญา แพ้จ้อย และ นรัญญา ศรีบูรพา, 2552)

2.4.4 กลุ่มความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) โดยส่วนใหญ่่มักให้ความสำคัญกับการบริโภคสุราหรือสารเสพติดที่มีอาการทางจิต ซึ่งอาการทางจิตที่เกิดขึ้นนั้นจะเกิดขึ้นทันทีเมื่อหยุดดื่ม หรือมีการลดปริมาณการดื่มลง หรืออาจเกิดภายหลังหยุดดื่ม 2-3 วัน โดยจะมีอาการแสดงคือ วิตกกังวล นอนไม่หลับ หลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแวงกลัวถูกทำร้าย (Schuckit, 2005)

2.4.5 พฤติกรรมและความคิดฆ่าตัวตาย (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556) โดยการฆ่าตัวตายนี้นักเกิดร่วมกับโรคร่วมทางจิตเวชอื่น อีกทั้งผู้ติดสุราและใช้สารเสพติดเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญอย่างหนึ่งของภาวะฆ่าตัวตาย โดยจากการศึกษาของ Sher (2006) พบว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตายพบได้บ่อยในโรคพิษสุราเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง ความตึงเครียดที่เกิดขึ้น เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้มีการศึกษาที่พบว่าผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายนี้นั้นมีความเสี่ยงของปัญหาที่เกิดจากการบริโภคสุรามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ (Lamis et al., 2006; Sher, 2009) อีกทั้งการศึกษาของ บุญศิริ จันศิริมงคล (2556) พบว่าผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราแบบติดพบระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้บริโภคสุราแบบอันตราย

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่า การบริโภคสุรานั้นส่งผลให้เกิดโรคร่วมทางจิตเวชได้ในหลายกลุ่มอาการ ได้แก่ กลุ่มที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ กลุ่มโรควิตกกังวล โรคจิต บุคลิกภาพผิดปกติ ซึ่งผู้ที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่มีการบริโภคสุรายุ่มนั้นจะทำให้อาการของทางจิตเป็นรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ติดสุราที่มีโรคซึมเศร้า อาจมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้

2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม

2.5.1 ปัจจัยด้านบุคคล

2.5.1.1 อายุที่เริ่มดื่มสุรา ผู้ติดสุราที่เริ่มบริโภคสุราตั้งแต่อายุน้อย ติดต่อกันเป็นระยะเวลาานาน จะนำไปสู่พฤติกรรมการติดสุราเรื้อรัง (Hingson et al, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Fortinash and Holoday-Worret (2012) พบว่าผู้ที่ดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อยกว่า 17 ปี มีความเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการบริโภคสุราเพิ่มขึ้น โดยอายุของสุราเป็นปัจจัยที่ให้ผู้บริโภคสุราที่มีการบริโภคสุราแบบติด อีกทั้งการศึกษาของ เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ (2555) พบว่า อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรกมีความสัมพันธ์ทางลบกับการบริโภคสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

2.5.1.2 การเผชิญความเครียด ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจะมีสภาพทางอารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น อาการเศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ การเผชิญการสังคมที่ไม่เหมาะสม มีกระบวนการรับรู้ที่ผิดปกติ ผู้ป่วยมีการบริโภคสุราเพื่อคลายความเครียดที่เกิดขึ้น โดยพบว่าการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริโภคสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ, 2555)

2.5.1.3 ประวัติการบริโภคสุราในครอบครัว โดยครอบครัวเป็นแหล่งใกล้ชิดผู้ติดสุรา การที่มีคนในครอบครัวบริโภคสุรา และมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อกัน เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปติดสุราซ้ำ (Pilowsky, 2009) จากการศึกษาของเปรมฤทัย ไชยชนะนิจ พบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่มีประวัติการบริโภคสุราของคนในครอบครัวมีการบริโภคสุราอยู่ในระดับติดร้อยละ 88

2.5.1.4 การสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด บุคคลในครอบครัวและบุคคลในชุมชนที่อยู่อาศัย ทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมเกิดความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม ผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีการบริโภคอยู่ในระดับเสี่ยงน้อย (เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ, 2555) และการศึกษาของ Mueser and Fox (2002) พบว่า การที่ผู้ติดสารเสพติดรวมถึงสุรา ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว การได้รับความรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของคนในครอบครัว จะช่วยให้ผู้ป่วยลดการบริโภคสุรา

2.5.1.5 การขาดแรงจูงใจในการเลิกสุรา ผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วมมีลักษณะทั่วไปของการติดสุรา และยังสามารถทำงานได้ แม้จะยังบริโภคสุราอยู่ จึงทำให้ขาดแรงจูงใจในการเลิกสุรา (Crumpler, 2005) อีกทั้งผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลสูง มีความไม่มั่นใจในตนเอง และมีภาวะซึมเศร้า มีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยส่งผลให้แรงจูงใจในการบริโภคสุราลดลง

(ไพฑูริย์ แสงพุ่ม และ ธนะรัชต์ นามผลดี, 2550) อีกทั้งผู้ติดเชื้อที่มีอาการของโรคจิตเวชร่วมทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยทอดถอนใจ แรงจูงใจในการเลิกสูราลดลง มีโอกาสในการกลับไปบริโภคสุรารั่วซ้ำสูง (เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา, 2556)

2.5.2 ปัจจัยด้านครอบครัว

2.5.2.1 การเกิดความเครียดในครอบครัว เมื่อผู้ป่วยบริโภคสุรารั่วอย่างมาก และต่อเนื่องมีผลต่อความเครียดในครอบครัวมากขึ้น โดยฤทธิ์ของสุรารั่ว ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพจิตของคนในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด วิตกกังวล และแยกตัวออกจากสังคม (Brown and Munson, 1987) อีกทั้งบรรยากาศที่ตึงเครียดในครอบครัว ความขัดแย้งของสมาชิกในครอบครัวที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งรวมถึงการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ มีผลกระทบทางด้านโดยตรงต่อผู้ป่วยโรคร่วม (Mueser et al., 2009; Mueser et al., 2013) นอกจากนี้ยังพบว่า ครอบครัวที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงมีอัตรากลับเข้ามานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยซ้ำ มากกว่า ครอบครัวที่มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (Bebbington and Kuipers, 1994 cited in Mueser and Fox, 2002)

2.5.2.2 สัมพันธภาพในครอบครัว การที่มีบุคคลในครอบครัวติดเชื้อ จะส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว บ่อยครั้ง เช่น ผลกระทบต่อพ่อแม่ ลูก และบุคคลอื่นๆ (Mueser and Gingerich, 2013) โดยมีการทะเลาะเบาะแว้งกันในครอบครัวถึงร้อยละ 48.8 (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2547) นอกจากนี้ผู้ที่บริโภคสุรารั่วเป็นประจำส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว อีกทั้งมีโอกาสเกิดการทำร้ายร่างกายคนในบ้านและนอกบ้านได้มากกว่าผู้ที่บริโภคสุรารั่วเป็นครั้งคราว (เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา, 2556) ส่งผลให้สัมพันธภาพและสุขภาพจิตของคนในครอบครัวแย่ลง (สาวิตรี สุริยะฉาย, 2556) ทำให้ครอบครัวเกิดความเบื่อหน่ายต่อการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการใช้สารเสพติดรวมถึงสุรารั่วมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการเกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการบำบัดฟื้นฟูและลดการใช้สารเสพติดรวมถึงสุรารั่วได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Mueser and Fox, 2002; Mueser et al., 2013)

2.5.2.3 การขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วม การให้ความรู้ ความเข้าใจในผู้ป่วยโรคร่วมเป็นสิ่งสำคัญ การขาดความรู้ในเรื่องโรคร่วม อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ผลกระทบของการเกิดโรคร่วม รวมถึงการรักษา ส่งผลให้ครอบครัวมีการติดตามอาการของผู้ป่วย และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยยังมีการใช้สารเสพติดรวมถึงสุรารั่ว (Mueser and Fox, 2002; Mueser et al., 2013)

2.3.2.4 ภาวะของผู้ดูแล ครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญและเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยยังใช้สารเสพติดรวมถึง

สุราอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้ต้องเกิดภาวะในการดูแลในเรื่องการรักษา ค่าใช้จ่าย อีกทั้งยังรวมไปถึงความกดดันทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง โดยทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต และกลับไปใช้สารเสพติดรวมถึงสุรา (Mueser and Fox, 2002; Mueser et al., 2009) จากการศึกษาของ Salom (2014) พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สุราร่วมจะเกิดความรู้สึกเป็นภาระการดูแลสูงกว่าครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยเพียงโรคเดียว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชประกอบด้วยหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านครอบครัว โดยครอบครัวเป็นบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม คอยดูแลอย่างใกล้ชิด การบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทั้งผู้ติดสุราและครอบครัว จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบริโภคสุรา นำไปสู่การลดการบริโภคสุราลงได้

2.6 การบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

การบำบัดผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชนั้นมีการประยุกต์แนวทางการบำบัดผู้ติดสุรามาใช้ในการดูแลผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมการบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชนั้นมีความยุ่งยาก ซับซ้อน และในปัจจุบันการรักษาบุคคลที่มีปัญหาจิตเวชรวมถึงการใช้สารเสพติดรวมถึงสุรายังแยกส่วนกันอยู่ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวทางการบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชประกอบด้วย 3 ระยะได้แก่ การดูแลในแผนกผู้ป่วยนอก การดูแลในแผนกผู้ป่วยใน และแผนกการบริการการบำบัดและติดตามหลังจำหน่าย (สาวิตรี สุริยะฉาย, 2556)

2.6.1 แนวทางการดูแลในแผนกผู้ป่วยนอก

1) การคัดกรองปัญหาสุขภาพกายและจิตเบื้องต้น เป็นการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและให้การบำบัดแบบสั้น เป็นการซักประวัติอาการทางจิตเวชและอาการทางกายทั้งนี้มีแบบประเมินขั้นต้นก่อนพบแพทย์ เช่น คัดกรองภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย รวมไปถึงการประเมินปัญหาทางด้านสังคม

2) การประเมินความพร้อมในการเลิกสุรา เป็นการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการเลิกสุรารวมไปถึงการวางแผนบำบัดฟื้นฟู เช่น แบบวัดแรงจูงใจ หรือขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (stage of change Readiness and Treatment Engerness Scale) มีการสะท้อนให้ผู้รับการบำบัดทราบถึงปัญหาและอุปสรรคที่แท้จริง รวมไปถึงการสร้างแรงจูงใจ ซึ่งเป็นการรักษาที่เหมาะสมในระยะการฟื้นฟูทุกระดับของขั้นตอนการบำบัด

3) การให้การบำบัดแบบสั้นที่เหมาะสมและส่งต่อการรักษา เป็นการคัดแยกกลุ่มเสี่ยงในการดื่มและให้ความรู้แบบสั้นขั้นต้น Brief Advice (BA), Brief Intervention (BI), Brief Counseling (BC), Motivation Interview (MI), Family Education รวมถึงการให้การพยาบาลเบื้องต้นตาม Clinical Practice Guideline (CPG), Clinical Nursing Practice Guideline (CNPG) หรือ Clinical pathway ที่มีในแต่ละโรงพยาบาลนั้นๆ ซึ่งเป็นการบำบัดสุรา แต่ได้นำมาประยุกต์ใช้ให้กับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

4) การให้คำปรึกษาครอบครัวและญาติขั้นต้นเพื่อความเข้าใจผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาจิตเวช

จากแนวทางการดูแลผู้ป่วยนอกจะเห็นได้ว่าการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ทั้งนี้ต้องมีการประเมินความพร้อมในการเลิกสุราของผู้ป่วย เพื่อที่จะได้ให้การบำบัดได้อย่างเหมาะสม

2.6.2 แนวทางการดูแลในแผนกผู้ป่วยใน

1) การประเมินอาการถอนพิษสุรา เป็นการรักษาภาวะขาดสุราซึ่งเกิดจากผู้ติดสุราและขาดสุราเป็นระยะเวลา 12-18 ชั่วโมง อาการของภาวะขาดสุราได้แก่ เหงื่อออกมาก ชีพจรเต้นเร็ว มือสั่น คลื่นไส้อาเจียน อาการประสาทหลอนทางตาหรือหู บางรายมีอาการรุนแรงเพื่อคลื่น อาจถึงขั้นชักได้ โดยการใช้แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา การประเมินอาการถอนพิษสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมมีความยุ่งยากซับซ้อน และต้องวินิจฉัยโรคร่วมภายหลังอาการถอนพิษสุราหายไปนานพอสมควร การพยากรณ์โรคที่ไม่ดีทำให้การบำบัดรักษายากมากขึ้น จำเป็นต้องใช้รูปแบบผสมผสานระหว่างจิตสังคมบำบัดและการใช้ยา โดยมีเป้าหมายของการรักษาระยะยาวคือ 1) ลดอาการทางจิต 2) เพิ่ม Social และ Familiar Functioning และ coping skills 3) ป้องกันการกลับไปใช้สุราซ้ำ

2) การประเมินความพร้อมของสภาพจิตและสมองก่อนการบำบัด เป็นการประเมินอาการทางจิตหลังจากถอนพิษสุรา โดยการใช้แบบวัดที่เป็นมาตรฐาน เช่น แบบประเมินอาการทางจิต: Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) การประเมินความจำและความคิดที่เสื่อมถอยลงจนทำให้ขาดความเข้าใจและประมวลผลข้อมูลต่างๆ โดยเป็นการประเมินเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนทำการประเมินโรคร่วมทางจิตเวชและการรับการบำบัดฟื้นฟูอาการของผู้ป่วย เนื่องจากอาการของผู้ป่วยที่แจ่มจางกันจะใช้วิธีการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันไปด้วย

3) ประเมินความพร้อมในการเลิกสุราของผู้ป่วย การประเมินแรงจูงใจเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ทราบถึงความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและวางแผนการบำบัดได้สอดคล้องกับ Stage of Change

4) ประเมินโรคร่วมทางจิตเวช เป็นการประเมินประเมินโรคร่วมทางจิตเวชเดิมว่ามีอยู่หรือไม่ เพื่อเป็นข้อมูล และเผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนทางกาย ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินปัญหาทั้งทางด้านสุขภาพจิตและการติดเชื้อ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหามาพร้อมกัน

5) การบำบัดทางจิตสังคม กลุ่มบำบัดต่างๆที่ได้ผลดีได้แก่ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interview) กลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) กลุ่มครอบครัวศึกษา (Family Psychoeducation) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) และทักษะชีวิต (Life Skill) โดยวัตถุประสงค์ของการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ติดเชื้อที่มีโรคจิตเวชร่วม (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) คือ

1) ช่วยให้เกิดความร่วมมือกันในการบำบัดรักษาระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้บำบัด และช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยในช่วงเริ่มต้นของการบำบัดรักษา

2) ช่วยให้ผู้ป่วยหยุดบริโภคสุรา และมีทักษะที่จำเป็นสำหรับการฟื้นตัวจากโรคติดเชื้อ

3) ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากบุคคลรอบข้าง

4) ใช้บริการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในระยะสั้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยคงอยู่ในการบำบัดรักษาได้นานที่สุด

4) การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการปรับตัวที่บ้าน เป็นการเตรียมตัวผู้ป่วยโดยการบำบัดรักษาที่ใช้ประยุกต์มาจากการบำบัดผู้ติดเชื้อทั่วไป มีการประเมินครอบครัวและให้สุขภาพจิตศึกษาในครอบครัว การดูแลแบบรายกรณี (case management) และมีการวางแผนการจำหน่ายร่วมกับญาติ

การดูแลผู้ติดเชื้อแบบผู้ป่วยในมีการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและประเมินอาการถอนพิษสุราที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยให้การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ รวมถึงเผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนจากการถอนพิษสุรา หลังจากที่พักฟื้นระยะถอนพิษสุราจะมีการบำบัดทางจิตสังคมในรูปแบบต่างๆ มีการเตรียมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปบริโภคสุราซ้ำและมีแนวทางการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายอย่างเหมาะสม

2.6.3 แนวทางการติดตามผู้ป่วยหลังการจำหน่าย

การวางแผนการติดตามผู้ป่วยหลังการจำหน่าย เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษายู่ในหอผู้ป่วย ซึ่งการให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจะช่วยให้เกิดความปลอดภัยจากโรคของผู้ป่วยในขณะนั้น เช่นเดียวกับการฟื้นฟูในระยะยาวสู่การดูแลผู้ป่วยในชุมชน การให้การบำบัดผู้ติดเชื้อที่มีโรคจิตเวชร่วมเป็นเรื่องที่มีความยุ่งยากในการประเมินการถอนพิษสุราและผู้ติดเชื้อที่มีโรคจิตเวชร่วมมีความคิด การตัดสินใจค่อนข้างต่ำ แรงจูงใจไม่ดี ครอบครัวเพื่อนำ

ไม่ให้ความร่วมมือ การติดตามผู้ป่วยหลังการจำหน่ายจึงมีความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยมีแนวทางดังต่อไปนี้ (สาวิตรี สุริยะฉาย, 2556)

1) การติดตามแบบตั้งรับ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มาที่แผนกผู้ป่วยนอกตามที่แพทย์นัด

2) การติดตามเชิงรุก คือการลงเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน การเยี่ยมบ้านหรือการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

3) การติดตามดูแลแบบรายกรณี (Case management) เป็นการผสมผสานการบริการเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการดูแลแบบผสมผสานสื่อความต่อเนื่องเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยกำหนดแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและเกิดประสิทธิผลสูงสุด

4) การเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญอย่างหนึ่ง เป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณเป็นที่ยอมรับของบุคคลในครอบครัวและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการรักษาคือ ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด

5) การติดตามโดยโรงพยาบาลเครือข่าย ระบบการติดตามโดยบุคคลในชุมชน การดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

จากแนวทางการดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมจะเห็นได้ว่า การบำบัดรักษาผู้ป่วยนั้น ต้องใช้ความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน อาศัยเทคนิคการดูแลและวิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่หลากหลาย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ และไม่กลับมาใช้สุราซ้ำ

2.6.4 การบำบัดครอบครัวในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (Family therapy)

ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดการได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนในการเลิกบริโภคสุรา โดยทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าคุณเป็นที่ยอมรับของบุคคลในครอบครัวและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว (Mueser and Fox, 2002) โดยการบำบัดรักษามีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความรู้ สนับสนุนช่วยเหลือ และฝึกทักษะการแก้ปัญหาให้กับสมาชิกในครอบครัว (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556)

2.6.2.1 การบำบัดครอบครัวในผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและสารเสพติด (Family Therapy for Dual diagnosis)

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร่วมทางจิตเวช จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวในการดูแลโดย Perlinet al. (1990) ได้นำสมมติฐานความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างและพื้นฐานทฤษฎีความเครียดของบุคคลในครอบครัว สภาพความเป็นอยู่ที่ดีและการดูแลเพื่ออธิบายกระบวนการการดูแลผู้ป่วยที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลที่ต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ จากพฤติกรรมผู้ป่วยที่อาจเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด ดังนั้นการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวที่เหมาะสม ผลลัพธ์ในการรักษาก็จะออกมาดี

2.6.2.2 เป้าหมายของการบำบัดครอบครัว

การนำการบำบัดครอบครัวมาใช้ในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชนั้นยังมีไม่มากนัก การบำบัดครอบครัวช่วยให้ครอบครัวรู้สึกตระหนักและรู้ความต้องการของครอบครัวมากขึ้น และเกิดความร่วมมือในการรักษา (Mueser and Fox, 2002) อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูของผู้ป่วย โดยทำให้สัมพันธ์ระหว่างบุคคล สัมพันธภาพส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อมเกิดการเปลี่ยนแปลง เป็นการเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำงานร่วมกัน ช่วยให้ครอบครัวกลับสู่ภาวะสมดุลและอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่ามีกรณีการศึกษาการบำบัดครอบครัวในผู้ป่วยที่ติดสุราและสารเสพติดที่มีโรคทางจิตเวชร่วม ได้แก่ การศึกษาของ Mueser and Fox (2002) ในเรื่อง Family intervention for dual disorders เป็นการบำบัดครอบครัวโดยให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในทุกๆระยะของการบำบัดรักษา สำหรับการศึกษาในประเทศไทยนั้นยังไม่พบรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราที่มีโรคร่วมไว้อย่างชัดเจน

2.7 การบำบัดผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

การบำบัดผู้ติดสุราในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นไปตามมาตรฐานของการบำบัดผู้ติดสุรา มีรูปแบบการบำบัดทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในดังต่อไปนี้

2.7.1 แนวทางการบำบัดผู้ติดสุราและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีรูปแบบการบำบัดผู้ติดสุราและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แต่สำหรับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชนั้น ยังไม่รูปแบบที่ชัดเจน ซึ่งในการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจะได้รับการประเมินจากแพทย์ผู้รักษา และทีมการพยาบาลในการพิจารณาเข้ากลุ่มบำบัดสุราดังกล่าว ซึ่งรูปแบบการบำบัดผู้ติดสุราในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีดังต่อไปนี้

2.7.1 แนวทางการบำบัดผู้ติดสุราและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดสุรารวมถึงผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชคือ มีการซักประวัติตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต การวินิจฉัยโรค การประเมินการติดสุรา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้น และความรุนแรงของการถอนพิษสุรา มีการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วย และมีจิตบำบัดทางสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมได้แก่

2.7.1.1 กลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม (Alcohol Anonymus) ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกทั้งชายและหญิงที่เคยมีปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุราทั้งที่หยุดสุราได้แล้ว หรือกำลังอยู่ในช่วงของการดื่ม ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเลิกสุรา โดยมีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือ ต้องการหยุดสุรา

2.7.1.2 กลุ่ม Outpatient PMK model ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดผู้ติดสุราและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก โดยนำแนวความคิดการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในมาปรับใช้ โดยมีระยะเวลาในการบำบัดรักษาจำนวน 12 สัปดาห์ ประกอบไปด้วยกลุ่มบำบัดทั้งหมด 5 ประเภท ได้แก่ กลุ่มสุขศึกษา กลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) กลุ่ม 12 หลักขั้นตอนตามแนวพุทธ (The Buddhist twelve step) กลุ่มผ่อนคลายความเครียด และกลุ่มครอบครัวศึกษา

2.7.1.3 กลุ่ม Matrix เป็นการบำบัดผู้ติดสารเสพติดและสุราแบบผู้ป่วยนอก ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 16 สัปดาห์ เป็นกระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดและสุราที่เน้นการให้องค์ความรู้ ประกอบไปด้วย การให้คำปรึกษารายบุคคล การฝึกทักษะการเลิกเสพยาเสพติดและสุราเบื้องต้น การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การตรวจสารเสพติด และการให้ความรู้กับครอบครัว

2.7.2 แนวทางการบำบัดผู้ติดสุราและสารเสพติดแบบผู้ป่วยใน

รูปแบบการบำบัดผู้ติดสุราแบบผู้ป่วยใน สามารถเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยตอบสนองผู้ติดสุราและสารเสพติดที่มีความจำเป็นในการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล เช่น การถอนพิษสุราในโรงพยาบาล การมีโรคทางกายและจิตเวชแทรกซ้อน และยังช่วยแก้ปัญหการหยุดเข้าร่วมบำบัดก่อนกำหนด โดยรูปแบบการบำบัดผู้ติดสุราและสารเสพติดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (Phramongkutklao Model : PMK Model) มีระยะเวลาในการบำบัดรักษา 28 วัน ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มบำบัด 4 ชั่วโมงต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ กลุ่มผู้ป่วยมีประมาณ 8-10 คน โดยมีข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยดังต่อไปนี้

- 1) เป็นผู้ติดสุราหรือสารเสพติดที่ไม่ได้อยู่ในระยะถอนพิษสุราและสารเสพติด

- 2) สมัครใจบำบัดรักษา
- 3) สามารถรักษาอยู่ในโรงพยาบาลได้จนครบ 28 วัน
- 4) เป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีปัญหาสุขภาพร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ในกลุ่ม
- 5) ไม่ได้กำลังป่วยด้วยโรคจิตเวชรุนแรง

PMK Model ประกอบไปด้วยกลุ่มบำบัดทั้งหมด 5 ประเภท ได้แก่ กลุ่มสุขศึกษา กลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) กลุ่ม 12 หลักขั้นตอนตามแนวพุทธ (The Buddhist twelve step) กลุ่มผ่อนคลายความเครียด และกลุ่มครอบครัวศึกษา โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) กลุ่มสุขศึกษา (Health Education) เป็นกลุ่มที่ให้ความรู้แก่ผู้ติดยา ในเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับความเป็นมาของสารเสพติดและสุราในประเทศไทยและสถานการณ์ยาเสพติดในปัจจุบัน ความรู้ความเข้าใจเรื่องสารเสพติดและสุรา และสามารถแบ่งประเภทของสารเสพติดตามลักษณะต่างๆได้ การออกฤทธิ์ของสารเสพติดที่มีต่อสมอง ระยะของการติดยา ระยะของการเลิกยา และแนวทางดูแลตนเองในระยะต่างๆ ผลกระทบของการใช้สุราและสารเสพติด การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนหลังเลิกสุรายาเสพติด ระบุข้อดีข้อเสียของสารเสพติดและสุราได้

2) กลุ่มบำบัดโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด (Relaxation Therapy) เป็นกลุ่มที่ให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่างๆและได้ฝึกวิธีการผ่อนคลายความเครียด การพัฒนาสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมกลุ่มบำบัด

3) กลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) เป็นกลุ่มที่ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นวิธีการหนึ่งซึ่งปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมให้มีความเหมาะสมมากขึ้น การปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่ถูกต้องนำไปสู่พฤติกรรมการใช้สุรา โดยผู้ป่วยได้นำความรู้และวิธีการบำบัดความคิดพฤติกรรมไปใช้การแก้ปัญหาสุรายาเสพติด มีทักษะการกล้าแสดงออกและทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สุรายาเสพติดซ้ำ

4) กลุ่มหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ (The Buddhist Twelve Steps) โดยใช้หลักของพระพุทธศาสนา และพลังอำนาจที่อยู่เหนือตนของชาวพุทธ เน้นเป้าหมายที่แท้จริงคือการพัฒนาให้เกิดสติปัญญา ให้ผู้ป่วยสามารถก้าวข้ามปัญหาสุรายาเสพติดที่ตนประสบอยู่

5) กลุ่มครอบครัวศึกษา (Family Education) ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการสร้างกำลังใจ ให้ความรักต่อผู้ป่วย แรงจูงใจที่ดีจากครอบครัวมีแนวโน้มที่จะช่วยแก้ไขปัญหามสุรายาเสพติดได้อย่างมาก ความรักความผูกพันที่ได้รับจากคนในครอบครัว จึงมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีอย่างต่อเนื่อง และเลิกใช้สุรา

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดจนครบ 28 วัน จะได้รับการแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มบำบัดแบบผู้ป่วยนอกเรียกว่า Recovery Group โดยเข้าร่วม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลาอีก 16 สัปดาห์

2.8 การพยาบาลผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

แนวทางการพยาบาลผู้ติดเชื้อที่มีโรคจิตเวชร่วมใช้หลักการของกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ประกอบไปด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

2.8.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย คือการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้เข้ารับการดูแลรักษา การประเมินภาวะสุขภาพที่สำคัญในผู้ติดเชื้อที่มีโรคจิตเวชร่วมได้แก่ ภาวะสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต อารมณ์ พฤติกรรม ประวัติการใช้สุรา ครอบครัวยุติธรรม และสิ่งแวดล้อม ความเสี่ยงต่อการไปใช้สุราซ้ำโรคจิตเวชร่วมที่เกิดขึ้น

2.8.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยพยาบาลนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยแรกรับมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น เช่น เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง มีความวิตกกังวล เสี่ยงต่อการกลับไปใช้สุราซ้ำ ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง เป็นต้น

2.8.3 การวางแผนการพยาบาล เป็นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยขณะที่ทำการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล เช่น การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมการรักษา การป้องกันอันตรายจากภาวะถอนพิษสุรา การป้องกันการได้รับอันตรายจากอาการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจากที่ผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร่วมกันวางแผนกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ใช้ชีวิตได้อย่างเหมาะสม

2.8.4 การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ทักษะการพยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การดูแลผู้ป่วยโดยครอบคลุมปัญหาผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม การสังเกตอาการ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสม การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะถอนพิษสุรา การประเมินโรคร่วมและอาการแสดงของโรคทางจิตเวช การให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพ การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การดูแลป้องกันผู้ป่วยไม่ให้เกิดกลับไปบริโภคสุราซ้ำ เป็นต้น

2.8.5 การประเมินผล เป็นการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ให้กับผู้ป่วย โดยพิจารณาจากเกณฑ์การประเมินผลที่ได้กำหนดไว้ และติดตามปัญหายังมีอยู่อย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช สรุปได้ว่า การดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมมีการดูแลเป็นระบบ มีการคัดกรองการบริโภคสุรารวมถึงโรคร่วมทางจิตเวช เพื่อให้ได้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า การบำบัดทางจิตสังคมมีความสำคัญต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประกอบไปด้วย การบำบัดแบบสั้น การเสริมสร้างแรงจูงใจ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดครอบครัว จากการทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช พบว่าครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการบำบัดครอบครัวในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

3. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

3.1 ความหมายของครอบครัว

The United States Bureau of the Census (1998) ได้ให้นิยามครอบครัว (Family) เป็น “กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันโดยการเกิด การแต่งงานหรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม และอาศัยอยู่ร่วมกัน ลักษณะครัวเรือนที่นอกเหนือจากนี้ถือว่าไม่ใช่ครอบครัว” (The United States Bureau of the Census, 1998 อ้างใน อุมพร ตรังสมบัติ, 2554)

คณะอนุกรรมการด้านครอบครัวในคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กส.) กล่าวว่า ครอบครัว เป็น “กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทั้งทางด้านอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือสายโลหิต และบางครอบครัวอาจมีลักษณะยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา” (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2537 อ้างใน อุมพรตรังสมบัติ, 2554)

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของสังคม บุคคลไม่สามารถพัฒนาไปได้ดีและใช้ชีวิตอย่างมีความสุขได้หากปราศจากครอบครัวที่ดี ในอดีตมีการเพ่งเล็งปัจเจกบุคคลมากกว่าจะมองบุคคลและครอบครัวร่วมกัน อย่างไรก็ตามมุมมองดังกล่าวได้เปลี่ยนแปลงไป ปัจจุบันมีการเห็นความสำคัญของครอบครัวมากขึ้น มีการมองบุคคลในบริบท (Individual in his context) ไม่ใช่มองบุคคลเพียงลำพัง ทั้งนี้เป็นเพราะที่ยอมรับกันแล้ว ด้วยการมองบุคคลในบริบทเดียวกันเท่านั้นเราจึงจะเข้าใจบุคคลได้อย่างแท้จริง เนื่องจากบริบทที่สำคัญที่สุดคือครอบครัว ในปัจจุบันครอบครัวจึงกลายเป็นหน่วยสำคัญของการช่วยเหลือฟื้นฟู ไม่ว่าจะเป็นการฟื้นฟูทางสังคมหรือทางการแพทย์ก็ตาม (อุมพร ตรังสมบัติ, 2554)

สรุปได้ว่า ครอบครัว เป็นกลุ่มของบุคคล 2 คนหรือมากกว่าอาศัยอยู่ร่วมกัน ที่มีความสัมพันธ์กันโดยการผูกพันด้านอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพาทางเศรษฐกิจและสังคมร่วมกัน มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ มีหลักยึดทางใจร่วมกัน

3.2 ระบบของครอบครัว

ครอบครัวเป็นระบบที่เรียกว่า ระบบครอบครัว (Family system) ประกอบไปด้วยระบบย่อยต่างๆ ได้แก่ ระบบย่อยแห่งบุคคล ระบบย่อยของสามี ภรรยา ของพ่อแม่ และพี่น้อง ซึ่งระบบจะมีความแตกต่างกันออกไป เมื่อหน่วยย่อยในครอบครัวเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดความเครียดในระบบย่อยนั้น และระบบทั้งระบบมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย ซึ่งคุณสมบัติของระบบครอบครัวมีดังต่อไปนี้ (Minuchin 1974 อ้างในอุมาพร ตรังสมบัติ, 2554)

3.2.1 ครอบครัวเป็นระบบเปิดทางสังคมและวัฒนธรรม (Open socio- culture system) ระบบครอบครัวที่ปกติจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและติดต่อกับระบบภายนอกอยู่เสมอ

3.3.2 ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง (transformation) ตลอดเวลา และอาจมีการพัฒนาไปอย่างต่อเนื่อง เช่น ครอบครัวลูกเติบโตเป็นผู้ใหญ่แยกครัวเรือนออกไป

3.2.3 ครอบครัวมีการจัดระบบภายในเพื่อให้สามารถดำรงอยู่ได้สมดุลและมีความต่อเนื่อง (Continuity)

3.2.4 ครอบครัวมีการสื่อสารทั้งระบบย่อยภายในครอบครัวเองกับระบบภายนอก

3.2.5 ครอบครัวมีกฎของของสมาชิกที่ต้องถือปฏิบัติซึ่งควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก และการปฏิบัติหน้าที่ภายในครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ

3.2.6 ครอบครัวมีที่ขอบเขตทั้งระหว่างบุคคลในครอบครัวด้วยกันเองและระหว่างครอบครัวกับระบบภายนอกอื่นๆ

จะเห็นได้ว่าครอบครัวประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยรวมกันเป็นระบบครอบครัว ซึ่งแต่ละครอบครัวมีการจัดระบบของตนเองเพื่อให้สามารถดำรงอยู่ได้อย่างมีความสมดุล มีการสื่อสาร มีกฎของสมาชิกที่ปฏิบัติร่วมกัน ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจึงมีส่วนร่วมกันในการปฏิบัติตามหน้าที่เพื่อให้ระบบของครอบครัวมีความสมดุล เกิดความสุขในครอบครัว

3.3 หน้าที่ของครอบครัว

หน้าที่ของครอบครัวหมายถึงการที่สมาชิกในครอบครัวกระทำตามบทบาทหรือสถานภาพของตนเองในครอบครัว เพื่อให้การดำเนินชีวิตของครอบครัวเป็นไปอย่างราบรื่น แนวคิดที่อธิบายการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีอยู่หลายแบบ โดยแนวคิดที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายคือแนวคิดของ McMaster model ซึ่งแบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวออกเป็น 6 ด้าน ดังรายละเอียด

3.3.1 การแก้ปัญหา (Problem solving) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ด้วยดีและปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดีจะมีวิธีการแก้ปัญหอย่างเหมาะสม ซึ่ง

โดยทั่วไปการแก้ปัญหาจะดำเนินการเป็นขั้นตอน โดย มีการแยกแยะประเด็นปัญหาให้ชัดเจน สื่อสาร เข้าใจกันเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น วางแผนการแก้ปัญหา ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ดำเนินการแก้ปัญหาตามวิธีที่เลือก ติดตามการแก้ไขปัญหานั้นเป็นไปอย่างครบถ้วน และ ประเมิน ความสำเร็จ ในครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้นั้น วิธีการแก้ปัญหาโดยรวมจะเป็นไปอย่างเรียบร้อย แม้ จะมีบางปัญหาที่แก้ไม่ได้ แต่ปัญหาก็ไม่รุนแรงหรือเรื้อรังจนทำให้การทำหน้าที่ด้านอื่นๆของ ครอบครัวบกพร่องไปด้วย

3.3.2 การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน อาจแบ่งเป็นการสื่อสารโดยใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะสื่อสารได้ชัดเจน และตรงกับเป้าหมาย

3.3.3 บทบาท (role) หมายถึงแบบแผนที่สมาชิกประพุดต่อกันซ้ำๆ เป็นประจำ โดยมีบทบาทพื้นฐานคือ การกระทำเพื่อให้ครอบครัวของตนเองดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข เช่น การเป็น ผู้นำตัดสินใจปัญหาต่างๆในครอบครัว บทบาทอื่นๆ ซึ่งเป็นบทบาทเฉพาะของแต่ละครอบครัว การ ประเมินว่าบทบาทในครอบครัวใดเป็นไปได้ดีหรือไม่นั้นต้องพิจารณา การมอบหมายหน้าที่ตาม บทบาท ซึ่งครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะมีการมอบหมายหน้าที่อย่างชัดเจนให้กับบุคคลที่เหมาะสม การดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบในบทบาท เมื่อเกิดการทำหน้าที่ในครอบครัวสอดคล้องกัน มีการควบคุม ระบบของสมาชิกได้อย่างครบถ้วน ส่งผลให้ภารกิจในครอบครัวดำเนินไปได้ด้วยดี

3.3.4 การตอบสนองอารมณ์ (affective responsiveness) เป็นความสามารถที่จะ สดองอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม มีทั้งอารมณ์เชิงบวกและอารมณ์เชิงลบ ซึ่งครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ ตามปกติจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันได้อย่างเหมาะสม

3.3.5 ความผูกพันทางอารมณ์ (affective involvement) หมายถึง ระดับความ ผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกถึงความสนใจและเห็นค่าของกันและกัน ซึ่งจะมี ความแตกต่างกันออกไปในแต่ละวงจรของชีวิต

3.3.6 การควบคุมพฤติกรรม (Behavior control) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัว ควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกประพุดตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ ทำให้เกิดความเดือดร้อนต่อตนเองและผู้อื่น

การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ หากเกิดการทำหน้าที่ที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลให้ ระบบของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นการที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามบทบาทและหน้าที่ ของตนเอง ประกอบไปด้วย การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความ ผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม การปฏิบัติหน้าที่ของตนเองที่เหมาะสมในครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความสมดุล และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

3.4 การบำบัดครอบครัว

Sadock and Sadock (2015) ได้ให้ความหมายของการบำบัดครอบครัวว่า เป็นการกระทำที่มุ่งเน้นให้สมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจถึงบทบาทและหน้าที่ของครอบครัว สามารถพัฒนาและปรับปรุงการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นไปในทางที่ดีขึ้น

อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ (2557) ได้ให้ความหมายของการบำบัดครอบครัวไว้เป็นการบำบัดเพื่อแทรกแซงหรือพยุงหรือประคับประคองความสมบูรณ์ของกาย จิต สังคม และการทำหน้าที่ของครอบครัวซึ่งสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้ความหมาย พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชทั่วไปสามารถทำได้ เช่น การให้คำปรึกษา การส่งเสริมการดูแลตนเอง การทำการบำบัดแบบประคับประคอง การให้สุขภาพจิตศึกษา การใช้แผนผังครอบครัว

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2558) ได้ให้ความหมายของการบำบัดครอบครัวไว้ว่า “เป็นการจัดกระทำกับสมาชิกคนใดคนหนึ่ง หรือหลายคนในครอบครัว โดยใช้แนวคิด ทฤษฎี และศาสตร์ทางการแพทย์ การพยาบาล และทางจิตสังคม มีการใช้เทคนิคที่เหมาะสมในการสร้างสัมพันธภาพ การสอน การสอนให้คำปรึกษา รวมถึงฝึกทักษะการปรับตัว การเผชิญปัญหาเพื่อช่วยให้บุคคลในครอบครัวสามารถจัดการกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการป่วยซ้ำ ลดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว และช่วยให้สมาชิกในครอบครัวใช้ชีวิตร่วมกันได้อย่างมีความสุข”

ดังนั้น สรุปได้ว่า การบำบัดครอบครัว หมายถึง การกระทำกับสมาชิกในครอบครัว มุ่งเน้นให้เข้าใจบทบาท หน้าที่ และกลไกของครอบครัว โดยใช้แนวคิด และทักษะต่างๆ เพื่อพัฒนาการทำหน้าที่ของครอบครัวให้ดีขึ้น บรรเทาปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ลดการป่วยซ้ำ รวมถึงลดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว

3.5 เป้าหมายของการบำบัดครอบครัว

การบำบัดครอบครัวมีเป้าหมายที่สำคัญดังต่อไปนี้

- 3.5.1 ปรับปรุงการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว
- 3.5.2 ปรับปรุงพัฒนาในสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวเป็นตัวของตัวเอง
- 3.5.3 ปรับปรุงข้อตกลงในบทบาทของแต่ละคนในครอบครัว
- 3.5.4 ลดข้อขัดแย้งในครอบครัว
- 3.5.5 ลดความทุกข์ ความไม่สบายของผู้ป่วย

3.6 หลักการในการบำบัดครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการบำบัดครอบครัว พบว่าแนวคิดและหลักการที่สามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวควรประกอบด้วย กิจกรรม 7 ขั้นตอนดังต่อไปนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2558)

3.6.1 สร้างสัมพันธภาพและค้นหาปัญหา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ไว้วางใจกัน ยอมรับและให้ความร่วมมือมากขึ้น โดยพยาบาลมีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด รับฟังปัญหา สนับสนุนให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเข้าใจและยอมรับปัญหา พร้อมทั้งจะร่วมมือกันในการจัดการแก้ไขกับปัญหาที่เกิดขึ้น

3.6.2 เปิดใจและทำความเข้าใจปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจปัญหาซึ่งกันและกัน โดยให้แสดงความรู้สึกต่อประเด็นปัญหาของแต่ละคน ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ หาแนวทางในการจัดการแก้ไข ผู้บำบัดมีการใช้เทคนิคการปรับทัศนคติเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจกัน

3.6.3 การใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม เพื่อให้เข้าใจโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของตนดีขึ้น ลดความวิตกกังวลและความขัดแย้งในครอบครัวลง ผู้บำบัดเน้นความเข้าใจในบทบาท โครงสร้างของครอบครัว การทำหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคน สนับสนุนการสื่อสารและชี้ให้เห็นบทบาทหน้าที่แต่ละคนที่เหมาะสม

3.6.4 การให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับตน สาเหตุ อาการ การบำบัดรักษา ตลอดจนการดูแลตนเองให้มีสุขภาพจิตที่ดี สามารถเข้าใจถึงโรคและอาการเจ็บป่วยของ ช่วยให้รู้จักสังเกตอาการเตือน ลดความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

3.6.5 การฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดและการแก้ปัญหา เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้จักวิธีการจัดการกับความเครียด การเผชิญปัญหา รวมถึงการค้นหาจุดแข็งของครอบครัว รวมถึงการส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

3.6.6 ฝึกทักษะการสื่อสารในครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และบทบาททักษะการจัดการกับปัญหา โดยผู้บำบัดมีการฝึกการสื่อสารและการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิก ฝึกการลดการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อกัน

3.6.7 การสรุปและประเมินผล เป็นการสรุปสิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมการบำบัดครอบครัวทั้งหมดรวมถึงการแนะนำแหล่งขอความช่วยเหลือ รวมถึงมีการประเมินผลว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ ซึ่งสิ่งที่สำคัญเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมการบำบัดครอบครัวคือ สมาชิกจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ลดการป่วยซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สิ่งที่สำคัญในการบำบัดครอบครัวคือ ผู้บำบัดจะต้องเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้บำบัดสามารถรับรู้ปัญหา ทัศนคติ ผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่ครอบครัวได้รับ นอกจากนี้การให้ความรู้และการฝึกทักษะต่างๆให้กับครอบครัว ได้แก่ ทักษะการจัดการกับความเครียด การแก้ไข

ปัญหา การสื่อสารในครอบครัว มีความสำคัญที่จะช่วยให้ครอบครัวเกิดความรู้ ลดความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระการดูแล รวมถึงส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย ของครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น

3.7 ผลลัพธ์ของการบำบัดครอบครัว

3.7.1 สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และมีความรู้สึกที่ดีต่อกัน นำไปสู่ความมุ่งมั่นและความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.7.2 สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ การบำบัดรักษา มีความมั่นใจและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

3.7.3 สมาชิกในครอบครัวเกิดทักษะในการจัดการกับปัญหาและความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งมีการสื่อสารแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม อยู่ร่วมกันในครอบครัวได้อย่างเป็นสุข

3.7.4 เกิดความร่วมมือในการรักษา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.7.5 ลดอาการกำเริบ และอาการป่วยซ้ำ อีกทั้งยังลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า ครอบครัวเป็นมีความสำคัญของผู้ป่วยจิตเวช การบำบัดครอบครัว ต้องมองครอบครัวอย่างเป็นระบบ วิเคราะห์บทบาท การทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งหากสมาชิกในครอบครัวมีการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนเองที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว การบำบัดครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญที่มุ่งเน้นสมาชิกในการกระทำบทบาท หน้าที่ของตนเองให้เหมาะสม โดยเฉพาะการบำบัดในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ การบำบัดรักษา ครอบครัวเกิดความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย เกิดทักษะในการจัดการกับปัญหา มีการแสดงออกทาง การสื่อสารที่ดีต่อกัน ส่งเสริมสัมพันธภาพอันดีในครอบครัว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจการบำบัดครอบครัวในผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เกิดความรู้ เทคนิค และทักษะที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง เกิดความร่วมมือในการรักษา ครอบครัวเกิดการยอมรับเข้าใจในผู้ป่วย ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดี อันจะนำไปสู่ การลดการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้

4. แนวคิดการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมสารเสพติดและแอลกอฮอล์

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าแนวคิดการบำบัดครอบครัวของผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดและแอลกอฮอล์พบว่ามีแนวคิดการบำบัดครอบครัวของ Mueser et al.(2009) ที่ได้ศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psycho education Program) ของผู้ป่วยโรคร่วม และ Mueser and Fox (2002) ได้พัฒนา A Family Intervention for Dual Disorders Program (FIDD) มาใช้ในการบำบัดครอบครัวของผู้ป่วยโรคร่วมสารเสพติดและแอลกอฮอล์เช่นกัน โดยมีแนวคิดและหลักการของโปรแกรม FIDD ดังต่อไปนี้

4.1 ความหมายและองค์ประกอบของ Family Intervention for Dual Disorders

Mueser and Fox (2002) ได้ให้ความหมายของการบำบัดครอบครัว คือ กระบวนการทำงานร่วมกับครอบครัวรวมถึงคู่สมรส เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตและมีการใช้สารเสพติด เพื่อให้เกิดการสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกันแก้ไขปัญหา และประสบผลสำเร็จในการทำงานร่วมกัน โดยการบำบัดครอบครัวในรูปแบบของ FIDD ถูกพัฒนาขึ้นโดย Mueser and Fox (2002) เป็นการบำบัดครอบครัวที่พัฒนามาจากการบำบัดพฤติกรรมครอบครัวในผู้ป่วยโรคจิตเวช (Behavior Family Therapy: BFT) ของ Mueser and Glynn (1999) โดยมีแนวคิดของความเครียดและความอ่อนแอของการเจ็บป่วยทางจิต (Stress Vulnerability Model of Severe Mental Illness) รวมถึงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stage of change) มาประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคร่วม (Mueser et al., 2012) ประกอบไปด้วยการบำบัดรายครอบครัว (Single Family Treatment) และการบำบัดรายกลุ่มครอบครัว (Multiple Family Groups)

4.1.1 การบำบัดรายครอบครัว (Single Family Treatment) มีพื้นฐานมาจากรูปแบบการบำบัดพฤติกรรมครอบครัวในผู้ป่วยโรคจิตเภทของ Falloon, Boyd, and McGill (1994) และปรับมาใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นโดย Mueser and Glynn (1999) ซึ่งแบ่งเป็น 5 ขั้นตอนโดยการบำบัดแต่ละครั้งจะประกอบไปด้วยผู้ป่วยและครอบครัว (Mueser and Fox, 2002) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ (Connecting) เป็นขั้นตอนแรกในสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการปฏิบัติกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่ยอมรับผู้ป่วย โดยให้ครอบครัวได้มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทีมการรักษามี การอธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจถึงความสำคัญของกระบวนการทำงานที่มีครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย รายละเอียดของโปรแกรม รวมถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมเป้าหมายของการบำบัดครอบครัวที่สำคัญรวมถึงการป้องกันการกลับไปใช้สุราซ้ำและการกลับเข้าไปนอนในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การประเมิน (Assessment) ประกอบไปด้วยการประเมินความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การใช้สารเสพติดรวมถึงสุรา การประเมินบทบาทและพฤติกรรมของผู้ป่วย การประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นในครอบครัว นอกจากนี้เป็นการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้บำบัดเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและยอมรับครอบครัวสามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษา

ขั้นตอนที่ 3 ให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องการติดยาและโรคร่วมทางจิตเวช (Psycho education) ประกอบไปด้วย 7 กิจกรรม ดังนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช 2) การรักษาด้วยยา 3) รูปแบบความเครียดและความอ่อนแอของการเจ็บป่วย 4) บทบาทของครอบครัว 5) ความรู้พื้นฐานในเรื่องสุราและสารเสพติด 6) ผลกระทบจากการใช้สุราและสารเสพติด 7) การรักษาโรคร่วม 8) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา (Problem Solving) ประกอบไปด้วยการค้นหาปัญหา โดยการรวบรวมข้อมูลจากสมาชิกภายในครอบครัวมาเป็นแนวทางในการค้นหาสาเหตุและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีการระดมความคิด ประเมินความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา และปัญหานั้นเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว และวางแผนการแก้ปัญหาร่วมกัน อีกทั้งมีการให้การบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้นำไปฝึกใช้ในสถานการณ์จริง และนำมาทบทวนปัญหาร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 5 ระยะสิ้นสุด (Termination) เป็นการทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา และพูดคุยถึงเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้ประสบผลสำเร็จ วางแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวในอนาคต โดยป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดรวมถึงสุราซ้ำ การเฝ้าระวังอาการทางจิตที่เกิดขึ้น โดยครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการร่วมดูแลผู้ป่วย

FIDD เป็นการบำบัดผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อมๆกันโดยประเมินจากขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (stage of change) ในผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อที่จะให้การบำบัดครอบครัวได้อย่างเหมาะสมดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงระยะของการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม Phases of Single Treatment, Corresponding Client Stages of Treatment, and Number of Sessions for each Phase

Phase of Family Treatment	Client Stage of Treatment	Number of Sessions
1. Connecting	Engagement	1-3
2. Assessment	Engagement	2-5
3. Psycho education	Persuasion or active treatment	6-8
4. Problem-Solving	Persuasion, active treatment, or relapse prevention	5-15
5. Termination	Active treatment or relapse prevention	1

จากตารางสามารถอธิบายขั้นตอนการบำบัดรายครอบครัวตามระยะการบำบัดในผู้ป่วยได้ดังต่อไปนี้

1) Engagement เป็นการพบกันโดยมีเป้าหมายในการพัฒนาสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Connecting) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เกิดความไว้วางใจในผู้บำบัด โดยการรับฟังอย่างตั้งใจ แสดงความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงการประเมินผู้ป่วยและครอบครัว (Assessment)

2) Persuasion ผู้ป่วยเกิดสัมพันธภาพกับผู้บำบัดแต่ยังขาดแรงจูงใจเลิกสารเสพติดรวมถึงสุรา ผู้บำบัดมีการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) ถึงความสำคัญของโรคร่วมที่ส่งผลให้เกิดการใช้สารเสพติดรวมถึงสุราจนเกิดปัญหา ผลกระทบของการใช้สารเสพติดรวมถึงสุราที่กระทบต่อครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยและสร้างแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดรวมถึงสุรา

3) Active Treatment ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดรวมถึงสุรา ในระยะนี้ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถลดการใช้สารเสพติดรวมถึงสุราได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้คงระยะของการหยุดใช้สารเสพติดรวมถึงสุราได้นานที่สุด ผู้บำบัดมีการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างต่อเนื่อง (Psycho education) และพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา (Problem-Solving) ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

4) Relapse Prevention เป็นการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดรวมถึงสุราซ้ำ โดยให้ครอบครัวได้ตระหนักถึงและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา (Problem-Solving) ในการเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดรวมถึงสุราซ้ำ ทบทวนกิจกรรมที่ฝึกปฏิบัติและสิ้นสุดการบำบัด (Termination)

4.1.2 การบำบัดรายกลุ่มครอบครัว (Multiple Family Group) มีพื้นฐานมาจากการบำบัดรักษาในผู้ป่วยจิตเภท (Treatment Strategies for Schizophrenia: TSS) โดย Mueser et al. (2001) and Schooler et al. (1997) มีการพัฒนามาเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคร่วม (Mueser and Fox, 2002) โดยประกอบไปด้วย

1) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช อาการและอาการแสดง การบำบัดรักษา ความเข้าใจในเรื่องสารเสพติดและสุรา การเกิดโรคร่วมทางจิตเวช ผลกระทบของการใช้สารเสพติดและสุรา เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการให้สมาชิกภายในกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน

2) การให้เหตุผล (Validation) สมาชิกภายในกลุ่มมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้เกิดความเข้าใจในความรู้สึกในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และให้สมาชิกภายในกลุ่มได้เข้าใจว่าไม่ได้เกิดเหตุการณ์นั้นกับตนเพียงคนเดียว

3) การสื่อสารกันระหว่างกลุ่มครอบครัว (Intergenerational Communication between Families) เป็นการฝึกทักษะการสื่อสารโดยให้สมาชิกในกลุ่มได้มีการแสดงการสื่อสารที่เหมาะสมเป็นตัวอย่างให้สมาชิกคนอื่น ๆ ได้เรียนรู้ และสามารถนำไปปรับใช้กับตนเองได้และ

4) การพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา (Problem Solving) เป็นการฝึกการแก้ไขปัญหาาร่วมกันโดยใช้กระบวนการกลุ่ม โดยสมาชิกในกลุ่มได้มีโอกาสแสดงข้อคิดเห็นในการแก้ไขปัญหา และรวบรวมข้อมูลเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสมในสถานการณ์นั้น

การบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม (FIDD) ประกอบการบำบัดรายครอบครัว และการบำบัดรายกลุ่มครอบครัว โดยมีการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีครอบครัวเข้ามาในทุกระยะของการบำบัด โดยกิจกรรมประกอบไปด้วย การให้ความรู้ การฝึกทักษะการจัดการความเครียด ทักษะการสื่อสาร ทักษะการแก้ไขปัญหา มีการสรุปผลและติดตามผลร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถลด/เลิกสารเสพติดรวมถึงสุราลงได้

4.2 เป้าหมายในการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม

เป้าหมายที่สำคัญในการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมคือ (Mueser and Fox, 2002; Mueser et al., 2009; Mueser et al., 2013)

1) ให้ครอบครัวได้เข้าใจโรคร่วมทางจิตเวชของผู้ป่วยโดยครอบครัวได้รับความรู้เรื่องโรคร่วมทางจิตเวช ตระหนักถึงอาการแสดงของโรคและผลกระทบของการใช้สุราที่มีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วย

- 2) ลดความเครียดในครอบครัว รวมไปถึงความเครียดจากครอบครัวที่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย
- 3) มีการบำบัดรักษาและประสานงานกับครอบครัวอย่างต่อเนื่อง
- 4) มีการสื่อสารที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว
- 5) เกิดการประสานงานระหว่างครอบครัวและทีมการรักษา
- 6) ลดการใช้สารเสพติดรวมถึงสุรา และลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติด รวมถึงสุราที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

จะเห็นได้ว่าการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม เป็นการบำบัดที่มีเป้าหมายในการส่งเสริมความรู้ และพัฒนาทักษะของผู้ป่วยรวมถึงครอบครัว ลดความเครียด ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้บำบัดมีการประสานงานกับครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยลดการใช้สารเสพติดรวมถึงสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.3 หลักของการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมสารเสพติดและแอลกอฮอล์

กระบวนการบำบัดในFIDDจะมีขึ้นตลอดระยะเวลาการรักษา มีทั้งการบำบัดระยะสั้นและระยะยาว การที่ผู้บำบัดได้เข้าใจหลักการในการบำบัดที่ชัดเจนจะสามารถช่วยให้เข้าใจในผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัด ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมและครอบครัว หลักการที่สำคัญของการบำบัดผู้ป่วยโรคร่วม (Mueser and Fox, 2002) คือ

- 1) สร้างความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้บำบัด โดยมีสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีความรู้สึกร่วมกันเป็นส่วนหนึ่งของทีมการรักษา ทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้น ปัญหาจากการใช้สุรา อีกทั้งยังชี้แจงให้เห็นความสำคัญของการการป้องกันกลับมาบริโภคสุราซ้ำ การกลับมาอนรักษาในโรงพยาบาล และลดความเครียดที่เกิดขึ้นในครอบครัว
- 2) ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต วัตถุประสงค์ของการรักษา ผลกระทบจากการบริโภคสุรา และการลดการบริโภคสุรา โดยให้การให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวนั้นเป็นไปอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มีการประเมินความรู้ผู้ป่วยและญาติโดยการซักถามความเข้าใจในเรื่องการติดยาและโรคจิตเวชร่วม
- 3) ลดความเครียดและความขัดแย้งในครอบครัว
- 4) ให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างครอบครัวและทีมการรักษา โดยมีการรับฟังข้อมูล ประสบการณ์ต่างๆจากครอบครัวของผู้ป่วย ให้ครอบครัวได้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองสำคัญในทีมการรักษาเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายของการบำบัดรักษาไปด้วยกัน

- 5) วางแผนการดูแลผู้ป่วยในอนาคตร่วมกันผู้ป่วยและครอบครัว
- 6) ดูแลความต้องการของครอบครัวทั้งครอบครัว ไม่ใช่แค่เฉพาะผู้ป่วย
- 7) หลีกเลี่ยงการตำหนิการกระทำของครอบครัวที่ผ่านมาในอดีต

สำหรับการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมแบบอื่น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการบำบัดโดยให้สุขภาพจิตศึกษาในครอบครัว (Family Psychoeducation Program) (Mueser et al., 2009) ซึ่งทำการบำบัดรักษาในผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดรวมถึงสุรา ประกอบไปด้วยการให้ความรู้ในเรื่องของโรคทางจิตเวชและสารเสพติดรวมถึงสุรา การรักษาโรคทางจิตเวชด้วยยา ทักษะการสื่อสาร การจัดการกับความเครียด โดยพบว่ามีประสิทธิภาพในการลดอาการทางจิต รวมถึงลดการใช้สารเสพติดรวมถึงสุราเช่นกัน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจนำโปรแกรม FIDD มาประยุกต์ใช้กับผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรม FIDD มีประสิทธิภาพมากกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ทั้งนี้ เนื่องจาก โปรแกรม FIDD มีการพัฒนาโดยเพิ่มทักษะในแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหา มีการทบทวนและประเมินผลของการทำกิจกรรม อีกทั้งการบำบัดรายครอบครัวส่งผลในการลดการบริโภคสุราของผู้ป่วยโรคร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะต่างๆในการดูแลและจัดการกับปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งโปรแกรม FIDD ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชที่ใช้สารเสพติดรวมถึงสุราและจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีการเกิดโรคร่วมพบว่า ยังไม่มีแนวคิดทฤษฎีใดที่สามารถสรุปลำดับการเกิดโรคร่วมได้ โดยผู้ที่บริโภคสุราจนติดอาจเป็นสาเหตุของอาการทางจิต ในทางตรงกันข้ามสาเหตุจากอาการทางจิตอาจทำให้ผู้ป่วยติดยา อย่างไรก็ตามอาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นพร้อมๆกันเพราะสาเหตุเดียวกันก็เป็นไปได้ (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ Prodromou and Koukia (2016) ที่สรุปความสัมพันธ์ของการเกิดโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ใช้สารเสพติดและสุราว่า การใช้สารเสพติดของผู้ป่วยอาจส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิต อีกทั้งการเจ็บป่วยทางจิตอาจส่งผลให้เกิดการใช้สารเสพติด หรืออาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยทางจิตและการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย เช่น พันธุกรรม การทำงานของสมองที่ผิดปกติ การได้รับบาดเจ็บ ความเครียด เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจแนวคิดการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมแบบรายครอบครัว (Single family treatment) มาประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชใน เพื่อใช้ในการลดการบริโภคสุรา รวมถึงอาการทางจิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้

5. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม และครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถลดการบริโภคสุรา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม โดยใช้รูปแบบของ Family Intervention for Dual Disorders (FIDD) ตามการศึกษาของ Mueser and Fox (2002) โดยใช้การบำบัดรายครอบครัว (Single Family Treatment) 6 ขั้นตอนประกอบไปด้วย 1) Connecting 2) Assessment 3) Psychoeducation 4) Problem solving และ 5) Termination ผู้วิจัยได้นำการศึกษาของ Mueser and Fox (2002) มาใช้เป็นแนวคิดหลักแต่ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาในกิจกรรมแต่ละขั้นตอน เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชของประเทศไทย โดยผู้วิจัยได้พัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม 4 ขั้นตอน จำนวน 8 กิจกรรม ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 สรุปการประยุกต์โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม

โปรแกรม FIDD		การประยุกต์ของผู้วิจัย
ขั้นตอน	รายละเอียดกิจกรรม	
ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ	สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด แสดงให้เห็นความสำคัญของการที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และให้ครอบครัวมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมการรักษา (Connecting)	ผู้วิจัยได้รวบรวมขั้นตอนที่ 1 และ 2 เข้าไว้ด้วยกัน เป็นกิจกรรมเดียว โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์โปรแกรมเป็น ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและการประเมิน โดยมี กิจกรรมที่ 1 คือ สร้างสัมพันธภาพแสดงการยอมรับผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยและครอบครัว และให้ครอบครัวได้มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทีมการรักษา โดยหลังจากสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินครอบครัว
ขั้นตอนที่ 2 การประเมิน (Assessment)	ประเมินความรู้ความเข้าใจของครอบครัวเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิต การใช้สุราและสารเสพติด ประเมินความเครียดที่เกิดขึ้น บทบาทของผู้ป่วยและครอบครัว พฤติกรรมที่แสดงออก	บทบาท ทักษะ ความเข้าใจของครอบครัวต่อการบริโภคสุรา และอาการทางจิตที่เกิดจากการบริโภคสุรา
ขั้นตอนที่ 3 ให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)	ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช การรักษาด้วยยา รูปแบบความเครียด และความอ่อนแอของการเจ็บป่วย บทบาทของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วม ความรู้พื้นฐานในเรื่องสุราและสารเสพติด ผลกระทบจากการใช้สุราและสารเสพติด การรักษาโรคร่วม และทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ	ผู้วิจัยได้มีประยุกต์การให้สุขภาพจิตศึกษา โดยเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาจำนวน 4 ครั้ง และนำทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเป็นอีกขั้นตอนในการทำกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ฝึกทักษะในการสื่อสารได้อย่างเต็มที่ โดยมีบูรณาการเป็น ขั้นตอนที่ 2 การให้สุขภาพจิตศึกษาโดยมีการเพิ่มเติมทักษะในการจัดการกับอาการอยากสุรา ทักษะการปฏิเสธ โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 (ต่อ)

โปรแกรม FIDD		การประยุกต์ของผู้วิจัย
ขั้นตอน	รายละเอียดกิจกรรม	
		<p>กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องสุรา สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุรา และ โรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดจากการติดสุรา การรักษาด้วยยาในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น</p> <p>กิจกรรมที่ 3 การจัดการความเครียด และทักษะการจัดการกับอารมณ์ทางลบ</p> <p>กิจกรรมที่ 4 ทักษะการจัดการกับอาการอยากสุรา และการจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกลับไปบริโภคสุรา</p> <p>กิจกรรมที่ 5 ทักษะการกล้าแสดงออก และการปฏิเสธ การปรับตัวต่อผู้อื่น</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาทักษะการสื่อสาร (Communication skills) หมายถึง การดำเนินการให้ความรู้พัฒนาทักษะเกี่ยวกับการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว และลดการบริโภคสุราประกอบไปด้วย</p>

ตารางที่ 2 (ต่อ)

โปรแกรม FIDD		การประยุกต์ของผู้วิจัย
ขั้นตอน	รายละเอียดกิจกรรม	
		<p>กิจกรรมที่ 6 ประเมินความสามารถผู้ป่วยและผู้ดูแลในการแสดงออกทางการสื่อสาร การพัฒนาทักษะการสื่อสารในเรื่อง การพูดสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้ง การร้องขอในเชิงบวก เทคนิคการให้กำลังใจ</p>
<p>ขั้นตอนที่ 4 ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา (Problem Solving)</p>	<p>พัฒนาทักษะการแก้ไขปัญห การค้นหาปัญหา และการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันระหว่างครอบครัว และผู้ป่วยมีการมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ไปใช้ในสถานการณ์จริง</p>	<p>ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมในขั้นตอนนี้ โดยเป็นขั้นตอนที่ 4การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา โดยประกอบไปด้วย</p> <p>กิจกรรมที่ 7 พัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ ระดมความคิด การแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้สามารถนำทักษะที่ได้ฝึก</p>
<p>ขั้นตอนที่ 5 สิ้นสุดสัมพันธภาพ (Termination)</p>	<p>ทบทวนการบ้านที่มอบหมายให้กับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงกิจกรรมการบำบัดที่ผ่านมา มีการวางแผนร่วมกันกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการกลับไปบริโภคสุร่าซ้ำ</p>	<p>ปฏิบัติไปใช้ในชีวิตประจำวันและแก้ไข ปัญหาต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การทะเลาะเบาะแว้ง การบริโภคสุร่าของผู้ป่วยจนเกิดพฤติกรรมรุนแรง การจัดการเมื่อมีผู้อื่นมาชักชวนผู้ป่วยไปบริโภคสุร่าโดยมีการมอบหมายการบ้านและนัดมาพบในครั้งต่อไป</p> <p>ผู้วิจัยปรับขั้นตอนการสิ้นสุดการบำบัด โดยเพิ่มการทบทวนการบ้านที่มอบหมายให้กับผู้ป่วยและฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาเพิ่มเติมคือ</p>

ตารางที่ 2 (ต่อ)

โปรแกรม FIDD		การประยุกต์ของผู้วิจัย
ขั้นตอน	รายละเอียดกิจกรรม	
		กิจกรรมที่ 8 ทบทวนกิจกรรมต่างๆและสิ้นสุดสัมพันธภาพ ประกอบไปด้วยการติดตามทบทวนกิจกรรมการบำบัดที่ผ่านมา ทักษะที่ฝึกปฏิบัติที่ผ่านมา และวางแผนร่วมกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว เพื่อป้องกันไม่ให้อาการผู้ป่วยกลับไปโรคสุราซ้ำ

โปรแกรม FIDD ของ Mueser and Fox (2002) ได้ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 9-18 เดือน โดยมีการติดตามผลโดยการประเมินการใช้สารเสพติด สุรา อาการทางจิต ความร่วมมือในการรับประทานยา ความรู้ของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ทักษะการแก้ไขปัญหา รวมถึงการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยใช้ระยะเวลาติดตามอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 6-36 เดือนของการเข้ารับการบำบัด ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์โปรแกรมและปรับระยะเวลาเพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย และมีการติดตามประเมินผลเฉพาะการบริโภคสุราของผู้ป่วย จึงมีการดำเนินกิจกรรมโดยพิจารณาจากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน ที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนการบริโภคสุรา จากการศึกษาของสมิตรา ศรสุวรรณและคณะ (2556) ในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราร่วม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดจำนวนทั้งหมด 5 ครั้ง พบว่ามีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักต่ำกว่า และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสูงกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้พัชราวลัย กนกจรธยา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ได้ทำการศึกษาการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้เสพติดสุรา โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดจำนวน 4 ครั้ง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมเสพติดสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา จำนวน 4 ครั้ง โดยส่งผลพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยลดลง (จุรีรัตน์ ไกรวงศ์, 2551) จากการทบทวนงานวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วย 1 คนและผู้ดูแล 1 คน มีระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมจำนวน 8 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรมๆละ 60 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยการดำเนินกิจกรรมในระยะเวลาดังกล่าว จะสามารถส่งผลให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถลดการบริโภคสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า การปรับระยะเวลาในการบำบัดดังกล่าว จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมวิจัยได้จนสิ้นสุดกิจกรรมการบำบัด อีกทั้งเป็นการลดและป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างขณะการดำเนินกิจกรรม

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 การศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมในผู้ติดสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

Mueser and Fox (2002) ได้ทำการศึกษาเรื่อง A Family Intervention Program for Dual Disorders (FIDD) โดยทำการศึกษาบ้านร่องจำนวน 6 ครอบครัว โดยใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาอย่างน้อย 1 ปี โดยผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมนั้นมีการลดการบริโภคสุราและใช้สารเสพติดลงและผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้บำบัดรักษา โดยได้ให้ข้อเสนอแนะว่าหากมีการศึกษาในระยะยาวจะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมได้ดีขึ้น

Mueser et al. (2009) ได้ทำการศึกษาแบบสุ่มเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของ FIDD program ในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดและสุราจำนวน 108 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับ FIDD program 20-30 ครั้ง (N=52) เป็นระยะเวลา 9-18 เดือน และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับ Psycho education แก่ครอบครัว 6-8 ครั้ง (N=56) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับ FIDD program มีการใช้สุราและสารเสพติดลดลง นอกจากนี้ในกลุ่มที่เข้ารับ FIDD program อย่างต่อเนื่องยังส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และส่งผลต่อการลดการใช้สุราและสารเสพติดถึงร้อยละ 61 เมื่อเทียบกับ Psycho education ที่มีผลต่อการใช้สุราและสารเสพติดร้อยละ 55

Mueser et al. (2013) ได้ทำการศึกษาแบบสุ่มโดยเปรียบเทียบประสิทธิผลของ FIDD program ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดและสุรา จำนวน 108 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับ FIDD program (N=52) และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับ Psycho education (N=56) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ FIDD program และ Psycho education มีผลต่อการใช้สารเสพติดและสุราลดลง อาการทางจิตดีขึ้นและคงที่ในชุมชน การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้นไม่ต่างกัน เมื่อศึกษาในระยะยาวพบว่า ผู้ที่ได้รับ FIDD program จะมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นกับครอบครัวนอกจากนี้ยังช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดอาการทางจิตที่รุนแรง และการกลับไปเป็นซ้ำของโรค

6.2 การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

Cranford et al. (2011) ศึกษาความสัมพันธ์ของการเกิดร่วมกันของพฤติกรรมการดื่มสุรากับโรคซึมเศร้า โดยได้มีการสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้ที่ดื่มสุรา (Alcohol Use) และกลุ่มผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่าโรคซึมเศร้าในผู้ติดสุราเพศชายมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของจำนวนวันที่ดื่มสุรา และพฤติกรรมการดื่มของกลุ่มผู้ติดสุรา (Alcohol

dependence) ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมของผู้ที่ดื่มสุรา (Alcohol use)

Boschloo et.al (2011) ศึกษาโรคร่วมทางจิตเวชที่พบในผู้ที่ติดสุรา และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการใช้สุราในผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวงและภาวะซึมเศร้าที่มีอายุ 18-65 ปี โดยผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 20.3 ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและและโรคจิตกึ่งวงพบว่าเป็นโรคติดสุรา และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ติดสุราได้แก่ เพศซึ่งพบในเพศชาย ประวัติการติดสุราในครอบครัว ประวัติการเกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในครอบครัว สถานภาพโสด ประสบการณ์ในวัยเด็ก ประวัติการใช้สารเสพติด

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

สุกมา แสงเดือนฉาย (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมไม่ติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา โดยเป็นผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 59 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 29 คน ประเมินผลโดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุรา (Timeline Follow back) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถสร้างความพร้อมภายในจิตใจของผู้ป่วยในการป้องกันการกลับไปติดซ้ำได้ โดยทำให้ผู้ป่วยสุรามีความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำมากขึ้น

นันทวัช ลิทธิรักษ์ และคณะ (2555) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดสุราในโรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลศรีธัญญา และศึกษาภาวะโรคร่วม (Comorbidity) ทางจิตเวชและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในผู้ติดสุรา มีการประเมินผลโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต Short-form thirty six (SF-36 Thai version) ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน มีผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมถึงร้อยละ 69 และพบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ที่ไม่โรคร่วม

สุมิตรา ศรสวรรณ, พัทยา สอาดวุธ และสุนทร ศรีโกไสย (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุราร่วม ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่ม

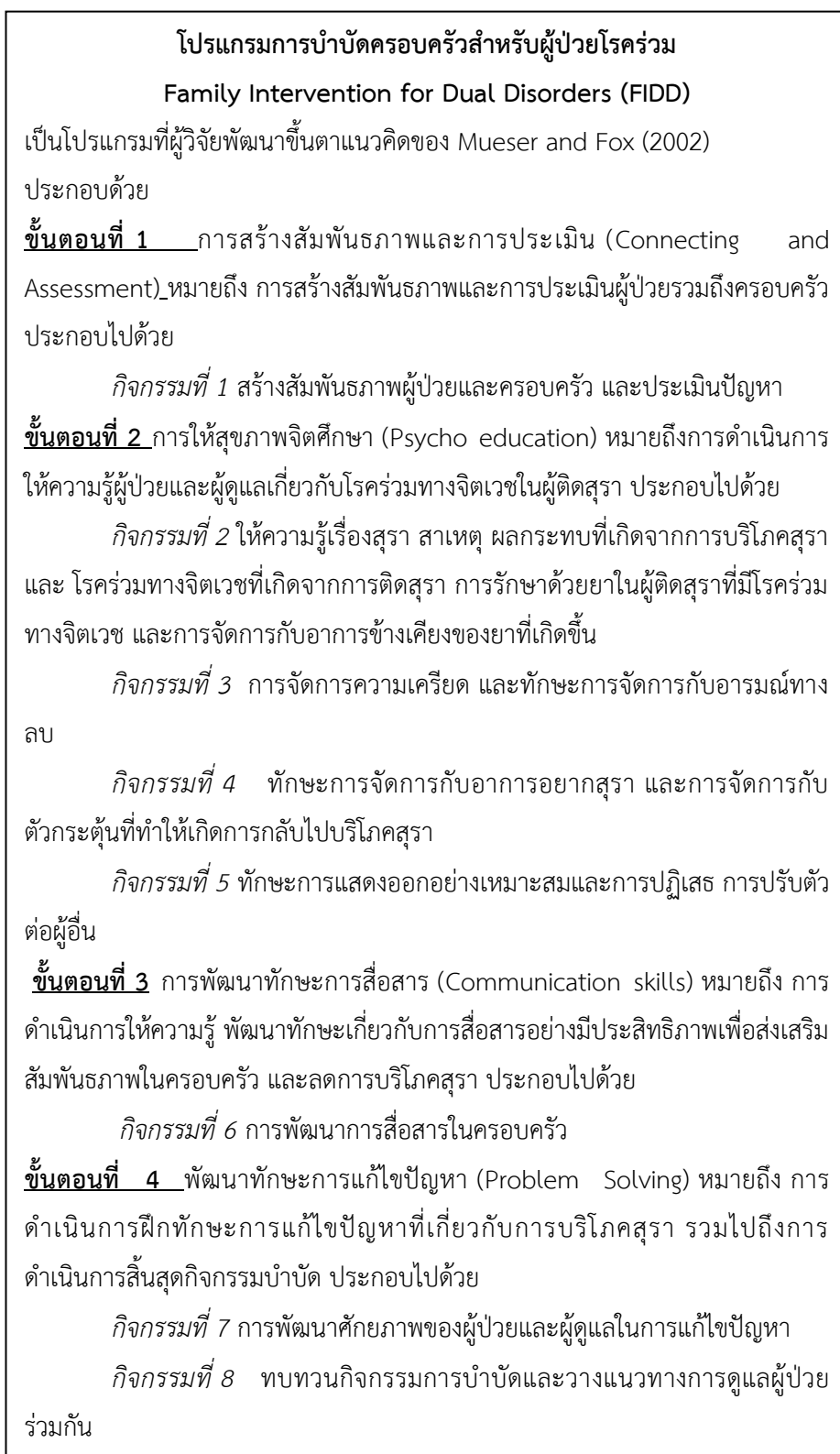
สุราแบบอันตรายและติดสุราเพศชายจำนวน 60 คน ประเมินผลโดยใช้แบบรับรู้ความสามารถของตนเองและแบบบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุรา (Timeline Follow back) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในตนเองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่การทำหน้าที่โดยรวมสูงกว่าร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักลดลงกว่า และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาแบบปกติ และจำนวนที่กลับไปดื่มซ้ำมีน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 3 เท่า เมื่อติดตามหลังการจำหน่าย 1 เดือน

บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ (2556) ได้ทำการศึกษาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา และอาการทางจิตเวชในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชสมเด็จพระยา จำนวน 72 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 43 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 29 คน ประเมินผลโดยแบบวัดพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ขององค์การอนามัยโลก แบบวัดคุณภาพชีวิต และแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนปริมาณการดื่มสุราและคะแนนอาการทางจิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง 1, 2 และ 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญ

พุดิชาดา จันทะคุณ (2556) ได้ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ โดยเป็นผู้ป่วยจิตเภทซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชน มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 40 คน ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ (AUDIT) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในกลุ่มที่ได้รับกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมมีการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 *วารสารกรมมหาวิทยาลัย*

กฤตยา แสงทรัพย์ (2557) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สุรา ในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 23 คน ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ (ACA) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. กรอบแนวคิด



การ
บริโภค
สุรา
(Sobell
and
Sobell,
2000)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The pretest-posttest control group design) (Polit and Beck, 2004) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตัวแปรต้นคือ โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม ตัวแปรตามคือ การบริโภคสุรา มีรูปแบบการทดลองดังนี้



O₁ หมายถึง การประเมินการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม

O₂ หมายถึง การประเมินการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม

X หมายถึง การทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม

O₃ หมายถึง การประเมินการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง การประเมินการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดยาและมีโรคร่วมทางจิตเวชตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช แต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลหลัก รวมทั้งสิ้น 2 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดยาและมีโรคร่วมทางจิตเวชตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยจากการสำรวจจำนวนผู้ติดยาในปี 2557 พบว่าร้อยละ 97.22 เป็นเพศชาย อีกทั้งจากการสำรวจจำนวนผู้ติดยาในปี 2557 พบว่า

ร้อยละ 97.22 เป็นเพศชาย และในช่วงการสำรวจข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้ติดสุราที่เข้ามาใช้บริการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2558 เป็นเพศชายทั้งหมด ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยเพศชาย สำหรับกลุ่มตัวอย่างแต่ละครอบครัวประกอบไปด้วย ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และผู้ดูแลหลัก รวมทั้งสิ้น 2 คน จำนวน 40 ครอบครัว ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว โดยการจับคู่ พิจารณาจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

Inclusion criteria ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

- 1) ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา F 10.2 และมีโรคร่วมทางจิตเวช F30-F39 Mood (Affective) disorder, F40-F48 Neurotic, Stress-related and Somatoform disorders และ F60-F69 Disorders of adult personality and behavior
- 2) มีการบริโภคสุราจากการประเมิน AUDIT แบบมีปัญหาและแบบติด (ระดับคะแนน ≥ 16 คะแนน)
- 3) มีอาการทางจิตสงบ โดยรับการประเมินจากจิตแพทย์โดยแบบประเมินอาการทางจิต BPRS พบว่า มีคะแนน < 36 (ไม่มีความผิดปกติของอาการทางจิตที่รุนแรง)
- 4) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น
- 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

Inclusion criteria ของผู้ดูแลหลัก

- 1) เป็นผู้ดูแลที่มีความผูกพันใกล้ชิดโดยตรงกับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชร่วม ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป ครอบครัวละ 1 คน
- 2) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น
- 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

Exclusion criteria

- 1) กลุ่มตัวอย่างมีอาการแสดงทางจิตที่ไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งต้องได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดจากจิตแพทย์
- 2) กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะถอนพิษสุรา หรือเกิดอาการแทรกซ้อนจากการถอนพิษสุราที่ต้องได้รับการดูแลจากจิตแพทย์

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power of test) ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Sample Size (PASS) (Polit and Beck, 2004) โดยนำค่าเฉลี่ย

และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลองการศึกษาของ Mueser et al. (2013) เรื่อง A Randomized Controlled Trial of Family Intervention for Co-occurring Substance Use and Severe Psychiatric Disorders มาร่วมในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 80.55% มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่สองเป็น 19.45% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างน้อยกลุ่มละ 8 ครอบครัว แต่เนื่องจากผู้วิจัยต้องการป้องกันการ drop out ของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมดเป็น 40 ครอบครัว โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

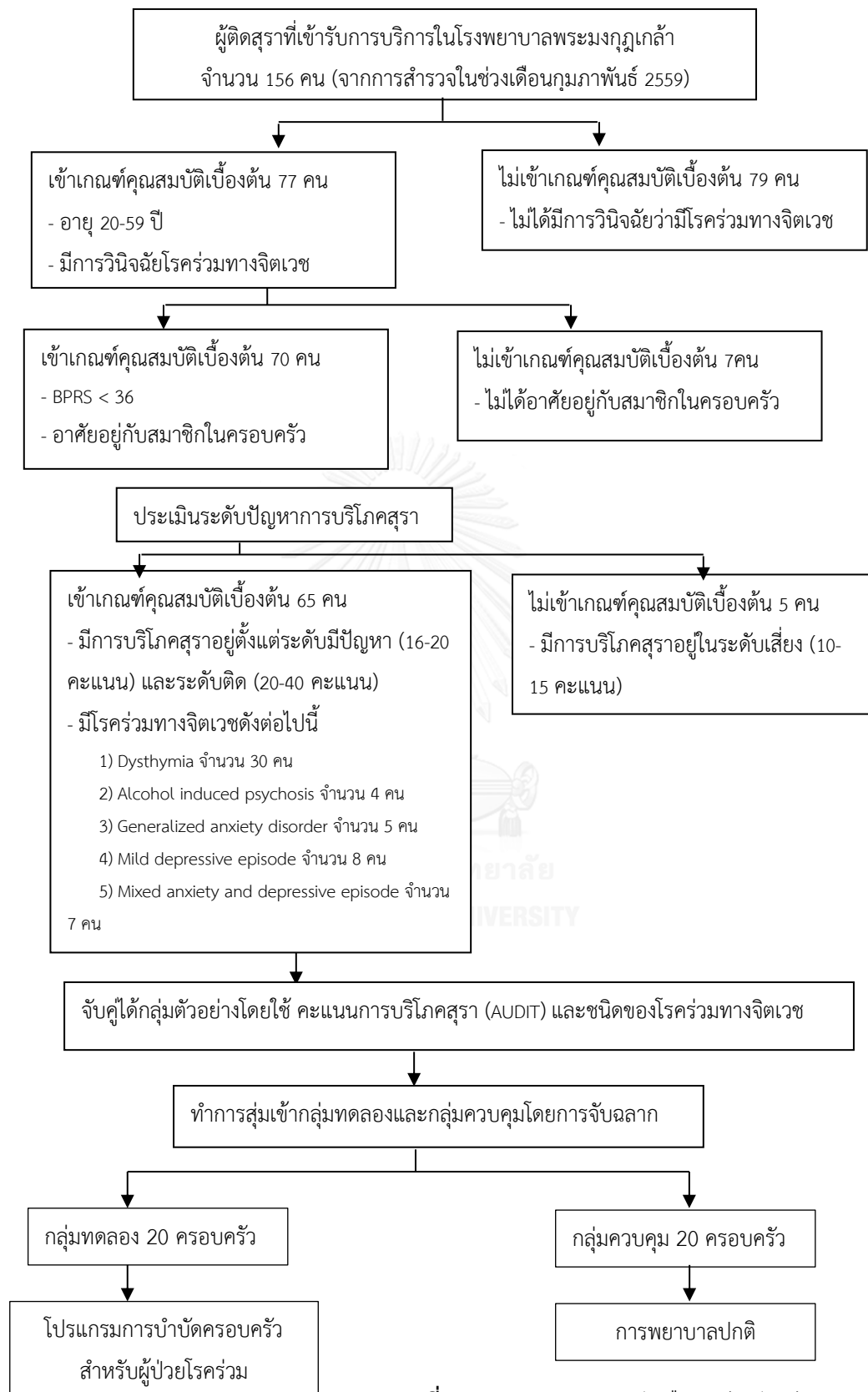
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. หลังจาก que ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมให้ดำเนินการระดมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กรมแพทยทหารบก (ตั้งหนังสืออนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ภาคผนวก ง) ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียนที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดยาที่มีโรคจิตเวชร่วมพร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่
2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดยาและมีโรคร่วมทางจิตเวชโดยพิจารณาตามคุณสมบัติในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม
3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการประเมินการบริโภคสุรา โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีคะแนนการบริโภคสุราตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปจำนวนทั้งสิ้น 40 คน
4. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
5. ผู้วิจัยจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้โดยเลือกจากคุณลักษณะบางประการของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่พบว่าส่งผลต่อการบริโภคสุรา ได้แก่ ข้อวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวช (Mueser et al, 2009) ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม คือ กลุ่ม Dysthymia กลุ่ม Generalized Anxiety Disorder กลุ่ม Alcohol induced psychosis และกลุ่ม Mild depressive disorder กลุ่ม mixed anxiety and depressive episode กลุ่ม Personality disorders และคะแนนบริโภคสุรา (สุมิตรรา ทรสุวรรณ, สุนทรี ศรีโกสย และ พัทยา สอาดอาวุธ, 2556) โดยแบ่งคะแนนการบริโภคสุราที่ใช้จับคู่ออกเป็น 2 ระดับคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการบริโภคสุราอยู่ในระดับมีปัญหา (ช่วง

คะแนน 16-19 คะแนน) และระดับดีด (ช่วงคะแนน 20-40 คะแนน) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ดังแสดงรายละเอียดในภาพที่ 2

6. เมื่อผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างได้จนครบ 20 คู่แล้ว ผู้วิจัยทำการทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทีละคู่จนครบโดยใช้วิธีการจับฉลากเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3





ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามการวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวชและคะแนนการบริโภครา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	คะแนน AUDIT		การวินิจฉัยโรคร่วม ทางจิตเวช	คะแนน AUDIT		การวินิจฉัยโรคร่วม ทางจิตเวช
	คะแนน	ระดับ		คะแนน	ระดับ	
1	38	ติด	Dysthymia	37	ติด	Dysthymia
2	37	ติด	Dysthymia	36	ติด	Dysthymia
3	36	ติด	Dysthymia	35	ติด	Dysthymia
4	34	ติด	Dysthymia	33	ติด	Dysthymia
5	36	ติด	Dysthymia	35	ติด	Dysthymia
6	32	ติด	Dysthymia	31	ติด	Dysthymia
7	23	ติด	Dysthymia	23	ติด	Dysthymia
8	35	ติด	Dysthymia	36	ติด	Dysthymia
9	27	ติด	Dysthymia	26	ติด	Dysthymia
10	26	ติด	Alcohol induced Psychosis	25	ติด	Alcohol induced Psychosis
11	31	ติด	Alcohol induced Psychosis	30	ติด	Alcohol induced Psychosis
12	30	ติด	GAD	32	ติด	GAD
13	26	ติด	GAD	24	ติด	GAD
14	30	ติด	Mild Depressive Episode	34	ติด	Mild Depressive Episode
15	26	ติด	Mild Depressive Episode	29	ติด	Mild Depressive Episode
16	28	ติด	Mixed Anxiety and Depressive Episode	26	ติด	Mixed Anxiety and Depressive Episode

ตาราง 3 (ต่อ)

คู่ ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	คะแนน AUDIT		การวินิจฉัยโรค ร่วมทางจิตเวช	คะแนน AUDIT		การวินิจฉัยโรค ร่วมทางจิตเวช
	คะแนน	ระดับ		คะแนน	ระดับ	
17	28	ติด	Mixed Anxiety and Depressive Episode	25	ติด	Mixed Anxiety and Depressive Episode
18	25	ติด	Personality Disorders	26	ติด	Personality Disorders
19	22	ติด	Personality Disorders	21	ติด	Personality Disorders
20	30	ติด	Personality Disorders	28	ติด	Personality Disorders

จากตารางที่ 3 พบว่า มีการจับคู่ลักษณะของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้คะแนนบริโภคนิสรา และการวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากจะศึกษาระดับคะแนนการบริโภคนิสราในระดับเดียวกันแล้ว คะแนนการบริโภคนิสราที่ประเมินได้จะต้องมีความแตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน ดังนั้นผู้วิจัยแบ่งผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจำนวน 6 กลุ่มคือ

1. กลุ่มของผู้ติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Dysthymia จำนวน 18 ราย มีคะแนนปัญหาการบริโภคนิสราอยู่ในระดับติด (20-40 คะแนน) โดยมีคะแนนปัญหาการบริโภคนิสราสูงสุดอยู่ที่ 38 คะแนน และคะแนนปัญหาการบริโภคนิสราต่ำสุดอยู่ที่ 26 คะแนน
2. กลุ่มของผู้ติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Alcohol induced Psychosis จำนวน 4 ราย มีคะแนนปัญหาการบริโภคนิสราอยู่ในระดับติด (20-40 คะแนน) โดยมีคะแนนปัญหาการบริโภคนิสราสูงสุดอยู่ที่ 31 คะแนน และคะแนนปัญหาการบริโภคนิสราต่ำสุดอยู่ที่ 25 คะแนน
3. กลุ่มของผู้ติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Generalized anxiety disorder (GAD) จำนวน 4 ราย มีคะแนนปัญหาการบริโภคนิสราอยู่ในระดับติด (20-40) คะแนน โดยมีคะแนนปัญหาการบริโภคนิสราสูงสุดอยู่ที่ 32 คะแนน และคะแนนปัญหาการบริโภคนิสราต่ำสุดอยู่ที่ 24 คะแนน

4. กลุ่มของผู้ติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Mild Depressive Episode จำนวน 4 ราย มีคะแนนปัญหาการบริโภคสุราอยู่ในระดับตติ (20-40 คะแนน) โดยมีคะแนนปัญหาการบริโภคสุราสูงสุดอยู่ที่ 34 คะแนน และคะแนนปัญหาการบริโภคสุรต่ำสุดอยู่ที่ 26 คะแนน

5. กลุ่มของผู้ติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Mixed Anxiety and Depressive Episode จำนวน 4 ราย และมีคะแนนปัญหาการบริโภคสุราอยู่ในระดับตติ (20-40 คะแนน) โดยมีคะแนนปัญหาการบริโภคสุราสูงสุดอยู่ที่ 28 คะแนน และคะแนนปัญหาการบริโภคสุรต่ำสุดอยู่ที่ 25 คะแนน

6. กลุ่มของผู้ติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Personality Disorders จำนวน 6 ราย มีคะแนนปัญหาการบริโภคสุราอยู่ในระดับตติ (20-40 คะแนน) โดยมีคะแนนปัญหาการบริโภคสุราสูงสุดอยู่ที่ 30 คะแนน และคะแนนปัญหาการบริโภคสุรต่ำสุดอยู่ที่ 21 คะแนน

จากตารางการจับคู่ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทุกรายมีการบริโภคสุราอยู่ในระดับตติ (20-40 คะแนน) โดยโรคร่วมทางจิตเวชที่พบการวินิจฉัยจากแพทย์มากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างคือ โรค Dysthymia

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมของคณะกรรมการพิจารณาโครงงานวิจัย กรมแพทย์ทหารบก วันอาทิตย์ที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 โดยคณะกรรมการพิจารณางานวิจัยมีมติให้ปรับแก้โครงการวิจัยดังนี้

1. เพิ่มหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยของผู้ดูแล
2. อธิบายขั้นตอนการวิจัยรวมถึงรายละเอียดของกิจกรรมที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ระบุข้อมูลในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยหากกรณีที่มีการนัดผู้ป่วยที่ไม่ตรงกับวันนัดตรวจของแพทย์ ผู้วิจัยจะมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางให้ผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยมีการคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอนตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์ผลและอภิปรายผลการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย และการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยโดยที่กลุ่มตัวอย่างจะยกเลิกเข้าร่วมเมื่อไหร่ก็ได้ โดยการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบใดๆต่อการพยาบาลและการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งหากกลุ่มตัวอย่างมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนการวิจัย สามารถสอบถามได้จาก

ผู้วิจัยโดยตรง และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับในการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้การดำเนินวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแนวคิดของ Mueser and Fox (2002)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย แบบประเมินการบริโภคสุรา (AUDIT) พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกแปลเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีความครอบคลุมในการบริโภคสุรา ปริมาณ ความถี่ รวมถึงผลเสียที่เกิดขึ้นจากการบริโภคสุรา และแบบบันทึกการบริโภคสุรา (Timeline Followback) พัฒนาโดย Sobell and Sobell (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุนทรี ศรีโกไสย (2557) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถวัดปริมาณและจำนวนวันในการบริโภคสุรา ซึ่งสอดคล้องกับคำจำกัดความของการบริโภคสุรา

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวสร้างโดยปริยศ กิตติธีระศักดิ์ (2547) ซึ่งมีการนำมาปรับปรุงโดย สาริณี โต๊ะทอง (2548) เนื่องจากการที่ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว (Mueser and Fox, 2002) อีกทั้งสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ส่งผลต่อการลดการบริโภคสุรา (สาวิตรี สุริยะฉาย, 2556) ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองซึ่งมีความสอดคล้องกับเนื้อหาในโปรแกรมเนื่องจากการที่ครอบครัวมีความรู้ในเรื่องโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ที่ติดสุรา จะทำให้ครอบครัวได้มีการดูแลติดตามผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (Mueser and Fox, 2002)

4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินการบริโภคสุรา (AUDIT) ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS)

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม โดยประยุกต์รูปแบบและเนื้อหาจากโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมของ Mueser and Fox (2002) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ติดต่อขออนุญาตประยุกต์เครื่องมือจาก Mueser ผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และ

ได้รับอนุญาตให้แปลเป็นภาษาไทย รวมทั้งได้รับการอนุญาตให้ประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ (อ่านรายละเอียดในภาคผนวก)

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมร่วมต่อการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช มีการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือดังต่อไปนี้

1.1. ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด รูปแบบของการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมของ Mueser and Fox (2002) และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมในเรื่องของการบริโภคสุราในผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

1.2. สร้างโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าและการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาร่วมกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช โดยใช้แนวคิดของ Mueser and Fox (2002) ในการสร้างโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม หลังจากนั้นกำหนดโครงสร้างของกิจกรรมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการบริโภคสุราในผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัว ประกอบด้วย 8 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมละ 1-2 กิจกรรมต่อสัปดาห์ ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ระยะเวลา 60 นาที มีการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย การแนะนำตนเอง การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรม การให้ข้อมูลผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมเป็นขั้นตอนในการส่งเสริมให้เกิดความไว้วางใจ ส่งผลให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรวมถึงผู้ดูแลมีความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลของตนเองซึ่งเป็นประโยชน์ในการดำเนินกิจกรรมต่อไป และให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของการเข้าร่วมกิจกรรม

มีการให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ประเมินการบริโภคสุราของตนเอง พิจารณาถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุราที่มีต่อครอบครัว และมีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับภายหลังการประเมินดังกล่าว นอกจากนี้ยังมีการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ติดยา ทักษะการที่มีต่อการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ผลกระทบจากการบริโภคสุราที่กระทบต่อผู้ดูแลรวมถึงมีการสะท้อนข้อมูลกลับให้ผู้ติดยาได้เกิด

ความตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุรามากขึ้น รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ติดสุราได้เกิดแรงจูงใจในการเลิกบริโภคสุรา นอกจากนี้ยังได้ให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้มีการตั้งเป้าหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ และวางแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน โดยในกิจกรรมนี้จะส่งเสริมให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้มีเป้าหมายของชีวิตที่ชัดเจน เกิดการยอมรับและเปลี่ยนแปลงการบริโภคสุราของตนเอง

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องสุรา สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุรา และ โรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดจากการติดสุรา ทักษะการใช้ยา

ระยะเวลา 60 นาที มีการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ

กิจกรรมนี้เป็นการให้ความรู้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลในเรื่อง โรคติดสุรา โรคร่วมทางจิตเวชในผู้ติดสุรา โดยอธิบายถึงปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการบริโภคสุรา กลไกของการที่สมองติดสุรา อาการถอนพิษสุรารวมถึงการดูแลผู้ที่มีอาการถอนพิษสุรา ผลกระทบจากการบริโภคสุรา การบำบัดรักษา มีการให้ความรู้เรื่องโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ติดสุรา ซึ่งอธิบายโรคร่วมทางจิตเวชแต่ละโรคถึงความสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดการบริโภคสุรา ผลกระทบจากการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งจะทำให้เกิดอาการทางจิตที่รุนแรงมากขึ้นหากยังมีการบริโภคสุราอยู่ นอกจากนี้มีการให้ความรู้เรื่องยาที่ใช้รักษาผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นรวมถึงวิธีการจัดการกับผลข้างเคียงของยา รวมถึงฝึกทักษะการใช้ยาอย่างถูกต้อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดทักษะในการใช้ยาที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยควบคุมอาการทางจิตไม่ให้รุนแรง

การที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดสุราและโรคร่วมทางจิตเวช จะส่งเสริมให้เกิดความตระหนักและรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการบริโภคสุรา โดยให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้เห็นความสำคัญของการบำบัดรักษาอาการติดสุรา รวมถึงการรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการทางจิต รวมถึงผู้ดูแลได้เห็นถึงความสำคัญของตนเองในการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัด ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีวิธีการหรือแนวทางในการช่วยเหลือผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในการเลิกบริโภคสุราได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดและอารมณ์ทางลบ

ระยะเวลา 60 นาที มีการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ

ความเครียด และ อารมณ์ทางด้านลบที่เกิดขึ้นได้ในผู้ที่ติดสุรา ได้แก่ อารมณ์ โกรธ อารมณ์ เศร้า เบื่อหน่าย เป็นต้น ซึ่งการเกิดอารมณ์ทางลบเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะกลับไปใช้สุราเพื่อ ขจัดอารมณ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าว ดังนั้นการเรียนรู้การจัดการอารมณ์ทางด้านลบที่ถูกต้อง เหมาะสมจะ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้โดยไม่ใช้สุรา อาจส่งผลให้ผู้ป่วยใช้สุราเพื่อ บรรเทาความเครียดรวมถึงอารมณ์ทางลบเหล่านั้นได้ ดังนั้นการจัดการความเครียด รวมถึงการเรียนรู้ การจัดการอารมณ์ทางด้านลบที่ถูกต้อง เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถ จัดการกับอารมณ์ของตนเองได้โดยไม่ใช้สุรา นอกจากนี้ผู้ดูแลได้มีส่วนส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้นำ วิธีการจัดการความเครียดและอารมณ์ทางลบของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ติดสุราไม่ กลับไปบริโภคสุราซ้ำอีก

ในกิจกรรมการบำบัดในครั้งนี้ เป็นการให้ความรู้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแล เกี่ยวกับความเครียด อารมณ์ทางลบ สาเหตุของการเกิด ผลกระทบจากการเกิดความเครียดและ อารมณ์ทางลบ โดยให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่ทำให้ ตนเองเกิดความเครียดและอารมณ์ทางลบ วิธีการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้น วิธีการจัดการที่ผู้ดูแลเคยได้ ให้การช่วยเหลือ มีการสอบถามแนวทางการจัดการความเครียดและอารมณ์ทางลบจากผู้ดูแล นอกจากนี้มีการฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดและอารมณ์ทางลบโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย จินตนาการตามเสียงเพลง มีการให้ผู้ดูแลได้มีแนวทางการจัดการกับความเครียดรวมถึงอารมณ์ทาง ลบโดยการฝึกสถานการณ์ วิเคราะห์การฝึกปฏิบัติในแต่ละสถานการณ์ร่วมกัน ซึ่งนอกจากการฝึก ทักษะในการพบปะกับผู้ป่วยแล้ว ยังได้มีการมอบหมายการบ้านให้นำไปฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง เพื่อให้เกิดประโยชน์มากยิ่งขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการอยากสุรา และการจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้ เกิดการกลับไปบริโภคสุรา

ระยะเวลา 60 นาที มีการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ

อาการอยากสุราเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดสุราไม่สามารถเปลี่ยนแปลงการ บริโภคสุราของตนเองด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่มีการใช้สุราเพื่อบรรเทา อาการทางจิตใจ ซึ่งผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีความเชื่อว่า การบริโภคสุรานั้นจะทำให้ตนเอง หายเครียด หายเหนื่อย และไม่มีอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวล ดังนั้นการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เรียนรู้ วิธีการจัดการกับอาการอยากอยากสุราซึ่งเกิดจากความคิดและความเชื่อที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการ

จัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสูบบุหรี่ จะทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรวมถึงผู้ดูแล มีแนวทางในการจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่และตัวกระตุ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถลดหรือเลิกบริโภคสุราได้

ในกิจกรรมนี้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจะได้เรียนรู้ถึงกระบวนการที่ทำให้เกิดอาการอยากสูบบุหรี่ การรู้จักตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความคิดในการบริโภคสุรา ซึ่งประกอบไปด้วยตัวกระตุ้นภายในและตัวกระตุ้นภายนอก จนเกิดอาการอยากสูบบุหรี่และบริโภคสุราในที่สุด มีการให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้วิเคราะห์สิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นของตนเองที่ทำให้เสี่ยงต่อการกลับไปบริโภคสุรา และหาวิธีการจัดการกับตัวกระตุ้นอย่างเหมาะสม รวมถึงการฝึกทักษะในการจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ในหลายหลายรูปแบบ โดยให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้เลือกแนวทางของตนเองในการจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ ทั้งนี้ในการดำเนินกิจกรรมนั้นได้มีการให้ผู้ดูแลได้ร่วมวิเคราะห์ และหาแนวทางการจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ร่วมกับผู้ติดสุรา มีการมอบหมายให้ไปฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง และบันทึกเหตุการณ์ต่างๆที่เกี่ยวกับการบริโภคสุรารวมถึงการจัดการอย่างเหมาะสม เพื่อนำมาอภิปรายผลร่วมกันในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 5 ทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสมและการปฏิเสธ การปรับตัวต่อผู้อื่น

ระยะเวลา 60 นาที มีการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ

การให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้เรียนรู้และฝึกทักษะในการเผชิญหน้ากับสิ่งกระตุ้น เช่น สถานการณ์เกี่ยวกับเพื่อน สถานการณ์เสี่ยง เช่น งานเลี้ยง งานบวช งานแต่งงาน ฯลฯ โดยการใช้ทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสมและทักษะการปฏิเสธ เพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่อาจเสี่ยงต่อการกลับไปบริโภคสุรา และจัดการกับสถานการณ์นั้นด้วยวิธีการที่เหมาะสมได้ มีการจำลองสถานการณ์สมมติซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ถูกผู้อื่นชักชวนไปบริโภคสุรา และให้ผู้ติดสุราได้กล่าวข้อความปฏิเสธเหมาะสมเมื่อตนเองถูกผู้อื่นชักชวนในสถานการณ์ดังกล่าว โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนช่วยเหลือ และร่วมประเมินผลสำเร็จของการใช้ทักษะการปฏิเสธ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีวิธีการปฏิเสธที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

นอกจากการให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้มีการฝึกทักษะการปฏิเสธแล้วนั้น การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้นี้ยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถพัฒนาตนเองควบคู่กับการได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลในเรื่องการปรับตัวต่อผู้อื่นประกอบไปด้วย การพัฒนาทักษะในการสำรวจและวิเคราะห์ตนเอง หาวิธีแก้ไขข้อบกพร่อง รวมถึงแนวทางการพัฒนาตนเองอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดความเข้าใจตนเองรวมถึงผู้อื่น ทำให้ผู้ติด

สุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถปรับตัวในสังคมร่วมกับผู้อื่น เพื่อให้ผู้อื่นเกิดการยอมรับ และผู้ติดสุราเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชไม่กลับไปบริโภคสุราอีก

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารในครอบครัว

ระยะเวลา 60 นาที มีการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ

การสื่อสารที่ดีในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการอยู่ร่วมกันในชีวิตประจำวัน การสื่อสารทำให้เกิดความเข้าใจที่ดี เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัว ทำให้เกิดความรักความผูกพันระหว่างกัน และยังคงช่วยให้สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหาที่เกิดจากการบริโภคสุราส่งผลให้เกิดความขัดแย้ง ความไม่เข้าใจกันในครอบครัว ซึ่งทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวนั้นเปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นการสื่อสารอย่างที่ดีในครอบครัวจะนำมาซึ่งสัมพันธภาพอันดีในครอบครัว ครอบครัวมีความเข้มแข็ง และอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้เป็นการให้ความรู้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลในเรื่องทักษะการสื่อสาร การฝึกการแสดงอารมณ์ทางบวกของผู้ป่วยและครอบครัว การลดการตำหนิตะเยียน การฝึกทักษะในการสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้ง การสอนเทคนิคการให้กำลังใจผู้ติดสุรา และให้ผู้ดูแลได้ฝึกพูดให้กำลังใจผู้ติดสุราโดยการแสดงบทบาทสมมติ มอบการบ้านกับผู้ป่วยและครอบครัว ในการฝึกปฏิบัติทักษะการสื่อสาร โดยนำความรู้ที่ได้ไปฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง เมื่อผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพต่อกันทำให้เกิดความรู้สึกและความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแล จะช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้รับกำลังใจ ความเห็นเข้าใจจากผู้ดูแลรวมถึงคนในครอบครัว ส่งผลให้มีการบริโภคสุราที่ลดลง

กิจกรรมที่ 7 การพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริโภคสุรา โดยใช้กระบวนการแก้ไขปัญหา

ระยะเวลา 60 นาที มีการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ

ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีการพบเจอกับปัญหาต่างๆในชีวิตประจำวัน ยกตัวอย่างเช่น ปัญหาการงาน การเงิน หรือปัญหาที่เกิดจากโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีการจัดการกับปัญหาที่แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของ

ผู้ติตสุรา อย่างไรก็ตามผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่ได้ใช้สุรามาเป็นทางออกของปัญหา เมื่อตนเองไม่สามารถจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดอาการติตสุราขึ้น ส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น

กระบวนการแก้ไขปัญหาก็เป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดจากการบริโภคสุรา โดยการที่ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้เรียนรู้กระบวนการแก้ไขปัญหาก็ประกอบไปด้วย การประเมินและค้นหาปัญหาในสถานการณ์ต่างๆที่เกี่ยวกับการบริโภคสุรา การร่วมกันเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาก็เหมาะสม การรวบรวมข้อมูลของปัญหาและการตัดสินใจเลือกปัญหาที่สำคัญที่สุดของผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแล และนำมาวางแผนร่วมกันในการแก้ไขปัญหาก็เหมาะสม การติดตามผลการแก้ไขปัญหาก็จะช่วยผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้รับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการบริโภคสุราที่มีอยู่ในปัจจุบัน รวมถึงได้พัฒนาความสามารถของตนเองในการแก้ไขปัญหาก็เกิดจากการบริโภคสุรา แก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างมีระบบและมีประสิทธิภาพ การที่ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรวมถึงผู้ดูแลได้มีการจัดการกับปัญหาอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ติตสุราไม่ใช้สุราในการแก้ไขปัญหาก็เกิดขึ้นอีก ส่งผลให้ลดการบริโภคสุราลง

กิจกรรมที่ 8 ทบทวนและติดตามผลการพัฒนาทักษะต่างๆ และยุติสัมพันธภาพ

ระยะเวลา 60 นาที มีการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 ของการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ

การสรุปการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดที่ผ่านมาในแต่ละกิจกรรมว่าผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้รับความรู้รวมถึงทักษะอะไรบ้างที่สามารถนำไปป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปบริโภคสุราซ้ำให้ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้บอกถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรม มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ติตสุราในการสิ้นสุดกิจกรรมการบำบัดรักษาในครั้งนี้ หากผู้ติตสุราที่มีการลดการบริโภคสุราลง จะได้รับให้คำชื่นชม ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจให้กับผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลในการคงระยะของการเลิกสุราให้นานที่สุด ให้ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้ร่วมกันวางแผนทางการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้กลับไปบริโภคสุราซ้ำ เน้นย้ำถึงเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ในขั้นตอนแรกของการบำบัด โดยการเลิกบริโภคสุรา ถือเป็นความสำเร็จอย่างหนึ่งที่จะทำให้ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ประสบความสำเร็จในเป้าหมายของตนเองต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมเพื่อให้มีความสอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของ

โปรแกรม โดยการหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญในการบำบัดผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้อง ความชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในการดำเนินกิจกรรม โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในกิจกรรมแต่ละขั้นตอนแล้วนำไปโปรแกรมและเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเห็นว่าทั้ง 8 กิจกรรมมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้คือ

ข้อที่ 1 ปรับแก้ไขระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนให้เหมาะสม

ข้อที่ 2 ปรับแก้ไขความรู้ที่ 2.6 โดยเพิ่มเนื้อหาเรื่องยาที่ใช้รักษาอาการติดยา

ข้อที่ 3 ปรับแก้ไขกิจกรรมที่ 5 โดยเพิ่มความรู้เรื่องการเสริมพฤติกรรมการติดยาที่ไม่เหมาะสม

ข้อที่ 4 ปรับแก้ไขกิจกรรมครั้งที่ 7 โดยมีการเพิ่มการให้ความรู้กับผู้ดูแลในเรื่องการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการบริโภคสุรา รวมถึงการจัดการผู้ป่วยเมื่อเกิดพฤติกรรมรุนแรงจากการบริโภคสุรา

ข้อที่ 5 มีการติดตามการประเมินการบริโภคผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกการบริโภคสุรา (Timeline Followback) ในการหาอัตราร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และ ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมฯตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาได้ทำการตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมฯไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้กับผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 5 ครอบครัว เพื่อดูความเป็นไปได้ของโปรแกรมที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้และความเหมาะสมของเวลา รวมถึงปัญหาและอุปสรรคอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น และนำมาปรึกษาปัญหาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งตามปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการทดลองจริง

ภายหลังจากการใช้โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในการดำเนินกิจกรรมได้ดีพอสมควร สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามกระบวนการที่วางไว้ แต่ในกิจกรรมครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินกิจกรรมโดยใช้ระยะเวลาที่กระชับ

มากขึ้นเนื่องด้วยข้อจำกัดทางด้านเวลาและความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการบริโภคสุรา ปริมาณและความถี่ในการบริโภคสุรา

2.2 แบบประเมินการบริโภคสุรา

แบบประเมินการบริโภคสุรา(AUDIT : Alcohol Use Disorder Identification Test) เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลกเพื่อพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการค้นหาปัญหาจากการติดสุราและค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงจากการบริโภคสุรา ผู้ที่บริโภคสุราแบบหนัก และผู้บริโภครูปแบบติด (WHO, 2001)แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และพันธ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ผลการทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของ AUDIT พบว่าอยู่ในระดับ ครอบคลุมองค์ประกอบหลักในเรื่อง การใช้สุราแบบอันตราย อาการติดสุรา และการเกิดพิษของสุราโดยประเมินจากการบริโภคสุรา ได้แก่ ปริมาณและความถี่ในการบริโภคสุรา จำนวนครั้งของการดื่มหนัก การที่ไม่สามารถควบคุมการบริโภคสุรา ความรู้สึกเสียใจหลังจากการดื่มสุรา การจำเหตุการณ์หลังจากดื่มสุราไม่ได้ การได้รับบาดเจ็บจากการบริโภคสุรา การได้รับการแสดงความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับการบริโภคสุรา โดยในแต่ละคำถามจะมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เคยเลย	เท่ากับ	0	คะแนน
เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า	เท่ากับ	1	คะแนน
2-4 ครั้งต่อเดือน	เท่ากับ	2	คะแนน
2-3 ครั้งต่อเดือน	เท่ากับ	3	คะแนน
4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	เท่ากับ	4	คะแนน

การแปลความหมายจะพิจารณาตามเกณฑ์โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

- 0-7 หมายถึง การดื่มที่มีความเสี่ยงน้อย (Low risk drinker)
- 8-15 หมายถึง การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinker)
- 16-19 หมายถึง การดื่มแบบอันตราย (Harmful Use)

≥ 20 หมายถึง การดื่มแบบติด (Alcohol dependence)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาไทยให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกันซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไปซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

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

จากการคำนวณคะแนนดัชนีความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ พบว่าแบบประเมินการบริโภคสุรา (AUDIT : Alcohol Use Disorder Identification Test) มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 1

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76

2.3 แบบบันทึกการบริโภคสุรา (Timeline Follow back)

แบบบันทึกการบริโภคสุราเป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย Sobell and Sobell (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุนทร ศรีโกสย (2557) เป็นการบันทึกการบริโภคสุราของผู้ติดยาซึ่งจะทำให้ทราบถึงชนิดของสุราที่บริโภค จำนวนวันของการบริโภคสุรา และปริมาณการบริโภคสุรา ซึ่งแบบบันทึกนี้สามารถให้ผู้ติดยาบันทึกติดต่อกันได้นานถึง 12 เดือน โดยข้อมูลที่ได้จากการบันทึกสามารถเป็นข้อมูลสะท้อนกลับเพื่อให้ผู้ติดยาเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองในทางที่ดี โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้บันทึกพฤติกรรมการบริโภคสุราเป็นระยะเวลา 1 เดือน

สำหรับข้อมูลที่ได้จากการบันทึกชนิดและปริมาณของการบริโภคสุรา จะต้องนำข้อมูลมาเทียบเคียงเป็นการดื่มมาตรฐาน (Standard Drink) สำหรับแบบบันทึกนี้จะได้ข้อมูลของปริมาณการบริโภคสุราของผู้ป่วยต่อเดือน จำนวนวันหยุดดื่มที่สามารถนำไปคำนวณร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มได้เลย และจำนวนวันที่ดื่มหนัก ผู้วิจัยจะต้องนำข้อมูลที่ได้จากชนิดของสุราที่ดื่มมาเทียบเป็นการดื่มมาตรฐานหลังจากนั้นพิจารณาปริมาณการดื่ม ถ้าดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐาน (1 ดื่มมาตรฐานจะมีแอลกอฮอล์อยู่ 10 กรัม) แสดงว่ามีการดื่มหนัก (ดื่มมากกว่า 60 กรัม) จึงนำข้อมูลนี้ไปใช้คำนวณร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ตัวอย่างวิธีการคำนวณร้อยละของจำนวนวันดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มมีรายละเอียดดังนี้

2.3.1 ร้อยละของจำนวนวันดื่มหนัก

$$\frac{\text{จำนวนวันที่ผู้ป่วยดื่มตั้งแต่ 6 ดื่มมาตรฐาน}}{\text{จำนวนวันที่มีโอกาสดื่มหนัก}} \times 100$$

2.3.2 ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม

$$\frac{\text{จำนวนวันที่ผู้ป่วยหยุดดื่ม}}{\text{จำนวนวันที่มีโอกาสหยุดดื่ม}} \times 100$$

ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในการวิจัยครั้งนี้คือ ปริมาณการบริโภคสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และ ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

สำหรับแบบบันทึกการบริโภคสุรานี้ เป็นแบบบันทึกที่มีความตรงและมาตรฐาน ผู้วิจัยจึงได้นำเครื่องไปตรวจสอบตรวจหาค่าความเที่ยงของเนื้อหาโดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้นำมาหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยประเมินกลุ่มตัวอย่างจำนวนสองครั้ง และห่างกันเป็นระยะเวลา 7 วันหลังจากที่ประเมินกลุ่มตัวอย่างครั้งที่หนึ่ง โดยใช้วิธี Test Retest และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้ $r = .976$ ซึ่งมีค่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 1 ชุด ได้แก่

แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวสร้างโดยปรียศ กิตติธีระศักดิ์ (2547) ซึ่งมีการนำมาปรับปรุงโดย สาริณี โตะทะทอง (2548) โดยแบบประเมินมีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่เป็นจริงมากที่สุดจนถึงไม่เป็นจริงเลย

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เป็นจริงมากที่สุด	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	5

เป็นจริงส่วนมาก	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	4
เป็นจริงปานกลาง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง	3
เป็นจริงน้อย	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย หรือไม่เห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่	2
ไม่เป็นจริงเลย	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความทั้งหมด	1

การแปลผลคะแนน

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49	ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว	ไม่ดี
คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49	ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว	พอใช้
คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49	ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49	ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว	ดี
คะแนนเฉลี่ย 4.5-5.00	ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว	ดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาไทยให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกันซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไปซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .83 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับแก้ภาษาให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้เท่ากับ .84

โดยการกำหนดเกณฑ์การกำกับการทดลอง คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของแบบประเมินต้องได้ตั้งแต่ 4.00 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก หากต่ำกว่าเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ ผู้ป่วยและผู้วิจัยจะร่วมกันประเมินปัญหา รวมถึงอุปสรรคพร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขเพิ่มเติมโดยพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาต่าง ๆ เหล่านั้นโดยใช้กระบวนการบำบัดรักษาต่อไป

หลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดรักษาในกิจกรรมที่ 8 ผู้วิจัยประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนที่ได้จากการประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือระดับดีมาก

4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

4.1 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic rating Scale; BPRS)

เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยโดยพัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham (1962) มีการแปลเครื่องมือเป็นภาษาไทยโดยพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2549) มีการตรวจสอบเครื่องมือด้านความเที่ยง โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน มีการแปลผลตามเกณฑ์ดังนี้

ระดับคะแนน 18-36	หมายถึง	มีอาการทางจิตในระดับน้อย
ระดับมากกว่า 36	หมายถึง	มีอาการทางจิตในระดับมาก

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีขั้นตอนในการเตรียมการดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ในเรื่องการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม โดยได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัย มีการอบรมหลักสูตรจิตวิทยาการและการให้คำปรึกษาครอบครัวจำนวน 3 วัน และการเข้ารับการอบรมเทคนิคการบำบัดความคิดและพฤติกรรมขั้นพื้นฐานจำนวน 3 วัน ร่วมกับการได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาวิจัยไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง อีกทั้งได้มีการพัฒนา

ทักษะการทำกลุ่มโดยฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ติตสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมในหอผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความชำนาญ และนำไปใช้จริง ภายใต้การนิเทศงานของผู้เชี่ยวชาญด้านสุราและยาเสพติดของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

1.2 ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ คู่มือการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลดังกล่าวข้างต้น

1.3 ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานพัฒนางานวิจัยกรมแพทยทหารบก เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ก่อนการดำเนินงานเพื่อเก็บข้อมูลการวิจัยในครั้งต่อไป

1.4 หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานพัฒนางานวิจัยกรมแพทยทหารบก ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการกองจิตเวชและประสาทวิทยา หัวหน้าพยาบาลแผนกจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ได้ยื่นขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานพัฒนางานวิจัย กรมแพทยทหารบก เพื่อทำการขออนุญาตทำการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย วัน เวลา และสถานที่ในการทำวิจัยครั้งนี้

1.5 เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน โดยผู้วิจัยเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ติตสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยสังเกตและบันทึกพัฒนาการของครอบครัวและผู้ป่วย โดยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประชากร กลุ่มตัวอย่างและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดในการเก็บบันทึกข้อมูล และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์เบื้องต้นจากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินการบริโภคสุรา ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามเกณฑ์เบื้องต้น

1.7 เมื่อผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยจะดำเนินการตามกระบวนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างซึ่งประกอบไปด้วยผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแล หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จะให้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

1.8 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษา โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched-pair) โดยประเมินจาก โรคร่วมทางจิตเวช และคะแนนการบริโภคสุรา ซึ่งมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างคะแนนการบริโภคสุราอยู่ในระดับมีอันตรายคู่กับอันตราย และระดับติดคู่อกับระดับติด จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว

2. ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ภายหลังที่ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ครอบครัว ในขั้นตอนของการทดลองมีการดำเนินการดังนี้

2.1 การดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.1.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยมีการดำเนินการดังนี้

2.1.1.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินการบริโภคสุราโดยใช้ แบบประเมินการบริโภคสุรา (Audit) และสอบถามการบริโภคสุราของกลุ่มตัวอย่างใน 1 เดือนที่ผ่านมา (Pre-test)

2.1.1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมในส่วนของโรงพยาบาลปกติ ได้แก่ การประเมินทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำแนะนำตามปัญหาที่เกิดขึ้น การให้คำปรึกษาเบื้องต้นตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในแต่ละราย การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน การให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการแนะนำการมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการ

2.1.1.3 ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างมาพบอีกครั้งหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมที่ 8 เป็นระยะเวลา 1 เดือน เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินการบริโภคสุราอีกครั้งโดยใช้แบบบันทึกการบริโภคสุรา (Post-test)

2.1.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเตรียมการดำเนินการดังนี้

2.1.2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินการบริโภคสุราโดยใช้ แบบประเมินการบริโภคสุรา (Audit) และสอบถามการบริโภคสุราของกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา (Pre-test)

2.1.2.2 หลังจากการประเมินการบริโภคสุรา ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม โดยทำเป็นรายครอบครัวประกอบด้วยผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และผู้ดูแล ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ครั้งละ 60 นาที จนครบ 8 กิจกรรม เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์ มีการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม

กิจกรรม	กลุ่มตัวอย่าง	วันที่	เวลา	สถานที่
กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแล	ครอบครัวที่ 1	7 มีนาคม 2559	8.00-9.00	แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชและ ประสาทวิทยา
	ครอบครัวที่ 2		9.00-10.00	
	ครอบครัวที่ 3		10.00-11.00	
	ครอบครัวที่ 4		11.00-12.00	
	ครอบครัวที่ 5		13.00-14.00	
	ครอบครัวที่ 6	8 มีนาคม 2559	8.00-9.00	แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชและ ประสาทวิทยา
	ครอบครัวที่ 7		9.00-10.00	
	ครอบครัวที่ 8		10.00-11.00	
	ครอบครัวที่ 9		11.00-12.00	
	ครอบครัวที่ 10		13.00-14.00	
	ครอบครัวที่ 11	9 มีนาคม 2559	8.00-9.00	แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชและ ประสาทวิทยา
	ครอบครัวที่ 12		9.00-10.00	
	ครอบครัวที่ 13		10.00-11.00	
	ครอบครัวที่ 14		11.00-12.00	
	ครอบครัวที่ 15		13.00-14.00	
	ครอบครัวที่ 16	10 มีนาคม 2559	8.00-9.00	แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชและ ประสาทวิทยา
	ครอบครัวที่ 17		9.00-10.00	
	ครอบครัวที่ 18		10.00-11.00	
	ครอบครัวที่ 19		11.00-12.00	
	ครอบครัวที่ 20		13.00-14.00	
กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องสุราสาเหตุผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุรา และโรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดจากการติดสุราทักษะการใช้ยา	ครอบครัวที่ 1	9 มีนาคม 2559	14.00-15.00	แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชและ ประสาทวิทยา
	ครอบครัวที่ 2		15.00-16.00	
	ครอบครัวที่ 3		16.00-17.00	
	ครอบครัวที่ 4	10 มีนาคม 2559	14.00-15.00	แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชและ ประสาทวิทยา
	ครอบครัวที่ 5		15.00-16.00	
	ครอบครัวที่ 6		16.00-17.00	

ตารางที่ 4 (ต่อ)

กิจกรรม	กลุ่มตัวอย่าง	วันที่	เวลา	สถานที่	
	ครอบครัวที่ 7	11 มีนาคม 2559	14.00-15.00	แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชและ ประสาทวิทยา	
	ครอบครัวที่ 8		15.00-16.00		
	ครอบครัวที่ 9		16.00-17.00		
	ครอบครัวที่ 10	12 มีนาคม 2559	9.00-10.00	แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชและ ประสาทวิทยา	
	ครอบครัวที่ 11		10.00-11.00		
	ครอบครัวที่ 12		11.00-12.00		
	ครอบครัวที่ 13		13.00-14.00		
	ครอบครัวที่ 14		14.00-15.00		
	ครอบครัวที่ 15		15.00-16.00		
	ครอบครัวที่ 16	13 มีนาคม 2559	9.00-10.00	แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชและ ประสาทวิทยา	
	ครอบครัวที่ 17		10.00-11.00		
	ครอบครัวที่ 18		11.00-12.00		
	ครอบครัวที่ 19		13.00-14.00		
	ครอบครัวที่ 20		14.00-15.00		
	กิจกรรมที่ 3 การ พัฒนาทักษะการ จัดการความเครียด และอารมณ์ทางลบ	ครอบครัวที่ 1	14 มีนาคม 2559	16.00-17.00	ห้องให้คำปรึกษา หอผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1
		ครอบครัวที่ 2		17.00-18.00	
		ครอบครัวที่ 3		18.00-19.00	
		ครอบครัวที่ 4	15 มีนาคม 2559	16.00-17.00	ห้องให้คำปรึกษา หอผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1
		ครอบครัวที่ 5		17.00-18.00	
		ครอบครัวที่ 6		18.00-19.00	
ครอบครัวที่ 7		16 มีนาคม 2559	13.00-14.00	ห้องให้คำปรึกษา หอผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1	
ครอบครัวที่ 8			16.00-17.00		
ครอบครัวที่ 9			17.00-18.00		

ตารางที่ 4 (ต่อ)

กิจกรรม	กลุ่มตัวอย่าง	วันที่	เวลา	สถานที่
	ครอบครัวที่ 10 ครอบครัวที่ 11 ครอบครัวที่ 12	17 มีนาคม 2559	16.00-17.00 17.00-18.00 18.00-19.00	ห้องให้คำปรึกษา หอผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 13 ครอบครัวที่ 14	18 มีนาคม 2559	17.00-18.00 18.00-19.00	ห้องให้คำปรึกษา หอผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 15 ครอบครัวที่ 16 ครอบครัวที่ 17 ครอบครัวที่ 18 ครอบครัวที่ 19 ครอบครัวที่ 20	19 มีนาคม 2559	9.00-10.00 10.00-11.00 11.00-12.00 13.00-14.00 14.00-15.00 15.00-16.00	ห้องให้คำปรึกษา หอผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1
กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการอยากสุรา และการจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกลับไปบริโภคสุรา	ครอบครัวที่ 1 ครอบครัวที่ 2 ครอบครัวที่ 3	20 มีนาคม 2559	15.00-16.00 16.00-17.00 17.00-18.00	ห้องให้คำปรึกษา หอผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 4 ครอบครัวที่ 5 ครอบครัวที่ 6	21 มีนาคม 2559	16.00-17.00 17.00-18.00 18.00-19.00	ห้องให้คำปรึกษา หอผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 7 ครอบครัวที่ 8 ครอบครัวที่ 9	22 มีนาคม 2559	16.00-17.00 17.00-18.00 18.00-19.00	ห้องให้คำปรึกษา หอผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 10 ครอบครัวที่ 11 ครอบครัวที่ 12	23 มีนาคม 2559	9.00-10.00 16.00-17.00 17.00-18.00	ห้องให้คำปรึกษา หอผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1

ตารางที่ 4 (ต่อ)

กิจกรรม	กลุ่มตัวอย่าง	วันที่	เวลา	สถานที่
	ครอบครัวที่ 13 ครอบครัวที่ 14 ครอบครัวที่ 15	24 มีนาคม 2559	16.00-17.00 17.00-18.00 18.00-19.00	ห้องให้คำปรึกษา หอผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 16 ครอบครัวที่ 17 ครอบครัวที่ 18 ครอบครัวที่ 19 ครอบครัวที่ 20	26 มีนาคม 2559	9.00-10.00 10.00-11.00 11.00-12.00 15.00-16.00 17.00-18.00	ห้องให้คำปรึกษา หอผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1
กิจกรรมที่ 5 ทักษะ การแสดงออกอย่าง เหมาะสมและการ ปฏิเสธ การปรับตัวต่อ ผู้อื่น	ครอบครัวที่ 1 ครอบครัวที่ 2 ครอบครัวที่ 3	28 มีนาคม 2559	16.00-17.00 17.00-18.00 18.00-19.00	ห้องให้คำปรึกษา หอผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 4 ครอบครัวที่ 5 ครอบครัวที่ 6	29 มีนาคม 2559	16.00-17.00 17.00-18.00 18.00-19.00	ห้องให้คำปรึกษา หอผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 7 ครอบครัวที่ 8 ครอบครัวที่ 9	30 มีนาคม 2559	16.00-17.00 17.00-18.00 18.00-19.00	ห้องให้คำปรึกษา หอผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 10 ครอบครัวที่ 11 ครอบครัวที่ 12	31 มีนาคม 2559	16.00-17.00 17.00-18.00 18.00-19.00	ห้องให้คำปรึกษา หอผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 13 ครอบครัวที่ 14 ครอบครัวที่ 15 ครอบครัวที่ 16	1 เมษายน 2559	15.00-16.00 16.00-17.00 17.00-18.00 18.00-19.00	ห้องให้คำปรึกษา หอผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1

ตารางที่ 4 (ต่อ)

กิจกรรม	กลุ่มตัวอย่าง	วันที่	เวลา	สถานที่
	ครอบครัวที่ 17 ครอบครัวที่ 18 ครอบครัวที่ 19 ครอบครัวที่ 20	2 เมษายน 2559	9.00-10.00 10.00-11.00 14.00-15.00 15.00-16.00	ห้องให้คำปรึกษา หอผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1
กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารในครอบครัว	ครอบครัวที่ 1	4 เมษายน 2559	16.00-17.00	ห้องให้คำปรึกษา
	ครอบครัวที่ 2		17.00-18.00	หอผู้ป่วยจิตเวช
	ครอบครัวที่ 3		18.00-19.00	ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 4	6 เมษายน 2559	9.00-10.00	ห้องให้คำปรึกษา
	ครอบครัวที่ 5		10.00-11.00	หอผู้ป่วยจิตเวช
	ครอบครัวที่ 6		13.00-14.00	ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 7		14.00-15.00	
	ครอบครัวที่ 8		15.00-16.00	
	ครอบครัวที่ 9	7 เมษายน 2559	16.00-17.00	ห้องให้คำปรึกษา
	ครอบครัวที่ 10		17.00-18.00	หอผู้ป่วยจิตเวช
	ครอบครัวที่ 11		18.00-19.00	ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 12	8 เมษายน 2559	16.00-17.00	ห้องให้คำปรึกษา
	ครอบครัวที่ 13		17.00-18.00	หอผู้ป่วยจิตเวช
	ครอบครัวที่ 14		18.00-19.00	ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 15	9 เมษายน 2559	8.00-9.00	ห้องให้คำปรึกษา
	ครอบครัวที่ 16		9.00-10.00	หอผู้ป่วยจิตเวช
	ครอบครัวที่ 17		10.00-11.00	ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 18		13.00-14.00	
	ครอบครัวที่ 19		14.00-15.00	
	ครอบครัวที่ 20		15.00-16.00	

ตารางที่ 4 (ต่อ)

กิจกรรม	กลุ่มตัวอย่าง	วันที่	เวลา	สถานที่
กิจกรรมที่ 7 การพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสุรา โดยใช้กระบวนการแก้ไข้ปัญหา	ครอบครัวที่ 1	11 เมษายน 2559	16.00-17.00	ห้องให้
	ครอบครัวที่ 2		17.00-18.00	คำปรึกษา หอ
	ครอบครัวที่ 3		18.00-19.00	ผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 4	13 เมษายน 2559	9.00-10.00	ห้องให้
	ครอบครัวที่ 5		10.00-11.00	คำปรึกษา หอ
	ครอบครัวที่ 6		13.00-14.00	ผู้ป่วยจิตเวช
	ครอบครัวที่ 7		14.00-15.00	ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 8	15.00-16.00		
	ครอบครัวที่ 9	14 เมษายน 2559	9.00-10.00	ห้องให้
	ครอบครัวที่ 10		10.00-11.00	คำปรึกษา หอ
	ครอบครัวที่ 11		13.00-14.00	ผู้ป่วยจิตเวช
	ครอบครัวที่ 12		14.00-15.00	ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 13		15.00-16.00	
	ครอบครัวที่ 14	16 เมษายน 2559	9.00-10.00	ห้องให้
	ครอบครัวที่ 15		10.00-11.00	คำปรึกษา หอ
	ครอบครัวที่ 16		13.00-14.00	ผู้ป่วยจิตเวช
	ครอบครัวที่ 17		14.00-15.00	ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 16		15.00-16.00	
	ครอบครัวที่ 17	17 เมษายน 2559	10.00-11.00	ห้องให้
	ครอบครัวที่ 18		13.00-14.00	คำปรึกษา หอ
ครอบครัวที่ 19	14.00-15.00		ผู้ป่วยจิตเวช	
ครอบครัวที่ 20	15.00-16.00		ชาย 8/1	

ตารางที่ 4 (ต่อ)

กิจกรรม	กลุ่มตัวอย่าง	วันที่	เวลา	สถานที่
กิจกรรมที่ 8 ทบทวน และติดตามผลการ พัฒนาทักษะต่างๆ และยุติสัมพันธภาพ	ครอบครัวที่ 1	19 เมษายน 2559	16.00-17.00	ห้องให้
	ครอบครัวที่ 2		17.00-18.00	คำปรึกษา หอ
	ครอบครัวที่ 3		18.00-19.00	ผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 4	20 เมษายน 2559	16.00-17.00	ห้องให้
	ครอบครัวที่ 5		17.00-18.00	คำปรึกษา หอ
	ครอบครัวที่ 6		18.00-19.00	ผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 7	21 เมษายน 2559	16.00-17.00	ห้องให้
	ครอบครัวที่ 8		17.00-18.00	คำปรึกษา หอ
	ครอบครัวที่ 9		18.00-19.00	ผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 10	22 เมษายน 2559	16.00-17.00	ห้องให้
	ครอบครัวที่ 11		17.00-18.00	คำปรึกษา หอ
	ครอบครัวที่ 12		18.00-19.00	ผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 13	23 เมษายน 2559	9.00-10.00	ห้องให้
	ครอบครัวที่ 14		10.00-11.00	คำปรึกษา หอ
	ครอบครัวที่ 15		11.00-12.00	ผู้ป่วยจิตเวช
	ครอบครัวที่ 16		14.00-15.00	ชาย 8/1
	ครอบครัวที่ 17		15.00-16.00	
	ครอบครัวที่ 18	24 เมษายน 2559	10.00-11.00	ห้องให้
	ครอบครัวที่ 19		13.00-14.00	คำปรึกษา หอ
	ครอบครัวที่ 20		14.00-15.00	ผู้ป่วยจิตเวช ชาย 8/1

รายละเอียดกิจกรรมและการประเมินผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรค
ร่วมมีดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแล

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัด ผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้เกิดความไว้วางใจ ยอมรับ
และให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา
2. เพื่อประเมินระดับการติดสุรา และความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่องสุรา
และโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ที่ติดสุรา
3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการบริโภคสุรา
4. เพื่อประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วยในการเลิกสุรา
5. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในวัตถุประสงค์ รูปแบบการดำเนินกิจกรรม และ
ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัด
6. เพื่อวางแผนทางร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการบำบัดรักษาเพื่อลดการบริโภคสุราของผู้ติด
สุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมที่ 1 ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลทุกคนสามารถ

1. มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้วิจัย และให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี
2. บอกถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบการดำเนินกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วม
กิจกรรมการบำบัดได้อย่างถูกต้อง
3. บอกถึงข้อมูลการบริโภคสุราของตนเอง ทศนคติที่มีต่อการบริโภคสุรา และบทบาทของ
ตนเองในครอบครัวได้
4. ตระหนักและรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการบริโภคสุรา
5. ระบุเป้าหมายของชีวิต และแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

การดำเนินกิจกรรม

1. สร้างสัมพันธภาพโดยผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแล
ด้วยสื่อน้ำยิ้มแย้มแจ่มใส ทำทางเป็นมิตร จริงใจและเปิดเผย ให้การยอมรับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทาง
จิตเวชและผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ มั่นใจ และยอมเปิดเผยข้อมูล รวมถึงให้ผู้ติดสุราที่มีโรค
ร่วมทางจิตเวช และผู้ดูแลได้แนะนำตนเอง

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการการบำบัด จำนวนครั้งของกิจกรรมและระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้นคือ 8 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย
3. ผู้วิจัยประเมินการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช โดยเปิดโอกาสให้ผู้ติดสุราได้เล่าเรื่องราวของตนเองเกี่ยวกับการบริโภคสุราที่ผ่านมา สาเหตุของการบริโภคสุรา ปริมาณและความถี่ในการบริโภคสุรา ประวัติการรักษาโรคติดสุรา ประสบการณ์การเลิกสุราของตนเอง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริโภคสุราที่ผ่านมา
4. ผู้วิจัยให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้พูดคุยเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตเวชของตนเอง การรักษาของเองที่ผ่านมา รวมถึงวิธีการจัดการกับอาการทางจิตของตนเอง โดยให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการทางจิตเวชของผู้ติดสุรา และประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช
5. ผู้วิจัยให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับการบริโภคสุรา คะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว โดยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดจากการบริโภคสุราที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมถึงการบริโภคสุราที่กระทบกับโรคร่วมทางจิตเวช โดยให้ผู้ป่วยได้ประเมินการบริโภคสุราของตนเองและวิเคราะห์ผลกระทบจากการบริโภคสุราที่มีต่อตนเองจากใบกิจกรรม เรื่องของเหล่า สิ่งที่ดีและไม่ดีจากการบริโภคสุรา
6. เมื่อผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้วิเคราะห์ผลกระทบจากการบริโภคสุราที่มีต่อตนเองแล้ว พยาบาลสะท้อนข้อมูลและสรุปผลการวิเคราะห์อีกครั้งว่าการบริโภคสุราส่งผลกระทบต่อผู้อื่นในด้านใดบ้าง หากผู้ป่วยเลิกสุราจะเกิดผลดีต่อตนเองอย่างไร เป็นต้น จากนั้นผู้วิจัยสอบถามระดับแรงจูงใจของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชโดยใช้แบบสอบถามขึ้นบันไดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมถึงกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้มีส่วนสนับสนุนผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีแรงจูงใจในการเลิกสุราได้มากขึ้น
7. ผู้วิจัยให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้กำหนดเป้าหมายของชีวิตจากกิจกรรมบ้านแห่งความรัก โดยให้ผู้ป่วยได้วาดภาพบ้านของตนเองรวมถึงระบุสิ่งที่ยากเปลี่ยนแปลงตนเอง รวมถึงสิ่งที่ยากให้ผู้ดูแลช่วยเหลือเพื่อให้เลิกสุราได้สำเร็จ นอกจากนี้พยาบาลได้ให้ผู้ดูแลได้วาดรูปบ้านของตนเองและสิ่งที่ยากให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้เปลี่ยนแปลงตนเอง รวมถึงสิ่งที่ยากให้ผู้ดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเลิกสุราได้สำเร็จ
8. เมื่อผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ระบุสิ่งที่ยากจะเปลี่ยนแปลงตนเองแล้ว พยาบาลให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้กล่าวว่า จะมีวิธีการเปลี่ยนแปลงตนเองอย่างไรบ้าง เช่น การเลิก

บริโภคนิสัยจะมีวิธีการปฏิบัติอย่างไร รวมถึงให้ผู้ดูแลได้กล่าวแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเพื่อให้เลิกสุราได้สำเร็จ

9. พยาบาลให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ตั้งเป้าหมายของชีวิตของตนเองในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านหน้าที่การงาน ด้านครอบครัว และด้านสังคม โดยให้ระบุแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้ตนเองได้ไปถึงเป้าหมายที่ตนเองได้วางไว้ โดยให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมโดยการวางแผนแนวทางในการดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช จากนั้นพยาบาลสรุปเป้าหมายของผู้ติดสุราในแต่ละด้าน และให้ร่วมกันสร้างเป้าหมายของครอบครัวรวมถึงแนวทางปฏิบัติของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแล

10. พยาบาลสรุปกิจกรรมที่ทำในครั้งนี้อย่างพร้อมทั้งเน้นย้ำเป้าหมายที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ตั้งไว้ แนวทางการปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแล

11. พยาบาลสร้างข้อตกลงร่วมกับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแล คือ มีการยอมรับและยินดีเข้าร่วมการบำบัดครบทุกครั้ง และมาเข้ารับการบำบัดตรงตามเวลาที่พยาบาลได้นัดหมายไว้ในกรณีที่ไม่สามารถเข้ามารับการบำบัดได้ ให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหรือผู้ดูแลแจ้งพยาบาลให้รับทราบทุกครั้ง

12. พยาบาลมอบหมายการบ้านโดยให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้บันทึกการบริโภคสุราของตนเอง ในปฏิทินบันทึกการบริโภคสุรา

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. กระดาษ A4 ดินสอ ดินสอระบายสี
2. ใบความรู้ที่ 1 โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม ความสำคัญของการมีครอบครัวในการดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช
3. ใบกิจกรรมที่ 1.1 ฉันทิมสุราบ่อยแค่ไหน
4. ใบกิจกรรมที่ 1.2 เรื่องของเหล่า: สิ่งที่ดีและไม่ดี
5. ใบกิจกรรมที่ 1.3 บ้านแห่งความรัก
6. ใบกิจกรรมที่ 1.4 เป้าหมายในชีวิตของฉัน
7. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ติดสุราและครอบครัว
8. ตารางนัดหมายในการทำกิจกรรม

การประเมินผล

ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลทุกคนมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้วิจัย โดยมีการกล่าวทักทายกับผู้วิจัยด้วยสีหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อ

การบำบัดรักษา เกิดความเข้าใจวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมในครั้งนี้ โดยสามารถบอกได้ว่า การเข้าร่วมกิจกรรมจะช่วยให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดความรู้อย่างถูกต้อง ความเข้าใจเกี่ยวกับสุรา โรคร่วมทางจิตเวช การดูแลรักษา เกิดทักษะในการจัดการกับความเครียด อารมณ์ทางลบ การปฏิเสธ การสื่อสาร และการแก้ไขปัญหา รวมถึงการวางแผนทางในการป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ

ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรับรู้ว่าคุณเองมีการบริโภคสุรายุอยู่ในระดับติด เกิดความตระหนักถึงปัญหาที่เกิดจากการบริโภคสุราของตนเอง ซึ่งมีผลกระทบต่อร่างกายครอบครัว และสังคม มีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองโดยไม่ต้องบริโภคสุราอีก ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

“ครั้งนี้ผมต้องเลิกจริงๆแล้วละ ร่างกายผมไม่ไหว”

“เพื่อนผมมีลูกมีเมียกันหมดละ ผมก็อยากมีกับเขาบ้าง อยากมีอนาคตที่ดี สังคมยอมรับ”

“เหล้ามันทำให้ผมมีความสุขแค่ตอนดื่มเท่านั้น แต่ผมอยากเลิกเพราะผมอยากมีความสุขที่ไม่ได้มาจากการเมา”

“ผมว่าตอนนี้ร่างกายผมแย่มาก หลงลืมง่ายมาก ผมว่าเป็นเพราะเหล้านี้แหละ อีกอย่างผมทำงานได้ไม่ค่อยดีเหมือนเมื่อก่อน ผมอยากกลับไปเป็นเหมือนเดิม”

“ผมอยากปรับปรุงตัวเองให้ดีขึ้น เป็นของขวัญให้กับภรรยาของผมครับ”

“ลูกผมจะเข้ามหาวิทยาลัยแล้ว ผมไม่อยากให้เพื่อนล้อว่ามีพ่อขี้เมา อีกอย่างค่าใช้จ่ายก็เยอะ สุขภาพก็แย่ ถ้าไม่เลิกตอนนี้ คงจะไม่มีกิน”

ผู้ดูแลรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดจากการบริโภคสุราที่มีต่อครอบครัว มีความยินดีและตั้งใจที่จะช่วยเหลือผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชให้สามารถลดการบริโภคสุราได้ โดยรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นคู่สมรสของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ดังนั้นจึงมีความผูกพันใกล้ชิดและพร้อมที่จะมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดสุราในครั้งนี้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล

“ถ้าเขามีความตั้งใจจริง เราก็พร้อมที่จะสนับสนุนเขาทุกอย่าง”

“เวลาเมามากก็ทะเลากัน มันไม่มีความสุขหรอก”

“บางครั้งเขาเจียบๆ ไม่ค่อยคุยกับใคร หยิบเหล้ามาดื่ม เราก็เป็นห่วง”

“เขาเป็นคนเครียดง่าย คิดมาก แต่ไม่ยอมบอกใคร ถ้าบอก เราก็ยินดีช่วย”

“อยากให้เขาเลิกได้ จะคอยช่วยเหลือให้เต็มที่ ถ้าเลิกได้ทุกอย่างก็จะดีขึ้น ทุกวันนี้

สุขภาพแย่มาก”

ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้กำหนดเป้าหมายชีวิต โดยต้องการให้ครอบครัวมีความสุข มีหน้าที่การงานที่ดี ซึ่งผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทุกรายมีความต้องการที่จะเลิกบริโภคสุราให้ได้ เพื่อให้ตนเองสามารถบรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ ดังตัวอย่างคำพูด

“ผมอยากมีรถขับ จะทำอะไรสะดวกขึ้น ผมจะต้องเลิกเหล้าให้ได้ จะได้มีเงินเก็บ”

“อยากเห็นลูกเมียยิ้มได้ ครอบครัวอบอุ่น อีกครั้ง ไปเที่ยวกันพร้อมหน้าพร้อมตา ผมรู้ว่าผมทำตัวไม่ดี แต่ครั้งนี้ผมจะปรับปรุงตัว โดยการเลิกเหล้าให้สำเร็จครับ”

“ผมอยากได้งานดีๆทำ แต่ว่าคงไม่มีใครรับคนขี้เมา ผมคิดว่าผมควรปรับปรุงตัว”

“พ่อแม่ผมสำคัญมาก ผมต้องช่วยแม่ดูแลพ่อ ทุกวันนี้แม่ก็เหนื่อยมากแล้ว ผมไม่อยากให้มาเหนื่อยเพราะผมอีก ต้องเลิกดื่มเหล้าก่อนครับ”

จากการทำกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชตระหนักถึงความสำคัญของการบำบัดรักษา และการให้ครอบครัวเข้ามาในการบำบัดรักษาครั้งนี้ ส่งผลให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลดีขึ้น โดยได้มีการพูดคุยเปิดเผยความรู้สึก ทักสนคต่อกัน เกิดความเข้าใจกัน ผู้ดูแลให้ความร่วมมือและสนับสนุนผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชอย่างเต็มที่ในการบำบัดรักษาครั้งนี้ อีกทั้งผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีแรงจูงใจในการเลิกสุรารอยู่ในระดับสูง มีการกำหนดเป้าหมายชีวิตของตนเอง และได้วางแผนทางการปฏิบัติตนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกับผู้ดูแล อันจะส่งผลให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช สามารถลดการบริโภคสุราลงได้

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องสุรา สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุรา และ โรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดจากการติดสุรา ทักษะการใช้ยา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุรา สาเหตุและผลที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา การบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจในแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่โรคร่วมทางจิตเวชเพื่อลดการบริโภคสุรา รวมถึงการป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ
3. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจถึงบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและการป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ
4. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการบริโภคสุรา และเกิดแรงจูงใจในการเลิกสุรา

5. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในใช้ยาในผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่เหมาะสม และผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลการรับประทานของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

6. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาทางจิตเวชในผู้ติดเชื้อ และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดการดำเนินการครั้งที่ 2 ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลทุกคนสามารถ

1. เกิดความรู้ความเข้าใจ และสามารถบอกถึงความหมายของโรคสุรา สาเหตุและผลที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราได้อย่างถูกต้อง

2. เกิดแรงจูงใจในการเลิกสุรา

3. เกิดความรู้ความเข้าใจและอธิบายเกี่ยวกับสมองติดเชื้อ และอาการถอนพิษสุราที่เกิดขึ้นได้

4. บอกโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ติดเชื้อ สาเหตุของการเกิดโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ติดเชื้อ และผลกระทบจากการเกิดโรคร่วมได้อย่างถูกต้อง

5. เกิดความรู้ความเข้าใจ และสามารถบอกถึงแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเพื่อลดการบริโภคสุรา รวมถึงการป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ

6. เกิดความรู้ในเรื่องการรักษาด้วยยาในผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวช สามารถอธิบายเกี่ยวกับยาที่รักษาผู้ป่วย และผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นได้

7. บอกวิธีการจัดการกับผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ถูกต้อง

8. เกิดทักษะในการรับประทานยา และผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ถูกต้อง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 2.1 สารระนำรู้เกี่ยวกับสุรา

2. ใบกิจกรรมที่ 2.1 ท่านมีความเข้าใจในสุราและโรคติดเชื้ออย่างไร

3. ใบความรู้ที่ 2.2 สมองติดเชื้อ

4. ใบกิจกรรมที่ 2.2 ท่านมีความเข้าใจเรื่องสมองติดเชื้ออย่างไร

5. ใบความรู้ที่ 2.3 โรคร่วมทางจิตเวชในผู้ติดเชื้อ

6. ใบกิจกรรมที่ 2.3 มารู้จักโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ติดเชื้อกันเถอะ

7. ใบความรู้ที่ 2.4 แนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเพื่อลดการบริโภคสุรา รวมถึงการป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ

8. ใบความรู้ที่ 2.5 บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและการป้องกันการกลับไปใช้สุราซ้ำ
9. ใบกิจกรรมที่ 2.4 ครอบครัวกับการป้องกันการกลับไปบริโภคสุรา
10. ใบความรู้ที่ 2.6 การรักษาด้วยยาในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช
11. ใบความรู้ที่ 2.7 ผลข้างเคียงของยาทางจิตเวชในผู้ติดสุราและการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น
12. ใบกิจกรรมที่ 2.5 การรับประทานของท่านที่ผ่านมาเป็นอย่างไร
13. ใบกิจกรรมที่ 2.6 มาเรียนรู้การรับประทานยาที่ถูกต้องกันเถอะ
14. คลิปวิดีโอผลกระทบจากการบริโภคสุรา
15. รูปร่างวิภาคผลกระทบของสุราต่ออวัยวะต่างๆในร่างกาย

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแล ทบทวนกิจกรรมและการบ้านที่มอบหมาย สอบถามการบริโภคสุราในสัปดาห์ที่ผ่านมา
2. ผู้วิจัยสอบถามผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุราที่ผ่านมาของผู้ติดสุรา และสอบถามผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล
3. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับสุรา ผลกระทบจากการบริโภคสุราโดยให้ผู้ติดสุราและผู้ดูแลได้ดูคลิปวิดีโอสั้นๆ และวิเคราะห์และสรุปข้อมูลที่ได้จากการดูร่วมกัน ทั้งนี้เป็นการส่งเสริมให้ผู้ติดสุราได้ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุราทั้งต่อตนเองและผู้ดูแล
4. ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะของสมองติดสุรา อาการถอนพิษสุรา การดูแลรักษาผู้ติดสุราเมื่อเกิดอาการถอนพิษสุรา
5. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ติดสุรา แนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และบทบาทของครอบครัวที่สำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ติดสุรากลับไปบริโภคสุราซ้ำ
6. ทบทวนเรื่องการบำบัดรักษาโรคติดสุราต่างๆที่มีอยู่ในปัจจุบัน รวมถึงเน้นย้ำความสำคัญของการรักษาอาการทางจิตควบคู่ไปกับการบำบัดสุรา เน้นความสำคัญของการรักษาด้วยยา โดยผู้วิจัยได้ให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการใช้ยา รวมถึงเรียนรู้ถึงผลข้างเคียงของยาทางจิตเวชที่อาจเกิดขึ้น การจัดการกับอาการข้างเคียงของยาอย่างเหมาะสม
7. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรม มอบหมายการบ้าน นัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการบำบัดในกิจกรรมนี้แล้วพบว่า

ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ โรคร่วมทางจิตเวชในผู้ติดเชื้อ โดยสามารถบอกลักษณะของการติดเชื้อ สาเหตุของการบริโภคสุรา เข้าใจในอาการถอนพิษสุรา และการดูแลที่ถูกต้อง ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบางรายเคยเกิดอาการถอนพิษสุรามาก่อน รวมถึงผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการดูแลเมื่อเกิดอาการถอนพิษสุราได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแล

“เวลาเหงา ผมก็ดื่มเหล้าแก้เหงา ดื่มไปเรื่อยๆ ดื่มมากขึ้น มาตรฐานอีกทีผมก็ติดเหล้าแล้ว เวลาไม่ได้ดื่มเหล้า มือผมก็สั่น”

“ผมเคยเลิกเหล้าได้แล้วเกือบปี แต่ว่าครั้งนึงเพื่อนเคยชวนผมดื่มเหล้า บอกผมว่าสักแก้วก็พอ ตั้งแต่นั้นมายาวเลยครับ กลายเป็นคนติดเหล้าไปเลย”

“ผมเริ่มจากการที่ผมเครียดมากๆ ผมก็ดื่ม เครียดน้อย ผมก็ดื่ม พอทุกวันนี้ผมติดเหล้า ผมดื่มให้เยอะๆ บางครั้งก็มีหิวแหว่ เห็นภาพคนจะมาทำร้าย บางครั้งก็กลัวระแวงไปหมด แต่ก็ยังดื่มอยู่”

“เวลาเขาอยากเหล้า มือเขาจะสั่นมากๆเลย เขียนหนังสือก็ไม่ได้ ต้องพามาหาหมอมามาเลิกเหล้า”

“เคยเห็นเขาพูดคนเดียว เวลาไม่ได้กิน เขาก็บอกว่าคุยกับเพื่อน แต่ว่าก็ไม่เห็นใครนะ ก็คิดแล้วว่ามันจะใช้อาการถอนพิษเหล้า เลยพามาตรวจกับหมอ หมอให้นอนโรงพยาบาล พออกไป เขาก็กลับไปดื่มอีก เป็นแบบเดิมอีก”

“เวลาเขามีอาการถอน ก็จะมีอะไรมาให้เขาทาน ดูแลเรื่องการอาบน้ำ คอยเตือนเขาตลอด ถ้าไม่ไหวจริงๆ ก็ต้องพาไปหาหมอ” มหาวิทยาลัย

ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวช สามารถบอกผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุราได้ โดยผลต่อตนเอง ได้แก่ สุขภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง มีอารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล ปัญหาเรื่องการทำงาน ปัญหาเกี่ยวกับการเงิน ค่าใช้จ่ายภายในบ้าน ผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ การทะเลาะเบาะแว้ง พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเมื่อตนบริโภคสุรา ครอบครัวไม่มีความสุข ดังตัวอย่างคำพูด

“หมอบอกว่าผมเป็นโรคตับอักเสบ คงเป็นเพราะผมดื่มเหล้านี้แหละ”

“ผมเคยอาเจียนเป็นเลือด ตอนนั้นต้องนอนโรงพยาบาล ตรวจอะไรหลายๆอย่าง”

“หัวหน้าเขาก็บอกว่าผมดื่มเยอะ เขาก็เตือนผมอยู่ ว่างานไม่เรียบร้อย”

“ดื่มเหล้าทำให้สมองไม่ค่อยดี ใครพูดอะไรมาก็ลืม”

“เวลาเมาก็จะระแวง ใครพูดอะไรมาก็ไม่เข้าหู ทะเลาะกับลูกเมีย เขาก็ไม่มีความสุข”

จากการประเมินผลกระทบจากการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชต่อผู้ดูแลพบว่า การบริโภคสุราส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจต่อผู้ดูแล อีกทั้งยังกระทบต่อบุคคลอื่นๆในครอบครัว ซึ่งมาจากการเกิดความขัดแย้ง และพฤติกรรมของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ใช้ความรุนแรงในครอบครัว ตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล เช่น

“เหล้าเข้าปากเมื่อไหร่ เขาก็หาเรื่องทะเลาะตลอด บางทีเราก็ก่เรียด”

“ปกติเขาเป็นคนนิสัยดี ตั้งใจทำงาน ตั้งแต่เขามากินเหล้า เสียการเสียงานหมด เข้าบ้านมาก็คอยชวนแต่ทะเลาะ”

“แกดื่มเหล้าที่ไร ก็จะมาด่ามาว่าตลอด ต้องคอยเก็บพวกมิด ไม่ให้เขาเห็น คุณพยาบาลเชื่อไหมว่า แกเคยมาแล้วจะไปหยิบดัมเบลจะมาตีหัว เลยต้องเก็บดัมเบลซ่อนไว้”

จากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้เกิดความรู้ทั้งเรื่องโรคติดสุรา และโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งส่วนใหญ่มีการบริโภคสุราเป็นเวลานานจนส่งผลให้เกิดโรคร่วมทางจิตเวชตามมา ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ติดสุราที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่กล่าวว่า “ผมดื่มเหล้ามาเรื่อยๆ แรกๆก็ไม่ใช่ไรหรอกมันมีเพื่อนเยอะ เข้าสังคมนักสนุกดี ดื่มมาเรื่อยๆ ช่วงหลังๆมาเริ่มดื่มคนเดียว รู้สึกว่าตนเองหดหู่ ไม่อยากทำอะไร บางทีคิดมากกังวลทุกเรื่อง หมอบอกว่าผมเป็นโรคซึมเศร้าต้องรักษา เป็นเพราะผมดื่มเหล้ามานาน เลยเป็นแบบนี้” อีกทั้งรับรู้ถึงผลกระทบจากการเกิดโรคร่วมทางจิตเวชโดยสามารถบอกได้ว่า โรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดจากการบริโภคสุราทำให้ตนเองเลิกสุราได้ยากขึ้น บางครั้งเกิดความท้อแท้จากการที่ตนเองเลิกสุราไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยได้พูดให้กำลังใจ และให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการกลับไปบริโภคสุรา ความสำคัญของครอบครัวในการดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งผู้ดูแลได้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลรายหนึ่งว่า “ตั้งแต่นี้ก็จะคอยให้กำลังใจเขา คอยเตือนเขาว่าอย่าไปดื่มเลย เหล้ามันไม่ดี ต้องสังเกตอาการของเขาด้วย พยายามไม่ให้เขาอยู่คนเดียว พูดคุยกับเขาให้มากขึ้น”

นอกจากการบำบัดรักษาทางด้านจิตสังคมแล้ว การรับประทานยาทางจิตเวชก็เป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมอาการทางจิตไม่ให้อารมณ์รุนแรง ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทุกรายได้รับยารับประทานตามอาการของโรคร่วมทางจิตเวช การฝึกทักษะการใช้ยาทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดความรู้เกี่ยวกับยาของตนเอง อาการข้างเคียงของยา และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ดูแลได้มีบทบาทหลักในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา คอยสังเกตอาการผิดปกติต่างๆได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้การบำบัดผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดและอารมณ์ทางลบ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดทักษะในการจัดการกับความเครียด
2. เพื่อให้ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดทักษะในการจัดการกับอารมณ์ทางลบที่อาจนำไปสู่การบริโภคสุรา และผู้ดูแลเกิดทักษะในการจัดการกับอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับผู้ติตสุราได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 3 ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลทุกคนสามารถ

1. ระบุสาเหตุของความเครียด รวมถึงวิธีการจัดการตนเองเมื่อเกิดความเครียดได้ถูกต้อง
2. เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และนำไปใช้ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้
3. เข้าใจถึงความหมายของอารมณ์ และสามารถระบุถึงอารมณ์ทางลบที่เสี่ยงต่อการกลับไปใช้สุราของผู้ป่วยได้ถูกต้อง
4. สามารถบอกวิธีการจัดการกับอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ถูกต้อง
5. สามารถบอกวิธีการจัดการอารมณ์ทางลบ ได้แก่ อารมณ์โกรธ อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิด เบื่อหน่าย ในผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ถูกต้องเหมาะสม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 3.1 ความเครียดการจัดการกับความเครียด
2. ใบกิจกรรมที่ 3.1 การจัดการกับความเครียด
3. ใบความรู้ที่ 3.2 การจัดการกับอารมณ์ทางลบ
4. ใบกิจกรรมที่ 3.2 ฝึกการจัดการกับอารมณ์ทางลบ
5. ใบกิจกรรมที่ 3.3 วิธีการจัดการกับอารมณ์ทางลบ
6. ซีดีเพลงบรรเลง

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยสอบถามผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกี่ยวกับความเข้าใจในความเครียดที่ผ่านมา รวมถึงประสบการณ์การจัดการกับความเครียด
2. ผู้วิจัยให้ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้ประเมินระดับความเครียดของตนเอง และสรุปผลการประเมินความเครียดร่วมกัน
3. หลังจากให้ผู้วิจัยให้ผู้ติตสุราและผู้ดูแลได้วิเคราะห์ความเครียดของตนเองที่ผ่านมาแล้ว ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับความเครียด สาเหตุ ผลกระทบจากการเกิดความเครียด รวมถึงวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมโดยไม่พึ่งสุรา

4. ผู้วิจัยฝึกทักษะการผ่อนคลายเพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น โดยการจินตนาการตามเสียงเพลง การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ และสอบถามความคิดเห็นจากการฝึกการผ่อนคลายความเครียดในครั้งนี้

5. ผู้วิจัยกล่าวกับผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกี่ยวกับอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้น ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิด อารมณ์โกรธ อารมณ์เบื่อหน่าย ท้อแท้ วิตกกังวล เป็นต้น โดยสอบถามประสบการณ์ที่ผ่านมา

6. ให้ความรู้และฝึกการจัดการกับอารมณ์ทางลบอย่างเหมาะสม โดยให้ผู้ติตสุราได้ฝึกการจัดการกับอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง และผู้ดูแลได้มีการฝึกการจัดการอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับผู้ติตสุราในสถานการณ์สมมติ

7. ทบทวนกิจกรรมและมอบหมายการบ้านให้ฝึกปฏิบัติ โดยผู้วิจัยได้เน้นย้ำให้ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้นำทักษะไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นเมื่อกลับไปบ้าน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการบำบัดในกิจกรรมนี้แล้วพบว่า

ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดความรู้เกี่ยวกับความเครียด สาเหตุของความเครียด และผลกระทบของความเครียดที่มีต่อร่างกายและจิตใจ โดยผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชใช้สุราเพื่อคลายความเครียด เพราะฤทธิ์ของสุราทำให้ตนเองผ่อนคลาย เกิดความสนุกสนาน เพลิดเพลิน ซึ่งสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดของแต่ละคนแตกต่างกันออกไป ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

“เมื่อปีที่แล้วครับคุณพยาบาล รถผมโดนชน ผมก็เอาไปซ่อมที่อู่ เด็กในอู่รถก็ดันมาขโมยรถผม ผมเครียดทั้งวัน คิดว่าทำไมชีวิตผมถึงชวยแบบนี้ นี่ยังไม่รวมหนี้เก่าๆเลยนะครับ ตั้งแต่ช่วงนั้นนี่ดื่มหนักเลยครับ”

“ทำงานแล้วโดนบ่นทุกวัน ผมก็ไม่ไหว เหมือนถูกจับผิดตลอดเวลา ทำให้ผมเครียด ผมก็เลยดื่มเหล้าเยอะๆ อยากจะลืม”

“เครียดเรื่องเงินๆทองๆแหละครับ บางทีไม่พอใช้ เลยไม่รู้จะทำไงดี”

นอกจากนี้การบริโภคสุราของผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ส่งผลให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแล โดยผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า “เห็นเขาดื่มเหล้าก็รู้สึกเครียดมาก รู้สึกอึดอัดที่ไม่สามารถบอกอะไรเขาได้ เพราะบอกที่ไรเขาก็โวยวาย แถมยังชู้ว่าจะออกไปกินเหล้าข้างนอกบ้านอีก ปวดหัวเลยคะ” ผู้วิจัยได้สะท้อนข้อมูลกลับเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากความเครียดที่มีต่อตนเองและผลกระทบ

จากการบริโภคสุราที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นและมีแนวทางการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมโดยไม่ต้องพึ่งสุรา

สิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยบริโภคสุราที่สำคัญอีกอย่างคืออารมณ์ทางลบ ได้แก่ อารมณ์โกรธ อารมณ์เศร้า อารมณ์เบื่อหน่าย อารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล ซึ่งผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่ใช้การบริโภคสุราเพื่อจัดการกับอารมณ์ทางลบ ซึ่งทำให้ไม่สามารถเลิกบริโภคสุราได้ ดังนั้นกิจกรรมในครั้งนี้ทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดทักษะในการจัดการกับความเครียดและอารมณ์ทางลบได้อย่างเหมาะสม โดยมีการใช้เทคนิคที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ การออกกำลังกาย การนั่งสมาธิ การฟังเพลง การอ่านหนังสือ การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

“ถ้าผมเครียด ผมก็จะนั่งสมาธิ เมื่อก่อนผมชอบทำนะ มันจะทำให้เราได้มีสติคิดแต่เรื่องดีๆ ผมจะได้ไม่ต้องคิดกลับไปดื่มเหล้าอีก”

“ออกไปวิ่งนอกบ้านดีกว่า อยู่ในบ้านคนเดียวมันเหงา เดี่ยวจะคิดมากไปอีก ต้องออกไปเจออากาศดีๆข้างนอก จะได้สบายใจขึ้น”

“คู่วี อ่านหนังสือจะได้ไม่ต้องเก็บเรื่องอะไรมาคิดมาก ปวดหัวเปล่าๆ”

“เวลาเครียดก็จะไม่ดื่มเหล้าแล้ว เอาเวลาไปวิ่งดีกว่า ร่างกายแข็งแรงขึ้นด้วย”

“ผมว่าฟังเพลงมันก็ดีเหมือนกันนะ ผมชอบเพลงที่พยาบาลเอาให้ผมฟัง ทำให้ผมนอนหลับได้ง่ายขึ้นด้วย”

ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการช่วยเหลือผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเมื่อเกิดความเครียดและอารมณ์ทางลบได้อย่างเหมาะสม เช่น การรับฟังปัญหา การให้ผู้ป่วยได้ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียดบ่อยๆ การพาไปเที่ยวนอกบ้าน เป็นต้น ตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลเช่น

“เวลาเห็นว่าเขาไม่สบายใจ ก็อยากให้เขาระบาย เราพร้อมที่จะรับฟังปัญหา คอยให้กำลังใจ อย่างน้อยการที่เขาได้พูด ก็ทำให้สบายใจขึ้น”

“อย่างที่เขายกเลยคะ อาจจะไปวิ่งเป็นเพื่อนไม่ให้เหงา ไม่งั้นก็พาออกไปเที่ยวนอกบ้าน ไปเดินห้าง เจอคนเยอะๆ”

ผู้วิจัยได้เน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการฝึกทักษะเป็นประจำ ส่งผลให้เกิดทักษะในการจัดการกับความเครียดและอารมณ์ทางลบได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการมอบหมายการบ้านให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชนำทักษะที่ได้จากการทำกิจกรรมในครั้งนี้ไปฝึกปฏิบัติในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบริโภคสุราเพื่อบรรเทาความเครียดและอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่คอยช่วยส่งเสริมและ

สนับสนุนผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเพื่อให้สามารถนำวิธีการที่เหมาะสมใช้ในการจัดการกับความเครียดและอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการอยากสุราและการจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสุรา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อผู้ป่วยเกิดทักษะในการจัดการกับอาการอยากสุรา
2. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการอยากสุรา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 4 ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลทุกคนสามารถ

1. เรียนรู้ถึงวงจรการใช้สุรา และตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสุรา และสามารถระบุตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสุราของผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้
2. เกิดทักษะในการจัดการกับอาการอยากสุรา สิ่งทีกระตุ้นที่อาจนำไปสู่การใช้สุรา โดยประเมินจาก การฝึกทักษะการจัดการกับอาการอยากสุรา แบบบันทึกการเลิกสุรา และตารางกิจวัตรประจำวัน
3. ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการช่วยเหลือและจัดการอาการอยากสุราในผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้อย่างเหมาะสม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 4.1 วงจรการใช้สุรา
2. ใบความรู้ที่ 4.2 การจัดการกับอาการอยากสุราโดยใช้เทคนิคการหยุดความคิด
3. ใบกิจกรรมที่ 4.1 การจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การบริโภคสุรา
4. ใบกิจกรรมที่ 4.2 ฝึกทักษะการจัดการกับอาการอยากสุรา
5. ใบกิจกรรมที่ 4.3 บันทึกการเลิกเหล้าของฉัน
6. ใบกิจกรรมที่ 4.4 ตารางกิจกรรมของฉัน

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับอุปสรรคในการเลิกสุราของผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช โดยเฉพาะผู้ติตสุราที่มีความตั้งใจในการเลิกสุรา แต่มีการกลับไปบริโภคสุราซ้ำอีก ทั้งนี้เป็นการทบทวนร่วมกันระหว่างผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชถึงประสบการณ์เกี่ยวกับอุปสรรคของการเลิกบริโภคสุราที่ไม่สำเร็จในที่ผ่านมา

2. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับวงจรการใช้สุรา ซึ่งประกอบไปด้วย ตัวกระตุ้นซึ่งมีทั้งตัวกระตุ้นภายในและตัวกระตุ้นภายนอกทำให้เกิดถึงการใช้สุรา อาการอยากสุรา ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้มีการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ
3. ผู้วิจัยได้ให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้เล่าถึงอาการอยากสุราของตนเองที่ผ่านมา รวมถึงวิธีการจัดการกับอาการอยากสุรา และสอบถามผู้ดูแลถึงประสบการณ์การจัดการกับอาการอยากสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช
4. ฝึกทักษะการจัดการกับอาการอยากสุรา โดยผู้วิจัยได้ให้แนวทางการจัดการกับอาการอยากสุราเพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้เลือกวิธีการจัดการอาการอยากสุราที่เหมาะสมกับตนเอง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลมีส่วนในการช่วยประเมินผลสำเร็จของการจัดการกับอาการอยากสุราเมื่อนำไปปฏิบัติที่บ้าน นอกจากนี้ผู้ดูแลได้มีการฝึกการช่วยเหลือผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในการจัดการกับอาการอยากสุราที่ถูกต้องเหมาะสม
5. ผู้วิจัยมอบหมายการบ้านให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ ฝึกตารางกำหนดกิจวัตรประจำวัน การบันทึกการจัดการกับตัวกระตุ้นในแบบบันทึกการเลิกเหล้า และจดบันทึกการบริโภคสุราโดยใช้ปฏิทินบันทึกการบริโภคสุรา โดยให้ผู้ติดสุราได้นำไปบันทึกผลของการจัดการกับอาการอยากสุราของตนเอง และนำมาให้ผู้วิจัยในกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการทำกิจกรรมในครั้งนี้แล้วพบว่า

ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวงจรการใช้สุรา โดยสามารถบอกได้ว่าการบริโภคสุราของตนเองเกิดจากการได้รับสิ่งกระตุ้น ทำให้เกิดความคิดถึงการบริโภคสุราจนเกิดอาการอยากสุรา ส่งผลให้ตนต้องบริโภคสุรา สำหรับตัวกระตุ้นที่ทำให้บริโภคสุรา มีทั้งตัวกระตุ้นภายในและตัวกระตุ้นภายนอก ตัวกระตุ้นภายในได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า เครียด วิตกกังวล เบื่อหน่าย ตัวกระตุ้นภายในได้แก่ การชักชวนจากเพื่อน งานเลี้ยง ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชว่า

“ดื่มแล้วหายเครียด ทำให้ผมลืมปัญหาที่เกิดขึ้นได้”

“เวลาเบื่อๆเซ็งๆ ก็นึกถึงแต่เหล้านี้แหละครับ เวลาได้ดื่มแล้ว สบายใจ มันมีความสุขดีนะ”

“เห็นเพื่อนดื่ม ถ้าผมไม่ดื่ม ก็ทำไม่ได้ เดี่ยวเพื่อนก็ว่าอีก”

“ดื่มเหล้ากับเพื่อนมันสนุกดี ได้มีเพื่อนคุย ดีกว่าอยู่บ้าน”

ตัวกระตุ้นดังกล่าวส่งผลให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดอาการอยากสุรา ซึ่งผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีประสบการณ์ของอาการอยากสุราของแต่ละคนแตกต่างกันไป ได้แก่ หงุดหงิดง่าย

อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการอยากสูรา และแนวทางในการจัดการกับอาการอยากสูรา มีการฝึกทักษะการจัดการอยากสูรา โดยให้ผู้ติตสูราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเลือกแนวทางการจัดการกับอาการอยากสูราที่เหมาะสมกับตนเอง ได้แก่ การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงร้านขายสูรา การฝึกสมาธิ การจดบันทึกกิจกรรมของตนเอง ตัวอย่างคำพูดของผู้ติตสูราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

“ผมจะออกกำลังกายทุกวัน เวลาออกกำลังกายทำให้ร่างกายรู้สึกเหนื่อย และนอนหลับได้ ไม่ต้องอยากติตสูราอีก”

“เวลาจดบันทึกตารางเวลาก็จะทำให้มองเห็นว่าวันหนึ่งผมจะทำอะไรบ้าง และผมก็ทำตามแผนที่เราวางไว้ อันที่ผมเขียนไป ผมไม่ได้เขียนว่าจะไปติตมึเหล้า ”

“วันนั้นผมไปงานเลี้ยงมา ผมนั่งติตมึแต่โค้ก ผมท่องไว้ในใจว่า ไม่ติตมึ ไม่ติตมึ ต้องทำให้ได้ แล้วผมก็ทำได้จริงๆครับ”

“ผมกลับบ้านผมก็ขับมอเตอร์ไซด์อ้อมไปอีกทาง เพราะผมไม่อยากผ่านร้านเหล้าที่เคยซื้อ ผมว่ามันก็ช่วยได้นะ”

ผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสูรา และสามารถบอกแนวทางการดูแลผู้ติตสูราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเมื่อเกิดอาการอยากสูราได้อย่างเหมาะสม ซึ่งผู้ดูแลทุกรายยินดีที่จะช่วยเหลือ รวมถึงการจัดการกับตัวกระตุ้นที่มีอยู่ในบ้าน เช่น ขวดสูรา หรือ แก้วที่เคยใช้บริโภคสูรา อีกทั้งยังให้กำลังใจผู้ติตสูราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชให้สามารถจัดการกับอาการอยากสูราได้ดังตัวอย่างคำพูด

“เวลาเขามาบอกว่ารู้สึกอยากเหล้า เราก็ให้กำลังใจเขา และบอกเขาว่าจะต้องเอาชนะกับความรู้สึกของตนเองให้ได้”

“เดี๋ยวกลับไปบ้านวันนี้ จะไปทิ้งขวดเหล้าที่เก็บไว้หลังบ้านให้หมด เพราะถ้าเขาเห็นแล้วจะทำให้เขาอยากติตมึเหล้าขึ้นมาอีก”

“แก้วน้ำอะไรที่อยู่ที่บ้าน คงต้องจัดการให้หมด จะได้ไม่อยากเหล้าอีก”

“เก็บหมดแน่นอนคะคุณพยาบาล ไม่อยากให้เขาเห็นอีก ไหนๆก็จะมาเลิกเหล้าแล้ว ต้องทำให้ถึงที่สุด”

การที่ผู้ติตสูราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดทักษะในการจัดการกับอาการอยากสูรา รวมถึงผู้ดูแลมีแนวทางในช่วยเหลือผู้ติตสูราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชอย่างเหมาะสม การให้กำลังใจ คอยสอบถาม และแสดงความห่วงใยจากผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ติตสูราสามารถลดการบริโภคสูราลงได้ ผู้วิจัยเน้นย้ำให้ผู้ดูแลได้ส่งเสริมให้ผู้ติตสูราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้มีการฝึกทักษะอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถจัดการกับอาการอยากสูราได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการปฏิเสธและการปรับตัวอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดทักษะการปฏิเสธเมื่อมีผู้อื่นชักชวนไปบริโภคสุราในสถานการณ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสม

2. เพื่อให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดทักษะในการปรับตัว โดยการพัฒนาและสำรวจตนเอง การพูดความจริง การสร้างความไว้วางใจจากผู้อื่น การสร้างสัมพันธ์ภาพต่อผู้อื่น และลดการบริโภคสุราได้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 5 ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลสามารถ

1. บอกวิธีการปฏิเสธที่ถูกต้องเมื่อมีผู้อื่นชักชวนไปบริโภคสุราในสถานการณ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสม

2. เกิดทักษะการปฏิเสธโดยประเมินจากการฝึกสถานการณ์สมมติ

3. บอกวิธีการปรับตัวที่เหมาะสม ประกอบไปด้วย แนวทางการพัฒนาและสำรวจตนเอง การพูดความจริง การสร้างความไว้วางใจจากผู้อื่น การสร้างสัมพันธ์ภาพต่อผู้อื่น และลดการบริโภคสุราได้อย่างต่อเนื่อง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 5.1 ท่านมีวิธีปฏิเสธอย่างไร

2. ใบความรู้ที่ 5.2 ทักษะการปรับตัวต่อผู้อื่น

3. ใบกิจกรรมที่ 5.2 ท่านมีวิธีการปรับตัวต่อผู้อื่นอย่างไร

4. ใบความรู้ที่ 5.3 การเสริมพฤติกรรมงดการติดยา

5. ใบกิจกรรมที่ 5.3 ท่านเข้าใจการเสริมพฤติกรรมงดการติดยาอย่างไร

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยทบทวนเกี่ยวกับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสุราทั้งตัวกระตุ้นภายในและตัวกระตุ้นภายนอก โดยสอบถามการจัดการกับอาการอยากสุราในสัปดาห์ที่ผ่านมา

2. ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับตัวกระตุ้นภายนอกที่อาจทำให้เสี่ยงต่อการกลับไปใช้สุราซ้ำ ยกตัวอย่างเช่น การถูกชักชวนจากผู้อื่น งานเลี้ยงสังสรรค์ต่างๆ โดยผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจะต้องมีการแสดงออกถึงความตั้งใจของตนเองที่จะไม่บริโภคสุราและปฏิเสธอย่างเหมาะสม

3. ผู้วิจัยให้ความรู้ในเรื่องของการปฏิเสธอย่างเหมาะสม และให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชแสดงบทบาทสมมติในสถานการณ์ที่มีผู้อื่นชวนไปบริโภคสุรา โดยให้ผู้ดูแลได้ประเมินประสิทธิผล

ของการปฏิเสธที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ข้อเสนอแนะ นำมาวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อหาแนวทางการปฏิเสธที่ได้ผลดียิ่งขึ้น

4. ผู้วิจัยทบทวนถึงหลักการปฏิเสธโดยเน้นย้ำถึงความสำคัญของการปฏิเสธ โดยให้ผู้ติดสุราได้ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิเสธผู้ที่มาชักชวนให้ตนเองไปบริโภคสุรา

5. หลังจากที่ได้ฝึกทักษะการปฏิเสธ ผู้วิจัยได้ให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ทบทวนถึงการบริโภคสุราของตนเองที่ผ่านมาว่าได้ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพกับผู้อื่นอย่างไร ซึ่งทำให้ผู้อื่นขาดการยอมรับในตัวผู้ติดสุรา ผู้วิจัยได้ให้แนวทางผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในการปรับตัวเข้ากับผู้อื่น มีการฝึกการพัฒนาตนเองโดยให้ผู้ติดสุราได้สำรวจลักษณะนิสัย อารมณ์ การเข้าสังคมของตนเอง หาข้อดีข้อเสีย และแนวทางการพัฒนาข้อที่ควรปรับปรุง

6. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลได้วิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในด้านต่างๆ รวมถึงให้แนวทางการพัฒนาตนเองในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลได้สังเกตพฤติกรรมของผู้ติดสุราเมื่อกลับไปบ้านว่าได้มีการปรับตัวและสร้างนิสัยใหม่ของตนเองอย่างไร

7. ผู้วิจัยได้ให้แนวทางการดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเมื่อผู้ติดสุรามีการบริโภคสุรา โดยให้ความรู้กับผู้ดูแลในเรื่องการเสริมพฤติกรรมบริโภคสุรา ซึ่งมีรูปแบบการเสริมพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไป ผู้วิจัยสอบถามผู้ดูแลถึงวิธีการปฏิบัติตนที่ผ่านมาต่อผู้ติดสุรา โดยเน้นย้ำว่าการเสริมพฤติกรรมบริโภคสุรานี้ ส่งผลให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวทยังคงมีการบริโภคสุราที่ต่อเนื่อง และยังขาดความตระหนักกว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ ผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลได้เห็นถึงความสำคัญของการหยุดการเสริมพฤติกรรมบริโภคสุรา รวมถึงวิธีการปฏิบัติในอย่างเหมาะสมของผู้ดูแล

7. ผู้วิจัยทบทวนการทำกิจกรรม และเน้นย้ำถึงการนำทักษะที่ได้ไปปฏิบัติ รวมถึงนัดหมายการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการกิจกรรมนี้ แล้วพบว่า

ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช เกิดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับทักษะการปฏิเสธและการแสดงออกอย่างเหมาะสม โดยผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกของตนเอง และปฏิเสธอย่างเหมาะสมเมื่อถูกชักชวนให้ไปบริโภคสุรา ยกตัวอย่างเช่น การบอกว่าตนเองมีปัญหาทางด้านสุขภาพทำให้บริโภคสุราไม่ได้ การบอกผู้ที่มาชักชวนตนเองว่าตนเลิกบริโภคสุราแล้วจริงๆและไม่ต้องมาชวนตนไปดื่มอีก และการให้เหตุผลว่าไม่สบายใจที่จะต้องกลับไปบริโภคสุราอีก ตัวอย่างคำพูดของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่นำมาใช้ในการปฏิเสธผู้อื่น เช่น

“ผมเลิกดื่มเหล้าแล้ว ไม่ต้องมาชวนผมดื่มอีก”

“ดื่มไม่ได้แล้ว หมอบอกว่าเป็นโรคตับแข็ง”

“ยังไงก็ดื่มไม่ได้จริงๆ ต้องขอโทษด้วย”

“ถ้าเรายังเป็นเพื่อนกันอยู่ อย่ามาชวนดื่มเหล้าอีกเลยนะ เราไม่ดื่มจริงๆ อย่ามาเสียดเวลาชวนเลย”

“ดื่มไม่ได้หรอก หมอลั้งไว้”

นอกจากนี้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชยังได้มีการฝึกทักษะการปฏิเสธ โดยการแสดงสถานการณ์สมมติ โดยมีผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการสังเกตและประเมินผลสำเร็จของการใช้ทักษะปฏิเสธ ซึ่งผู้ดูแลได้มีส่วนช่วยในการแสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิเสธ เพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชนำไปปฏิบัติได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล

“ส่วนใหญ่ที่ก็ทำได้ดีแล้วนะ แต่ว่าถึงเวลาจริงๆ น้ำเสียงจะต้องหนักแน่นกว่านี้ ถ้าได้ลองฝึกบ่อยๆ พี่ก็จะมีความมั่นใจเอง เรามาสู้ด้วยกันนะ”

“เขาทำได้ดีเลยทีเดียวนะ ถ้าเขาสามารถบอกคนอื่นแบบนี้ได้ ก็ไม่มีใครมาชวนเขาไปดื่มได้อีก”

“วันนี้พูดได้ดีมากเลย ถ้ามีเพื่อนยังไม่เลิกชวน จะช่วยบอกเพื่อนให้ด้วยว่าเขาเลิกเหล้าแล้ว คงไม่กลับไปดื่มอีกแน่นอน”

การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้นอกจากมีการฝึกทักษะการปฏิเสธและการแสดงออกอย่างเหมาะสม ผู้วิจัยได้ให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีการเรียนรู้การปรับตัวที่เหมาะสมต่อผู้อื่นโดยการสำรวจวิเคราะห์ตนเอง หาวิธีการพัฒนาแก้ไขข้อบกพร่องของตนเอง ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทุกรายมีความเข้าใจในลักษณะนิสัย อารมณ์ การเข้าสังคม ของตนเอง ยกตัวอย่างการสำรวจตนเองของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายหนึ่งได้แก่ การสำรวจลักษณะนิสัยตนเองโดยยอมรับว่า พบว่า ชอบอยู่คนเดียว พูดน้อย ลักษณะทางอารมณ์เป็นคนที่มีอารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวลง่าย ลักษณะการเข้าสังคมพบว่า เป็นคนที่ไม่ค่อยออกไปพบปะผู้คน ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับบ้าน และบริโภคสุรา ซึ่งผู้ดูแลได้มีความคิดเห็นที่ตรงกับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช รวมถึงผู้ดูแลคอยช่วยเหลือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลรายกล่าวว่า

“จะคอยเตือนเมื่อเขาทำผิด และจะช่วยให้เขาเป็นคนดี ไม่โกหก”

“เมื่อเขาดื่มเหล้ามา อาจจะต้องพูดคุยกับเขาถึงสาเหตุที่เขาดื่ม และให้เขาปรับปรุงตัวไปในทางที่ดี”

“ถ้าเขามีความคิดที่โทษตัวเองบ่อยๆ จะคอยบอกเขาให้มองโลกในแง่บวก และให้เขาคิดถึงคนที่บ้านที่คอยเป็นห่วงเขา”

“แม่จะเป็นกำลังใจให้ สิ่งไหนที่เราคิดว่ามันดีแม่ก็จะสนับสนุน แต่บางครั้งอะไรที่มันดี แม่ก็อาจจะต้องบอกต้องสอน ไม่อยากให้เป็นกินเหล้า ค่อยๆพูดกัน เดียวก็ปรับปรุงตัวเอง”

หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 5 ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลสามารถเข้าใจถึงความสำคัญของการปฏิเสธ การแสดงออกอย่างเหมาะสม และการปรับตัว ผู้วิจัยได้มอบหมายการบ้านให้ไปฝึกปฏิบัติ ซึ่งทุกรายสามารถปฏิบัติได้ดี และผู้ดูแลก็ให้การสนับสนุนช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในการฝึกทักษะที่บ้าน ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถลดการบริโภคสุราลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสาร

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจในทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

2. เพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในเรื่องของการพูดแสดงความรู้สึกในทางบวก การสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้ง การให้กำลังใจ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลสามารถ

1. แสดงออกถึงสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันได้อย่างเหมาะสม
2. บอกถึงวิธีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้ง การให้กำลังใจ
3. เกิดความรู้ ความเข้าใจ และประโยชน์ของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
4. เกิดทักษะในการสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้ง และผู้ดูแลเกิดทักษะในการให้กำลังใจผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช การพูดร้องขอในทางบวกได้อย่างเหมาะสม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 6.1 “เรื่องของสมเจตน์”
2. ใบกิจกรรมที่ 6.2 “เรื่องของสมนึก”
3. ใบความรู้ที่ 6.1 “การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ สร้างความสุขในครอบครัว”
4. ใบความรู้ที่ 6.2 “การสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้ง”
5. ใบความรู้ที่ 6.3 “เทคนิคการให้กำลังใจผู้ติดสุรา”
6. ใบความรู้ที่ 6.4 “การพูดร้องขอเพื่อช่วยให้คนที่คุณรักเลิกสุรา”

การดำเนินการ

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมการพัฒนาทักษะการสื่อสาร และสอบถามและให้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการสื่อสารกันในครอบครัวที่ผ่านมา ปัญหา และอุปสรรค แนวทางการแก้ไข
2. ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดการขัดแย้ง โดยให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการสื่อสารในสถานการณ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดให้ โดยผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกและวิเคราะห์การสื่อสารในสถานการณ์ดังกล่าวร่วมกัน
3. ผู้วิจัยฝึกเทคนิคการพูดให้กำลังใจโดยให้ผู้ดูแลได้ลองหาวิธีการ คำพูด เพื่อแสดงความห่วงใย และให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดแรงจูงใจที่จะเลิกสุรา รวมถึงสอบถามความรู้สึกของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหลังจากที่ได้รับฟังร่วมกัน
4. ผู้วิจัยได้ให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้วิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการสื่อสารในใบกิจกรรมที่ 6.1 และ 6.2
5. ผู้วิจัยให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้กล่าวถึงประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ โดยเน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญของการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ โดยแสดงให้เห็นว่าการสื่อสารที่ถูกต้อง ส่งผลให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ติดสุราและผู้ดูแลพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น
6. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้นำทักษะที่ได้ไปฝึกปฏิบัติในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการสื่อสารที่ดีมากยิ่งขึ้น

การประเมินผล

เมื่อทำการบำบัดในกิจกรรมนี้แล้วพบว่า

ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเห็นถึงความสำคัญของการสื่อสารในครอบครัวเพื่อลดความขัดแย้ง การให้กำลังใจผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในการเลิกสุรา โดยผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสื่อสารในครอบครัวและการแก้ไขปัญหาในการสื่อสารที่แตกต่างกันไป ยกตัวอย่างเช่น การเกิดการทะเลาะกันเมื่อผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบริโภคสุรา การที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชไม่ค่อยพูดแสดงความรู้สึกตนเองต่อผู้ดูแล การที่ผู้ดูแลว่ากล่าวผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชโดยไม่มีเหตุผล การแก้ไขที่ผ่านมามีส่วนใหญ่ว่าจะเงียบและไม่พูด คิดอะไรด้วยตนเอง เพราะไม่อยากทะเลาะหรือเกิดข้อโต้แย้งกัน

การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้ง การพูดแสดงความรู้สึก การพูดขอเรื่องในเชิงบวก เทคนิคการให้กำลังใจผู้ติดสุรา ซึ่งผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ดี อีกทั้งการได้รับ

กำลังใจจากผู้ดูแล ทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดความรู้สึกได้รับการยอมรับจากคนในครอบครัว มีความตระหนักที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองต่อไป ตัวอย่างคำพูดของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

“การได้พูดได้ระบายให้ใครสักคนฟัง แล้วเขายอมรับ เข้าอกเข้าใจ ทำให้ผมรู้สึกสบายใจมากขึ้น”

“ผมรู้สึกมีกำลังใจมากขึ้น เวลาที่สาวพูดชื่นชมในสิ่งที่ผมทำได้ดี”

“ผมจะขอโทษแฟนก่อน ไม่ว่าใครจะเป็นคนผิดก็ตาม เพราะผมไม่อยากจะทะเลาะกับแฟน”

“ถ้าพี่สาวโมโหเรื่องที่ผมไปดื่มเหล้า ผมคงต้องขอโทษเขา และบอกเขาว่าจะไม่ทำอีก”

“เขามักจะโกรธเวลาที่ผมไปดื่มเหล้า ผมก็จะไม่พูด ไม่เถียง”

ตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล เช่น

“การที่เขาบอกความรู้สึก สิ่งที่เขาคิด ทำให้เราได้รับรู้ความรู้สึกที่แท้จริงของเขา ทำให้เราเข้าใจเขามากขึ้น”

“พี่มีความเชื่อมั่นในตัวของฉัน ถ้าฉันบอกว่าคุณเล็กได้ พี่ก็เชื่อว่าฉันต้องทำได้สำเร็จ พี่เป็นกำลังใจให้ สู้ๆนะ”

“ต้องพยายามต่อสู้กับจิตใจของตนเองให้ได้นะ ทุกคนที่บ้านให้กำลังใจเสมอ”

“ช่วงหลังนี้พ่อดื่มเหล้าเยอะมาก สุขภาพพ่อไม่ค่อยดีเลย หนูคิดว่าถ้าพ่อเลิกเหล้าร่างกายพ่อจะแข็งแรงขึ้นกว่านี้ พ่อเชื่อหนูเถอะนะ”

“ตอนนี้ไม่ต้องห่วงเรื่องอื่น ลุงขอให้ทำใจให้สบายนะ เอาเรื่องเลิกเหล้าให้ได้ เรื่องอื่นเราค่อยมาช่วยๆกันแก้”

“ลูกมีงานที่ดี มีพ่อแม่คอยเป็นห่วง เวลาเมื่อไรพ่อแม่ยินดีที่จะช่วยเหลือ ถ้าแม่ขอสักครั้งให้ลูกเลิกเหล้าเพื่อตัวของลูกเอง ลูกจะทำให้แม่ได้ไหม”

ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจกัน เรียนรู้และนำทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ดูแลและผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชคลายความทุกข์ ความวิตกกังวลลง อีกทั้งการให้กำลังใจ การพูดในเชิงบวก ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวมากยิ่งขึ้น เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชลดการบริโภคสุราลงได้

กิจกรรมที่ 7 การพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหา และการร่วมกันค้นหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา
2. เพื่อให้ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดทักษะการแก้ไขปัญหาและสถานการณ์เสี่ยงที่อาจนำไปสู่การบริโภคสุราโดยการใช้กระบวนการแก้ปัญหา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลสามารถ

1. เกิดทักษะและการเผชิญสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันได้โดยการใช้กระบวนการแก้ปัญหา
2. ร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา และช่วยกันระดมความคิดเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 7.1 การแก้ปัญหามารยาทบริโภคสุรา
2. ใบกิจกรรมที่ 7.1 ฝึกการแก้ปัญหา
3. กระดาษ flip chart
4. ปากกาเคมี

การดำเนินการ

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลด้วยสื่อนำที่ยิ้มแย้ม พูดคุย สอบถามเรื่องทั่วไป ทบทวนการบ้านในกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมครั้งนี้ ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม
3. ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสุราจากประสบการณ์ที่ผ่านมา รวมถึงวิธีการจัดการกับปัญหา นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ให้ผู้ติตสุราได้เล่าถึงปัญหาและอุปสรรคที่ทำตนเองไม่สามารถเลิกสุราได้
4. ผู้วิจัยได้สรุปถึงประสบการณ์ของผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแล โดยอธิบายถึงการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาโดยการใช้กระบวนการแก้ปัญหา ผู้วิจัยได้ให้ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้ร่วมกันวิเคราะห์และเลือกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสุราและเป็นปัญหาที่สำคัญมาใช้ในกระบวนการแก้ปัญหาในครั้งนี้
5. หลังจากให้ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้ตัดสินใจเลือกปัญหา ผู้วิจัยได้นำเข้าสู่กระบวนการแก้ปัญหาโดยใช้เขียนลงในกระดาษ Flip Chart เพื่อให้สามารถมองเห็นขั้นตอนของ

กระบวนการแก้ไขปัญหาคิดชัดเจนขึ้น โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขปัญหามีการให้ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้มีการวิเคราะห์หาแนวทางในการจัดการกับปัญหาร่วมกันในแต่ละขั้นตอน ประกอบไปด้วย การพิจารณาหาทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาคือข้อดีและข้อเสียของแต่ละแนวทาง การนำวิธีการแก้ไขปัญหามาปฏิบัติ การติดตามประเมินผล

6. ผู้วิจัยได้สรุปผลการแก้ไขปัญหโดยใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแล โดยให้หาแนวทางการจัดการกับปัญหาต่างๆด้วยตนเองซึ่งเน้นย้ำให้มีการฝึกกระบวนการแก้ไขปัญหาย่างสม่ำเสมอ และนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

7. ผู้วิจัยพบทวนการทำกิจกรรมในครั้งนี้ โดยให้ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้กล่าวถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกกระบวนการแก้ไขปัญห และนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการบำบัดในกิจกรรมนี้แล้วพบว่า

ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดกระบวนการเรียนรู้และทักษะในการแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาคือได้แก่ การสำรวจและค้นหาปัญหา การทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้น จัดลำดับความสำคัญของปัญหา พิจารณาหาทางเลือกที่เหมาะสม นำไปปฏิบัติ และประเมินผล ซึ่งผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้ร่วมกันฝึกการแก้ไขเป็นหาที่เกิดขึ้นอย่างเป็นขั้นตอน ผู้วิจัยได้ให้ผู้ติตสุราและผู้ดูแลได้คิดวิเคราะห์จากประสบการณ์ที่ผ่านมา พิจารณาว่าปัญหาใดเป็นปัญหาที่สำคัญและต้องได้รับการแก้ไข ซึ่งจากการพิจารณาผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ระบุปัญหาที่ตนเองต้องการแก้ไขมีแตกต่างกันไปในหลายรูปแบบ ยกตัวอย่างเช่น ปัญหาที่เกิดจากการบริโภคสุรา ได้แก่ อาการอยากสุรา การไม่สามารถจัดการกับตัวกระตุ้น ปัญหาที่เกิดจากโรคร่วมทางจิตเวช ได้แก่ อาการซึมเศร้า ท้อแท้ วิตกกังวล อารมณ์เครียด เบื่อหน่าย รวมถึงปัญหาจากการได้รับแรงกดดันจากที่ทำงาน ปัญหาการขัดแย้งในครอบครัว เมื่อผู้วิจัยได้ให้ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้หาแนวทางการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ติตสุราและผู้ดูแลทุกรายได้ให้ความคิดเห็นตรงกันว่า ปัญหาทุกปัญหาที่เกิดขึ้นสามารถแก้ไขได้โดยการเลิกบริโภคสุราเป็นอันดับแรก ดังที่ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชกล่าวว่า

“ถ้าเลิกเหล้าได้ จิตใจผมก็จะมั่นคง มันทำให้ผมมีสติ”

“ความเครียดส่วนใหญ่ของผมก็ปัญหาเรื่องเงินๆทองๆ แต่ถ้าผมยังดื่มเหล้า แล้วผมจะเอาเงินที่ไหนไปจ่ายค่าเทอมลูก ผมคิดว่า การที่ผมเลิกเหล้า จะทำให้ชีวิตผมดีขึ้น”

“ผมรู้แหละว่าเหล้ามันไม่ดี ไม่น่าใช้ทางออกของทุกเรื่อง ผมพยายามที่จะเลิกหลายรอบแล้ว แต่ครั้งนี้ ผมจะต้องเลิกเหล้าให้ได้ ถ้าผมทำได้ทุกคนก็จะยอมรับในตัวผม”

“ทุกวันนี้ที่ผมทะเลาะกับเมียก็เพราะผมเมา ถ้าเลิกเหล้าได้ เมียผมก็ไม่จู้จี้ขี้บ่นกับผมอีก”

“ถ้าผมเลิกเหล้า ผมก็จะไม่หลอน ไม่มีหิวแหว่ มือผมก็ไม่สั่น”

“ความคิดที่มันวนเวียนอยู่ในหัวเรื่องเมียและลูกของผม มันก็ยังมีอยู่แบบนี้ ตอนนี้ผมคิดว่าเหล้าไม่ได้ทำให้ผมลืมได้เลย ผมคงต้องเลิกดื่มจริงๆ ผมจะตั้งใจปรับปรุงตัวเองใหม่ครับ”

การดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ผู้ดูแลได้เสนอแนวทางช่วยเหลือที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดจากการบริโภคสุรา ซึ่งผู้ดูแลได้ให้วิธีการจัดการกับปัญหาที่แตกต่างกันออกไป ตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในการแก้ไขปัญหานั้น เช่น

“เวลามีเรื่องอะไร ไม่อยากให้เก็บไปคิดคนเดียว อย่างน้อยก็ขอให้ได้พูดระบายความรู้สึกออกมา จะได้ไม่เครียด ไม่ต้องนึกถึงเหล้าอีก ถึงว่าเราจะช่วยเขาไม่ได้ แต่อย่างน้อยก็ได้ให้กำลังใจ ให้เขานึกถึงครอบครัว”

“บางปัญหาที่เกิดขึ้นมันต้องใช้เวลาในการแก้ไข เอาอย่างนี้ ตอนนี้หนูอยากให้พ่อเลิกเหล้าให้ได้ แล้วเรื่องที่เหลือเราก็มาร่วมกันคิดช่วยกันทำนะพ่อ”

“เรื่องค่าใช้จ่ายภายในบ้าน มันเป็นปัญหาที่แทบจะทุกคนต้องเจอมันอยู่แล้ว เรามาร่วมกันคิด ช่วยกันแก้ เริ่มจากการเลิกเหล้า ก็จะทำให้มีเงินเก็บเยอะขึ้น”

ผู้วิจัยได้มอบหมายการบ้านให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลนำทักษะไปฝึกปฏิบัติ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าสามารถนำกระบวนการแก้ไขปัญหามาใช้ได้ดี เป็นการฝึกให้มีการคิดวิเคราะห์แก้ไขปัญหายังเป็นระบบ และมีการติดตามประเมินผลร่วมกัน ซึ่งผู้ติดยาส่วนใหญ่ได้ใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาในการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการบริโภคสุราได้อย่างเหมาะสม รวมถึงผู้ดูแลก็ให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ ส่งผลให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดการเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาโดยไม่พึ่งสุราอีก

กิจกรรมที่ 8 ทบทวนกิจกรรมและยุติสัมพันธภาพ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อวางแผนทางร่วมกับผู้ดูแลในการดูแลผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อวางแผนทางร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในการป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลสามารถ

1. บอกประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม และระบุเป้าหมายที่ตนเองทำสำเร็จได้
2. บอกถึงแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในการป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 8.1 การป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ
2. ใบความรู้ที่ 8.2 เลิกเหล้า ชีวิตไม่เศร้าอีกต่อไป
3. ใบกิจกรรมที่ 8.1 สิ่งที่คุณจะทำเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สุราซ้ำ
4. ใบกิจกรรมที่ 8.2 ครอบครัวสุขสันต์ เมื่อคนในครอบครัวฉันไม่ดื่มสุรา

การดำเนินการ

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแล สอบถามเรื่องทั่วไป ทบทวน การบ้านที่ได้มอบหมาย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ
2. ผู้วิจัยบอกถึงวัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ ชี้แจงให้ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลทราบว่า เป็นกิจกรรมครั้งนี้เป็นการสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม และจะมีการติดตามผลในสัปดาห์ต่อไป
3. ผู้วิจัยทบทวนผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผ่านมา โดย ทบทวนความรู้ ทักษะ ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์และหาแนวทางการจัดการที่ เหมาะสมร่วมกัน
4. ผู้วิจัยได้ให้ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้กล่าวถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วม กิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม รวมถึงทบทวนเป้าหมายของผู้ติดเชื้อ ที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้ตั้งใจไว้ โดยเน้นย้ำให้ผู้ติดเชื้อได้เห็น ว่า เป้าหมายสำคัญที่ได้ตั้งใจไว้ คือ การ เลิกสุรา ซึ่งหากเลิกสุราได้ก็จะทำให้การดำเนินชีวิตนั้นเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นได้ เกิดประโยชน์ต่อ ตนเองและผู้ดูแล
5. หลังจากที่ได้ทบทวนเป้าหมายของตนเอง ผู้วิจัยได้เน้นย้ำถึง การป้องกันการกลับไป บริโภคสุราซ้ำ โดยกระบวนการกลับไปบริโภคซ้ำนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยได้ให้ผู้ติดเชื้อ ที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้บอกถึงแนวทางการป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำของตนเอง และให้ผู้ดูแล ได้บอกแนวทางของตนเองในการป้องกันไม่ให้ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชกลับไปบริโภคสุราซ้ำ
6. ผู้วิจัยได้สรุปแนวทางการดูแลในการป้องกันการกลับไปบริโภคสุราของผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วม ทางจิตเวชรวมถึงผู้ดูแล ให้กำลังใจผู้ติดเชื้อในการเลิกสุราได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงสนับสนุนให้ผู้ดูแล

ได้นำความรู้และทักษะต่างๆที่ได้ฝึกปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. ผู้วิจัยกล่าวสรุปกิจกรรมการบำบัดอีกครั้ง และนัดหมายเพื่อติดตามประเมินผลการบริโภคสุราในครั้งต่อไป

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการในกิจกรรมนี้แล้วพบว่า

ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีความตั้งใจที่จะเลิกสุรา โดยสามารถบอกแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำได้ ยกตัวอย่างเช่น การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนของตนเองว่าตนเองต้องการเลิกสุราเพื่อใคร การฝึกทักษะปฏิเสธอย่างสม่ำเสมอ การพูดระบายความรู้สึกให้ผู้ดูแลรับฟัง การปรับนิสัยของตนเองใหม่ ตัวอย่างคำพูดของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ เช่น

“ผมตั้งใจที่จะเลิกเหล้าเพื่อลูก เวลาที่ผมนึกถึงเหล้า ผมก็จะนึกถึงหน้าลูกๆของผม แทนเหล้าครับ”

“จะต้องมีจิตใจที่มั่นคง ไม่อ่อนไหวต่อสิ่งที่มีอยู่ ผมคิดว่าถ้าผมสามารถทำได้ ผมก็จะไม่กลับไปดื่มอีก”

“ผมจะท่องว่า ไม่ ไม่ ไม่ เวลาที่ผมคิดถึงเหล้า”

“ถ้าผมมีเรื่องไม่สบายใจผมก็จะคุยกับเมีย จะได้หายเครียด ไม่ต้องไปดื่มเหล้าอีก”

“หาเวลาไปออกกำลังกาย อยู่กับลูกๆดีกว่าครับ”

นอกจากนี้ ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมการบำบัด โดยส่งผลให้เกิดความรู้ และทักษะทางสังคม รวมถึงการรับรู้ถึงสัญญาณเตือนที่ของตนเองที่อาจเสี่ยงต่อการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ เช่น อารมณ์หงุดหงิด เครียด ซึมเศร้า เป็นต้น อีกทั้งผู้ดูแลสามารถบอกแนวทางการดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช เพื่อป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล

“ถ้าเขาแอบไปดื่มเหล้า ก็จะเตือนให้เขานึกถึงสิ่งที่คุณพยาบาลสอน”

“พี่ก็จะคอยเตือนเขาให้มีสติอยู่ตลอดเวลาให้เขานึกถึงครอบครัว”

“คอยสังเกตอาการ คอยถามเขา เพื่อไม่ให้เขารู้สึกว่าอยู่ตัวคนเดียว”

การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยกำกับการทดลองด้วยแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ก่อนการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 และหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมที่ 8 ในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อประเมินระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ติตสุธาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนต้องมีระดับคะแนนของสัมพันธภาพในครอบครัวตามระดับที่กำหนดคือระดับดีมาก (มากกว่า 4 คะแนน) ซึ่งผลการประเมินการกำกับการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ดังรายละเอียดในตารางที่ 5



ตารางที่ 5 คะแนนระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม

คนที่	คะแนนระดับสัมพันธภาพในครอบครัว		ผลต่างคะแนน
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	
1	4.16	4.67	+0.51
2	3.92	4.67	+0.75
3	3.67	4.67	+1.00
4	3.58	4.83	+0.25
5	3.75	4.16	+0.41
6	4.00	4.42	+0.42
7	3.67	4.58	+0.91
8	3.92	4.17	+0.25
9	3.92	4.08	+0.16
10	3.75	4.58	+0.83
11	3.42	4.42	+1.00
12	3.50	4.17	+0.67
13	3.92	4.83	+0.91
14	3.83	4.42	+0.59
15	3.83	4.17	+0.34
16	3.75	4.08	+0.33
17	3.83	4.58	+0.75
18	3.33	4.25	+0.92
19	3.67	4.83	+1.16
20	4.17	4.83	+0.66
\bar{x}	3.78	4.47	+0.64

จากตารางที่ 5 พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีระดับคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองโดยคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวก่อนการทดลองเท่ากับ 3.78 คะแนน และหลังการทดลองเท่ากับ 4.47 ซึ่งในการกำกับการทดลองครั้งนี้พบว่าคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีมากทั้ง 20 คน ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การทดลองทั้งหมด

3. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

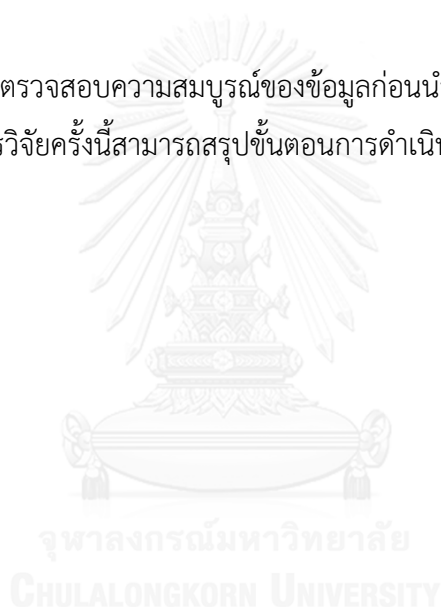
ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีการดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม รายละเอียดดังต่อไปนี้

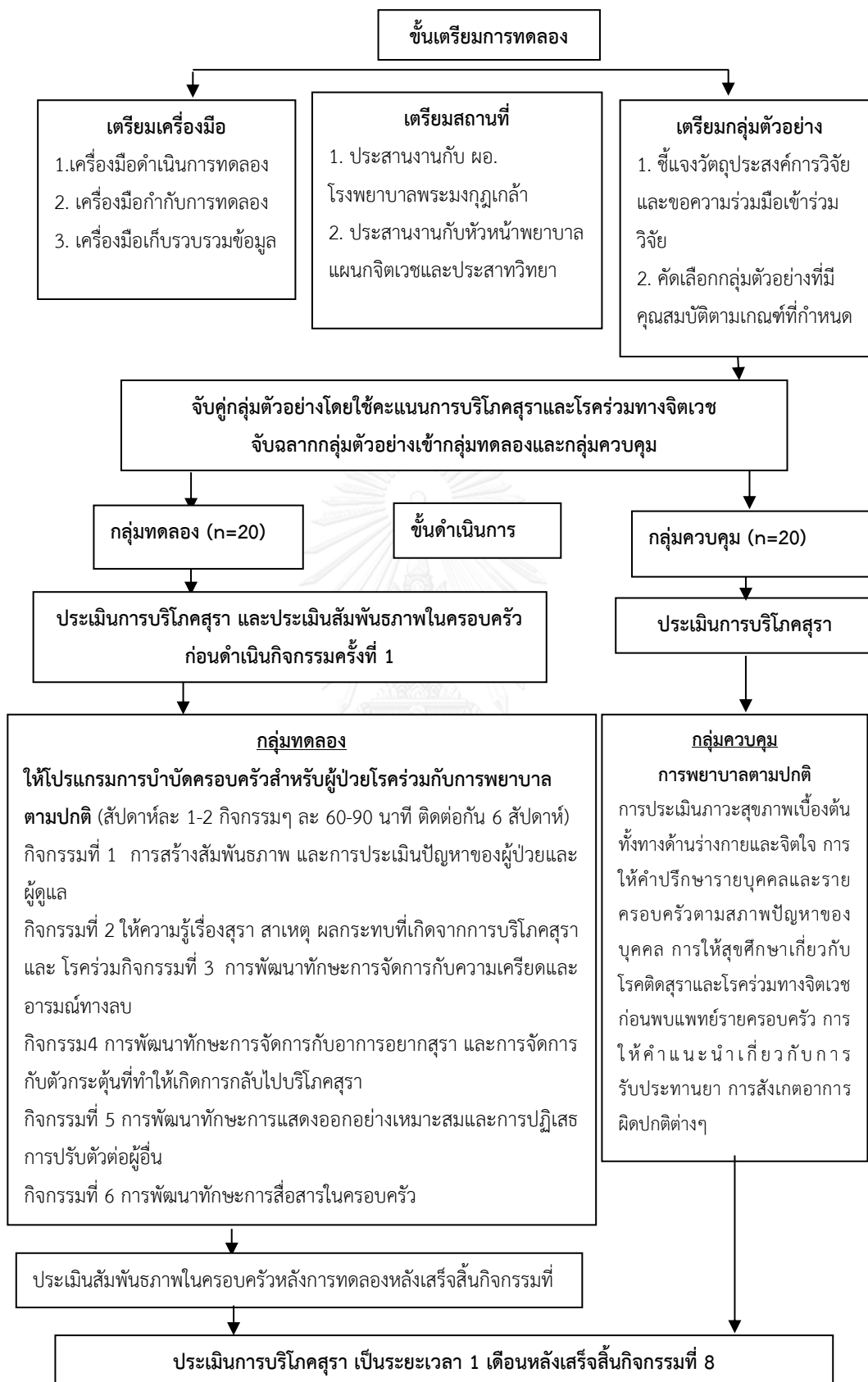
3.1 ผู้วิจัยประเมินการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชโดยใช้แบบบันทึกบริโภคสุรา (Timeline Follow back) ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาก่อนการทดลอง (Pre-test)

3.2 ผู้วิจัยประเมินการบริโภคสุราของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบบันทึกการบริโภคสุรา (Timeline Follow back) เป็นระยะเวลา 1 เดือน หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมที่ 8 ซึ่งให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีการจดบันทึก จำนวน ชนิด ปริมาณของสุราที่ตนเองบริโภคในแต่ละวัน และนำมาคำนวณหาปริมาณการบริโภคสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม

3.3 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปขั้นตอนการดำเนินวิจัย ดังแสดงในแผนภาพที่ 2





ภาพที่ 3 แผนภูมิสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม โดยเปรียบเทียบระดับการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม กับกลุ่มผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่เข้าการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 40 ครอบครัว ซึ่งถูกจับคู่ (Matched-pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงในเรื่องของโรคร่วมทางจิตเวช และระดับคะแนนการบริโภคสุรา สุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว โดยมีการวัดคะแนนการบริโภคสุราในผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ตอนที่ 3 คะแนนการบริโภคสุรา

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชก่อนการและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม

ตอนที่ 5 การเปรียบเทียบการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา และสถานภาพสมรส

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	1	5	4	20	5	12.5
31-40 ปี	6	30	3	15	9	22.5
41-50 ปี	8	40	6	30	14	35
51-60 ปี	5	25	7	35	12	30
อายุเฉลี่ย (ปี)	$\bar{x} =$	43.4	$\bar{x} =$	42.7	$\bar{x} =$	43.05
	S.D. =	9.27	S.D. =	12.37	S.D. =	10.79
ศาสนา						
พุทธ	19	95	20	100	39	97.5
อิสลาม	1	5			1	2.5
สถานภาพสมรส						
คู่	13	65	7	50	10	57.5
โสด	3	15	10	35	23	25
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1	5	2	10	3	7.5
หม้าย	3	15	1	5	4	10

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทั้งหมด 40 คน เป็นเพศชายทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 และ 30 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ ตามลำดับ สำหรับศาสนาพบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95 และ 100 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 97.5 สำหรับในสถานภาพสมรสพบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 65 และ 50 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจำแนกตาม การศึกษา และอาชีพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	1	5	-	-	1	2.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	20	5	25	9	22.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ป.ว.ช.	11	55	9	45	20	50
อนุปริญญา/ป.ว.ส.	2	10	-	-	2	5
ปริญญาตรี	2	10	6	30	8	20
อาชีพ						
รับจ้าง	6	30	2	10	8	20
ค้าขาย	-	-	-	-	-	-
เกษตรกรกรรม	-	-	-	-	-	-
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	60	8	40	20	50
อื่นๆ	2	10	10	50	12	30

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทั้งหมด 40 คน ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช. คิดเป็นร้อยละ 55 และ 45 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ สำหรับอาชีพของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่พบว่าประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 60 และ 40 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ

ตารางที่ 8 จำนวนร้อยละของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจำแนกตาม รายได้ และระยะเวลาการบริโภคสุรา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้						
ไม่มีรายได้	1	5	3	15	4	10
1,000-5,000 บาท	-	-	-	-	-	-
5,000-10,000 บาท	-	-	3	15	3	7.5
10,001-15,000 บาท	5	25	4	20	9	22.5
15,001-20,000 บาท	6	30	1	5	7	17.5
มากกว่า 20,000 บาท	8	40	9	45	17	42.5
ระยะเวลาที่บริโภคสุรา						
1-10 ปี	8	40	5	25	13	32.5
11-20 ปี	3	15	7	35	10	25
21-30 ปี	8	40	4	20	12	30
31-40 ปี	1	5	4	20	5	12.5
ระยะเวลาการบริโภคสุราเฉลี่ย (ปี)	$\bar{x} =$	17	$\bar{x} =$	19.7	$\bar{x} =$	18.35
	S.D. =	10.65	S.D. =	10.31	S.D. =	10.44

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40 และ 45 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ สำหรับระยะเวลาการบริโภคสุราในกลุ่มทดลองพบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่มีระยะเวลาการบริโภคสุราอยู่ที่ 1-10 ปีคิดเป็นร้อยละ 40 และ 25 ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามลำดับ รองลงคือระยะเวลาการบริโภคสุรา 21-30 ปีคิดเป็นร้อยละ 40 และ 20 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ

ตารางที่ 9 จำนวนร้อยละของผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวช จำแนกตามประวัติการบริโภคสุราของ
คนในครอบครัว และประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการบริโภคสุราของคนในครอบครัว						
มี	11	55	10	50	21	52.5
ไม่มี	9	45	10	50	19	47.5
ประวัติการใช้สารเสพติด						
อื่นๆ	2	10	8	40	10	25
มี	18	90	12	60	30	75
ไม่มี						

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่มีประวัติการบริโภคสุราใน
ครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 55 และ 50 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ สำหรับประวัติการใช้
สารเสพติดพบว่า ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดอื่น คิดเป็นร้อย
ละ 90 และ 40 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ

ตารางที่ 10 จำนวนร้อยละของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช จำแนกตามโรคร่วมทางจิตเวช

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคร่วมทางจิตเวช						
- Dysthymia	9	45	9	45	18	45
- GAD	2	10	2	10	4	10
- Mild Depressive	2	10	2	10	4	10
Episode						
- Mixed Anxiety and	2	10	2	10	4	10
Depressive Episode						
- Alcohol induce	2	10	2	10	4	10
Psychosis						
- Personality	3	15	3	15	6	15
Disorders						

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวชว่าเป็นโรค Dysthymia ร้อยละ 45 รองลงมาคือ กลุ่มอาการของ Personality Disorders คิดเป็นร้อยละ 15

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก

ตารางที่ 11 จำนวนร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	2	10	3	15	5	12.5
หญิง	18	90	17	85	35	87.5
อายุ						
21-30 ปี	2	10	1	5	3	7.5
31-40 ปี	5	25	3	15	8	20
41-50 ปี	5	25	5	25	10	25
51-60 ปี	7	35	9	45	16	40
>60 ปี	1	5	2	10	3	7.5
อายุเฉลี่ย (ปี)	$\bar{x} =$	44.8	$\bar{x} =$	49.65	$\bar{x} =$	47.23
	S.D. =	10.84	S.D. =	10.05	S.D. =	10.61
ศาสนา						
พุทธ	19	95	20	100	39	97.5
คริสต์	-	-	-	-	-	-
อิสลาม	1	5	-	-	1	2.5

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้ดูแล 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 90 และ 85 ตามลำดับ สำหรับอายุของผู้ดูแลพบว่าส่วนใหญ่อายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 และ 45 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ สำหรับศาสนาพบว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 95 และ 100 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ

ตารางที่ 12 จำนวนร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตาม ระดับการศึกษา และอาชีพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	2	10	8	40	10	25
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	25	2	10	7	17.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ป.ว.ช.	4	20	6	30	10	25
อนุปริญญา/ป.ว.ส.	1	5	2	10	3	7.5
ปริญญาตรี	8	40	2	10	10	25
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	-	-	-	-
อาชีพ						
รับจ้าง	7	35	4	20	11	27.5
ค้าขาย	2	10	5	25	7	17.5
เกษตรกร	-	-	1	5	1	2.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	30	4	20	10	25
อื่นๆ	5	25	6	30	11	27.5

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช. และปริญญา จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 25 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 17.5 สำหรับอาชีพของผู้ดูแลส่วนใหญ่พบว่า ประกอบอาชีพรับจ้างและอาชีพอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 27.5 รองลงมาคืออาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 25

ตารางที่ 13 จำนวนร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามรายได้ และความสัมพันธกับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้						
ไม่มีรายได้	2	10	-	-	2	5
1,000-5,000 บาท	2	10	2	10	4	10
5,000-10,000 บาท	2	10	2	10	4	10
10,001-15,000 บาท	4	20	5	25	9	22.5
15,001-20,000 บาท	3	15	5	25	8	20
มากกว่า 20,000 บาท	7	35	6	30	13	32.5
ความสัมพันธ์กับผู้ติดสุรา						
คู่สมรส	12	60	11	55	23	57.5
อื่นๆ	5	25	6	30	11	27.5
มารดา	2	10	3	15	5	12.5
บุตร	1	5	-	-	1	2.5

จากตารางที่ 13 พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35 และ 30 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ สำหรับความสัมพันธ์กับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชพบว่าส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 60 และ 55 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ รองลงคือความสัมพันธ์อื่นๆ ได้แก่ พี่น้อง ลุง ป้า หลาน คิดเป็นร้อยละ 25 และ 30 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ

ตารางที่ 14 จำนวนร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระยะเวลาที่ดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และประวัติการเจ็บป่วย

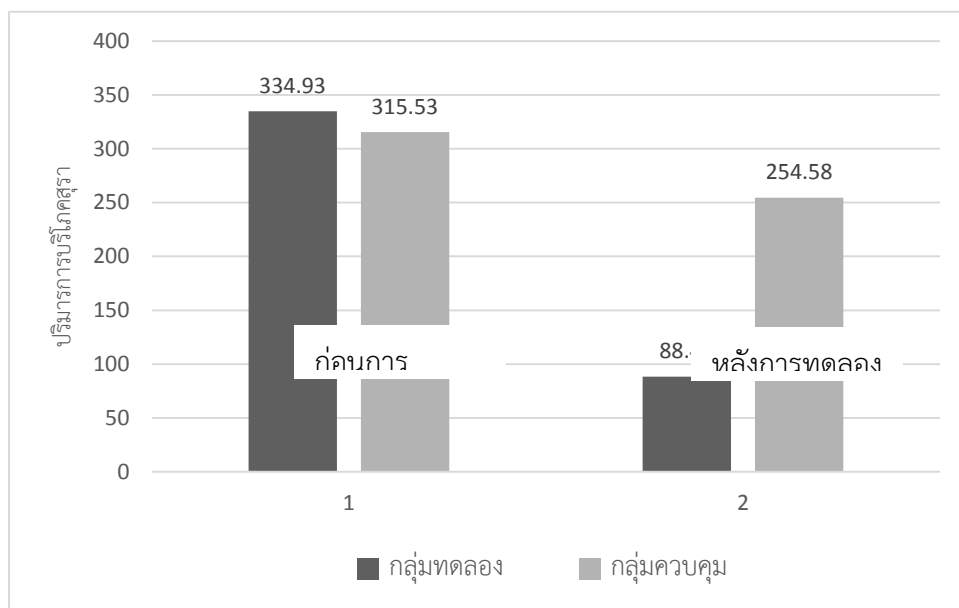
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ดูแล (ปี)						
≤ 10 ปี	11	55	7	35	18	45
11-20 ปี	4	20	4	20	8	20
21-30 ปี	3	15	7	35	10	25
31-40 ปี	2	10	2	10	4	10
ระยะเวลาที่ดูแลโดยเฉลี่ย (ปี)	$\bar{x} =$	13.35	$\bar{x} =$	17.8	$\bar{x} =$	15.56
	S.D. =	9.34	S.D. =	11.14	S.D. =	10.40
ประวัติการเจ็บป่วย						
มี	2	10	7	35	9	22.5
ไม่มี	18	90	13	65	31	77.5

จากตาราง 14 พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชน้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 และ 35 ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามลำดับ รองลงมาคือระยะเวลาอยู่ที่ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 15 และ 35 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ สำหรับประวัติการเจ็บป่วยของผู้ดูแลพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 90 และ 65 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 คะแนนการบริโภคสุรา จำแนกตาม ปริมาณการบริโภคสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

ตารางที่ 15 คะแนนเฉลี่ยปริมาณการบริโภคสุรา (ดื่มมาตรฐานต่อเดือน) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-Test) จำแนกตามโรคร่วมทางจิตเวช

โรคร่วมทางจิตเวช	คะแนนเฉลี่ยปริมาณการบริโภคสุรา			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
- Dysthymia	299.94 (S.D.= 109.38)	60.22 (S.D.= 69.41)	365.56 (S.D.= 74.95)	334.22 (S.D.= 91.13)
- Alcohol induced Psychosis	317.50 (S.D.= 60.10)	56.25 (S.D.= 79.55)	284.25 (S.D.= 22.27)	255 (S.D.= 21.21)
- Generalized anxiety disorders	279 (S.D.= 199.40)	69.25 (S.D.= 44.19)	235 (S.D.= 176.78)	189 (S.D.= 165.46)
- Mild Depressive Episode	379.50 (S.D.= 6.36)	113.50 (S.D.= 37.48)	290 (S.D.= 28.28)	208.75 (S.D.= 54.80)
- Mixed Anxiety and Depressive Episode	362 (S.D.= 19.80)	70.50 (S.D.= 91.23)	252 (S.D.= 16.97)	147 (S.D.= 123.04)
- Personality Disorders	441 (S.D.= 41.24)	196.50 (S.D.= 28.74)	299.33 (S.D.= 175.28)	161.33 (S.D.= 79.61)
รวม	334.93 (S.D.= 102.60)	88.43 (S.D.= 74.20)	315.53 (S.D.= 99.16)	254.58 (S.D.= 113.37)



ภาพที่ 4 แสดงปริมาณการบริโภคสุราก่อนและหลังการทดลอง

จากภาพที่ 4 และตารางที่ 15 พบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มทดลองมีปริมาณการบริโภคสุรา ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 334.93 ต่อมมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 102.60) และ 88.43 ต่อมมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 74.20) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีปริมาณการบริโภคสุราในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 315.53 ต่อมมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 99.16) และ 254.58 ต่อมมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 113.37) ตามลำดับ โดยอธิบายปริมาณการบริโภคสุราของผู้ติดสุราตามชนิดของโรคร่วมทางจิตเวชได้ดังต่อไปนี้

1) ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Dysthymia มีปริมาณการบริโภคสุรา ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 299.94 ต่อมมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 109.38) และ 60.22 ต่อมมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 69.41) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีปริมาณการบริโภคสุราในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 365.56 ต่อมมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 74.95) และ 334.22 ต่อมมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 91.13) ตามลำดับ

2) ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Alcohol induced Psychosis มีปริมาณการบริโภคสุราในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 317.50 ต่อมมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 60.10) และ 56.25 ต่อมมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 79.55) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีปริมาณการบริโภคสุราในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 284.25 ต่อมมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 22.77) และ 255 ต่อมมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 21.21) ตามลำดับ

3) ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น GAD มีปริมาณการบริโภคสุราในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 279 ดื่มมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 199.40) และ 69.25 ดื่มมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 44.19) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีปริมาณการบริโภคสุราในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 235 ดื่มมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 176.78) และ 189 ดื่มมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 165.46) ตามลำดับ

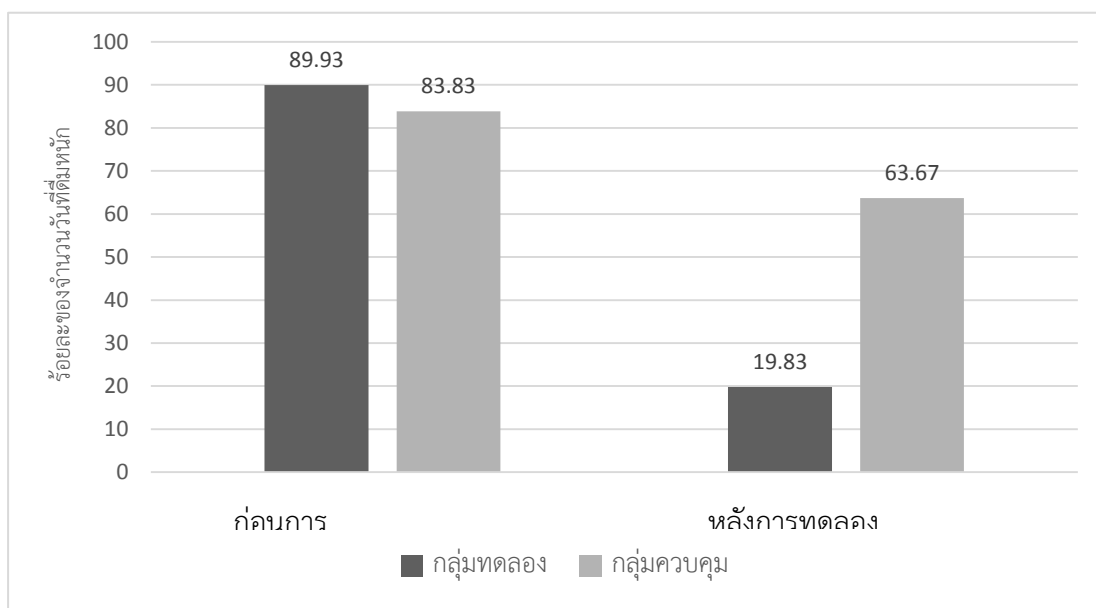
4) ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Mild Depressive Episode มีปริมาณการบริโภคสุราในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 379.50 ดื่มมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 6.36) และ 113.50 ดื่มมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 37.48) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีปริมาณการบริโภคสุราในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 290 ดื่มมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 28.28) และ 208.75 ดื่มมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 54.80) ตามลำดับ

5) ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Mixed Anxiety and Depressive Episode มีปริมาณการบริโภคสุราในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 362 ดื่มมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 19.80) และ 70.50 ดื่มมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 91.23) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีปริมาณการบริโภคสุราในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 252 ดื่มมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 16.97) และ 147 ดื่มมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 123.04) ตามลำดับ

6) ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Personality Disorders มีปริมาณการบริโภคสุราในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 441 ดื่มมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 41.24) และ 196.50 ดื่มมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 28.74) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีปริมาณการบริโภคสุราในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 299.33 ดื่มมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 175.28) และ 161.33 ดื่มมาตรฐานต่อเดือน (S.D. = 79.61) ตามลำดับ

ตารางที่ 16 คะแนนเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันติ่มหนัของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-Test) จำแนกตามโรคร่วมทางจิตเวช

โรคร่วมทางจิตเวช	คะแนนเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันติ่มหนัก			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
Dysthymia	85.16 (S.D. = 20.28)	12.96 (S.D. = 16.37)	91.11 (S.D. = 17.71)	82.59 (S.D. = 25.04)
Alcohol induced Psychosis	100 (S.D. = 0.00)	16.67 (S.D. = 23.57)	100 (S.D. = 0.00)	83.34 (S.D. = 23.57)
Generalized anxiety disorders	88.34 (S.D. = 16.47)	15 (S.D. = 2.36)	70.00 (S.D. = 42.43)	51.67 (S.D. = 44.78)
Mild Depressive Episode	88.34 (S.D. = 16.47)	33.34 (S.D. = 18.86)	100 (S.D. = 0.00)	58.33 (S.D. = 35.36)
Mixed Anxiety and Depressive Episode	93.34 (S.D. = 9.43)	20 (S.D. = 28.28)	63.34 (S.D. = 18.86)	30 (S.D. = 23.57)
Personality Disorders	93.33 (S.D. = 8.82)	36.67 (S.D. = 8.81)	63.33 (S.D. = 31.80)	27.78 (S.D. = 26.73)
รวม	89.33 (S.D. = 15.47)	19.83 (S.D. = 17.35)	83.83 (S.D. = 23.73)	63.67 (S.D. = 33.47)



ภาพที่ 5 แสดงร้อยละของจำนวนวันตมหนักก่อนและหลังการทดลอง

จากภาพที่ 5 และตารางที่ 16 พบว่า ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันตมหนัก ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 89.33 (S.D. = 15.47) และ 19.83 (S.D. = 17.35) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีร้อยละของจำนวนวันตมหนักในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 83.83 (S.D. = 23.73) และ 63.67 (S.D. = 33.47) ตามลำดับ โดยอธิบายร้อยละของจำนวนวันตมหนักของผู้ติตสุราตามชนิดของโรคร่วมทางจิตเวชได้ดังต่อไปนี้

1) ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Dysthymia มีร้อยละของจำนวนวันตมหนัก ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 85.16 (S.D. = 20.28) และ 12.96 (S.D. = 16.37) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีร้อยละของจำนวนวันตมหนัก ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 91.11 (S.D. = 17.71) และ 82.59 (S.D. = 29.04) ตามลำดับ

2) ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Alcohol induced Psychosis มีร้อยละของจำนวนวันตมหนัก ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 100 (S.D. = 0) และ 16.67 (S.D. = 23.57) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีร้อยละของจำนวนวันตมหนัก ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 100 (S.D. = 0) และ 83.34 (S.D. = 23.57) ตามลำดับ

3) ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น GAD มีร้อยละของจำนวนวันตมหนัก ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 88.34 (S.D. = 16.47) และ 15 (S.D. =

2.36) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีร้อยละของจำนวนวันตึ่มหนัก ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 70 (S.D. = 42.43) และ 51.67 (S.D. = 44.78) ตามลำดับ

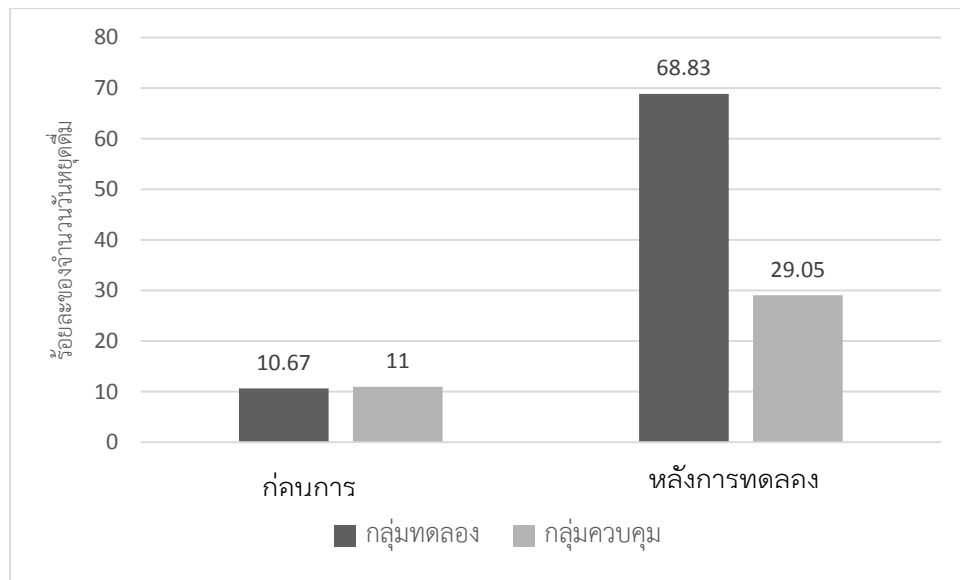
4) ผู้ติตสุธาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Mild Depressive Episode มีร้อยละของจำนวนวันตึ่มหนัก ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 88.34 (S.D. = 16.47) และ 33.34 (S.D. = 18.86) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีร้อยละของจำนวนวันตึ่มหนัก ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 100 (S.D. = 0) และ 58.33 (S.D. = 35.36) ตามลำดับ

5) ผู้ติตสุธาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Mixed Anxiety and Depressive Episode มีร้อยละของจำนวนวันตึ่มหนัก ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 93.34 (S.D. = 9.43) และ 20 (S.D. = 28.28) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีร้อยละของจำนวนวันตึ่มหนัก ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 63.34 (S.D. = 18.86) และ 58.33 (S.D. = 35.36) ตามลำดับ

6) ผู้ติตสุธาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Personality Disorders มีร้อยละของจำนวนวันตึ่มหนัก ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 93.33 (S.D. = 8.82) และ 36.67 (S.D. = 8.81) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีร้อยละของจำนวนวันตึ่มหนัก ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 85.67 (S.D. = 22.06) และ 63.67 (S.D. = 33.47) ตามลำดับ

ตารางที่ 17 คะแนนเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-Test) จำแนกตามโรคร่วมทางจิตเวช

โรคร่วมทางจิตเวช	คะแนนเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
- Dysthymia	14.58 (S.D.= 21.67)	76.67 (S.D.= 25.55)	7.5 (S.D.= 12.18)	15.19 (S.D.= 24.67)
- Alcohol induced Psychosis	0 (S.D.= 0)	75 (S.D.= 35.36)	0 (S.D.= 0)	16.67 (S.D.= 23.57)
- Generalized anxiety disorders	11.67 (S.D.= 16.50)	66.67 (S.D.= 9.43)	30 (S.D.= 42.43)	48.34 (S.D.= 44.78)
- Mild Depressive Episode	11.67 (S.D.= 16.50)	58.33 (S.D.= 7.07)	0 (S.D.= 0)	25 (S.D.= 35.36)
- Mixed Anxiety and Depressive Episode	6.67 (S.D.= 9.43)	63.34 (S.D.= 4.72)	21.67 (S.D.= 2.35)	51.67 (S.D.= 49.50)
- Personality Disorders	6.67 (S.D.= 8.82)	53.33 (S.D.= 6.67)	18.89 (S.D.= 32.72)	53.33 (S.D.= 14.53)
รวม	10.67 (S.D.= 15.47)	68.83 (S.D.= 20.98)	11.00 (S.D.= 18.95)	29.05 (S.D.= 30.05)



ภาพที่ 6 แสดงร้อยละของจำนวนวันหยุดติดต่อก่อนและหลังการทดลอง

จากภาพที่ 6 และตารางที่ 17 พบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดติดต่อกัน ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 10.67 (S.D. = 15.47) และ 68.83 (S.D. = 20.98) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดติดต่อกันในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 11 (S.D. = 18.95) และ 29.05 (S.D. = 30.05) ตามลำดับ โดยอธิบายร้อยละของจำนวนวันที่หยุดติดต่อกันของผู้ติดสุราตามชนิดของโรคร่วมทางจิตเวชได้ดังต่อไปนี้

1) ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Dysthymia มีร้อยละของจำนวนวันหยุดติดต่อกัน ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 14.58 (S.D. = 21.67) และ 76.67 (S.D. = 25.55) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีร้อยละของจำนวนวันหยุดติดต่อกัน ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 7.5 (S.D. = 12.18) และ 15.19 (S.D. = 24.67) ตามลำดับ

2) ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Alcohol induced Psychosis มีร้อยละของจำนวนวันหยุดติดต่อกัน ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 0 (S.D. = 0) และ 75 (S.D. = 35.36) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีร้อยละของจำนวนวันหยุดติดต่อกัน ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 0 (S.D. = 0) และ 16.67 (S.D. = 23.57) ตามลำดับ

3) ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น GAD มีร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 11.16 (S.D. = 16.50) และ 66.67 (S.D. = 9.43) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 30 (S.D. = 42.43) และ 48.34 (S.D. = 44.78) ตามลำดับ

4) ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Mild Depressive Episode มีร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 11.67 (S.D. = 16.50) และ 58.33 (S.D. = 7.07) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 0 (S.D. = 0) และ 25 (S.D. = 35.36) ตามลำดับ

5) ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Mixed Anxiety and Depressive Episode มีร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 16.67 (S.D. = 9.43) และ 63.34 (S.D. = 4.72) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 21.67 (S.D. = 2.35) และ 51.67 (S.D. = 49.50) ตามลำดับ

6) ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Personality Disorders มีร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 6.67 (S.D. = 8.82) และ 53.33 (S.D. = 20.98) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเท่ากับ 18.89 (S.D. = 32.72) และ 53.33 (S.D. = 14.53) ตามลำดับ

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชก่อนและหลังการ
ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มทดลอง (n=20)
จำแนกตาม ปริมาณการบริโภคสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุด
ดื่ม

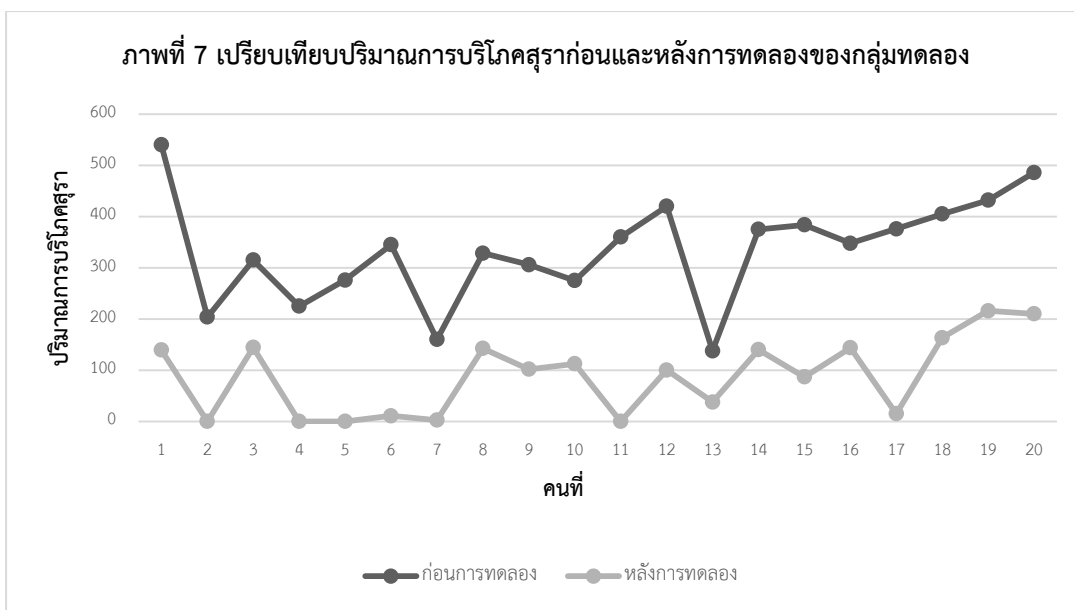
การบริโภคสุรา	\bar{x}	S.D.	df	t	p-value
ปริมาณการบริโภคสุรา					
ก่อนการทดลอง	334.93	102.597	19	13.881	.000
หลังการทดลอง	88.43	74.204			
ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก					
ก่อนการทดลอง	89.33	15.469	19	16.291	.000
หลังการทดลอง	19.83	17.353			
ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม					
ก่อนการทดลอง	10.67	15.469	19	12.491	.000
หลังการทดลอง	68.83	20.979			

จากตารางที่ 18 พบว่า ปริมาณการบริโภคสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละ
ของจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่
ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 (t= 13.881, 16.291 และ 12.491 ตามลำดับ) โดยคะแนนเฉลี่ยปริมาณการบริโภคสุราและ
ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหลังการทดลองกลุ่มทดลองน้อย
กว่าก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
มากกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มควบคุม (n=20) จำแนกตาม ปริมาณการบริโภคสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม

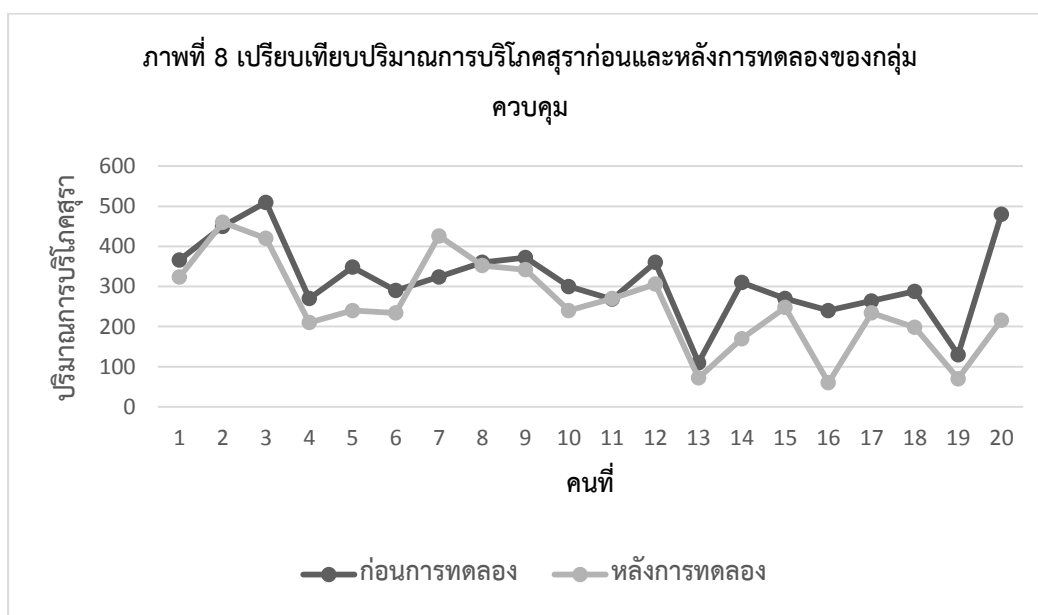
การบริโภคสุรา	\bar{x}	S.D.	df	t	p-value
ปริมาณการบริโภคสุรา					
ก่อนการทดลอง	315.53	99.163	19	3.612	.001
หลังการทดลอง	254.58	113.369			
ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก					
ก่อนการทดลอง	83.83	23.725	19	3.628	.001
หลังการทดลอง	63.67	33.472			
ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม					
ก่อนการทดลอง	11.00	18.952	19	3.244	.002
หลังการทดลอง	29.00	30.051			

จากตารางที่ 19 พบว่า ปริมาณการบริโภคสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.612, 3.628$ และ 3.244 ตามลำดับ) โดยคะแนนเฉลี่ยปริมาณการบริโภคสุราและร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหลังการทดลองกลุ่มควบคุมน้อยกว่าก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมมากกว่าก่อนการทดลอง



ภาพที่ 7 เปรียบเทียบปริมาณการบริโภคสุราก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

จากภาพที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนปริมาณการบริโภคสุราในกลุ่มทดลอง วัดก่อนและหลังการทดลองซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน พบว่า แต่ละคนมีปริมาณการบริโภคสุราก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูงที่แตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนปริมาณการบริโภคสุราลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง



ภาพที่ 8 เปรียบเทียบปริมาณการบริโภคสุราก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

จากภาพที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนปริมาณการบริโภคสุราในกลุ่มทดลอง วัดก่อนและหลังการทดลองซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน พบว่า แต่ละคนมีปริมาณการบริโภคสุราก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูงที่แตกต่างกัน แต่ในระยะเวลาหลังการทดลองพบว่า คะแนนการปริมาณการบริโภคสุราในกลุ่มควบคุมนั้นลดลงแต่ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันทุกคน โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน (คนที่ 2, 7 และ 11) มีคะแนนปริมาณการบริโภคสุราเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง

ตอนที่ 5 การเปรียบเทียบการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบการบริโภคของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำแนกตามปริมาณการบริโภคสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม

การบริโภคสุรา	กลุ่มทดลอง \bar{x} (S.D.)	กลุ่มควบคุม \bar{x} (S.D.)	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
ปริมาณการบริโภคสุรา	334.93 (102.597)	315.53 (99.163)	38	.608	.274
ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก	89.33 (15.466)	83.83 (23.725)	32.681	.869	.195
ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม	10.67 (15.467)	11.00 (18.952)	38	.061	.476
หลังการทดลอง					
ปริมาณการบริโภคสุรา	88.43 (74.204)	254.58 (113.369)	38	5.484	.000
ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก	19.83 (17.353)	63.67 (33.472)	28.525	5.991	.000
ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม	68.83 (20.979)	29.00 (30.051)	38	4.861	.000

จากตารางที่ 20 สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

1. ปริมาณการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยปริมาณการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม มีค่าน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนักของผู้

ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x} = 88.43$ และ 254.58 ตามลำดับ, $t = 5.484$, $p\text{-value} < .05$)

2. ร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยของร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนักของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม มีค่าน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของร้อยละจำนวนวันดื่มหนักของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x} = 19.83$ และ 63.67 ตามลำดับ, $t = 5.991$, $p\text{-value} < .05$)

3. ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยของร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม มีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของร้อยละจำนวนวันดื่มหนักของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x} = 68.83$ และ 29.00 ตามลำดับ, $t = 4.861$, $p\text{-value} < .05$)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม โดยเปรียบเทียบระดับการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน และเปรียบเทียบระดับการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรค

ร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 1 เดือน ตัวแปรต้นคือ โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม ตัวแปรตามคือ การบริโภคนิสรา มีการตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. การบริโภคนิสราของผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ โดย

1.1 ปริมาณการบริโภคนิสราของผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

1.2 ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักของผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

1.3 ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. การบริโภคนิสราของผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดย

2.1 ปริมาณการบริโภคนิสราของผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.2 ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักของผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.3 ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติตสุราและมีโรคร่วมทางจิตเวชตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษานอกจิตเวช แต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และผู้ดูแลหลัก รวมทั้งสิ้น 2 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติตสุราและมีโรคร่วมทางจิตเวชตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก

(ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แต่ละครอบครัวประกอบไปด้วย ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และ ผู้ดูแลหลัก รวมทั้งสิ้น 2 คน จำนวน 40 ครอบครัว

ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ คะแนนการบริโภคสุรา และโรคร่วมทางจิตเวช จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเข้าสู่กลุ่มทดลองจำนวน 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมโดยประยุกต์มาจากการศึกษาของ Mueser and Fox (2002) ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมแบบรายครอบครัวจำนวน 8 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรมๆ ละ 60 นาที ติดต่อกันเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินปัญหาของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแล การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ประกอบไปด้วย การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดความไว้วางใจ และยินยอมเปิดเผยข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรม การประเมินแรงจูงใจ ผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุรา โรคร่วมทางจิตเวช การประเมินทัศนคติของผู้ดูแล และการสร้างเป้าหมายของชีวิต การดำเนินกิจกรรมเหล่านี้จะช่วยให้สามารถทราบถึงแรงจูงใจ ทัศนคติที่มีต่อการบริโภคสุรา เป้าหมายในชีวิตของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ทำให้สามารถร่วมกันช่วยเหลือผู้ติดสุราให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และเลิกบริโภคสุราได้

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องสุรา สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุรา และ โรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดจากการติดสุรา ทักษะการใช้ยา การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ประกอบไปด้วยการให้ความรู้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ได้แก่ โรคติดสุรา ผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุรา การบำบัดรักษา โรคร่วมทางจิตเวชในผู้ที่ติดสุรา ผลกระทบจากการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช แนวทางของผู้ดูแลในการดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช การรักษาด้วยยา ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา การจัดการกับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น รวมถึงมีการฝึกทักษะการใช้ยาอย่างถูกวิธี ซึ่งการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้เกิดการรับรู้และมีความตระหนักถึงผลกระทบของการบริโภคสุรา มีความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ไม่กลับไปบริโภคสุราซ้ำอีก

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดและอารมณ์ทางลบ การดำเนินในกิจกรรมครั้งนี้ประกอบไปด้วย การให้ความรู้เรื่องความเครียด อารมณ์ทางลบ สาเหตุ ผลกระทบจากการเกิดความเครียดและอารมณ์ทางลบ การฝึกการจัดการกับความเครียดโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย

คล้าย การฝึกทักษะในการจัดการกับอารมณ์ทางลบโดยมีการจำลองสถานการณ์สมมติให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ติดยาได้มีวิธีการจัดการกับความเครียดและอารมณ์ทางลบที่เหมาะสม โดยมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้นำแนวทางที่เหมาะสมมาใช้ในชีวิตประจำวัน และไม่กลับไปบริโภคสุรา

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการอยากสุรา และการจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกลับไปบริโภคสุรา การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ประกอบไปด้วย การให้ผู้ติดยาที่โรคร่วมทางจิตเวชได้เรียนรู้เกี่ยวกับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสุรา การหาวิธีการจัดการกับตัวกระตุ้น การฝึกทักษะการจัดการกับอาการอยากสุรา โดยมีผู้ดูแลมีส่วนส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถจัดการกับอาการอยากสุราได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ลดการบริโภคสุราลงได้

กิจกรรมที่ 5 ทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสมและการปฏิเสธ การปรับตัวต่อผู้อื่น การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ประกอบไปด้วย การเรียนรู้หลักการปฏิเสธผู้อื่น การฝึกทักษะการปฏิเสธผู้ที่มาชักชวนให้ไปบริโภคสุราโดยการจำลองสถานการณ์ การวิเคราะห์สำรวจตนเอง การวางแผนทางการพัฒนาข้อบกพร่องของตนเองร่วมกับผู้ดูแล การดำเนินกิจกรรมทั้งหมดนี้จะทำให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้เกิดทักษะและสามารถป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปบริโภคสุราซ้ำ รวมถึงผู้ดูแลเกิดการยอมรับ และยินดีให้การช่วยเหลือเพื่อลดการบริโภคสุราได้ในระยะยาว

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารในครอบครัว การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ประกอบไปด้วย การเรียนรู้เกี่ยวกับการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การสื่อสารในเชิงบวก การพูดร้องขอในเชิงบวก เทคนิคการให้กำลังใจผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช มีการฝึกทักษะการสื่อสารโดยแสดงบทบาทสมมติระหว่างผู้ติดยาและผู้ดูแล การดำเนินกิจกรรมทั้งหมดนี้เป็นการส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแล ส่งเสริมให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้เห็นถึงความสำคัญของตัวเองรับรู้ถึงความรู้สึกห่วงใย ทำให้ผู้ติดยามีความตั้งใจในการบริโภคสุรา

กิจกรรมที่ 7 การพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริโภคสุรา โดยใช้กระบวนการแก้ไขปัญหา การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ประกอบไปด้วย การแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริโภคสุรา โดยใช้ขั้นตอนของกระบวนการแก้ไขปัญหาโดยให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้ร่วมกันวิเคราะห์ในแต่ละขั้นตอน ได้แก่ การเลือกและพิจารณาถึงลำดับความสำคัญ การหาทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา การนำวิธีการแก้ไขปัญหาไปปฏิบัติ การติดตามประเมินผล ซึ่งการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดนี้ส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้เกิดแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา โดยผู้ติดยาไม่กลับไปบริโภคสุราซ้ำ

กิจกรรมที่ 8 ทบทวนและติดตามผลการพัฒนาทักษะต่างๆ และยุติสัมพันธภาพ การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ประกอบไปด้วย การทบทวนการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมา การวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคต่อการเลิกบริโภคสุรา โดยร่วมกันหาวิธีการจัดการร่วมกัน มีการให้ผู้ติดยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้วางแนวทางในการป้องกันการบริโภคสุราซ้ำ นอกจากนี้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชโดยวางแนวทางในการป้องกันในการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ การดำเนินกิจกรรมทั้งหมดจะส่งผลให้ผู้ติดยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถคงระยะของการเลิกสุราได้นานและผู้ติดยสุราไม่กลับไปบริโภคสุราซ้ำ

จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมที่พัฒนาขึ้นประกอบไปด้วย 1) แผนการดำเนินการโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม และ 2) คู่มือการบำบัดผู้ติดยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและครอบครัว ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม มีความสอดคล้องกับการศึกษา และนำไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม โดยนำเอกสารที่แก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาให้ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่านได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความชัดเจน ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม โดยภายหลังการแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วได้นำไปทดลองใช้กับผู้ติดยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน จนครบ 8 ครั้ง จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบประเมินการบริโภคสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลกเพื่อพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการค้นหาปัญหาจากการติดยสุรา และค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงจากการบริโภคสุรา ผู้ที่บริโภคสุราแบบหนัก และผู้บริโภคสุราแบบติด (WHO, 2001) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และพันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบหลักในเรื่อง การใช้สุราแบบอันตราย อาการติดยสุรา และการเกิดพิษของสุราโดยประเมินจากการบริโภคสุรา ได้แก่ ปริมาณและความถี่ในการบริโภคสุรา จำนวนครั้งของการดื่มหนัก การที่ไม่สามารถควบคุมการบริโภคสุรา ความรู้สึกเสียใจหลังจากรับประทานสุรา การจำเหตุการณ์หลังจากรับประทานสุราไม่ได้ การได้รับบาดเจ็บจากการบริโภคสุรา การได้รับการแสดงความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับการบริโภคสุรา โดยในแต่ละคำถามจะมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการตรวจสอบเครื่องมือ โดยมีค่าความตรงของเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ได้เท่ากับ 1 และมีการตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .76

2.3 แบบบันทึกการบริโภคนิสรา (Timeline Follow back) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย Sobell and Sobell (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุนทรี ศรีโกไสย (2557) เป็นการประเมินการบริโภคนิสราของผู้ติดนิสราในแต่ละวัน โดยได้มีการบันทึกเกี่ยวกับชนิดของนิสราที่บริโภค ปริมาณการบริโภคนิสรา และจำนวนวันที่บริโภคนิสรา โดยนำเสนอผลของแบบบันทึกการบริโภคนิสราในรูปแบบของปริมาณการบริโภคนิสรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม ในการวิจัยนี้ได้ทำการทดสอบเครื่องมือโดยการตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยพบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้ $r = .97$

3. เครื่องมือที่ใช้กับการทดลอง ได้แก่

แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวสร้างโดยปรียศ กิตติธีระศักดิ์ (2547) ซึ่งมีการนำมาปรับปรุงโดย สาริณี โต๊ะทอง (2548) โดยแบบประเมินมีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดยมีค่าความตรงของเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ได้เท่ากับ .83 และมีการตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .87

ขั้นตอนในการทดลอง

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย พร้อมทั้งเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนสำนักงานพัฒนางานวิจัยกรมแพทยทหารบก

1.2 ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดพร้อมทั้งดำเนินการในการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ จะให้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินการบริโภคนิสรา ก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.2 ในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คนโดย

กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม โดยดำเนินกิจกรรมแบบรายครอบครัวจำนวน 8 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์

กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากทีมสหสาขาวิชาชีพ แผนกจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

3. ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินการบริโภคสุรา

3.2 ผู้วิจัยทำการประเมินการบริโภคสุราหลังการทดลอง (Post-test) หลังจากการเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมที่ 8 เป็นระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งข้อมูลบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) มีการเปรียบเทียบการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมโดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติ Independent t-test มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นเพศชายจำนวน 40 ราย ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลพบว่า ผู้ติดสุราที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำแนกเป็นเพศชายร้อยละ 97.22 เพศหญิงร้อยละ 2.78 ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2557 ที่พบว่า เพศชายมีอัตราการบริโภคสุราสูงกว่าเพศหญิง 4 เท่า ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 41-50 ปี และมีสถานสมรสคู่ รองลงมาคือ สถานภาพโสด มีอาชีพรับราชการ สำหรับระยะเวลาการบริโภคสุราพบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 18.5 ปี โดยร้อยละ 30 มีการบริโภคอยู่ในระยะเวลานาน 21-30 ปี ซึ่งแสดงถึงลักษณะของการติดสุรา โดยผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเคยมีการหยุดบริโภคสุราได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง และมีการกลับไปบริโภคสุราซ้ำอีก นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีประวัติของการบริโภคสุราของคนในครอบครัวทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมถึงร้อยละ 52.75 สอดคล้องกับการศึกษาของ Sadock and Sadock (2016) ที่พบว่าผู้บริโภคสุรากว่าร้อยละ 50 มีความเกี่ยวข้องกับลักษณะทางพันธุกรรม อีกทั้งโรคร่วมทางจิตเวชที่พบในผู้ติดสุราทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมากที่สุด คือ Dysthymia รองลงมาคือ Personality disorders และพบ Alcohol induced psychosis, Generalized anxiety disorder, Mild depressive episode และ Mixed anxiety and depressive episode ในอัตราที่เท่ากันสอดคล้องกับการศึกษาของ Grater et al. (2002 อ้างในพิชราวลัย กนกจรรยา, 2554) โดยพบว่าผู้ที่บริโภคสุราอาจมีภาวะซึมเศร้า (Depression) สูงถึงร้อยละ 70 และการศึกษาของ Morley et al. (2013) ซึ่งพบว่าร้อยละ 33 ของผู้ติดสุราที่มีอัตราการเกิดโรคความผิดปกติทางอารมณ์และกลุ่มอาการวิตกกังวล

สำหรับผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัวและอาศัยอยู่กับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 51-60 ปี มีความสัมพันธ์ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชร้อยละ 57.5 รองลงมาคือความสัมพันธ์อื่นๆคือ พี่ น้อง ลูก หลุ ร้อยละ 27.5 ซึ่งความสัมพันธ์ของผู้ดูแลแสดงให้เห็นถึงสัมพันธ์ภาพที่มีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิด สามารถแสดงความห่วงใย การตักเตือน หรือให้กำลังใจผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งส่งผลต่อการบริโภคสุราดังคำพูดตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลรายหนึ่งว่า “เวลาที่เตือนหรือห้ามเขาไม่ให้ดื่ม เขาก็ฟังอยู่นะแล้ว อย่างมีงานเลี้ยงแล้วเราบอกเขาว่าวันนี้ไม่ต้องดื่มเหล้านะเขาก็ไม่ดื่มตามที่เรากล่าว ” เมื่อพิจารณาถึงระยะเวลาที่ดูแลพบว่า ผู้ดูแลทั้งหมดมีระยะเวลาการดูแลผู้ติดสุราเฉลี่ยถึง 15.56 ปี โดยมีระยะเวลาการดูแลระหว่าง 1-10 ปี ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 55 และ 45 ตามลำดับ รองลงมาคือ การดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเป็นระยะเวลานานส่งผลให้ผู้ดูแลมี

ความเข้าใจในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และสามารถสังเกตความเปลี่ยนแปลงได้ โดยการที่ผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ ความเข้าใจในผู้ติดสุรามากขึ้น อีกทั้งผู้ดูแลยังเป็นบุคคลที่คอยให้กำลังใจ คอยเตือนผู้ติดสุราให้ควบคุมการบริโภคสุรา การดูแลเรื่องการรับประทานยา และพามาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลว่า “ดิฉันจะคอยดูแลให้เขาทานยาตามที่หมอบอก คุณพยาบาลไม่ต้องห่วงนะ ถ้าเขาคิดจะกลับไปดื่มเมื่อไหร่ ดิฉันจะบอกให้เขาฝึกตามที่คุณพยาบาลบอกเลยคะ” “คราวนี้จะต้องคอยดูแลให้มากขึ้นกว่าเดิม สุขภาพร่างกายก็ไม่ไหว จิตใจก็แย่ ถ้าไม่เลิกเหล้าให้เด็ดขาด อาจจะทำอะไรได้ไม่เหมือนเดิม” “พออยากกลับไปดื่มอีกนะ แม่ก็จะคอยเตือนพ้อบ่อยๆ เวลาพ้ออยากเหล้ามากๆ ให้บอกแม่มะ แม่จะได้พาพ้อมาหาหมอ” การที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดความรู้สึกได้รับการยอมรับจากผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัว อีกทั้งผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่มีเป้าหมายในการเลิกสุราเพื่อครอบครัว ดังตัวอย่างของคำพูดของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชว่า “ทุกวันนี้ผมไม่กล้าโทรไปหาลูกๆ เพราะผมกลัวว่าลูกจะรับไม่ได้ที่มีพ่อติดเหล้า ผมอยากเลิกเหล้าเพื่อลูกจริงๆครับ ผมอยากจะให้ลูกยอมรับผมได้ ไม่อยากให้ลูกอายุที่มีพ่อขี้เมา” “ตั้งแต่เมียผมตาย ผมก็ไม่มีใคร มีแต่ลูกสาวสองคนนี่แหละที่คอยดูแลผม แต่ผมก็ไม่เคยทำตัวดีให้ลูกผมเลย ผมไม่เอาแล้วละ ทั้งเหล้าทั้งบุหรี่ ผมจะเลิกให้หมด” “ผมรู้ว่าเขาเครียดเวลาผมกินเหล้า(ผู้ป่วยหมายถึงภรรยา) เขาบอกให้ผมเลิกหลายครั้งแล้ว ผมก็เลิกนะ แต่ผมก็กลับไปดื่มอีก ก่อนที่จะพบคุณพยาบาล เขาขอร้องให้ผมทำเพื่อเขา ทำเพื่อครอบครัว เขาร้องไห้เสียใจ ผมรู้สึกว่าคุณทำตัวแย่มากที่ทำให้คนที่ผมรักเสียใจ ผมจึงอยากปรับปรุงตัวเองอีกครั้งเพื่อเขาครับ” ดังนั้นสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดกับครอบครัวจึงส่งผลให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มทดลองลดการบริโภคสุราลงได้มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัยโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม

จากผลการศึกษาของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช พบว่า ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้ง 2 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่า ปริมาณการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.881$) โดยคะแนนเฉลี่ยปริมาณการบริโภคสุราของกลุ่มทดลองหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อีกทั้งร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 16.291$) โดยคะแนนเฉลี่ยร้อยละของ

จำนวนวันตื่นหนักของกลุ่มทดลองหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง และ ร้อยละของจำนวนวันหยุดเต็มของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 12.491$) โดยคะแนนเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดเต็มของกลุ่มทดลองหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ การบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาดังต่อไปนี้

จากการที่พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยของการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชซึ่งได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่ำกว่าการทดลองนั้น ซึ่งโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมเป็นกิจกรรมที่ดำเนินตามโปรแกรมการบำบัดครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สุราและสารเสพติด (Mueser and Fox, 2002) จากผลการศึกษาพบว่า ในระยะเริ่มต้นของการดำเนินกิจกรรม ซึ่งมีการสร้างสัมพันธภาพและประเมินปัญหาที่เกิดจากการบริโภคสุราในผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแล แสดงให้เห็นได้ว่า กระบวนการสร้างสัมพันธภาพนั้นเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินกิจกรรม โดยทำให้เกิดความไว้วางใจต่อผู้บำบัดรักษา มีการเปิดเผยข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษา การเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ผู้ดูแล และผู้บำบัด ส่งผลให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดความรู้สึกได้รับการยอมรับ และเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการบำบัดรักษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Mueser et al. (2009), Gottlieb et al. (2012) and Mueser et al. (2013) ที่พบว่า การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในระยะเริ่มต้นนั้นส่งผลให้เกิดความร่วมมือและความเต็มใจเพื่อให้ข้อมูลในการบำบัดรักษา

เมื่อให้การพยาบาลตามโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม โดยใช้กระบวนการของการบำบัดครอบครัวตามแนวคิดของ Mueser and Fox (2002) แล้วพบว่า ในระยะของการประเมินปัญหา (Assessment) ที่เกี่ยวกับการบริโภคสุรา โรคร่วมทางจิตเวช ผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุรา พบว่าสาเหตุผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตนั้นบริโภคสุรานั้นเกิดจากการความเครียดภายในจิตใจ อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบางรายมีการรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่องทำให้อาการทางจิตของตนเองเป็นมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ติดยาที่มีโรคร่วมที่มีภาวะโรคจิตใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการหิวแหว่ ประสาทหลอน นอกจากนี้พบว่าผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีการบริโภคสุราเพื่อต้องการเข้าสังคม ให้ผู้อื่นยอมรับตนเอง หรือมีเพื่อนชักชวนให้บริโภคสุราเพื่อคลายความเหงา สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา (2556) ที่กล่าวถึง ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการบริโภคสุราในผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชไว้ว่า ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีการบริโภคสุราเพื่อบรรเทาความเครียดและอาการทางจิต เนื่องจากการรับประทานยาทางจิตเวชที่ไม่

ต่อเนื่อง โดยที่ผลของสุรามีส่วนช่วยในการลดความวิตกกังวล เศร้าหมอง ขณะที่มีการหยุดบริโภคสุราก็จะทำให้เกิดอาการทุกขใจ ซึมเศร้า จึงทำให้ผู้ติดสุรากลักลับมาบริโภคสุราอีก นอกจากนี้การที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชต้องการได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนและสังคม จึงเป็นสิ่งที่จูงใจให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชนั้นบริโภคสุรา

สำหรับการประเมินปัญหาที่เกิดจากการบริโภคสุรา ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้รับรู้และวิเคราะห์ถึงผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุรา โดยการบริโภคสุราที่ผ่านมานั้น ส่งผลให้เกิดผลกระทบในหลายด้านทั้งต่อตนเองและต่อครอบครัว สังคม โดยพบว่า ผลกระทบต่อตนเองคือทำให้อาการทางจิตเวชของตนเองไม่ดีขึ้น มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล ทุกขใจ บางรายมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม โดยทำให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว สูญเสียหน้าที่การงาน ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชว่า “เวลาไม่ได้กินเหล้าแล้วมันจะหลอน เห็นผี บางครั้งก็มีเสียงคนมาคุยด้วยบอกให้ทำนู่นทำนี่ ผมก็กลัวว่าถ้าไม่ทำตาม เขาจะมาทำร้ายผม” “ผมดื่มเหล้ามากจนลูกเมียหนีไป ไม่กลับมาหาผมอีกเลย” สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา (2556) ที่ได้กล่าวว่า การที่ผู้ติดสุราบริโภคสุราเป็นประจำมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาทะเลาะวิวาททั้งคนในครอบครัวและผู้อื่นได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลรายหนึ่งว่า “เวลาเมามาที่ไรต้องมีปากเสียงกันตลอด เขาจะหาเรื่องเราตลอด แต่บางครั้งก็หงุดหงิดที่เขาดื่ม ก็ทะเลาะกันไปไม่จบ” อีกทั้งยังทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช มีหน้าที่การงานไม่มั่นคง ไม่รับการพิจารณาในการทำงานในตำแหน่งที่สูงขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี สุริยะฉาย (2556) ที่กล่าวไว้ว่า การติดสุรามีผลกระทบต่อทั้งบทบาทหน้าที่ของตนเองในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และสุขภาพจิตของคนในครอบครัว

ในการดำเนินกิจกรรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมนั้น มีการดำเนินกิจกรรมสอดคล้องกับการศึกษาของ Mueser and Fox (2002) โดยมีการให้ความรู้ในเรื่องของโรคติดสุรา โรคร่วมทางจิตเวชในผู้ติดสุรา การบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชโดยการรับประทานยา การแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของครอบครัวในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีการเน้นย้ำในเรื่องของการบำบัดรักษาด้วยยาทางจิตเวชควบคู่ไปกับการบำบัดทางสังคม โดยผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุราที่มีต่อตนเองและครอบครัวได้ ทำให้เกิดความร่วมมือ เกิดแรงจูงใจที่จะบำบัดรักษา อีกทั้งยังได้เรียนรู้เกี่ยวกับทักษะการใช้ยาที่ถูกวิธี ส่งผลให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชนั้นรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา อาการทางจิตดีขึ้น นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาครั้งนี้ โดยผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและส่งเสริมผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชให้สามารถเลิกบริโภคสุราได้สำเร็จ

จากการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ นอกจากจะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ และโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ที่ติดเชื้อ ยังมีการดำเนินกิจกรรมพัฒนาทักษะทางสังคมให้กับผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแล ประกอบไปด้วย ทักษะการจัดการกับความเครียด การจัดการกับอารมณ์ทางลบ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล ทักษะการจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ การเรียนรู้จัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสูบบุหรี่ รวมถึงทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสมและการปฏิเสธ โดยการพัฒนาทักษะต่างๆเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้เกิดการเรียนรู้ การกระตุ้นให้มีการฝึกพัฒนาทักษะอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดการความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ที่มีอยู่ในชีวิตประจำวันซึ่งเป็นสถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้ตนเองบริโภคสุราได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ดูแลได้มีการเรียนรู้ ร่วมฝึกปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดทักษะและคอยกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ได้นำทักษะที่ได้ฝึกปฏิบัติจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ลดการบริโภคสุราของผู้ป่วยรวมถึงป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ

ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ได้มีการเรียนรู้เกี่ยวกับการสื่อสารในครอบครัว และฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีการจำลองสถานการณ์เพื่อให้สามารถฝึกปฏิบัติและเรียนรู้เทคนิคการสื่อสารไปพร้อมกัน โดยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัวนั้นส่งผลให้ลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้น อีกทั้งผู้ดูแลเกิดเข้าใจและยอมรับผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดสัมพันธภาพอันดีต่อกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Mueser and Fox (2002) ที่ได้กล่าวไว้ว่าการที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา จะช่วยพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น ลดความขัดแย้ง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ลดการบริโภคสุราหรือใช้สารเสพติดได้ (Mueser et al., 2009; Mueser et al., 2013)

นอกจากนี้ในการดำเนินการวิจัย ได้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้มีทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม โดยมีการเรียนรู้กระบวนการแก้ไขปัญหา ได้แก่ การสำรวจปัญหา การพิจารณาถึงความสำคัญของปัญหาและเลือกปัญหา การหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยพิจารณาข้อดีและข้อเสีย การนำแนวทางไปปฏิบัติและประเมินผล ซึ่งการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้เกิดการเรียนรู้ และสามารถพัฒนาทักษะของตนเองในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (Mueser and fox, 2002; Mueser et al., 2009; Mueser et al., 2013) โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่เกิดจากการบริโภคสุรา ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข เพื่อป้องกันไม่ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบริโภคสุราเพื่อให้อิ่มหรือลดความกังวลเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าว ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลในกลุ่มทดลองจะได้รับการกระตุ้นให้นำทักษะการแก้ไขปัญหาที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยการได้รับการพัฒนาทักษะอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ โดยมีผู้ดูแลเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำที่เหมาะสม

การดำเนินกิจกรรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมในครั้งนี้นำมาดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัว ประกอบไปด้วย ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และผู้ดูแล ส่งผลให้ระหว่างการทำกิจกรรม ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดกระบวนการเรียนรู้อันร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น ซึ่งสิ่งสำคัญที่จะทำให้การบำบัดรักษาประสบความสำเร็จคือ การมีครอบครัวเข้ามาเป็นส่วนร่วมและเป็นเป้าหมายของชีวิตของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา, 2556) โดยสมาชิกในครอบครัวคือผู้ที่มีบทบาทหลักในการสนับสนุนให้ผู้ติดยาเลิกบริโภคสุรา โดยการพูดให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเลิกบริโภคสุราได้นานขึ้น (พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ สาวิตรี สุริยะฉาย (2556) กล่าวไว้ว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นผู้ให้ข้อมูล และอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด การได้รับคำชม ยกย่องจากบุคคลในครอบครัวเมื่อตนเองเลิกบริโภคสุรา การได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัวมาเป็นแรงสนับสนุนในการเลิกสุรา ทำให้ ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีความรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของครอบครัว และเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ส่งผลให้การบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชลดลง

จากที่กล่าวมาทั้งหมดพบว่า การดำเนินโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมในทุกกิจกรรมทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแล การได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแลในการเลิกสุราซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช สามารถลดการบริโภคสุราลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

สำหรับการที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณการบริโภคสุรา ร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ในกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = 3.612, 3.417$ และ 3.251 ตามลำดับ) เช่นกัน ซึ่งผลการวิจัยนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดพยาบาลตามปกติ ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานของการบำบัดรักษาผู้ติดยา ตั้งแต่การคัดกรองแลประเมิน การดูแลภาวะถอนพิษสุรา การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยา และการติดตามประเมินผลในระยะยาว นอกจากนี้ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับยาวิตามินรวม รวมถึงได้รับยารักษาตามการวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวช ได้แก่ ยาต้านอาการกังวล ยาต้านอารมณ์ซึมเศร้า ยาต้านอาการทางจิต นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายจะได้รับยาลดอาการอยากสุราในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมอาการอยากสุราของตนเองได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลการรักษาเบื้องต้นของกลุ่มควบคุมพบว่าทุกคนได้รับการรักษาด้วยยาในลักษณะที่มีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ ยาวิตามิน เช่น Vit B₁₋₆₋₁₂, Vit Bcomplex, Thiamine ยาในกลุ่ม Benzodiazepine เช่น Lorazepam, Diazepam ยาต้านอารมณ์ซึมเศร้า เช่น Fluoxetine, Sertraline เป็นต้น โดยการรักษาด้วยยาเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งในการส่งผลให้กลุ่มควบคุมมีความอยากสุราลดลงส่งผลให้มีการลดปริมาณการบริโภคสุราลง โดยมีข้อมูลหลักฐานเชิง

ประจักษ์ว่ายาต้านอารมณ์ซึมเศร้า เช่น Fluoxetine สามารถช่วยลดอาการอยากสุราได้ (Rubinder and Manish, 2015) ส่งผลให้การบริโภคสุราของกลุ่มควบคุมลดลง นอกจากนี้การพยาบาลตามปกติในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีกิจกรรมการพยาบาลที่ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม ประกอบไปด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดสุรา ผลกระทบจากการบริโภคสุรา การให้คำแนะนำตามหลัก D-METHOD การให้คำปรึกษารายบุคคล และรายครอบครัวตามความต้องการของผู้ที่เข้ามาใช้บริการ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุรา การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมผู้ติดสุรานินาม (Alcohol Anonymous) การเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดสุราในรูปแบบของผู้ป่วยนอก ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยปริมาณการบริโภคสุรา ร้อยละของจำนวนวันดื่มหนัก หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มมากกว่าก่อนการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม มีคะแนนเฉลี่ยปริมาณการบริโภคสุรา ร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักลดลง และร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาที่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ดังนี้

ผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ คะแนนการบริโภคสุรา (AUDIT) และโรคร่วมทางจิตเวช โดยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pair) และสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการบริโภคสุราได้แก่ ปริมาณการบริโภคสุรา ร้อยละของจำนวนวันดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลองพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มทดลองไม่ได้บริโภคสุราในระยะเวลา 1 เดือนถึงร้อยละ 20 และในกลุ่มควบคุมพบว่าไม่สามารถหยุดบริโภคสุราได้เลย ถึงแม้ว่าปริมาณการบริโภคสุราจะลดลงกว่าเดิม (รายละเอียดในภาคผนวก ข) ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า การลดการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มทดลอง เป็นผลมาจากการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมทั้ง 8 กิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยอภิปรายกระบวนการในแต่ละครั้งของการบำบัดกับการลดบริโภคสุราได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินปัญหาผู้ป่วยและผู้ดูแล

การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการสร้างสัมพันธภาพสัมพันธภาพกับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแล ประกอบไปด้วยการแนะนำตัว พูดคุยสอบถามเรื่องทั่วไป ชี้แจง

วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินกิจกรรม รูปแบบของกิจกรรม การบำบัด ประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรม โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพนี้ส่งผลให้เกิดความไว้วางใจ ระหว่างผู้วิจัย ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และผู้ดูแล มีความยินยอมเปิดเผยข้อมูล เกิดความร่วมมือในการบำบัดรักษา (Mueser and Fox, 2002; Mueser et al., 2012; Mueser et al., 2013) ซึ่งเป็นประโยชน์ในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสุรา รวมถึงผลกระทบที่เกิดกับผู้ดูแล รวมถึงทัศนคติ บทบาทของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช รวมถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคร่วมทางจิตเวชและโรคติดสุรา เพื่อให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และวางแผนในการบำบัดรักษาต่อไป

นอกจากนี้ในการดำเนินกิจกรรมยังมีการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยพบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีการกลับไปบริโภคสุรามีการพบปัญหาของอาการทางจิตร่วมด้วย ทำให้เกิดปัญหาที่ซับซ้อนมากขึ้น จึงขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษา (เพ็ญพักตร์ ตารากร ณ อยุธยา, 2556) ซึ่งผู้วิจัยได้มีการให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้กล่าวข้อความที่ดีในการสร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง และให้ผู้ดูแลกล่าวให้กำลังใจผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในการดำเนินกิจกรรม อีกทั้งผู้วิจัยได้ให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช มีการตั้งเป้าหมายของชีวิตของตนเอง และแนวทางในการปฏิบัติตนเอง เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ โดยมีผู้ดูแลเป็นส่วนช่วยเหลือสนับสนุน ซึ่งเป้าหมายในชีวิตของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไป แต่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้มีการรับรู้และมีความคิดเห็นที่ตรงกันคือ การที่จะบรรลุเป้าหมายของตนเองนั้น ต้องเริ่มจากการเลิกบริโภคสุราก่อน จึงจะทำให้ตนเองนั้นสำเร็จในด้านอื่นดังตัวอย่างคำพูดของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบางรายที่กล่าวถึงเป้าหมายของชีวิตตนเองดังนี้ *“ถ้าอยากมีบ้านใหม่ มีรถขับ ก็ต้องเลิกเหล้าให้ได้ก่อน” “อยากให้ทุกคนยอมรับในตัวผม ที่ทำงานด้วย ถ้าผมไม่เลิกเหล้า เขาก็จะไม่เลื่อนขั้นให้ผมแน่นอน” “ผมจะต้องดูแลลูกให้ดีที่สุด แล้วก็พี่สาวผมด้วย เรามีกันแค่นี้ ผมว่าผมเอาเงินที่ไปซื้อเหล้ามาเก็บไว้ให้พี่ผมและลูกๆดีกว่า”*

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องสุรา สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุรา และ โรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดจากการติดสุรา ทักษะการใช้ยา

กิจกรรมในครั้งนี้ ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดสุรา ผลกระทบจากการบริโภคสุราที่มีต่อร่างกาย จิตใจ และครอบครัว โรคร่วมทางจิตเวช ผลกระทบจากการบริโภคสุราที่มีต่อโรคร่วมทางจิตเวช การบำบัดรักษาโรคร่วมทางจิตเวชทั้งการบำบัดรักษาด้วยยา และการบำบัดรักษาทางจิตสังคม นอกจากนี้ยังมีการเรียนรู้บทบาทของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช เพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ตระหนักและเห็นถึง

ความสำคัญของการติดสุราและโรคร่วมทางจิตเวช เกิดความร่วมมือในการบำบัดรักษา อีกทั้งผู้ดูแลได้เกิดความตระหนักในเรื่องบทบาทของตนเองในการดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ให้การดูแลเอาใจใส่ และช่วยเหลือผู้ติดสุราในเรื่องการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงการบริโภคสุราของตนเองไปในทางที่ดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาอาการทางจิตเวช (Mueser and fox, 2002 ; Gottlieb et al., 2012; Mueser et al., 2013)

การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดสุรา สมองติดสุรา ผลกระทบจากการบริโภคสุรา รวมถึงโรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดขึ้นในผู้ติดสุรา และมีการเรียนรู้ในเรื่องของโรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดกับผู้ติดสุราเอง ทั้งเรื่องสาเหตุ อาการของโรค และการบำบัดรักษา อีกทั้งมีการฝึกทักษะการใช้ยา โดยผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษาอาการติดสุรา และอาการทางจิตเวช ซึ่งการบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ประสบความสำเร็จนั้นการบำบัดรักษาด้วยยา ควบคู่กับการบำบัดรักษาทางจิตสังคม (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, 2552) ซึ่งผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายหนึ่งได้กล่าวเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องสมองติดสุราว่า *“ผมว่าสมองเราติดสุราก็เพราะเวลาที่ดื่มเหล้าไปมันก็จะมีความสุข เขาเรียกว่าดื่มจนเพลิน หายเครียด หายเหนื่อยก็เพราะเหล้า แต่พอไม่ได้ดื่มมันก็รู้สึกหงุดหงิด”*

สำหรับผู้ดูแลนั้น การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช สามารถสังเกตอาการที่ผิดปกติต่างๆ และจัดการในเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการรับรู้และเข้าใจในบทบาทของตนเองในการช่วยเหลือผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช คอยให้การช่วยเหลือและจัดการเรื่องการรับประทานยาดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลที่แสดงทักษะการใช้ยารายหนึ่งว่า *“ยาหลังอาหารนี้ต้องทานหลังอาหารสักครึ่งชั่วโมง ทานยากับน้ำเปล่าอย่าทานกับโค้ก ยาจะไม่ทำงาน”* และสังเกตผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้การบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชลดการบริโภคสุราได้ดี ดังตัวอย่างคำพูดที่แสดงความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวชบางรายว่า *“อันนี้เป็นยารักษาโรคซึมเศร้า จะต้องดูว่าเวลาทานยาไปแล้ว มีอาการง่วงซึมหรือเปล่า ถ้ามีก็อย่าไปทำงานที่อันตรายนะ” “ทานยานี้ต้องดื่มน้ำมากๆ เพราะจะทำให้ปากแห้ง คอแห้ง”*

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดและอารมณ์ทางลบ

ในการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้ฝึกการผ่อนคลายความเครียดและการจัดการอารมณ์ทางด้านลบ โดยพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์โดยตรงกับอาการติดสุรา อีกทั้งการติดสุราเกิดจากกลไกความคิดต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและอารมณ์ทางด้านลบที่ไม่พึงประสงค์ (ธนารัตน์ พลับพลาไชย และคณะ, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีอารมณ์แปรปรวนได้ง่าย เช่น วิดกกังวล หงุดหงิด โกรธ

ซีมเศร่า มีปัญหาการนอนหลับ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ ขาดความยับยั้งชั่งใจ ควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยได้ จึงทำให้มีแนวโน้มที่จะบริโภคสุราได้มาก (เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา, 2556) โดยพบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองเกิดความเครียด มีอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย ซึ่งกระทบกับผู้ดูแลซึ่งเกิดความเครียดจากการที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชายังบริโภคสุราอยู่อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการเรียนรู้ทักษะในการจัดการกับความเครียดและอารมณ์ทางลบจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ลดการบริโภคสุราและป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ

กิจกรรมการจัดการกับความเครียดประกอบไปด้วย การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด โดยการจินตนาการตามเสียงเพลง การฝึกเกร็ง คลายกล้ามเนื้อ โดยฝึกปฏิบัติทั้งในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแล อีกทั้งมีการฝึกทักษะการจัดการอารมณ์ทางลบ โดยให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้สำรวจอารมณ์ของตนเอง และนำเสนอแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ทางด้านลบในรูปแบบต่างๆ เช่น อารมณ์โกรธ อารมณ์เศร้า วิดกกังวล เบื่อหน่าย เป็นต้น นอกจากนี้มีการแสดงสถานการณ์สมมติ โดยให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติการจัดการกับอารมณ์ทางด้านลบของผู้ติดสุราให้เหมาะสม มอบหมายและกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอในสถานการณ์จริง เป็นการทบทวนทักษะของตนเองให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การที่ผู้ติดสุราเกิดการผ่อนคลายทางอารมณ์ และมีวิธีการจัดการกับอารมณ์ทางลบอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้น (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556) ส่งผลให้ลดการบริโภคสุราลงดังตัวอย่างคำพูดของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายหนึ่งว่า *“ผมชอบฟังเพลงเวลาฟังแล้วมันหายเครียด ไม่ต้องกินเหล้าด้วย เมียผมก็ฟังกับผมด้วย ฟังแล้วมันสบายใจดี”*

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการอยากสุรา และการจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกลับไปบริโภคสุรา

ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลจะได้เรียนรู้ถึงอาการอยากสุรา ตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสุรา วงจรการติดสุรา ซึ่งประกอบไปด้วย ตัวกระตุ้นภายใน ตัวกระตุ้นภายนอก การคิดถึงสุรา จนทำให้บริโภคสุรา อาการอยากสุราทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีความทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลทำให้เกิดอาการหงุดหงิด บกพร่องต่อการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ของตนเอง ประกอบกับบุคลิกภาพของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเดิมมีความบกพร่องในการยับยั้งตนเอง อ่อนไหวง่าย ทำให้ไม่สามารถทนต่ออาการดังกล่าว จึงกลับไปบริโภคสุราอีก (ศุภย์ บำบัดยาเสพติด เชียงใหม่, 2553) ดังนั้นการฝึกทักษะการจัดการกับอาการอยากสุราจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถนำไปใช้เมื่อเกิดอาการดังกล่าวได้

การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของอาการอยากสุรา อีกทั้งผู้ดูแลได้รับรู้ถึงประสบการณ์ของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกี่ยวกับอาการอยากสุรา เกิดการรับรู้และเข้าใจถึงวงจรการใช้สุรา มีความเข้าใจในเรื่องของตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสุรา และวิธีหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมกับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในการค้นหาวิธีการจัดการกับอาการอยากสุราอย่างเหมาะสม โดยเกิดการทักษะการจัดการกับอาการอยากสุรา ในรูปแบบเทคนิคการหยุดความคิดในลักษณะต่างๆ จากการฝึกปฏิบัติ เช่น การฝึกการจินตนาการ การตีตื้นหนังยาง การฝึกการควบคุมลมหายใจ การหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์นั้น หรือการพูดคุยกับผู้ดูแลเมื่อเกิดอาการอยากสุราขึ้น เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันที รวมถึงมีการมอบหมายการบ้านโดยการฝึกให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้จัดตารางเวลาของตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน การจดบันทึกตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสุราที่เกิดขึ้นจริงและแนวทางการจัดการกับอาการอยากสุรา ผลสำเร็จของการเลิกสุราที่เกิดขึ้นในวันดังกล่าว โดยการที่ผู้ติดสุราได้รับการกระตุ้นให้ฝึกอย่างเป็นประจำ และการให้ผู้ดูแลคอยช่วยเหลือกระตุ้นให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชนำเทคนิคที่ได้เรียนรู้มาใช้ในสภาพแวดล้อมจริง จะทำให้เกิดการพัฒนาทักษะที่สามารถควบคุมอาการอยากสุรา ลดการบริโภคสุราและไม่กลับไปบริโภคสุราซ้ำ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายหนึ่งที่เลือกวิธีการจัดการกับอาการอยากสุราโดยการทำสมาธิ ฟังเพลง โดยกล่าวว่า “อาทิตย์นี้ผมยังไม่ได้ดื่มเลย มันก็อยากบ้างนะ แต่ว่าเมื่ยมอบอกให้ผมฟังเพลง ทำสมาธิ มันก็ช่วยได้นะ ผมจดมาให้พยาบาลดูด้วย” สำหรับตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลได้มีส่วนช่วยเหลือในการจัดการกับอาการอยากสุรา เช่น “ถามเขาว่าเขาอยากเหล้าบ้างไหม เขาก็บอกว่าอยาก เลยพาเขาไปเที่ยวนอกบ้าน พยายามไม่ให้อยู่ที่บ้าน เวลาเห็นแก้วน้ำ ทำให้เขาอยากดื่มวันแรกก็อยาก มีแอบดื่มด้วย แต่วันต่อมาเขาก็เริ่มทำได้ละ จะพยายามให้เขาไปเปิดหูเปิดตาบ่อยๆ จะได้ไม่มีกถึงแต่เหล้าอีก” “ดิฉันก็คอยรับฟังเขาทุกอย่าง เขาก็มาบอกนะว่าเขาจะเลิกเหล้าแต่ว่าเขาอยาก ก็เลยให้เขาหายใจพุทโธ แล้วก็พูดให้กำลังใจเขา เขาก็ทำได้นะคะ”

กิจกรรมที่ 5 ทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสมและการปฏิเสธ การปรับตัวต่อผู้อื่น

ผู้วิจัยได้มีการให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเล่าถึงประสบการณ์การปฏิเสธผู้อื่นที่มาชักชวนตนเองให้บริโภคสุรา รวมถึงสถานการณ์ที่ตนเองไม่สามารถปฏิเสธได้ ส่งผลให้ตนเองกลับไปบริโภคสุรา รวมถึงวิเคราะห์ผลของการปฏิเสธที่ผ่านมาร่วมกับผู้ดูแล อีกทั้งผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้เรียนรู้หลักการปฏิเสธที่ถูกต้อง มีการฝึกทักษะการปฏิเสธในสถานการณ์สมมติ โดยให้ผู้ดูแลได้วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของการปฏิเสธนั้น มอบหมายการบ้าน เพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้นำไปฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เกิดความมั่นใจตนเอง และสามารถควบคุมการ

บริโภคนิสัยของตนเองได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลรายหนึ่งที่เข้าใจถึงหลักการของวิธีการปฏิเสธรซึ่งได้กล่าวว่า “ถ้าจะบอกคนอื่นว่าไม่ดื่ม เราต้องหนักแน่นให้พอ พอต้องฝึกจิตใจตัวเองให้เข้มแข็งนะ ย่ออ่อนไหวง่าย” สอดคล้องกับการศึกษาของอูรียา รูรอบ (2553) ที่ได้ทำการศึกษามผลของการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและตัวกระตุ้นในผู้ติดสุรา พบว่า ผู้ติดสุราส่วนใหญ่ใช้ทักษะปฏิเสธรร่วมกับการหลีกเลี่ยงสามารถป้องกันไม่ให้ตนเองบริโภคสุราซ้ำได้ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่กล่าวว่า “ผมจะไม่ขับรถผ่านทางเดิมที่มีร้านเหล้า จะได้ไม่ต้องเจอเพื่อนแฉวนั้นมาชวนอีก” นอกจากนี้การที่ผู้ติดสุราเกิดความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การบริโภคสุราที่เป็นปัญหาต่อตนเองและต่อผู้อื่น มีการเรียนรู้ขั้นตอนการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ติดสุราเกิดกำลังใจในการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับการบริโภคสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พรทิพย์ คงสัจย์ และคณะ, 2556) ส่งผลให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชลดการบริโภคสุราลงได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายหนึ่งที่ได้นำทักษะการปฏิเสธรไปปฏิบัติและมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือ โดยกล่าวว่า “เมื่อสองวันที่แล้ว เพื่อนมาชวนผมดื่มที่บ้านเลย ผมก็บอกว่าผมเลิกดื่มแล้ว ตอนแรกเขาก็บอกว่าไม่เชื่อ ผมเกือบใจอ่อนแล้ว ดินะที่ได้เมียมาช่วยเตือนสติอีกรอบ ผมเลยบอกเขาไปว่า ไม่ก็คือไม่” “

สำหรับการปรับตัวต่อผู้อื่น ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมจะได้วิเคราะห์และสำรวจตนเองเกี่ยวกับลักษณะนิสัย อารมณ์ การเข้าสังคม โดยพิจารณาข้อดีและข้อควรปรับปรุงของตนเอง มีการวางแผนทางการแก้ไขข้อบกพร่องของตนเอง ซึ่งผู้ดูแลมีส่วนในการแสดงความคิดเห็น และร่วมกันปรับปรุงพัฒนาผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในด้านต่างๆให้ดีขึ้น การเรียนรู้ที่จะปรับตัวต่อผู้อื่นนั้น ทำให้สังคมเกิดการยอมรับในผู้ติดสุรา โดยการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม การมีส่วนร่วม หรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจะทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรู้สึกว่าคุณค่า (เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา, 2556) อีกทั้งครอบครัวให้การดูแลเอาใจใส่ แสดงความห่วงใย เกิดการยอมรับในตัวของผู้ป่วย (Muer et al., 2009; Mueser et al., 2013) ส่งผลให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชลดการบริโภคสุราและสามารถป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำได้

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารในครอบครัว

การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารในครอบครัว ซึ่งจากประสบการณ์การบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ผ่านมาพบว่า มีผลกระทบต่อครอบครัวก่อให้เกิดความเครียดที่กระทบกับสัมพันธภาพในครอบครัว (Mueser and Fox, 2002; Mueser et al., 2013; Mueser and Gingerich, 2013) นอกจากนี้ยังพบว่าความล้มเหลวของการ

สื่อสารในครอบครัว ยังนำไปสู่ความรุนแรงในครอบครัว ความแตกแยกในครอบครัว และปัญหาอื่นๆ ตามมาจนกลายเป็นปัญหาทางสังคมในที่สุด (นวลฉวี ประเสริฐสุข, 2558) ดังนั้นการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพในครอบครัวจะช่วยให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้เกิดการรับรู้ เข้าใจ ข้อมูลที่ตรงกัน (อุมาพร ตรังสมบัติ, 2554)

ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดทักษะในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การพูดคุยขอร้องในเชิงบวก เช่น การบอกความรู้สึกนึกคิดของตนเอง การถามและรับฟังความคิดเห็นของอีกฝ่าย การแสดงความชื่นชมและขอบคุณกันในโอกาสที่เหมาะสม เป็นต้น รวมทั้งการเกิดทักษะในเรื่องการสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้ง เทคนิคการให้กำลังใจ การขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว โดยมีการวิเคราะห์สถานการณ์ และฝึกสถานการณ์สมมติ มอบหมายเป็นการบ้านให้นำไปปฏิบัติในสภาพแวดล้อมจริง การสื่อสารที่ดีจะทำให้เกิดการเข้าใจซึ่งกันและกัน เกิดการให้เกียรติ ยอมรับการเปลี่ยนแปลง (พฤษชาดา จันทะคุณ, 2556) และส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีมากขึ้น (Mueser and Fox, 2002; Mueser et al., 2009; Mueser et al., 2013; Mueser and Gingerich, 2013) ตัวอย่างคำพูดของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบางรายที่ได้นำทักษะการสื่อสารไปฝึกปฏิบัติและเกิดผลที่มีประสิทธิภาพ เช่น *“มันดีมาก ๆ เลยนะครับ ผมกับแฟนใช้เวลาฝึกพูด เพราะๆ พูดดีๆ ให้กันฟัง จนผมอยากให้เป็นแบบนี้ทุกวัน ถ้าเราคุยกันแบบนี้ ก็ไม่ต้องทะเลาะกันเหมือนเมื่อก่อน”* *“นึกถึงเวลาที่ลูกพูดให้กำลังใจ มันรู้สึกดี รู้สึกว่าลูกรักพ่อมาก อันนี้แหละที่ทำให้พ่อมีความสุข เหล้าอะไรนั่นพ่อไม่ต้องการหรอก”*

กิจกรรมที่ 7 การพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริโภคสุรา โดยใช้กระบวนการแก้ไขปัญหา

ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช มีภาวะอาการทางจิตและอารมณ์ที่แปรปรวน เช่น อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล ส่งผลให้ขาดทักษะในการแก้ไขปัญหา โดยผู้ป่วยมีอาการอ่อนไหว ไม่มั่นคง การควบคุมอารมณ์ยังทำได้ไม่ดี จึงส่งผลต่อการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา (สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ, 2556) ให้ขาดกิจกรรมในครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้มีการวิเคราะห์ รับรู้ถึงสาเหตุ และหาแนวทางการแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน รวมถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสุรา เป็นการกระตุ้นให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้แสดงศักยภาพในการแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาโดยไม่ต้องพึ่งสุรา อีกทั้งมีการรับรู้ถึงอุปสรรคที่มีผลต่อการเลิกบริโภคสุราของตนเอง เพื่อจะได้เกิดการเรียนรู้ ร่วมกันแก้ไขได้อย่างถูกต้อง โดยใช้กระบวนการแก้ไขปัญหา ประกอบไปด้วย การสำรวจ วิเคราะห์ปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การพิจารณาหาแนวทางแก้ไข การนำไปปฏิบัติ

และประเมินผล โดยการเรียนรู้กระบวนการดังกล่าวนั้น จะทำให้ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและครอบครัวเกิดความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Mueser and Fox, 2002; Mueser et al., 2009; Mueser et al., 2013)

การบำบัดกิจกรรมนี้ส่งผลให้ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม มีความสามารถในการตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆโดยไม่ต้องพึ่งสุรา ดังคำกล่าวของผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบางรายที่ได้นำทักษะการแก้ไขปัญหาไปฝึกปฏิบัติว่า “คิดแบบนี้ มันก็ดีเหมือนกันนะ บางทีมีเรื่องหลายเรื่องที่ไม่รู้ว่าจะแก้อย่างไร แต่พอได้มีคนคอยบอกว่าควรจะทำไปบ้าง มันก็ทำให้เห็นทางออกมากขึ้น” “ผมมีปัญหาหลายเรื่องมากเลย ผมเลยเอาปัญหาหลักๆมาก่อน เรื่องที่ทำให้ผมไม่สบายใจนั้นแหละ แฟนผมก็ช่วยผมคิดแบบที่คุณพยาบาลสอน ผมว่ามันได้ผลนะ” ผู้ดูแลยังมีส่วนช่วยในการให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา และประเมินผลการปฏิบัติร่วมกัน สามารถหลีกเลี่ยงจากปัญหาหรือสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองกลับไปบริโภคสุราได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Mueser and Fox (2002), Mueser et al (2009) and Mueser et al. (2013) ที่พบว่าการใช้ผู้ช่วยที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ใช้สารเสพติด และผู้ดูแลได้เรียนรู้กระบวนการแก้ไขปัญหาส่งผลให้สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้สุราหรือสารเสพติด เช่น ปัญหาอาการอยากสุราหรือสารเสพติด ปัญหาการกลับไปใช้สุราและสารเสพติดซ้ำ รวมถึงการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการใช้สุราสารเสพติด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลรายหนึ่งที่แสดงถึงผลของการใช้กระบวนการแก้ไขปัญหา โดยกล่าวว่า “เขาบอกว่าเครียดบ่อยมากเลย แล้วก็เครียดนี้แหละถึงต้องกินเหล้า พอมาทำอย่างที่พยาบาลบอก ช่วยเขาคิดเป็นขั้นตอนไป เขาก็ลองนำวิธีที่เราบอกไปใช้นะ แล้วมันก็ไ้ผล เขาคิดเหล้าน้อยลง”

กิจกรรมที่ 8 ทบทวนและติดตามผลการพัฒนาทักษะต่างๆ และยุติสัมพันธภาพ

กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อทบทวนการพัฒนาทักษะต่างๆที่ผ่านมา การวางแผนแนวทางในการดูแลผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชร่วมกับผู้ดูแลเพื่อป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงจากสุรา สนับสนุนให้ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชให้สามารถเลิกสุราและคงระยะของการหยุดบริโภคสุราได้นานที่สุด อีกทั้งการหาแหล่งสนับสนุนในการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับการบริโภคสุรา รวมถึงโรคร่วมทางจิตเวช ทั้งนี้มีการทบทวนกิจกรรมต่างๆร่วมกับผู้ดูแล โดยให้การสนับสนุนผู้ดูแลเพื่อแสดงศักยภาพในการดูแลผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในการป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ เน้นย้ำถึงเป้าหมายของชีวิตเพื่อให้ผู้ติตสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดความมุ่งมั่นในการเลิกสุราเพื่อให้ตนเองประสบความสำเร็จต่อไป (Mueser et al., 2009; Mueser et al., 2013)

การวางแผนการป้องกันการกลับไปใช้สุราซ้ำเป็นสิ่งสำคัญ ในกิจกรรมนี้ ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้มีการประเมินความเสี่ยง ปัญหา และอุปสรรคต่อการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ เน้นย้ำถึงอาการเตือนที่อาจทำให้นึกถึงสุรา และตัวกระตุ้นต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมถึงแหล่งเครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการบริโภคสุรา จากการศึกษาของ Mueser and Fox (2002) กล่าวว่า ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือ รวมถึงเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดและสังเกตอาการทางจิตเวช ดังนั้น การที่ผู้ดูแลเกิดความรู็ มีแนวทางช่วยเหลือในการป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ รวมถึงสังเกตเฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆ และจัดการได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถลดการบริโภคสุราลงได้ อาการทางจิตลดลง และป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ

จากโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมดังกล่าว มีกระบวนการบำบัดเป็นรายครอบครัว โดยมีผู้ดูแลเข้ามาในทุกระยะของการดำเนินกิจกรรม อีกทั้งผู้ดูแลเกิดความรู้และทักษะ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแล ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ การสังเกตอาการทางจิตและอาการผิดปกติต่างๆ ความเสี่ยงต่อการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ ในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ ญาดา จีนประชา และคณะ (2552) ในผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราพบว่า การที่ครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้น สถานการณ์ที่ทำให้เสี่ยงต่อการบริโภคสุราซ้ำ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดพฤติกรรมการช่วยเหลือในการหลีกเลี่ยงและป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสาวิตรี สุริยะฉาย (2556) พบว่า การบำบัดสุราให้ได้ผลดีนั้น ครอบครัวควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น อีกทั้งปัจจัยที่เป็นแรงจูงใจในการเลิกสุราที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ การได้รับความรัก ความเข้าใจ การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว (พิทักษ์ สุริยะใจ, 2550) นอกจากนี้การศึกษาของ Mueser et al. (2013) พบว่า การที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระยะของการบำบัดรักษาจะช่วยลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น และครอบครัวมีส่วนให้การสนับสนุนและช่วยเหลือในการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำอีก (Mueser and Gingerich, 2013; ฌอนมรตันน์ หุตะจุฑะ , 2557) ซึ่งมีตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลในการสนับสนุนผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในการเลิกบริโภคสุรา เช่น

“ทุกคนเป็นกำลังใจให้พ่อ พ่อมีความตั้งใจขนาดนี้ หนูก็จะคอยช่วยเหลือพ่อทุกอย่างให้เราผ่านสิ่งนี้ไปได้พร้อมกันนะ”

“เราจะต้องผ่านมันไปให้ได้ เรื่องยากเรายังเคยผ่านมาด้วยกันเลย แค่เลิกเหล้าแค่นี้จะ ทำไม่จะไม่ได้อะไรก็บอกกันนะ อย่าเก็บไว้คนเดียว เราต้องช่วยๆกัน มาหาหมอบ่อยๆ ก็จะได้คำแนะนำด้วย”

“พี่ต้องพยายามฝึกสิ่งที่คุณพยาบาลบอกบ่อยๆ ที่บ้านเอาใจช่วยอยู่แล้ว ไม่ต้องกังวลเรื่องอื่น พี่ต้องทำได้แน่นอน ลูกๆรอเห็นวันที่พี่เป็นคนใหม่อยู่นะ”

ดังนั้นสรุปได้ว่าผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม เกิดความรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง และการจัดการกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน อีกทั้งมีวิธีการจัดการกับความเครียด อารมณ์ทางลบอย่างเหมาะสม มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เกิดทักษะการปฏิเสธ การจัดการกับอาการอยากสุรา มีการแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการแก้ไขปัญหา รวมถึงสามารถหาแนวทางในการดูแลตนเอง มีแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสมไม่ต้องพึ่งสุรา สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น ลดอาการทางจิต และลดการบริโภคสุรารวมถึงป้องกันกลับไปบริโภคสุราซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษาโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมไปใช้กับผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก พยาบาลจะต้องมีพื้นฐานความรู้การพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด รวมถึงการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีทักษะในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด เพื่อสามารถดำเนินกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการคำนึงถึงภาวะโรคร่วมทางจิตเวช มีการปรับเปลี่ยนระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมตามความเหมาะสม เช่น การฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ การแสดงสถานการณ์สมมติในแต่ละทักษะ หากผู้ป่วยและผู้ดูแลยังไม่สามารถปฏิบัติได้ อาจมีการเพิ่มระยะเวลาตามความเหมาะสมในแต่ละกิจกรรม

1.2 การใช้โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมเป็นการส่งเสริมให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชลดการบริโภคสุรา ซึ่งหากมีการติดตามผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในระยะยาว เพื่อเป็นกระตุ้นให้ผู้ติดยามีการฝึกทักษะ รวมถึงผู้ดูแลได้มีการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชลดการบริโภคสุราได้อย่างต่อเนื่อง

1.3 เนื่องจากผลการวิจัยของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมมีประสิทธิภาพในการลดการบริโภคสุรา ดังนั้นจึงควรมีการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการดูแลผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดมีการอบรมเกี่ยวกับการบำบัดผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และการบำบัดครอบครัว เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการให้การดูแล ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2. ควรมีการส่งเสริมหลักสูตรที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชร่วมและการบำบัดครอบครัว เน้นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้เกิดองค์ความรู้แก่นักศึกษาพยาบาล พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อสามารถนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประสิทธิผลของการดำเนินกิจกรรมหลังการบำบัดในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อเป็นการติดตามผลของการบริโภคสุราในระยะยาว

2. เนื่องจากแนวคิดของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม มีแนวคิดของการบำบัดรายครอบครัว และการบำบัดแบบกลุ่มครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การบำบัดรายครอบครัวมีประสิทธิภาพในการลดการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ดังนั้นควรมีการศึกษาต่อเนื่องในการบำบัดแบบกลุ่มครอบครัว ทั้งนี้เพื่อลดข้อจำกัดของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย

3. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น ๆ ที่มีปัญหาการบริโภคสุรา หรือมีปัญหาการใช้สารเสพติด ว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการบริโภคสุรา หรือใช้สารเสพติดหรือไม่ รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคสุราในผู้ป่วยแต่ละโรค

4. ควรมีการศึกษาการบำบัดครอบครัวต่อการบริโภคสุราในโรคร่วมทางจิตเวชแต่ละกลุ่ม ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการดำเนินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ และเหมาะสมต่อผู้ป่วยในแต่ละโรคให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กฤติยา แสงทรัพย์. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สุรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรรย์รัตน์ ไกรวงษ์. (2552). การใช้กลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา 3 (2) : 1-8.
- ญาดา จินประชา, มรรยาท รุจิวิชัย และพิทักษ์พล บุญยมาลิก. (2551). ผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ติดสุราเพื่อป้องกันการติดยา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 53 (4): 405
- ณอมรัตน์ หุตะจุฑะ. (2557). ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มครอบครัวต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและสารเสพติดขณะบำบัดรักษา. วารสารวิชาการแพทย์ 28: 795-805
- ทักษพล ธรรมรังสี และอรทัย วลีวงศ์. (2556). เอกสารวิชาการชุด แอลกอฮอล์และสมอง. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา[ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก :<http://www.cas.or.th/matters/download/109>. 16 มกราคม 2558
- ทิพพรรณ ไชยยุปลัมภ. (2556). เหล้า บุหรี่ ภาษี และเศรษฐกิจ.คลังข้อมูลชุมชน.[ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก :<http://www.cdd.go.th/cddwarehouse/>. 17 กรกฎาคม 2557
- ธณินทร์ กองสุข. (2547). สถานการณ์และเทคโนโลยีการแก้ปัญหาสุขภาพจิต. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ. ครั้งที่ 3 วันที่ 25-27 สิงหาคม ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพฯ
- ธณรัตน์ พลัฒลาไชย, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และ รุ่งนภา ภาณิตรัตน์. (2556). การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการดื่มในผู้ติดสุรา: การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 58 (2) : 207-218
- นพพล วิทย์วรพงศ์ และคณะ. (2557). ทศวรรษศูนย์วิจัยปัญหาสุรา: สถานะความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา
- นวลฉวี ประเสริฐสุข. (2558). สื่อสารอย่างสร้างสรรค์ เพื่อสร้างสุขในครอบครัว. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal Silpakorn university ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ 8 (2) : 737-747

- นันทวัช สิริธีรภัช และคณะ. (2556). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดสุราในโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลศรีธัญญา. *วารสารสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย 57 (2)* : 185-198
- นภาพร พึ่งเกตุสุนทร (2553). ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้แลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บัณฑิต ศรีไพศาลและคณะ. (2549). รายงานสถานการณ์สุราประจำปี 2549. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ยูแอนดีไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย จำกัด.
- บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ. (2554). ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย : การสำรวจระดับชาติปี 2554. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 19(2)*: 88-102
- บุญศิริ จันศิริมงคล, ลูกจันทร์ วิทย์ถาวรวงศ์, เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยู่ธยา, สาวิตรี สุริยะฉาย และเกษม กรกำจายฤทธิ์. (2556). Psychiatric comorbidity among in-patients with alcohol use disorders. *การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 12* : หน้า 54
- บุญศิริ จันศิริมงคล, ท้ายชนนี บุญเจริญ, สรสรรพ จวงษ์, สาวิตรี สุริยะฉาย, กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรื่อง และ อุจน์จิตร คุณารักษ์. (2556). โรคร่วมจิตเวชของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 21 (2)*: 76-87.
- บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ. (2556). การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง ภาวะโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ : วนิดาการพิมพ์
- ปริทรรศ ศิลปะกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552). *แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2*. แผนงานพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษา ผู้มีปัญหาคาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท ทานตะวันเปเปอร์ จำกัด
- เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ. (2553). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุรา*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- พรชัย ทูมมา. (2556). อุบัติการณ์ความรุนแรงของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตจากสุราแบบผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา*
7(1): 27-35
- พรทิพย์ คงสัจย์, ศิริภรณ์ ชัยศรี และสวัสดี เทียงธรรม. (2556). การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้าง
พลังอำนาจต่อการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา.
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 27 (1) : 45-61
- พัชรราวลัย กนกจรรยา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2556). ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้น
โดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะ
ซึมเศร้าและพฤติกรรมเสพสุราในผู้เสพติดสุรา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*
27 (2): 56-68
- พันธ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). *แนวเวชปฏิบัติให้บริการผู้ที่มีปัญหา*
สุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่ : ไอแอมออเกโนเซอร์แอน
แอดดีตเวอรี่ไทซิง
- พันธ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, บรรณาธิการ. (2554). *Module-A-โปรแกรมการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา*
ในระบบสุขภาพ. แผนงานพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษา ผู้มีปัญหการ
บริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.). พิมพ์ครั้งที่ 1.เชียงใหม่ : วนิดาการพิมพ์.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2555). *สุรากับโรคจิต*. สายด่วน 1413 ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา Alcohol help
line. เอกสารอัดสำเนา
- พิชัย แสงชาญชัย. (2552). *การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา*. แผนงาน
พัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษา ผู้มีปัญหการบริโภคสุราแบบบูรณาการ
(ผรส.). พิมพ์ครั้งที่ 1.เชียงใหม่ : วนิดาการพิมพ์.
- พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ. (2550). *การสนับสนุนทางสังคมกับการหยุดดื่มของผู้ติดสุรา*. รายงานการ
วิจัย. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- พิมพ์ใจ เจนกิจจาบุลย์, ھرรรษา เศรษฐบุปผา และ ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. (2554). การพัฒนาแผนการ
จำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุราในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสวนปรุง 1: 15-*
28
- เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา. (2556). ความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิต
เวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 27 (1) : 1-15*

- พุดมิชาดา จันทะคุณ. (2556). *ผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพฑูริย์ แสงพุ่ม และ ธนรัตน์ นามผลดี. (2550). *ปกิณกะเส้นทางชีวิตผู้ติดยาเสพติด*. สำนักพัฒนาป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. กรุงเทพมหานคร
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิชย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. (2558). *รายงานสถิติประจำปี 2555-2557*. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- วิชชุดา ยะศิรินทร์, สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์, กนกรัตน์ สุขะตุงคะ และ เจียรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2554). *ลักษณะพยาธิสภาพทางจิตของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 56 (2) : 167-178
- ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย. (2556). *คู่มือมาตรฐานการบำบัดรักษาผู้ใช้แอลกอฮอล์*. สำนักงานอนามัย กรุงเทพฯ
- สงกรานต์ ก่อธรรมนิเวศน์. (2552). *ศัพท์ทางจิตเวช*. (หนังสือชุดจุฬาฯ พจนานุกรม เล่มที่ 14). กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). *ยาเสพติด มหันตภัยเงียบที่ป้องกันได้*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. (2557). *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557*. กรุงเทพมหานคร: กองสถิติสังคมสำนักงานสถิติแห่งชาติ
- สาริณี โต้ะทอง. (2548). *ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาวิตรี สุริยะฉาย. (2556). *การบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ประสบความสำเร็จ*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 27 (2) : 1-15
- สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย. (2552). *การคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุรา*. แผนงานพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษา ผู้มีปัญหากการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.). พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ : วนิดาการพิมพ์.

- สาวิตรี อักษรณรงค์กรชัย. (2552). แบบแผนการตีมีสุราและปัญหาจากการตีมีสุราในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 54 (ฉบับภาคผนวก 1): 139-52*
- สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ. (2556). กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 21(2) : 98-109*
- สุกมา แสงเดือนฉาย. (2547). รายงานวิจัยเรื่อง การศึกษาพฤติกรรมกรรมการตีมีสุรา สภาพแวดล้อมทางครอบครัวและสังคม ผลกระทบจากการตีมีสุราและเจตคติต่อการตีมีสุราของผู้ป่วยสุรา. ปทุมธานี : สถาบันธัญญารักษ์
- สุกมา แสงเดือนฉาย. (2553). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดยาและพฤติกรรมไม่ติดยาของผู้ป่วยสุรา. ปรินญาวิทยาสตรศษุภฏฐิบัณฐิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ บัณฐิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุนทร ศรีโกสย. (2548). ประลธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการตีมีสุราของผู้ติดยาที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง. ปรินญามหาบัณฐิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สมิตรา ทรสุวรรณ, สุนทร ศรีโกสย และ พัทยา สะอาดอาวุธ. (2556). ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุราร่วม. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 20 (3) : 144 – 153*
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2558). การบำบัดครอบครัว: บทบาทของพยาบาลจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 29(1): 1-13*
- อรรญา แพ้จัย และ นรัญญา ศรีบูรพา. (2552). ภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดยาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 54 (1): 63-74*
- อัจฉราพร สีหรัญวงศ์. (2557). การพยาบาลจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม : บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- อุมาพร ตรังสมบัติ. (2554). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์
- อุริยา รุ้รอบ. (2553). การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและตัวกระตุ้นในผู้ป่วยที่ติดยา: โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนนรินทร์. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตร์ มหาบัณฐิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภาษาอังกฤษ

- Alcohol Advisory Council of New Zealand. (2012). *Alcohol-the body and health effects: A brief overview*. [online] Available from <http://www.hpa.org.nz/>. [2016, July 23]
- American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. (5th ed.). [Text revision]. Washington, DC: Author.
- Boschloo, L et al. (2011). Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders Findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective disorders* 131: 233-242
- Camille, S. et at., (2013). Impact of Family History in Persons with Dual Diagnosis. *J Dual Diagn* 9 (1): 30-38
- Clark, R.E. (2001). Family support and substance use outcomes for persons with mental health illness and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin* 27 (1): 93-101
- Cranford, J.A., Nolen, H.S., and Zucker, R.A. (2011). Alcohol involvement as of co-occurring alcohol use disorders and major depressive episode: Evidence from the national Epidemiologic Survey on Alcohol and related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence* 117 (2-3):145-151
- Crumper, J. (2005). Development of Alcohol withdrawal Protocol. *Journal of Nursing Care Quality* 20 (4): 297-301
- Eurocare. (1998). *Alcohol problems in the family*. [online] Available from <http://www.eurocare.org/>. [2016, May 03]
- Fortinash, K.M. and Holoday-Worret, P.A. (2012). *Psychiatric-mental health nursing*. (5th ed.). Mosby: affiliate of Elaevier.
- Green, A.I., Drake, R.E., Brunette, M.F. and Noordsy, D.L. (2007). Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164: 402-408

- Goodner, B. (1994). Alcohol: Care of the psychiatric patient. *Concepts of Psychiatric Nursing*. Texas: Skidmore-Roth
- Gottlieb, J.D., Mueser, K.T. and Glynn, S.M. (2012). Family therapy for schizophrenia: Co-occurring Psychotic and substance use disorders. *Journal of clinical psychology* 68 (5): 490-501
- Haynes, J.C. et al. (2005). Alcohol consumption as a risk factor for anxiety and depression. *British journal of psychiatry* 187: 544-551
- Hingson W.R. (2010). Magnitude and prevention of college drinking and related problems. *Alcohol research and health* 33 (1): 45-54
- Holdcraft, L.C., Iacono, W.G., and McGue, M.K. (1998). Antisocial Personality Disorder and depression in relation to alcoholism: a community-based sample. *Journal Study Alcohol* 59 (2): 222-226
- Ismene L, Gerrodo G, Robert R, and John H. (2002). Comorbidity of Alcoholism and Psychiatric disorder. *Alcohol Research and Health* 26 (2): 81-89
- Janosik, E.H, Davies, J. L. (1986). *Psychiatric mental health nursing*. Boston, MA : Jones and Barlett Publishers, Inc.
- Kavanagh, D.J. et al. (1997). The family attitude scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Research* 70: 185-195
- Keller M. and Vailiant G.E. (2015). *Alcohol consumption*. In *Encyclopaedia Britannica*. [online] Available from <http://academic.eb.com/EBchecked/topic/13398/alcohol-consumption> [2015, May 25]
- Lamis, D.A., Ellis, J., Chumney, F. and Dula, C. (2006). Reasons for living and Alcohol use among college students. *Death studies* 33: 277-286
- Librarian, R.O. (2012). *Alcohol Dependence and suicide*. Center for suicide Prevention. [online] Available from <http://www.suicideinfo.ca/>. [2016, May 03]
- Lichlyter B., Purdon S., and Tibbo P. (2011). Predictors of psychosis severity in individuals with primary stimulant addictions. *Addictive Behaviors*, 36 : 137-139.

- Lowe, V.E. and Krantzler, H.R. (1999). Diagnosis and treatment of Alcohol dependence patients with comorbid psychiatric disorders. *Alcohol research and health* 23 (2): 144-149
- Lunsky, Y., Weiss, J., O'Grady, C.P. and Skinner, W.J.W. (2013). *A Family Guide to Dual Diagnosis*. Center for Addiction and Mental Health. Toronto
- Markina A. and Kask K. (2013). The effects of family factors on alcohol consumption in three East-European countries. *Journal of contemporary criminal justice* 29 (1): 53-69
- Marquenie, L.A. et al. (2007). Origin of the comorbidity of anxiety disorders and alcohol dependence: Findings of a General Population Study. *European Addiction Research* 13: 39-49
- Mellos, E., Liappas, I. and Paparrigoulos, T. (2010). Comorbidity of Personality Disorders with Alcohol Abuse. *In Vivo* 24 (5); 761-769
- Miele M.G., Trautman D.K. and Hasin S.D. (1998). Assessing Comorbid Mental and Substance Use Disorders: A Guide for Clinical Practice. *Journal of Practice Psychiatric and Behavior* Vol. 5: 272-282
- Morley, K.C. et al. (2013). Integrated care for comorbid alcohol dependence and anxiety and/or depressive disorders: study protocol for an assessor-blind, randomized controlled trial. *Addiction science and Clinical practice* 8 (19): 1-8
- 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.
- Mueser, K.T. (2000). *Family Services for Severe Mental Illness*. New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center. [online] Available from <http://www.bhrm.org/guidelines/Family%20Services.pdf> [2015, November 12]
- Mueser, K.T and Fox, L. (2002). A family intervention program for dual disorders. *Community mental health Journal* 38 (8): 253-268

- Mueser, K.T., Drake R.E. and Wallch MA. (1998) Dual Diagnosis: a review of etiological theories. *Addict Behavior Nov-Dec 23(6)*: 717-34
- Mueser, K.T. et al. (2009). Family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders: Participant characteristics and correlates of initial and more extended exposure in a randomized control trial. *Addictive Behaviors 34*: 867-877
- Mueser, K.T. et al. (2012). Family Therapy for Schizophrenia: Co-occurring Psychotic and Substance Use Disorders. *Journal of clinical psychology: in session 68(5)*: 490-501
- Mueser, K.T. et al. (2013). A Randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. *Schizophrenia Bulletin*: 658-672
- Mueser, K.T and Gingerich, S. (2013). Treatment of co-occurring psychotic and substance use disorders. *Social work in public health 28*: 424-439
- Moore B.C. (2005). Empirically supported family and peer intervention for dual disorders. *Research on social work practice*: 231-245
- National Health Survey. (2004). *Alcohol Consumption, Physical Activity and Cancer Screenings-Breast, Cervical and Colorectal*. Ministry of Health
- Noosorn, N. (2009). Alcohol-related disease and alcohol consumption in Northern Thailand: a matched case control study. *Asian Biomedicine 3 (3)*: 319-323
- Penberthy, J.K. et al. (2013). Co-Occurring Chronic Depression and Alcohol Dependence: A novel Treatment Approach. : [online] Available from <http://www.cdn.intechopen.com/pdfs-wm/44813.pdf> [2016, May 1]
- Peterson, C.L. and Zettle, R.D. (2009). Treating inpatients with comorbid depression and alcohol use disorders: A comparison of acceptance and commitment therapy versus treatment as usual. *The Psychological Record 59*: 521-536
- Pillowsky, D.J., Keyes, K.M., Hasin, D.S. (2009). Adverse childhood events and lifetime alcohol dependence. *American Journal of Public Health 99*: 258-263

- Prodromou, M. and Koukia, E. (2016). Differences in Psychopathology among Patients with Dual Diagnosis Receiving Treatment in Mental Health Services and Substance use Treatment Programs. *Dual Diagn Open Access* 1 (1): 1-6
- River, H., et al. (2013). Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive- behavioural therapy and motivational interviewing: meta-analysis. *Addiction* 109: 394-406
- Robinson, R.J. (2007). Comorbidity of alcohol abuse and depression: Exploring the self-medication hypothesis. : Psychology, Iowa state university.
- Rehm et al. (2004). *Alcohol use. In Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*. Geneva. Switzerland: World Health Organization: 959-1109
- Rehm, J. et al. (2012). *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence*. Centre for addiction and mental health. Canada.
- Rupinder, K. and Manish, S. (2015). Drugs for chronic alcoholism and their quantitative estimation. *World journal of pharmaceutical research vol. 8*: 2879-95
- Sadock, B.J. (2015). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry* (11th ed). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Sadock, B.J. and Sadock, V.A. (2016). *Comprehensive textbook of psychiatric* (11th ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Salom, C.L. et al. (2014). Familial factors associated with development on alcohol and mental health comorbidity. *Addiction* 110: 248-257
- Schuckit, M.A. (2005). *Alcohol-related disorders*. In B.J. Sadock and V.A. Sadock (Eds), Kaplan and Sadock's Comprehensive textbook of psychiatric (8th ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Sheils R. and Rolfe T.J. (2000). Toward an integrated approach to a family intervention for co-occurring substance abuse and schizophrenia. *Australia and New Zealand Journal of family therapy* 21 (2): 81-8
- Sher, L. (2006). Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113: 13-22.

- Sobell, L.C. and Sobell, M.B. (1992). *Timeline Follow-back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption*. *Measuring alcohol consumption*: 41-73
- Sobell, L.C. and Sobell, M.B. (2000). *Alcohol Timeline Followback (TLFB)*. In American Psychiatric Association (Ed.). *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, DC: 477-479
- Sommers, M.S., Wray, J., Savage, C., and Dyehouse, J.M. (2003). Assessing acute and critically patients for problem drinking. *Dimensions of Critical Care Nursing* 22: 77-88
- Stuart, G.W. et al. (2013). *Principle and practice of psychiatric nursing (10th ed.)*. Missouri: Mosby, an imprint of Elsevier Inc.
- Suktrakul, S. (2009). *The effect of Alcohol craving control program on Alcohol consumption in alcohol dependence*. Doctoral dissertation. Nursing science Faculty of nursing Chulalongkorn university.
- Vivek, K. et al (2010). A study of Psychiatric Comorbidity in Alcohol Dependence. *Delhi psychiatry journal* 13 (2): 291-293
- WHO. (2003). *WHO to meet beverage company representative to discuss health related alcohol issues*: [online] Available from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr6/en/>. [2014, December 15]
- WHO. (2004). Social problems associated with alcohol use. *WHO Global status report on Alcohol*: 59-64
- WHO. (2014). *Alcohol and Public health*. WHO Global status report on Alcohol: 1-26
- WHO. (2014). *Dependence syndrome*. Management of substance abuse: [online] Available from http://who.int/substance_abuse/terminology/definition/en/. [2014, December 15]

ภาคผนวก



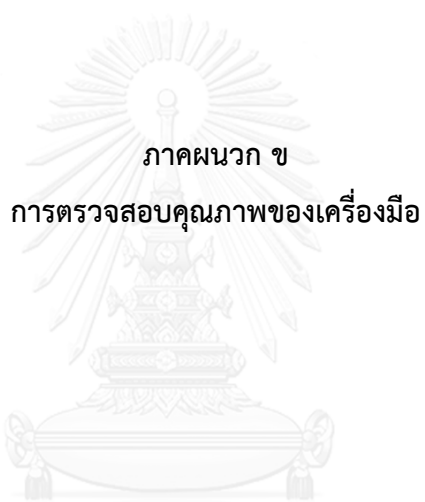
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
พันเอกนายแพทย์พิชัย แสงชาญชัย	จิตแพทย์ประจำกองจิตเวชและประสาทวิทยาโรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า
พันโทหญิง ดร. สรินทร เชี่ยวโสธร	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
นางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันจิตเวช ศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
นายอัครเดช กลิ่นพิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์
นางสาวสวัสดี เตี้ยงธรรม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจิต เวชนครราชสีมาราชชนครินทร์



ภาคผนวก ข

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

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

ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

$$CVI = \frac{10}{12} = 0.83$$



การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

1. การคำนวณความเที่ยงของแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.



Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.872	12

2. การคำนวณความเที่ยงของแบบบันทึกการบริโภครูรา (Timeline Followback)

Correlations

		TIME1	TIME2
TIME1	Pearson Correlation	1	.987**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	30	30
TIME2	Pearson Correlation	.987**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	30	30

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

ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



1. โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม

ลำดับ/ครั้งที่	ระยะเวลา (นาที)	กิจกรรม
1/1	90	<p>กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบไปด้วย</p> <p>กิจกรรมที่ 1.1 ฉันทัมบ่อยแค้ไหน</p> <p>กิจกรรมที่ 1.2 บ้านแห่งความรัก</p> <p>กิจกรรมที่ 1.3 เป้าหมายในชีวิตของฉัน</p>
1/2	120	<p>กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องสุรา สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุรา และ โรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดจากการติดสุรา ทักษะการใช้ยา ประกอบไปด้วย</p> <p>กิจกรรมที่ 2.1 สาระนั้นรู้เกี่ยวกับสุรา</p> <p>กิจกรรมที่ 2.2 ทำความรู้จักกับโรคร่วมจิตเวชในผู้ติดสุรา</p> <p>กิจกรรมที่ 2.3 แนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเพื่อลดการบริโภคสุราและการป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำกิจกรรมที่ 2.4 การรักษาด้วยยาในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช</p>
2/3	60	<p>กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการความเครียด และการจัดการกับอารมณ์ทางลบ</p> <p>กิจกรรมที่ 3.1 ความเครียดและการจัดการกับความเครียด</p> <p>กิจกรรมที่ 3.2 การจัดการกับอารมณ์ทางลบ</p>
3/4	60	<p>กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการอยากสุรา และการจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกลับไปบริโภคสุรา</p> <p>กิจกรรมที่ 4.1 วงจรการใช้สุรา กับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสุรา</p> <p>กิจกรรมที่ 4.2 ทักษะการจัดการกับอาการอยากสุรา</p>
4/5	60	<p>กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสมและการปฏิเสธ การปรับตัวต่อผู้อื่น</p> <p>กิจกรรมที่ 5.1 ทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสมและการปฏิเสธ</p>
5/6	60	<p>กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารในครอบครัว</p>
6/7	60	<p>กิจกรรมที่ 7 การพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา</p>
6/8	60	<p>กิจกรรมที่ 8 ทบทวนและติดตามผลการพัฒนาทักษะต่างๆ และยุติสัมพันธภาพ</p>

ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม

โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม มีการดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรมๆ ละ 1 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยมีการประเมินผลหลังสิ้นสุดกิจกรรมทันที **กลุ่มตัวอย่าง**

มีการบำบัดเป็นรายครอบครัว ประกอบไปด้วย ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 จำนวน 1 คน และผู้ดูแลหลัก 1 คน จำนวน 20 ครอบครัว

ใบความรู้ที่ 1.1 โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม ความสำคัญการมีครอบครัวในการดูแลผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในวัตถุประสงค์ และรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมการบำบัดครอบครัว
2. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจบทบาทของตนเองในการดูแลผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

เนื้อหา

ครอบครัวสำคัญอย่างไร?

ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด การดูแลผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวในการดูแล การได้รับคำยกย่องชมเชยจากบุคคลในครอบครัว การใช้กำลังใจจากครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของบุคคลในครอบครัวและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนในการเลิกติดยาอย่างถาวร เป้าหมายของการบำบัดครอบครัว?

การบำบัดครอบครัวในผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชช่วยให้ครอบครัวรู้สึกตระหนักและรู้ความต้องการของครอบครัวมากขึ้น เกิดความร่วมมือในการรักษา และช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูหายของผู้ป่วย อีกทั้งยังช่วยให้ ผู้ป่วย ผู้ดูแล ได้เข้าใจความหมายของพฤติกรรมต่างๆที่เกิดขึ้น ระบุว่าสิ่งใดเป็นปัญหา และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อช่วยให้การบริโภคสุราของผู้ป่วยลดลง โดยเป้าหมายที่สำคัญของการบำบัดครอบครัวคือ การป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาการใช้สุรา ช่วยให้ครอบครัวกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล และมีความสุข

ประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรม?

ครอบครัวได้เข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย มีความรู้ ทักษะที่สามารถนำไปแก้ไขปัญหามาในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำและช่วยให้ลดอาการทางจิตที่เกิดขึ้นได้

โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมมีอะไรบ้าง?

โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมนี้ถูกพัฒนามาเพื่อใช้กับผู้ป่วยโรคร่วมสารเสพติดรวมถึงการติดยาและจิตเวชโดยตรง ประกอบด้วยสาระสำคัญคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและโรคร่วมทางจิตเวช การฝึกทักษะการแก้ปัญหา การฝึกทักษะทางสังคม และการฝึกทักษะการสื่อสาร ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินปัญหา (Connecting and Assessment) หมายถึง การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบไปด้วย

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม การเป็นส่วนหนึ่งของทีมการรักษา การประเมินความรู้ ทักษะ บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

ขั้นตอนที่ 2 การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) หมายถึง การดำเนินการให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ติดยา ประกอบไปด้วย

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องยา สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคยา และ โรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดจากการติดยา การรักษาด้วยยาในผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การจัดการความเครียด และทักษะการจัดการกับอารมณ์ทางลบ

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการจัดการกับอาการอยากยา และการจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกลับไปบริโภคยา

กิจกรรมที่ 5 ทักษะการกล้าแสดงออกและการปฏิเสธ การปรับตัวต่อผู้อื่น

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาทักษะการสื่อสาร (Communication skills) หมายถึง การดำเนินการให้ความรู้ พัฒนาทักษะเกี่ยวกับการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว และลดการบริโภคยา ประกอบไปด้วย

กิจกรรมที่ 6 ประเมินความสามารถผู้ป่วยและผู้ดูแลในการแสดงออกทางการสื่อสาร การพัฒนาทักษะการสื่อสารในเรื่อง การพูดสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้ง การร้องขอในเชิงบวก เทคนิคการให้กำลังใจ

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา (Problem Solving) หมายถึง การดำเนินการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริโภคยา รวมไปถึงการดำเนินการสิ้นสุดกิจกรรมบำบัด ประกอบไปด้วย

กิจกรรมที่ 7 พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับสถานการณ์ที่อาจนำไปสู่การบริโภคยาของผู้ติดยาที่มีโรคร่วม

กิจกรรมที่ 8 ทบทวนกิจกรรมการบำบัดและวางแผนทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เป็นการทบทวนกิจกรรม รวมถึงการวางแผนร่วมกันของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. อายุ.....ปี
2. ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม
 อื่นๆ ระบุ.....
3. ระดับการศึกษา
 ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ป.ว.ช. อนุปริญญา/ ป.ว.ส.
ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพ
 รับจ้าง เกษตรกรรม
 ค้าขาย รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 อื่นๆ ระบุ.....
5. รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยต่อเดือน
 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
6. สถานภาพสมรส
 โสด คู่ หม้าย หย่า/แยกกันอยู่
7. ระยะเวลาที่บริโภคสุราติดต่อกันจนถึงปัจจุบัน.....ปี
8. ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว ไม่มี มี โปรดระบุ.....
9. การใช้สารเสพติดอื่นๆ ไม่มี มี โปรดระบุ.....

3. แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจและเติมเครื่องหมาย ✓ ในท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ต่อไปนี้

เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

เป็นจริงส่วนมาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง

เป็นจริงน้อย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเล็กน้อยหรือไม่เห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่

ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความทั้งหมด

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่เป็นจริงเลย
1. สมาชิกในครอบครัวแสดงความรักความห่วงใยต่อท่าน					
2. เมื่อท่านมีปัญหาหรือไม่สบายใจสมาชิกในครอบครัวจะแสดงความเห็นอกเห็นใจหรือให้คำแนะนำท่านเสมอ					
.....					
.....					
.....					
12. สมาชิกในครอบครัวช่วยให้ท่านมีกำลังใจในการดำรงชีวิต					

4. แบบบันทึกการบริโภคนิสฺรา (Timeline Followback)

แบบบันทึกการบริโภคนิสฺราของ.....
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

อาทิตย์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์

คำแนะนำในการใช้แบบบันทึกการตีมิสฺรา

ปฏิทินนี้ใช้บันทึกข้อมูลการตีมิสฺราของท่านในช่วงเข้าโปรแกรมการบำบัดรักษาจนสิ้นสุดการบำบัด กรุณาเขียนข้อมูลการตีมิสฺราของท่านตามความเป็นจริงเท่าที่ท่านจะจำได้ ดังนี้

1. สิ่งที่ท่านต้องบันทึก

บันทึกชนิดของนิสฺรา (เครื่องตีมัลกอฮอล) และปริมาณที่ตีมในแต่ละวัน

วันที่ท่านไม่ตีมิสฺรา ให้กากบาทลงในช่องที่ตรงกับวันดังกล่าว

.....

4. บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกให้สมบูรณ์

5. แบบประเมินการบริโภคสุรา (AUDIT)


คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมาย × ทับหน้าข้อความเพียงข้อเดียวเท่านั้นที่ตรงหรือใกล้เคียงความรู้สึกของท่าน

ข้อคำถาม	0	1	2	3	4
1. ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมาคุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยแค่ไหน	ไม่เคยเลย	เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า	2-4 ครั้งต่อเดือน	2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	4 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า
2. เวลาที่คุณดื่มสุราตามปกติ คุณดื่มปริมาณเท่าใดต่อวัน เลือกคำตอบเป็น เบียร์ (ข้อ ก.) หรือ เหล้าวิสกี้ (ข้อ ข.) เพียงข้อเดียว					
ก. ถ้าเทียบปริมาณเบียร์สปาย (เช่น เบียร์ช้าง สิงห์ คลอสเตอร์ คลาสเบอร์ก)	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 แม่โขง หงส์ทอง เหล้าขาว 40 ดีกรี	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)
.....					
.....					
10. เคยมีเพื่อนหรือญาติพี่น้อง แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆแสดงความห่วงใยเกี่ยวกับการดื่มของคุณหรือเคยแนะนำให้คุณลดการดื่มลงบ้างหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว



หนังสืออนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

ที่ IRB/RTA ... 0200 /2559



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก
317 ถนนราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

รหัสโครงการ : Q034q/58_Exp

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวลร่วมต่อการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรควิตกกังวล
[THE EFFECT OF FAMILY INTERVENTION FOR DUAL DISORDERS PROGRAM ON ALCOHOL CONSUMPTION AMONG ALCOHOL DEPENDENCE CLIENTS WITH PSYCHITRIC COMORBIDITY]

เลขที่โครงการวิจัย :-

ชื่อผู้วิจัยหลัก: ร้อยเอกหญิง อัจฉรา เดชะอิตตกุล
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ทำการวิจัย: ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 2 วันที่ 29 ม.ค. 2559
2. แบบสอบถามข้อมูล ฉบับที่ 2 วันที่ 29 ม.ค. 2559
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 29 ม.ค. 2559
4. ประวัติ ร.อ.หญิง อัจฉรา เดชะอิตตกุล ฉบับที่ 2 วันที่ 29 ม.ค. 2559
5. ประวัติ ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ ฉบับที่ 2 วันที่ 29 ม.ค. 2559

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก ว่าสอดคล้องกับปฏิญญาเฮลซิงกิ และแนวปฏิบัติ ICH GCP

วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงร่างการวิจัย: 7 กุมภาพันธ์ 2559
วันสิ้นสุดการรับรอง: 6 กุมภาพันธ์ 2560
ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย: รายงานความก้าวหน้าทุก 1 ปี

พลตรีหญิง..... (เยาวนา ธนะพัฒน์)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พ.บ.

พันเอกหญิง..... (จิวิวรรณ คุณถนอม)
ผู้ช่วยเลขาธิการคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พ.บ.

ภาคผนวก จ

หนังสืออนุญาตให้ใช้โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์อนุญาตให้ใช้โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม

**Re: Ask for your permission to use FIDD
program**

August 26, 2557 BE at 01:01

Dear Atchara, thank you for your interest in the FIDD program.

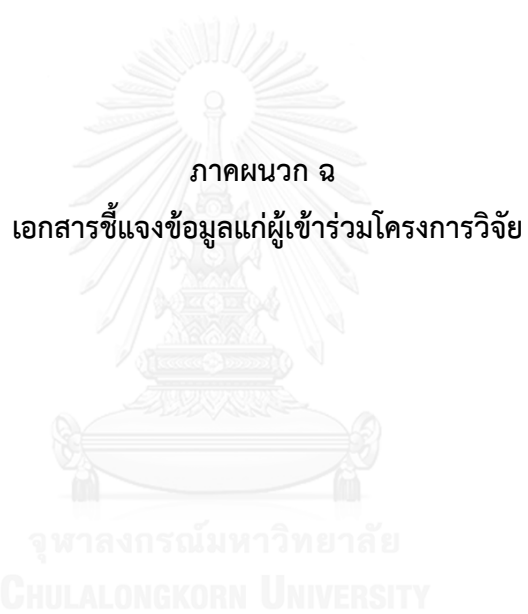
i'm attaching a copy of the basic instruments we used in the study, and 2 publications from a controlled study we completed. You have my permission to translate the instruments for the use of your study.

I will send a follow-up note with information about the intervention itself.

Sincerely,

Kim

Kim T. Mueser, Ph.D.
Executive Director
Center for Psychiatric Rehabilitation
Boston University
[940 Commonwealth Ave. West](#)
[Boston MA 02215](#)



เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช
วันที่ชี้แจง
ชื่อผู้วิจัย/ผู้ร่วมวิจัย	ร.อ.หญิง อัจฉรา เตชะอิตตกุล
สถานที่ทำงานของผู้วิจัย	หอผู้ป่วยจิตเวชชาย 8/1 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ผู้ให้ทุนวิจัย	ทุนส่วนตัว และทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการศึกษาวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น **ความสมัครใจ** ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการ การรักษาพยาบาล หรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลืมนำชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

ผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชซึ่งมีการบริโภคสุราอย่างต่อเนื่องนั้น ควรได้รับการบำบัดรักษาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคมเพื่อลดปัญหาการบริโภคสุราเดิมที่ยังคงอยู่ และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปบริโภคสุราซ้ำซึ่งพบว่าผู้ที่บริโภคสุราในปริมาณที่มากส่งผลให้เกิดอาการทางจิตตามมาได้ โดยสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงมีการใช้สุราอย่างต่อเนื่องคือขาดการสนับสนุนจากครอบครัวเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญในการดูแลช่วยเหลือและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย หากสมาชิกในครอบครัวมีความขัดแย้ง หรือมีการจัดการกับปัญหาและการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความเครียดที่กระทบกับสัมพันธภาพภายในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดรวมถึงสุราซ้ำ

ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัว ในโปรแกรมเน้นการส่งเสริมให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ป่วยดีขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมการประเมินทัศนคติของครอบครัว การส่งเสริมให้ครอบครัวได้ตระหนักถึงปัญหาการติดสุรา การให้ความรู้ในเรื่องของโรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดขึ้น การฝึกทักษะในเรื่องการแก้ปัญหา การสื่อสาร การใช้ชีวิตในสังคม และการใช้สถานการณ์จำลองต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้ร่วมกันคิดค้นและเสนอแนะแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม มีการให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการบำบัดรักษาในทุกๆระยะของโปรแกรม รวมถึงการให้การบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง และมีการติดตามผล เพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้นและมีการบริโภคสุราลดลง

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 และมีโรคจิตเวชร่วมตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10
- 2) มีการบริโภคสุราจากการประเมิน AUDIT แบบมีปัญหาและแบบติด (ระดับคะแนน ≥ 16 คะแนน)
- 3) มีอาการทางจิตสงบ ประเมินโดยแบบประเมินอาการทางจิต BPRS (มีคะแนน < 36)
- 4) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น
- 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- 6) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป แต่ไม่เกิน 60 ปี

สำหรับผู้ดูแล ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะมีคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

- 1) เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ที่มีความผูกพันใกล้ชิดโดยตรงกับผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มีความผูกพันกันทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป

- 2) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น
- 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1) อาการแสดงทางจิตที่ไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งต้องได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดจากจิตแพทย์

2) ท่านอยู่ในระยะถอนพิษสุรา หรือเกิดอาการแทรกซ้อนจากการถอนพิษสุราที่ต้องได้รับการดูแลจากจิตแพทย์

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้น 40 ครอบครัว

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งดังนี้

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยรวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ คือเมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วจะมีการแบ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ถ้าท่านอยู่ในกลุ่มทดลอง ท่านจะได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม และมีการติดตามประเมินผลในระยะสิ้นสุดการวิจัย โดยมีการนัดหมายการเข้าร่วมวิจัยสัปดาห์ละครั้งจำนวน 6 สัปดาห์ตามวันและเวลาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวก และมีการติดตามผลโดยการนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยในสัปดาห์ที่ 7 ของการวิจัย ถ้าท่านอยู่ในกลุ่มควบคุม ท่านจะได้รับการรักษาตามกระบวนการของห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และได้รับการติดตามผลการวิจัยในสัปดาห์ที่ 7

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไร

โดยจะให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบในประเด็นเกี่ยวกับ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, แบบคัดกรองการดื่มสุราAUDIT, แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว, แบบบันทึกการติดตามพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราย้อนหลังTimeline follow-back (TLFB) โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที แบ่งคำถามออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 13 ข้อ
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินการบริโภคสุรา AUDIT จำนวน 10 ข้อ
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว จำนวน 12 ข้อ
- ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการบริโภคสุรา Timeline follow-back (TLFB) ระยะเวลา 1 เดือน

ท่านจะได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม ซึ่งทำผู้เข้าร่วมการวิจัยประกอบไปด้วย ท่านและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของท่านจำนวน 1 คน โดยเข้าร่วมกิจกรรมซึ่ง

ประกอบไปด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ *กิจกรรมที่ 1* การแนะนำเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว สำหรับผู้ป่วยโรคร่วม ประเมินความรู้ ทักษะคิด บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อทางจิตเวช *กิจกรรมที่ 2* ให้ความรู้เรื่องสุรา สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุรา และ โรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดจากการติดเชื้อ การรักษาด้วยยาในผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น *กิจกรรมที่ 3* การจัดการความเครียด และทักษะการจัดการกับอารมณ์ทางลบ *กิจกรรมที่ 4* ทักษะการจัดการกับอาการอยากสุรา และการจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกลับไปบริโภคสุรา *กิจกรรมที่ 5* ทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสมและการปฏิเสธ การปรับตัวต่อผู้อื่น *กิจกรรมที่ 6* การพัฒนาทักษะการสื่อสาร *กิจกรรมที่ 7* การพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหา และ *กิจกรรมที่ 8* การวางแผนทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยจะนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดตามวันและเวลาที่ท่านสะดวก ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะมีการมอบหมายการบ้าน และพัฒนาทักษะของท่านในแต่ละสัปดาห์ ติดตามผลในทุกสัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดการวิจัยจะมีการติดตามประเมินผลในระยะสิ้นสุดการวิจัยในสัปดาห์ที่ 7 หลังจากนั้นเมื่อครบการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด ผู้วิจัยจะขอให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบในประเด็นเกี่ยวกับ แบบประเมินการบริโภคสุราAUDIT, แบบสัมพันธภาพในครอบครัว, แบบบันทึกการติดตามพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราย้อนหลังTimeline follow-back (TLFB) ทางโทรศัพท์ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที แบ่งคำถามออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว จำนวน 12 ข้อ
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินการบริโภคสุรา AUDIT จำนวน 10 ข้อ
- ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการบริโภคสุรา Timeline follow-back (TLFB) ระยะเวลา 1 เดือน

การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้ดูแลจะมีส่วนในการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมทุกสัปดาห์ ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยจะการนัดหมายผู้ดูแลให้มาเข้ารับโปรแกรมดังกล่าวพร้อมกับผู้ป่วย โดยดำเนินการให้ความรู้ และฝึกทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลไปพร้อมกัน

ความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เมื่อเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจรู้สึกอึดอัด รู้สึกไม่สบายใจหรือไม่สะดวกด้านเวลาที่จะเข้าร่วมการวิจัย

การป้องกันคือผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดขั้นตอนการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบโดยละเอียด และหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นจะแก้ไขโดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจาก

การวิจัยได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบผู้วิจัยจะกล่าวขอบคุณและอธิบายให้ทราบว่าไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือสิทธิอื่นใดของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

1. เพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวช
2. ได้รูปแบบการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมที่สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบำบัดผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวช โดยใช้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง

3. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวช
ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ

ไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมนอกเหนือจากการรักษาตามปกติ

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านจะได้รับค่าเดินทางในการเข้าร่วมวิจัยในกรณีที่ผู้วิจัยนัดหมายไม่ตรงกับวันตรวจนัดของแพทย์จำนวน 200 บาทต่อครั้ง

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

ผู้วิจัยจะกล่าวขอบคุณที่รับฟังโครงการวิจัยและอธิบายให้ทราบว่าไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือสิทธิอื่นใดของผู้เข้าร่วมงานวิจัยท่านสามารถเข้ารับการรักษาตามกระบวนการของห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้ตามปกติ

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใครและได้รับการปฏิบัติอย่างไร

ท่านสามารถติดต่อได้ที่ผู้วิจัย ร.อ.หญิง อัจฉรา เตชะอิตตกุล หอผู้ป่วยจิตเวชชาย 8/1 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โทร 086-8978251, 02-7633266 ได้ตลอดเวลา และหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นผู้วิจัยจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการแก้ไขหรือศึกษาเหตุการณ์แต่เพียงผู้เดียว

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย

สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ ร.อ.หญิง อัจฉรา เตชะอิตตกุล หอผู้ป่วยจิตเวชชาย 8/1 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โทร 086-8978251, 02-7633266 ได้ตลอดเวลา

หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

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

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล และไม่มีการแสดงชื่อหรือที่
อยู่แต่อย่างใด แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลภาพรวม
ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการการวิจัยได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบผู้วิจัยจะ
กล่าวขอบคุณและอธิบายให้ทราบว่า จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือสิทธิอื่นใดของผู้เข้าร่วม
งานวิจัย

**หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม
นั้นทันที**



หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

วันที่ลงนาม.....

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

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อผู้ดำเนินโครงการวิจัย

(ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน

(ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ดูแลหลัก (Informed Consent)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

วันที่ลงนาม.....

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

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อผู้ดำเนินโครงการวิจัย

(ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน

(ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)



ตารางที่ 21 ปริมาณการบริโภคสุรา (ดื่มมาตรฐานต่อเดือน) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-Test) จำแนกตามโรคร่วมทางจิตเวช

คู่มือ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
Dysthymia				
1	540	139.50	366	324
2	204	0	450	460
3	315	144.50	510	420
4	225	0	270	210
5	276	0	348	240
6	345	11	290	234
7	160	2.5	324	426
8	328.50	142.50	360	352
9	306	102	372	342
\bar{x}	299.94	60.22	365.56	334.22
S.D.	109.38	69.41	74.95	91.13
Alcohol induced Psychosis				
10	275	112.50	300	240
11	360	0	268.50	270
\bar{x}	317.50	56.25	284.25	255
S.D.	60.10	79.55	22.27	21.21
GAD				
12	420	100.50	360	306
13	138	38	110	72
\bar{x}	279	69.25	235	189
S.D.	199.40	44.19	176.78	165.46

ตารางที่ 21 (ต่อ)

คู่มือ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
Mild Depressive Episode				
14	375	140	310	170
15	384	87	270	247.50
\bar{x}	379.50	113.50	290	208.75
S.D.	6.36	37.48	28.28	54.80
Mixed Anxiety and Depressive Episode				
16	348	144	240	60
17	376	15	264	234
\bar{x}	362	70.50	252	147
S.D.	19.80	91.23	16.97	123.04
Personality Disorders				
18	405	163.50	288	198
19	432	216	130	70
20	486	210	480	216
\bar{x}	441	196.50	299.33	161.33
S.D.	41.24	28.74	175.28	79.61
รวม	$\bar{x}= 334.93$	$\bar{x}= 88.43$	$\bar{x}= 315.53$	$\bar{x}= 254.58$
	S.D.= 102.60	S.D.= 74.20	S.D.= 99.16	S.D.= 113.37

ตารางที่ 22 ร้อยละของจำนวนวันที่ตื่นหนักของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-Test) จำแนกตามโรคร่วมทางจิตเวช

คู่มือ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
Dysthymia				
1	100	33.33	100	60
2	46.67	0	100	100
3	100	40	100	100
4	100	0	100	100
5	100	0	46.67	33.33
6	76.67	0	83.33	60
7	60	0	90	100
8	100	20.00	100	100
9	83.33	23.33	100	90
\bar{x}	85.16	12.96	91.11	82.59
S.D.	20.28	16.37	17.71	25.04
Alcohol induced				
Psychosis				
10	100	33.33	100	66.67
11	100	0	100	100
\bar{x}	100	16.67	100	83.34
S.D.	0.00	23.57	0.00	23.57
GAD				
12	100	16.67	100	83.33
13	76.67	13.33	40	20
\bar{x}	88.34	15	70.00	51.67
S.D.	16.47	2.36	42.43	44.78

ตาราง 22 (ต่อ)

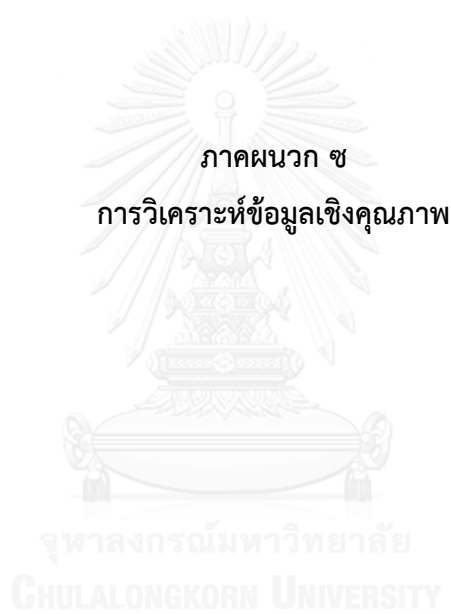
คู่มือ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
Mild Depressive Episode				
14	100	46.67	100	33.33
15	76.67	20	100	83.33
\bar{x}	88.34	33.34	100	58.33
S.D.	16.47	18.86	0.00	35.36
Mixed Anxiety and Depressive Episode				
16	86.67	40	76.67	13.33
17	100	0	50	46.67
\bar{x}	93.34	20	63.34	30
S.D.	9.43	28.28	18.86	23.57
Personality Disorders				
18	83.33	43.33	46.67	53.33
19	96.67	40	43.33	0
20	100	26.67	100	30
\bar{x}	93.33	36.67	63.33	27.78
S.D.	8.82	8.81	31.80	26.73
รวม	$\bar{x} = 89.33$ S.D. = 15.47	$\bar{x} = 19.83$ S.D. = 17.35	$\bar{x} = 83.83$ S.D. = 23.73	$\bar{x} = 63.67$ S.D. = 33.47

ตารางที่ 23 ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-Test) จำแนกตามโรคร่วมทางจิตเวช

คู่มือ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
Dysthymia				
1	0	50	0	40
2	53.33	100	0	0
3	0	33.33	0	0
4	0	100	0	0
5	0	100	33.33	66.67
6	23.33	86.67	16.67	30
7	40	96.67	10	0
8	0	56.67	0	0
9	16.67	66.67	0	0
\bar{x}	14.58	76.67	7.5	15.19
S.D.	21.67	25.55	12.18	24.67
Alcohol induced				
Psychosis				
10	0	50	0	33.33
11	0	100	0	0
\bar{x}	0	75	0	16.67
S.D.	0	35.36	0	23.57
GAD				
12	0	60	0	16.67
13	23.33	73.33	60	80
\bar{x}	11.67	66.67	30	48.34
S.D.	16.50	9.43	42.43	44.78

ตารางที่ 23 (ต่อ)

คู่มือ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
Mild Depressive Episode				
14	0	53.33	0	50
15	23.33	63.33	0	0
\bar{x}	11.67	58.33	0	25
S.D.	16.50	7.07	0	35.36
Mixed Anxiety and Depressive Episode				
16	13.33	60	23.33	86.67
17	0	66.67	20	16.67
\bar{x}	6.67	63.34	21.67	51.67
S.D.	9.43	4.72	2.35	49.50
Personality Disorders				
18	16.67	46.67	0	43.33
19	3.33	60	56.67	46.67
20	0	53.33	0	70
\bar{x}	6.67	53.33	18.89	53.33
S.D.	8.82	6.67	32.72	14.53
รวม	$\bar{x} = 10.67$ S.D.= 15.47	$\bar{x} = 68.83$ S.D.= 20.98	$\bar{x} = 11.00$ S.D. = 18.95	$\bar{x} = 29.05$ S.D.= 30.05



กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินปัญหา

เมื่อดำเนินการบำบัดในกิจกรรมครั้งนี้แล้วพบว่า

1. พยาบาล ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์ที่ต้องมาบำบัด จำนวนครั้งที่ต้องมาบำบัด รวมถึงระยะเวลาที่ต้องทำการบำบัดรักษาในแต่ละครั้ง และมีความยินดีที่จะเข้ารับการรักษาด้วยความเต็มใจ

2. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีความตระหนักถึงปัญหาที่เกิดจากการบริโภคสุราของตนเอง ซึ่งมีผลกระทบต่อร่างกายครอบครัว และสังคม หลังจากที่พยาบาลได้ให้ข้อมูลสะท้อนกลับในเรื่องผลของการบริโภคสุรา โดยผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทั้งหมดได้ตระหนักว่าการดื่มสุรามีผลกระทบต่อตนเอง รวมถึงครอบครัว ตนมีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง และไม่กลับไปบริโภคสุราอีก โดยจะเห็นได้จากการที่ผู้ป่วยกล่าวว่า

“ครั้งนี้ผมต้องเลิกจริงๆแล้วละ ร่างกายผมไม่ไหว”

“หัวหน้าบอกว่า ถ้าผมยังกลับไปดื่มอีก คราวนี้เขาจะให้ผมออกจากงาน”

“เพื่อนผมมีลูกมีเมียกันหมดละ ผมก็อยากมีกับเขาบ้าง”

“เหล้ามันทำให้ผมมีความสุขแค่ตอนดื่มเท่านั้น แต่ผมอยากเลิกเพราะผมอยากมีความสุขที่ไม่ได้มาจากการเมา”

นอกจากนี้การที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ประเมินการบริโภคสุราของตนเองในกิจกรรมฉันทันทีบ้อยแค่นั้น ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีความตระหนักต่อการบริโภคสุราของตนเองมากยิ่งขึ้น โดยส่วนใหญ่มีการบริโภคสุราอยู่ในระดับติด

3. ผู้ดูแลมีความตระหนักถึงผลกระทบจากการบริโภคสุราของผู้ป่วยรวมถึงโรคร่วมทางจิตเวชของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลมีความยินดีที่จะช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อที่จะให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสุราได้ โดยจะเห็นได้จากการที่ผู้ดูแลกล่าวว่า

“ถ้าเขามีความตั้งใจจริง เราก็พร้อมที่จะสนับสนุนเขาทุกอย่าง”

“เวลาเขามากก็ทะเลากัน มันไม่มีความสุขหรอก”

“บางครั้งเขาเจียบๆ ไม่ค่อยคุยกับใคร หยิบเหล้ามาดื่ม เราก็เป็นห่วง”

“เขาเป็นคนเครียดง่าย คิดมาก แต่ไม่ยอมบอกใคร ถ้าบอก เราก็ยินดีช่วย”

“อยากให้เขาเลิกได้ ทุกวันนี้สุขภาพแย่มาก”

“เวลาเขาไม่เมา เขาเป็นคนดีมากเลยละ”

“เขาชอบเก็บตัวอยู่ในห้องคนเดียว นั่นแหละที่เราไม่สบายใจ”

4. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแล มีความเข้าใจ ตระหนักและมองเห็นถึงความสำคัญของการบำบัดรักษาโรคร่วมทางจิตเวชร่วมกับการบำบัดสุรา บางคนยอมรับว่าตนเองมี

ความเบื่อหน่าย ซึมเศร้า บางคนบอกว่า ตนเองวิตกกังวลกับทุกสถานการณ์และเป็นคนคิดมาก ผู้ป่วยบางคนกล่าวว่า

“เหล่าทำให้ผมหายเศร้าได้ แต่ว่าผมก็กลับมาเศร้าอีกเวลาที่ผมไม่ได้ดื่ม”

“เวลารู้สึกเครียด เหล่าก็ทำให้ผมมีความสุขดี”

“หมอบอกว่าผมเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง บางครั้งผมเบื่อๆ เซ็งๆก็ใช้เหล่าเป็นเพื่อน”

“ผมรู้แล้วว่าผมควรจะเลิกเหล่า จะทำให้อาการทางจิตของผมไม่กำเริบขึ้น”

ผู้ดูแลได้กล่าวข้อความที่แสดงถึงความสำคัญของตนเองต่อการดูแลผู้ป่วย และโรคร่วมทางจิตเวชของผู้ป่วยว่า

“เวลาผู้ป่วยทานยา ก็ไปดื่มเหล้าต่อ ทำให้อาการไม่ดีขึ้น”

“บางทีเห็นเขานั่งเงียบๆ เอาเหล้ามาดื่ม ก็คิดว่าอาการไม่ดีแน่ๆ ต้องรีบรักษา”

“โรคจิตนี่ก็อันตรายเหมือนกันนะ ยิ่งดื่มเหล้าด้วย เป็นเยอะเลย”

5. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุรา จากกิจกรรม เรื่องของเหล่า สิ่งที่ดีและไม่ดี โดยผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่มองว่า หากยังมีการบริโภคสุราต่อไปจะทำให้เกิดผลกระทบต่อตนเองหลายด้านได้แก่ สุขภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง การเกิดความขัดแย้งกันในครอบครัว หน้าที่การงานรวมถึงเศรษฐกิจและสังคม ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบางส่วนมองว่า การบริโภคสุราทำให้ตนเองมีความสุข มีเพื่อนมากขึ้น ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชคิดว่าการหยุดการบริโภคสุราทำให้ ร่างกายแข็งแรงขึ้น ครอบครัวมีความสุข มีหน้าที่การงานที่ดี มีแต่คนให้ความเคารพนับถือ และการหยุดบริโภคสุรา ทำให้ตนเองมีเพื่อนลดลง อารมณ์ไม่ครั้นเคร่ง หงุดหงิดแปรปรวนได้ง่าย แต่เมื่อพยายามได้หยุดคึกเพื่อปรับทัศนคติ ผู้ป่วยสามารถมองเห็นผลดีของการเลิกสุรามากกว่าผลเสียที่เกิดขึ้น

6. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่ได้มีการประเมินแรงจูงใจในการเลิกสุรา โดยใช้แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่ประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนการบริโภคสุราของตนเองที่ระดับ 8 กล่าวคือ ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเริ่มจะคิดเกี่ยวกับการหาวิธีการต่างๆที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงการบริโภคสุราของตนเอง มีผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาเนื่องจากผู้ดูแลอยากให้เลิกสุรา โดยผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบอกว่าตนเองไม่สามารถเลิกบริโภคสุราได้ แต่จะพยายามลดลงเท่านั้น เพราะว่าตนเองก็บริโภคสุราทุกวัน ตรวจสอบสุขภาพประจำปีมาโดยตลอด ผลเลือดของตนเองปกติดีมาโดยตลอด แต่หลังจากที่พยายามได้ให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์สิ่งที่ดีและไม่ดีจากการบริโภคสุรา ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ได้มองเห็นผลเสียของการบริโภคสุรา โดยสุราไม่ได้ส่งผลดีต่อตนเอง อีกทั้งยังทำให้ความจำของตนเองไม่มีประสิทธิภาพ มีปัญหาทะเลาะกับครอบครัว ทำให้ตนควบคุมตนเองได้น้อย

ผู้ดูแลได้กล่าวเพิ่มเติมว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายนี้ มีพูดคนเดียว หวาดระแวง ซึ่งผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชไม่ได้ตระหนักถึงอาการเหล่านี้ขึ้นในขณะที่บริโภคสุรา ดังนั้นผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจึงมีความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยมีระดับแรงจูงใจอยู่ในระดับ 8 ซึ่งเป็นแรงจูงใจในการเลิกสุราในระดับสูง

7. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และผู้ดูแลส่วนใหญ่ อยากให้ครอบครัวของตนเองมีความสุข อบอุ่น อยู่กันอย่างมีความสุข จากการวิเคราะห์กิจกรรมบ้านแห่งความรัก ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชของตนเองส่วนใหญ่ จะวาดภาพบ้านที่มีครอบครัวของตนเองอยู่ครบ และไม่มีสุราอยู่ในบ้าน มีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองคือ เลิกสุราโดยถาวร เป็นผู้นำครอบครัวที่ดี และอยากให้ผู้ดูแลเป็นกำลังใจให้ตนเอง สำหรับผู้ดูแลนั้นมีความเต็มใจที่จะดูแลช่วยเหลือผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช รวมถึงให้กำลังใจให้ผู้ติดสุราเลิกสุราได้สำเร็จ

8. หลังจากที่ยาบาลได้ประเมินผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกี่ยวกับการบริโภคสุรา ทศนคติต่อการบริโภคสุรารวมถึงโรคร่วมทางจิตเวช ยาบาลได้ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้กำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของตนเองได้ด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านหน้าที่การงาน ด้านครอบครัว และด้านสังคม ตัวอย่างจากผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายหนึ่ง มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตด้านร่างกายคืออยากให้ร่างกายของตนเองแข็งแรง มีผิวพรรณที่ดีขึ้น ซึ่งตนเองจะตั้งใจออกกำลังกายทุกวัน ซึ่งผู้ดูแลซึ่งเป็นลูกสาวได้มีแนวทางการปฏิบัติในการช่วยผู้ติดสุรารายนี้โดยการออกกำลังกายร่วมกัน รวมถึงหาผลิตภัณฑ์มาช่วยบำรุงรักษาผิวพรรณของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ในเป้าหมายชีวิตด้านหน้าที่การงาน ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช อยากให้งานของตนเองมีคุณภาพโดยจะมีการพัฒนาตนเอง รวมถึงมีความรับผิดชอบเรื่องงานมากขึ้น ซึ่งผู้ดูแลได้วางแนวทางการปฏิบัติไว้โดยสนับสนุนผู้ป่วยให้ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองยังมีศักยภาพ ความรู้และความสามารถที่จะพัฒนางานของผู้ติดสุราได้มีประสิทธิภาพ และจะคอยให้กำลังใจในการทำงานตลอดเวลา สำหรับด้านครอบครัว ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายนี้อยากให้ครอบครัวของตนเองอบอุ่น โดยตนเองจะปฏิบัติตนเป็นพ่อที่ดีของลูก เพื่อให้ลูกเคารพและศรัทธาในตัวของตนเองอีกครั้ง ซึ่งผู้ดูแลได้มีแนวทางช่วยเหลือโดยให้ความรักความอบอุ่นกับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมากยิ่งขึ้น เป็นกำลังใจให้กันและกัน สำหรับด้านสังคม ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชอยากมีเพื่อนที่ดี ทุกคนยอมรับตนเอง โดยจะตั้งใจคบเพื่อนที่ดี และเลิกสุราให้ทุกคนได้เห็นว่าตนเองสามารถเป็นคนดีได้ ส่วนผู้ดูแลก็จะคอยช่วยเหลือโดยการพาผู้ป่วยเข้าสังคมใหม่ๆ เป็นการให้ผู้ป่วยได้มองเห็นว่ามีด้านที่ดีในสังคมอีกมากมายโดยไม่จำเป็นต้องกลับไปใช้สุราอีก

ในการบำบัดครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยบางรายเข้ารับการรักษาเพราะว่าผู้ดูแลร้องขอ ไม่อยากให้เห็นกลับไปบริโภคสุราอีกซึ่งตนเองไม่ได้มีความตั้งใจที่จะเลิกสุรา โดยผู้ป่วยมีโรคทางกายเกิดขึ้นคือ

โรคตับแข็ง นอกจากนี้ยังมีโรคร่วมทางจิตเวชคือ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง รักษาโดยการรับประทานยา ผู้ป่วยมีระดับการบริโภคสุราจากการประเมิน AUDIT อยู่ในระดับดี มีคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี จากการสอบถามการบริโภคสุราย้อนหลังใน 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักเท่ากับ 100 และร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มเท่ากับ 0 ในการที่ผู้ป่วยพบผู้วิจัยครั้งแรก ผู้ป่วยมีสีหน้าซึมเศร้า ไม่อยากรับการบำบัดรักษา บอกว่าตนเองไม่ค่อยมีเวลา และคิดว่าตนเองไม่สามารถเลิกสุราได้ หลังจากที่ถูกผู้วิจัยได้พูดคุยและสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ แสดงท่าทีที่เป็นมิตร แสดงความเข้าใจและจริงใจกับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช พบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายนี้ มีปัญหาความเครียดจากการทำงาน อีกทั้งยังพบว่ามีความคิดว้าวุ่นใจ แสดงท่าทีที่เป็นมิตร แสดงความเข้าใจและจริงใจกับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช พบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายนี้ มีปัญหาความเครียดจากการทำงาน อีกทั้งยังพบว่ามีความคิดว้าวุ่นใจ จะทิ้งตนเองไปมีคนใหม่ จึงใช้สุราในการบรรเทาอาการ ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองมีโรคซึมเศร้าเรื้อรัง การมาตรวจรักษาในครั้งนี้ทำให้ผู้ติดสุรารายนี้ทราบว่าตนเองมีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดขึ้น ทำให้ตนเองรู้สึกท้อแท้ไปอีก เพราะกังวลกับการรับประทาน รวมถึงแผนการรักษาที่ต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ถึงผลดีและผลเสียจากการบริโภคสุรา พบว่า ผู้ป่วยได้ตระหนักและมองเห็นโทษของสุรามากกว่าประโยชน์ของสุรา โดยผู้ป่วยได้บอกว่า *“ยังงั้นแหละก็ไม่ได้อะไรให้ชีวิตผมดีขึ้น ถ้าผมเลิกเหล้าทุกอย่างจะดีขึ้นเอง”* เมื่อผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายนี้มีความคิดที่ดีในการเลิกสุรา และได้ให้แรงจูงใจของตนเองอยู่ในระดับ 10 ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกดีใจและยินดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกสุราได้สำเร็จ โดยผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชยินดีที่จะเข้ารับการรักษาในครั้งต่อไป และมีเป้าหมายที่จะเปลี่ยนแปลงการบริโภคสุราของตนเอง เลิกสุราให้ได้และไม่กลับไปบริโภคสุราซ้ำ ซึ่งผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชอยากให้ผู้ดูแลซึ่งเป็นภรรยา คอยดักเตือนตนเอง รวมถึงให้กำลังใจตนเองอยู่เสมอ หลังจากการบำบัดรักษา ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชกลับไปทำงานของตนเองโดยเป็นนักเขียน โดยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น รวมถึงผู้ดูแลก็มีสีหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใสมากขึ้น โดยกล่าวว่า *“รู้สึกว่าจะมีความสุขขึ้น และเขาไม่กลับดื่มอีก เราก็คือใจที่ครอบครัวกลับมามีความสุขอีกครั้ง”*

การบำบัดในครั้งนี้เป็นการที่พบกันครั้งแรกระหว่างพยาบาล ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และผู้ดูแล ซึ่งต่างก็เป็นคนแปลกหน้า ไม่เคยรู้จักกันมาก่อน ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญโดยการที่พยาบาลแสดงความเข้าใจ แสดงความจริงใจ มีท่าทีที่เป็นมิตร และรับฟังอย่างตั้งใจ ทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ ซึ่งการบำบัดในครั้งนี้เป็นการให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา รับรู้และตระหนักถึงการบริโภคสุราของตนเอง โดยพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ค้นหา ประเมินการบริโภคสุราของตนเอง โดยให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ประเมินการบริโภคสุราของตนเอง วิเคราะห์ผลดีผลเสียจากการบริโภคสุราทั้งที่ส่งผลต่อตนเองและครอบครัว ประเมินแรงจูงใจของตนเอง รวมถึงการรับรู้ถึงการบริโภคสุราที่ส่งผลต่อโรคร่วมทางจิตเวช นอกจากนี้พยาบาลได้ให้ผู้ดูแลได้มองเห็นถึงความสำคัญของการเข้าร่วมการบำบัดรักษาพร้อมกับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

นำไปสู่การสร้างเป้าหมายชีวิตของผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเมื่อผู้ป่วยเกิดความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยให้ผู้ดูแลได้มีส่วนในการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชประสบความสำเร็จในเป้าหมายที่ตนเองได้ตั้งใจไว้ และไม่กลับไปบริโภคสุราอีก ดังคำกล่าวของผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ยกตัวอย่างเช่น

“ครั้งนี้ผมว่าผมจะเลิกจริงๆละ จะไม่ยุ่งกับเหล้าอีกเลย”

“ผมอยากเจอหน้าลูก ผมจะต้องเลิกเหล้าให้ได้ ลูกผมจะได้ไม่อายใคร”

“อยากมีร่างกายแข็งแรงขึ้น อายุก็มากแล้ว ไม่อยากมีโรคเยอะครับ”

“อยากจะมีเงินเยอะๆ จะไปเอาทุนไปเลี้ยงปลาครับ ยังไงก็ต้องเริ่มจากการเลิกเหล้านี้แหละ”

การบำบัดรักษาในแต่ละครั้ง สิ่งที่สำคัญคือ การให้ผู้และผู้ดูแลได้ทำการบ้านอย่างสม่ำเสมอ เป็นการฝึกทบทวนผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้สังเกต ตรวจสอบ วิเคราะห์ตนเองในแต่ละสถานการณ์ โดยพยาบาลได้ชี้ให้เห็นประโยชน์ของการทำการบ้าน ซึ่งเป็นการให้ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้เห็นความก้าวหน้าของการบำบัดรักษา นอกจากนี้ช่วยให้ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้เกิดความร่วมมือ และมีความตั้งใจที่จะเลิกสุราต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 2 ให้ความรู้เรื่องสุรา สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุรา และ โรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดจากการติดเชื้อ ทักษะการใช้ยา

เมื่อดำเนินการบำบัดในกิจกรรมครั้งนี้แล้วพบว่า

1. ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ผู้ดูแล มีสียหน้ายิ้มแย้ม กล่าวทักทายพยาบาลด้วยความเป็นกันเองมากขึ้น
2. เมื่อพยาบาลสอบถามการบริโภคสุราที่ในสัปดาห์ผ่านมา พบว่าผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวช โดยผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่หยุดบริโภคสุราในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่มีผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจำนวน 8 รายที่ยังบริโภคสุราอยู่ โดยบอกว่ามีงานเลี้ยง บางคนบอกว่า ตนเองมีอาการอยากสุราจึงกลับไปบริโภคสุรา ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบางรายบริโภคสุราเพราะว่าตนเองอยู่คนเดียว เครียด กังวลหลายเรื่อง เลยทำให้ตนเองยังบริโภคสุราเพื่อลดอาการดังกล่าว พยาบาลได้ทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงผลเสียจากการบริโภคสุรา รวมถึงให้ผู้ดูแลได้ช่วยเหลือให้กำลังใจ ร่วมกันหาแนวทางการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุราอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีการเปลี่ยนแปลงตนเอง รวมถึงมีความพยายามเลิกสุราต่อไป โดยผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรับฟังอย่างตั้งใจรวมถึงให้คำมั่นสัญญากับผู้ดูแลว่าตนเองจะเลิกสุราให้ได้

3. เมื่อพยาบาลได้พบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา พบว่าผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และผู้ดูแลสามารถบอกพยาบาลได้ว่า สัปดาห์ที่ผ่านมาได้พูดคุยเกี่ยวกับเรื่องใดไปแล้วบ้าง สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง และผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลดีขึ้น มีความตั้งใจที่จะเลิกสูรยาอย่างแท้จริง

4. ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีความเข้าใจเรื่องโรคติดเชื้อ โดยสามารถอธิบายได้ว่า โรคติดเชื้อ เป็นการหมกมุ่นกับการบริโภคสุรา มีอาการนอนเมื่อหยุดบริโภคสุรา มีการบริโภคสุรามากขึ้นเพื่อให้เมาเท่าเดิม มีผลกระทบต่อการทำงานและครอบครัว และเมื่อมีผลเสียเกิดขึ้นก็ยังบริโภคสุรอย่างต่อเนื่อง ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบางส่วนไม่ทราบเกี่ยวกับเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินการติดเชื้อจากการดื่มมาตรฐาน ซึ่งผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทุกคนบริโภคสุราเกิน 6 ดื่มมาตรฐานต่อวัน โดยผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบางส่วนกล่าวว่า “ผมไม่คิดว่าผมดื่มเหล้าแค่นี้มันมากกว่าเกณฑ์ที่เขากำหนดไว้” “เหล้า 5 เบ็กนี่ผมยังไม่ทันจะเมาเลย” “นี่ผมดื่มเหล้าเยอะขนาดนี้เลยหรอครับ” นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ระบุว่า สาเหตุของการบริโภคสุราของตนเองเกิดจาก เพื่อนชวน อารมณ์ซึมเศร้า ความเครียดจากการทำงาน ความวิตกกังวล โดยกล่าวว่า “เวลาเหงาเหล้าก็ช่วยได้” “บางทีก็ดื่มแก้เครียดไปเท่านั้น” “มันมีความสุขดีนะเวลาที่ดื่ม” พยาบาลได้ให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการบริโภคสุราที่มีต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและสามารถบอกผลกระทบจากการบริโภคสุราได้ ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชกล่าวถึงผลกระทบที่เกิดกับตนเองว่า “หมอบอกว่าผมเป็นโรคตับอักเสบ” “ผมเคยอาเจียนเป็นเลือด ตอนนั้นต้องนอนโรงพยาบาล” “หัวหน้าเขาก็บอกว่าผมดื่มเยอะ เขาก็เตือนผมอยู่ ว่างานไม่เรียบร้อย” “ดื่มเหล้าทำให้สมองไม่ค่อยดี ใครพูดอะไรมาทีไร” สำหรับผู้ดูแลได้กล่าวถึงผลกระทบจากการบริโภคสุราที่มีต่อครอบครัวว่า “เหล้าเข้าปากเมื่อไหร่ เขาก็หาเรื่องทะเลาะตลอด บางทีเราก็ก่เครียด” “ปกติเขาเป็นคนนิสัยดี ตั้งใจทำงาน ตั้งแต่เขามากินเหล้า เสียการเสียงานหมด” “แกดื่มเหล้าทีไร ก็จะมาด่ามาว่าตลอด ต้องคอยเก็บพวกมิด ไม่ให้เขาเห็น คุณพยาบาลเชื่อไหมว่า แกเคยเมาแล้วจะไปหยิบดัมเบลจะมาตีหัว เลยต้องเก็บดัมเบลซ่อนไว้” พยาบาลได้พบทวนให้ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้เห็นผลกระทบจากการบริโภคสุรา เพื่อให้ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ตระหนักถึงผลเสียจากการบริโภคสุรามากยิ่งขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ติดเชื้อ “โห เหล้ามันทำลายทุกอย่างในตัวเราเลย แล้วผมดื่มมาเป็นลิปๆปี ป่านนี้ตับไตผมพังไปหมดแล้วมั้ง ผมไม่อยากจะโทษแบบในภาพนี้หรอก” “วิถีโหนี่ตรงกับผมมากเลยครับ เครียดกินเหล้า เลยไม่มีเงินเก็บ แถมยังทะเลาะกับคนอื่นไปทั่ว” “ผมเคยเมาแล้วนอนข้างถนนแบบนี้แหละ ผมอายุคนอื่นมากเลย ต่อไปผมคงไม่ดื่มอีก”

5. ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลส่วนใหญ่ ไม่ทราบเกี่ยวกับเรื่องของสมองติดเชื้อ เมื่อพยาบาลได้ให้ความรู้ พบว่า มีความสนใจตั้งใจรับฟังดี โดยผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้เข้าใจ

ถึงกระบวนการติดเชื้อที่เกิดจากสมองติดเชื้อ สามารถอธิบายได้ว่า สมองติดเชื้อเป็นอย่างไร และเข้าใจว่าสาเหตุที่ตนเองยังมีความอยากสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ เกิดจากสิ่งไหน นอกจากนี้พบว่า มีผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบางส่วน เคยเลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว แต่กลับไปบริโภคสูบบุหรี่ซ้ำอีก โดยผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชไม่ได้ทราบถึงกระบวนการของสมองติดเชื้อมาก่อน พยาบาลได้ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการถอนพิษสูบบุหรี่ ซึ่งผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่เคยเกิดอาการถอนพิษสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่มีอาการมือสั่น ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบางส่วนได้บอกว่า ตนเองเคยนอนโรงพยาบาลเพื่อรักษาอาการถอนพิษสูบบุหรี่ที่รุนแรง สำหรับผู้ดูแลทุกคนเกิดความรู้เกี่ยวกับอาการถอนพิษสูบบุหรี่ ผู้ดูแลบางส่วนเคยดูแลผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดอาการถอนพิษสูบบุหรี่มาก่อน พยาบาลได้ทบทวนเกี่ยวกับอาการถอนพิษสูบบุหรี่รวมถึงได้ให้แนวทางการดูแลผู้ที่มีอาการถอนพิษสูบบุหรี่ ทำให้ผู้ดูแลได้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีอาการถอนพิษสูบบุหรี่มากขึ้น

6. ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณเองมีโรคร่วมทางจิตเวช บางส่วนไม่ทราบว่าอาการของตนเองเป็นอาการของโรคร่วมทางจิตเวช โดยโรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อที่เข้ารับการรักษา ได้แก่ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง โรควิตกกังวล โรคจิตจากสูบบุหรี่ และบุคลิกภาพผิดปกติ พยาบาลได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมทางจิตเวช สาเหตุ อาการ รวมถึงผลกระทบจากการเกิดโรคร่วมทางจิตเวชต่อการบำบัดรักษา ทำให้ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ที่ติดเชื้อมากขึ้น รวมถึงเกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง มีความพร้อมที่จะบำบัดสูบบุหรี่ และรักษาโรคร่วมทางจิตเวชตามแผนการรักษาของแพทย์ต่อไป นอกจากนี้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชในผู้ติดเชื้อมากยิ่งขึ้น และสามารถประเมินอาการของผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตเกิดขึ้นได้

7. ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่รับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองในครอบครัว รวมถึงรับรู้ในผลกระทบจากการบริโภคสูบบุหรี่ของตนเองที่มีต่อครอบครัว ได้แก่ การเกิดการทะเลาะวิวาท มีความขัดแย้งในครอบครัว การเกิดความเครียดขึ้นในครอบครัว นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่อยากให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ให้กำลังใจตนเองเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่สำเร็จ

8. ผู้ดูแลของผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทราบบทบาทหน้าที่ของตนเองในครอบครัวดี รวมถึงมีแนวทางในการดูแลผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่สำเร็จโดยการ กล่าวชื่นชมผู้ติดเชื้อ ให้กำลังใจผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชอยู่เสมอ ผู้ดูแลจะช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้มีกิจกรรมร่วมกับครอบครัวมากยิ่งขึ้น ซึ่งพยาบาลได้ให้ความรู้และทบทวนบทบาทของผู้ดูแลในการป้องกันการกลับไปบริโภคสูบบุหรี่ซ้ำของผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ทำให้ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงบทบาทของตนเอง และมีความยินดีที่จะสนับสนุนผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชให้เลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง

9. ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่มีيارับประทานที่รักษาอาการอย่างต่อเนื่อง แต่จะมีการบริโภคสุราในขณะที่มีการรักษาโรคร่วมทางจิตเวชอยู่ด้วยโดยกล่าวข้อความว่า “ทานยาเป็นประจำ แต่เหล้าก็ยังมี” พยาบาลจึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและฤทธิ์ของสุราที่มีต่อยาที่รับประทานเข้าไป หลังจากที่ยาบาลได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคร่วมทางจิตเวชร่วม ข้อควรระวังในการรับประทานยา ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยา รวมถึงวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น ผู้ติดเชื้อสามารถบอกได้ว่ายาของตนเองใช้รักษาอาการอะไรบ้าง ส่วนใหญ่ไม่ค่อยเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา มีผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบางส่วน มีอาการง่วงนอนท้องผูก ละสามารถบอกวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงเหล่านี้ได้ถูกต้อง

10. ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการรักษาโรคร่วมทางจิตเวชโดยการรับประทานยา ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่จัดยาให้กับผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และผู้ดูแลรู้จักยาของผู้ป่วยที่ใช้ในการรักษาแต่ส่วนใหญ่ไม่รู้จักชื่อยา และไม่ทราบอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยา หลังจากที่ยาบาลได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาในผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่รับประทานมากขึ้น และให้ความร่วมมือในการช่วยสังเกตการรับประทานยา อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น

จากการบำบัดในกิจกรรมนี้ ผู้วิจัยพบว่าผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ โรคร่วมทางจิตเวช การรักษาด้วยยาทางจิตเวช และมีทักษะการใช้ยาอย่างเหมาะสม โดยประเมินได้จากการสอบถามความรู้ความเข้าใจของผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ในกิจกรรมที่มอบหมายให้ไว้ ดังกรณีผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายหนึ่งที่เกิดการยอมรับตนเองว่าเป็นผู้ติดเชื้อโดยผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชกล่าวว่า “ผมดื่มเหล้าจนติด รู้ว่าเหล้าไม่ดี แต่ก็เลิกไม่ได้” ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวช สามารถบอกผลกระทบจากการบริโภคสุราที่มีต่อตนเองได้ โดยกล่าวว่า “เหล้าทำให้สมองเสื่อม” “ดื่มเหล้าเยอะก็ตับไตพังหมด” นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตได้บอกถึงผลกระทบที่เกิดกับตนเองด้านครอบครัวโดยกล่าวว่า “ลูกเมียไม่สบายใจก็เพราะเหล้า” “กินเหล้าที่ก็ทะเลาะกัน คนที่อยู่ด้วยก็ไม่สบายใจ” นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้บอกถึงผลกระทบจากการที่ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบริโภคสุรา ซึ่งมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของตนเอง เนื่องจากเกิดความขัดแย้งและไม่เข้าใจกัน เกิดความเครียดในผู้ดูแล รวมถึงมีผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวช โดยผู้ดูแลรายหนึ่งได้กล่าวว่า “ดื่มเหล้า เวลาเข้าบ้านก็มีแต่เรื่องทะเลาะ” ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในเรื่องสมองติดเชื้อ กระบวนการติดเชื้อ บางรายสามารถเลิกสุราได้เป็นระยะเวลา 1 ปี แต่กลับมาบริโภคสุราอีกครั้ง ซึ่งหลังจากที่ผู้วิจัยได้อธิบายถึงกระบวนการติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดความรู้เกี่ยวกับสมองติดเชื้อ และสามารถอธิบายได้ว่า เกิดจากการควบคุมสมองส่วนคิด และสมองส่วนอยากที่หลังสารโดปามีนซึ่ง

เป็นสารแห่งความสุข ผู้ป่วยส่วนใหญ่กล่าวว่า “ผมเข้าใจแล้วว่าทำไมดื่มเหล้าแล้วมันรู้สึกดี” “ดื่มเหล้าแล้วหายเครียดเป็นเพราะแบบนี้เอง” ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า นอกจากสมองเกิดการติดสุราแล้ว การบริโภคสุราเป็นระยะเวลานานทำให้สารสื่อประสาทในสมองมีการเปลี่ยนแปลง จนเกิดโรคทางจิตเวชขึ้นมาได้

การให้ความรู้เรื่องโรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดจากการบริโภคสุรา เป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้เห็นถึงปัญหาจากการบริโภคสุราที่กระทบกับโรคร่วมทางจิตเวช โดยผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่ได้บริโภคสุราเพื่อลดอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย เครียด วิตกกังวล บางส่วนมีพฤติกรรมแยกตัว ไม่อยากไปทำกิจกรรมอะไร นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชยังมีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม และใช้สุราเพื่อให้ลืมปัญหาที่เกิดขึ้น ดังที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชกล่าวไว้ว่า “ผมรู้สึกเบื่อๆ เซ็งๆ ผมเลยดื่มเหล้า เพราะทำให้ผมมีความสุขดี” “เวลาเครียดก็ดื่มเหล้า ดื่มแล้วสบายใจ” ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่พบเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า (Mixed Anxiety and Depress Mood) บางส่วนพบว่าเป็นโรคจิตจากการบริโภคสุรา ซึ่งผู้ติดสุราจะมีอาการหูแว่ว ดังผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายหนึ่งกล่าวว่า “ผมหยุดเคยหยุดเหล้าไปก็ยังมีหูแว่วเป็นเสียงดนตรีไทยอยู่” สำหรับผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการและพฤติกรรมของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และรู้ว่าผู้ติดสุรานั้นมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ได้แก่ มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่สนใจดูแลตนเอง หูแว่ว พูดคนเดียว โดยการที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชยังมีการบริโภคสุราอย่างต่อเนื่องนั้น ทำให้เกิดอาการผิดปกติทางด้านจิตใจที่รุนแรงขึ้น ซึ่งผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรับทราบถึงผลกระทบจากการบริโภคสุราต่อโรคร่วมทางจิตเวชได้ดี ดังที่กล่าวว่า

“ถ้าผมยังดื่มเหล้าอยู่ ทำให้โรคซึมเศร้าของผมเป็นมากขึ้น และไม่หาย”

“ดื่มเหล้าก็ทำให้เกิดอาการหลอนมากขึ้น”

“เหล้าไม่ได้ช่วยผมทางด้านจิตใจเลยครับพยาบาล แต่มันทำให้อาการผมแย่ลง”

“ดื่มไปก็เท่านั้นแหละ ลืมเรื่องเครียดแป๊บๆ เดียวก็กลับมานึกได้อีก ถ้าผมยังดื่มเยอะผมคงต้องเป็นบ้าแน่ๆ”

จากการที่ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ทำให้ผู้ดูแลได้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษาโรคติดสุราควบคู่ไปกับการรักษาโรคร่วมทางจิตเวช โดยมีความเข้าใจบทบาทของตนเอง รวมถึงมีแนวทางการดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปบริโภคสุราซ้ำ ผู้ดูแลได้ร่วมกับผู้วิจัยในการสะท้อนข้อมูลต่างๆที่เกิดจากปัญหาการบริโภคสุราให้กับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช รวมถึงเป็นกำลังใจเพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถเลิกสุราได้สำเร็จ และผู้ดูแลยังเป็นบุคคลสำคัญ

ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยาที่รักษาอาการทางจิตและรักษาอาการอยากสูรา การมาตรวจตามนัด รับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกี่ยวกับการรักษาโรคจิตสูราและโรคทางจิตเวช โดยผู้ดูแลได้กล่าวว่า “เป็นคนที่ดีดูแลเรื่องยาที่กินตลอด จัดให้ก่อนไปทำงานทุกวัน” “ทุกครั้งที่มาตรวจ จะเป็นคนพาเขามาตรวจเอง” สำหรับผู้ติดสูราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทุกคนเห็นความสำคัญของการบำบัด โดยมีผู้ดูแลเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการรักษา และรู้สึกมีกำลังใจที่ได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแลต่อการเลิกสูราในการบำบัดรักษาครั้งนี้

การที่ผู้ติดสูราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องยาที่ใช้ในการรักษาโรคร่วมทางจิตเวช ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยา รวมถึงการจัดการกับอาการข้างเคียง ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยามากขึ้น อีกทั้งการที่ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับยาทางจิตเวช จะทำให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือและจัดการกับอาการข้างเคียงทางจิตเวชที่เกิดขึ้น อีกทั้งยังคอยดูแลควบคุมให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ติดสูราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้มีการเรียนรู้การจัดการยาอย่างถูกวิธีทำให้เกิดทักษะในการใช้ยา อีกทั้งการมอบหมายการบ้านเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ติดสูราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้ไปฝึกทักษะในการรับประทานยา โดยผู้ดูแลมีส่วนในการประเมินการรับประทานยาของผู้ติดสูราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ส่งผลให้การบำบัดรักษาผู้ติดสูราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิจกรรมครั้งที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดและอารมณ์ทางลบ

เมื่อดำเนินการบำบัดในกิจกรรมนี้แล้วพบว่า

1. ผู้ติดสูราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลกล่าวทักทายพยาบาลด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส มีความเป็นกันเองมากขึ้น พยาบาลได้ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ผู้ติดสูราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลสามารถระบุเนื้อหาความรู้ครั้งที่ผ่านมาได้
2. เมื่อทบทวนการบ้านที่ได้รับมอบหมายได้แก่ แบบบันทึกการรับประทานยา พบว่าผู้ติดสูราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลทุกคนทำการบ้านตามที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งผู้ติดสูราที่มีโรคร่วมส่วนใหญ่ไม่ได้กลับไปบริโภคสูราซ้ำ และให้ความร่วมมือในการรับประทานยาได้ดี มีผู้ติดสูราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจำนวน 5 รายที่ยังบริโภคสูรา ซึ่งจากการสอบถาม พบว่า ผู้ติดสูราบริโภคสูราในช่วงวันหยุด มีความเครียดจากการทำงานเกิดขึ้น พยาบาลไม่ได้ตำหนิที่มีการกลับไปบริโภคสูรา แต่กล่าวชื่นชมผู้ติดสูราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทั้ง 2 รายที่ยอมรับว่าตนเองกลับไปบริโภคสูรา รวมทั้งพยาบาลได้ให้ผู้ติดสูราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ทบทวนถึงเป้าหมายของตนเองที่ตั้งไว้ และกล่าวให้กำลังใจกับผู้ติด

สุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในการเลิกบริโภคสุราต่อไป อีกทั้งพยาบาลได้ให้สนับสนุนให้ผู้ดูแลของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทั้ง 2 ราย ให้กำลังใจผู้ติดสุราอย่างต่อเนื่องในการเลิกบริโภคสุรา

3. สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดความเครียด ได้แก่ ปัญหาที่ทำงาน ปัญหาด้านการเงิน และปัญหาด้านครอบครัว ซึ่งทางผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมรับรู้และเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้น

4. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่มีความเครียดเกิดขึ้นอยู่ในระดับเครียดมาก ซึ่งความเครียดในระดับนี้อาจทำให้เกิดการตอบสนองต่อเหตุการณ์รุนแรงขึ้นชั่วคราวได้ และมักจะลดลงเมื่อเหตุการณ์นั้นสิ้นสุด เมื่อเกิดความเครียดขึ้น ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ใช้สุราในการจัดการกับความเครียดของตนเองที่ผ่านมา ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชกล่าวว่า “เหล้าทำให้คลายเครียดได้” ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถระบุวิธีการจัดการกับความเครียดโดยไม่ใช้สุราได้ ยกตัวอย่างเช่น การออกกำลังกาย พูดคุยระบายความรู้สึกให้กับคนที่ไว้วางใจฟัง และการฟังเพลงที่ตนเองชอบ นอกจากนี้ผู้ดูแลสามารถระบุวิธีการช่วยเหลือเมื่อผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีความเครียดเกิดขึ้น ยกตัวอย่างเช่น คอยรับฟังปัญหาและพูดให้กำลังใจ ชวนผู้ติดสุราออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ได้แก่ ดูหนัง เดินเที่ยวห้างสรรพสินค้า

5. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดโดยการจินตนาการ ฝึกเทคนิคการเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พบว่า เกิดการผ่อนคลายมากขึ้น รู้สึกมีสบายใจ โดยพยาบาลให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้นำทักษะที่ได้ไปฝึกปฏิบัติเป็นประจำ และสนับสนุนผู้ดูแลให้ช่วยเหลือผู้ติดสุราในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นโดยไม่ใช้สุรา

6. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีความเข้าใจและทราบถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของตนเองได้ โดยส่วนใหญ่พบว่า การที่เกิดอารมณ์ทางลบ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์เบื่อหน่าย เป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบริโภคสุราเพื่อบรรเทาอาการดังกล่าว พยาบาลได้ให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ฝึกการจัดการกับอารมณ์ทางลบของตนเอง ซึ่งผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถปฏิบัติได้ดี สามารถวิเคราะห์ แยกแยะความคิด อารมณ์ พฤติกรรมของตนเองได้ โดยผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายหนึ่งกล่าวว่า “การที่ผมได้สำรวจ และเรียนรู้การจัดการกับอารมณ์โกรธของตนเอง ทำให้ผมสามารถมองเห็นถึงสาเหตุ และจัดการกับอารมณ์โกรธได้โดยที่ไม่ต้องดื่มเหล้า”

7. ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช โดยสามารถฝึกสถานการณ์การจัดการกับผู้ติดสุราเมื่อเกิดอารมณ์โกรธได้ ยกตัวอย่างเช่น การยอมรับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในขณะนั้นว่ามีอารมณ์โกรธเกิดขึ้น การหลีกเลี่ยงการทะเลาะเพื่อไม่ให้เกิดความขัดแย้ง การปรับความเข้าใจกัน สำหรับสถานการณ์เมื่อผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีอาการซึมเศร้า ผู้ดูแลมีวิธีการช่วยเหลือโดยการพูดคุยให้กำลังใจผู้ติดสุรา การพูด

ชักชวนผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชออกไปทำกิจกรรมกับครอบครัว นอกจากนี้การที่ฝึกสถานการณ์สมมติทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน เกิดความเข้าใจกันมากขึ้น

8. การมอบหมายการบ้านให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้นำทักษะการจัดการกับความเครียดและอารมณ์ทางลบไปฝึกในสถานการณ์จริง ทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดการเรียนรู้ และมีวิธีการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ผู้ดูแลสามารถเข้าใจผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช สามารถหาแนวทางการดูแลร่วมกัน เพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชไม่กลับไปบริโภคสุราเพื่อบรรเทาอารมณ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าว พยาบาลได้เน้นย้ำความสำคัญของการฝึกทักษะอีกครั้ง กล่าวให้กำลังใจผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแล

ในการบำบัดครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีสาเหตุของความเครียดที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ดี ทั้งนี้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถเข้าใจถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเครียด ดังที่กล่าวว่า “เวลาเครียดมากๆ จะปวดหัว ไม่อยากทำอะไร” “ความเครียดทำให้ผมคิดอะไรไม่ออก บางทีทำให้หงุดหงิด” “เมื่อปีที่แล้วครับคุณพยาบาล รถผมโดนชน ผมก็เอาไปซ่อมที่อู่เด็กในอู่รถก็ดันมาขโมยรถผม ผมเครียดทั้งวัน คิดว่าทำไมชีวิตผมถึงชวยแบบนี้ นี่ยังไม่รวมหนี้เก่าๆ เลยนะครับ ตั้งแต่ช่วงนี้นี้ตีหมอนเลยครับ” ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชใช้สุราเป็นสิ่งที่ช่วยจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในอดีต นอกจากนี้ยังพบว่า การที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบริโภคสุราอย่างต่อเนื่องมีผลกระทบโดยทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแล ซึ่งมีผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า “เห็นเขาตีหมอนแล้วก็รู้สึกเครียดมาก รู้สึกอึดอัดที่ไม่สามารถบอกอะไรเขาได้ เพราะบอกที่ไรเขาก็โวยวาย แถมยังขู่ว่าจะออกไปกินเหล้าข้างนอกบ้านอีก ปวดหัวเลยคะ” ผู้วิจัยได้สะท้อนข้อมูลกลับเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากความเครียดที่มีต่อตนเองและผลกระทบจากการบริโภคสุราที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นและมีแนวทางการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมโดยไม่ต้องพึ่งสุรา

ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีแนวทางการจัดการกับความเครียดที่ในหลายรูปแบบ โดยผู้วิจัยเสนอให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเป็นผู้เลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง ผู้ติดสุรารายหนึ่งกล่าวว่า การบริโภคสุราสามารถทำให้ตนเองคลายเครียดได้ แต่ก็มีวิธีการอื่นที่สามารถทำให้ตนเองคลายความเครียดโดยไม่ต้องพึ่งสุรา เช่น การทำสมาธิ การออกกำลังกาย การฟังเพลง หางานอดิเรกทำ ซึ่งผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชกล่าวว่า

“ถ้าผมเครียด ผมก็จะนั่งสมาธิ เมื่อก่อนผมชอบทำนะ มันจะทำให้เราได้มีสติคิดแต่เรื่องดีๆ ผมจะได้ไม่ต้องคิดกลับไปตีหมอนอีก”

“ออกไปวิ่งนอกบ้านดีกว่า อยู่ในบ้านคนเดียวมันเหงา เดี่ยวจะคิดมากไปอีก ต้องออกไปเจออากาศดีๆข้างนอก จะได้สบายใจขึ้น”

“ดูทีวี อ่านหนังสือจะได้ไม่ต้องเก็บเรื่องอะไรมาคิดมาก ปวดหัวเปล่าๆ”

“เวลาเครียดก็ไม่ต้องดื่มเหล้าแล้ว เอาเวลาไปวิ่งดีกว่า ร่างกายแข็งแรงขึ้นด้วย”

“ผมว่าฟังเพลงมันก็ดีเหมือนกันนะ ผมชอบเพลงที่พยายามเอาให้ผมฟัง ทำให้ผมนอนหลับได้ง่ายขึ้นด้วย”

นอกจากนี้ผู้ดูแลมีแนวทางการช่วยเหลือผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในการจัดการกับความเครียดที่แตกต่างกันออกไป เช่น การรับฟังปัญหาของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช การทำกิจกรรมในครอบครัวร่วมกัน ดังที่ผู้ดูแลรายหนึ่งได้กล่าวว่า “ถ้าเขาเครียด ก็ชวนออกไปเที่ยวนอกบ้านกับลูกๆ เขาจะได้สบายใจ ไม่ต้องคิดมาก” ผู้วิจัยได้ให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้เรียนรู้แนวทางการจัดการกับความเครียด โดยฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดโดยใช้การจินตนาการตามเสียงเพลง การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทุกคนมีการผ่อนคลายเกิดขึ้น โดยกล่าวว่า “นี่ภาพตามเพลงก็ดีเหมือนกันครับ เพลินดี” “หลังจากฟังเพลงแล้วรู้สึกสบายใจมากขึ้น”

นอกจากความเครียดที่สามารถเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันที่สามารถเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชต้องใช้สุราเป็นทางออกแล้ว อารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นได้แก่ อารมณ์โกรธ อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์เบื่อหน่าย วิตกกังวล อารมณ์ต่างๆเหล่านี้เป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชยังมีการบริโภคสุราอยู่ซึ่งผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีวิธีการจัดการกับอารมณ์ทางลบที่แตกต่างกันออกไป ดังผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายหนึ่งกล่าวว่า “ถ้าโกรธเราก็ต้องฝึกสติ นับ 1-10 ในใจ” สำหรับผู้ดูแลมีความเข้าใจในเรื่องการจัดการกับอารมณ์ทางลบได้ดี โดยสามารถแสดงการจัดการกับอารมณ์ทางลบในสถานการณ์ที่สมมติได้อย่างเหมาะสม ตัวอย่างเช่น บทสนทนาของผู้ติดสุราโรคร่วมทางจิตเวชรายหนึ่งและผู้ดูแลในสถานการณ์การจัดการกับอารมณ์ซึมเศร้า

ผู้ดูแล “คุณลุงเป็นยังไงบ้าง วันนี้ เห็นดูแปลกๆ ไม่พูดไม่จาจากันเลย”

ผู้ติดสุรา “ไม่ได้เป็นอะไรหรอก ก็ลุงเป็นแบบนี้ทุกวันอยู่แล้ว”

ผู้ดูแล “มีอะไรก็บอกหนูได้นะ ไม่ต้องเก็บไว้คนเดียว”

ผู้ติดสุรา “ลุงก็แค่เบื่อๆ เซ็งๆ อยากรู้อยู่คนเดียว”

ผู้ดูแล “เกิดอะไรขึ้นล่ะคุณลุง บอกหนูหน่อยสิ มีอะไรก็อย่าเก็บไว้คนเดียว”

ผู้ติดสุรา “ก็โดนที่ทำงานว่ามา ให้แก้งานเยอะแยะ ลุงก็คิดว่าลุงทำงานไม่ได้เรื่อง”

- ผู้ดูแล “คุณลุงไม่ต้องคิดมากนะ ถือว่าเราทำดีที่สุดแล้ว เห็นลุงซึ้งๆแล้วหนูไม่สบายใจเลย”
- ผู้ติดสุรา “ลุงก็ไม่ว่าจะทำยังไง เครียดๆ คิดมาก ถ้ากินเหล้าก็คงทำให้ลุงรู้สึกดีขึ้น”
- ผู้ดูแล “อย่ากินเหล้าเลย มันเสียสุขภาพ เอาอย่างนี้ใหม่ เดี่ยวหนูพาไปกินข้าวนอกบ้าน มื้อนี้หนูเลี้ยงเอง แต่คุณลุงต้องสัญญาว่า จะไม่คิดว่า มีอะไรก็ต้องบอกหนูนะ”
- ผู้ติดสุรา “อืม ดีเลย ลุงกำลังหิวพอดี ออกไปกินข้าวดีกว่า”
- ผู้ดูแล “คุณลุงต้องสัญญากับหนูก่อนว่าเวลามีเรื่องไม่สบายใจแล้วจะบอกหนูทุกครั้ง”
- ผู้ติดสุรา “ได้” ลุงสัญญาว่าจะบอกหลาน ตอนนี้ลุงหิวแล้ว ไปกินข้าวกันเถอะ”

จากการทำกิจกรรมในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการฝึกทักษะเป็นประจำ ส่งผลให้เกิดทักษะในการจัดการกับความเครียดและอารมณ์ทางลบได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการมอบหมายการบ้านให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชนำทักษะที่ได้จากการทำกิจกรรมในครั้งนี้ไปฝึกปฏิบัติในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบริโภคสุราเพื่อบรรเทาความเครียดและอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่คอยช่วยส่งเสริมและสนับสนุนผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเพื่อให้สามารถนำวิธีการที่เหมาะสมใช้ในการจัดการกับความเครียดและอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมครั้งที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการอยากสุราและการจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสุรา

เมื่อดำเนินการทำกิจกรรมในครั้งนี้แล้วพบว่า

1. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลมีสีหน้าแจ่มใส กล่าวทักทายพยาบาลด้วยความเป็นกันเอง
2. เมื่อพยาบาลทบทวนการบ้านที่มอบหมายได้แก่ ปฏิทินบันทึกการบริโภคสุรา การฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดและอารมณ์ทางลบ ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้มีการฝึกปฏิบัติ และสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงได้ดี
3. พยาบาลได้ตรวจสอบปฏิทินบันทึกการบริโภคสุราพบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจำนวน 3 รายที่มีการบริโภคสุราใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พยาบาลไม่ได้กล่าวตักเตือนผู้ติดสุรา กล่าวชื่นชมที่ผู้ติดสุราที่มีการยอมรับว่าตนเองมีการบริโภคสุราในสัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชให้เหตุผลว่า “พอดีมีงานเลี้ยงที่ทำงาน ดื่มเหล้าสักวันคงไม่เป็นไร” “นอนไม่ค่อยหลับ ก็เลยดื่มเบียร์

ไปกระป๋องหนึ่ง” “รู้สึกเบื่อๆ เซ็งๆ ก็เลยดื่มเหล้าแทน” พยาบาลได้เน้นย้ำผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกี่ยวกับการบริโภคสุราโดยหากยังมีการบริโภคสุราอยู่จะทำให้การเปลี่ยนแปลงการบริโภคของตนเองไม่สำเร็จได้ โดยให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ทบทวนเป้าหมายที่ตนเองได้ตั้งขึ้นไว้ รวมถึงแนวทางการปฏิบัติของตนเอง พยาบาลกล่าวให้กำลังใจผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในการเลิกบริโภคสุราอย่างต่อเนื่อง

4. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดความรู้ ความเข้าใจในวงจรการใช้สุรา โดยผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถวิเคราะห์ตัวกระตุ้นที่ทำให้ตนเกิดอาการอยากสุราได้ แบ่งเป็นตัวกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การชักชวนจากเพื่อน งานเลี้ยง และตัวกระตุ้นภายใน ได้แก่ อารมณ์ ซึมเศร้า เครียด วิตกกังวล เบื่อหน่าย ดังคำพูดของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชว่า “ดื่มแล้วหาย เครียด ทำให้ผมลืมปัญหาที่เกิดขึ้นได้” “เวลาได้ดื่มแล้ว สบายใจ มันมีความสุขดีนะ” “เห็นเพื่อนดื่ม ถ้าผมไม่ดื่ม ก็ทำไม่ได้” “ดื่มเหล้ากับเพื่อนมันสนุกดี ได้มีเพื่อนคุย ดีกว่าอยู่บ้าน”

5. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลมีความเข้าใจความสัมพันธ์ของตัวกระตุ้น ความคิด อาการอยากสุรา โดยผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถวิเคราะห์ตัวกระตุ้นที่ทำให้อยากสุราแตกต่างกันยกตัวอย่างเช่น การเกิดความเครียด อารมณ์ซึมเศร้า เดินผ่านร้านขายสุรา กลุ่มเพื่อนที่เคยบริโภคสุราร่วมกันและถูกชักชวน ผู้ดูแลได้มีส่วนวิเคราะห์เกี่ยวกับตัวกระตุ้นที่ทำให้อยากสุราได้ ตัวอย่างผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า “เวลาเขากลับบ้านช้า เราก็ถามว่าไปดื่มเหล้ามาใช่ไหม เขาก็เริ่มหงุดหงิด แล้วก็ออกไปดื่มเหล้าจริงๆ บางทีเขาอาจจะไม่ได้ดื่มมากก็ได้ แต่คำพูดเราเป็นตัวกระตุ้นเขา”

6. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีประสบการณ์ของอาการอยากสุรา และแนวทางการจัดการกับอาการอยากสุราที่แตกต่างกันออกไป โดยผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายหนึ่งได้เล่าประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับอาการอยากสุราว่า ตนเคยหยุดบริโภคสุราแล้วมีอาการหงุดหงิดนอนไม่หลับ อยากสุรา ทางกลับบ้านจะต้องขับรถผ่านร้านขายสุราทุกวัน ตนเลยเปลี่ยนการขับรถโดยอ้อมไปทางอื่นที่ไม่ผ่านร้านขายสุราที่ตนเองเคยซื้อ แล้วบอกกับตัวเองว่า “ไม่” โดยพยาบาลได้ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการอยากสุรา ทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเข้าใจอาการอยากสุรา อีกทั้งผู้ดูแลมีความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมากขึ้น

7. หลังจากที่พยาบาลได้ให้แนวทางการจัดการกับอาการอยากสุรา ได้แก่ การจินตนาการภาพอื่นให้เกิดขึ้นมาแทนที่ความคิดอยากสุรา การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสติและสมาธิ การทำกิจกรรมทดแทนเช่น ออกกำลังกาย ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ การหลบและหลีกเลี่ยงจากตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสุรา เช่น เพื่อน สถานที่ที่เคยใช้สุรา รวมทั้งการใช้เทคนิคการหยุดความคิด การหาคำพูดเตือนใจตนเอง เป็นต้น เพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีแนวทางการจัดการกับอาการ

อยากสุราที่เหมาะสม ทั้งนี้พยาบาลได้กระตุ้นให้ผู้ดูแลนำแนวทางการจัดการกับอาการอยากสุราที่ได้รับในการช่วยเหลือผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเมื่อมีอาการอยากสุราเกิดขึ้น นอกจากนี้การฝึกสถานการณ์สมมติในการจัดการกับอาการอยากสุราทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้เกิดการเรียนรู้การจัดการกับอาการอยากสุราได้อย่างถูกต้อง ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีแนวทางการจัดการกับอาการอยากสุราที่แตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น การออกกำลังกาย การกำจัดอุปสรรคที่ทำให้ตนเองเกิดอาการอยากสุรา ได้แก่ แก้วที่เคยใช้บริโภคสุรา ขวดสุราหรือเบียร์ การรับประทานอาหารให้อิ่มโดยบอกว่าเมื่อตนเองอิ่มแล้วก็จะทำให้ไม่อยากสุราอีก การไม่เดินผ่านร้านขายสุรา

8. ผู้ดูแลได้มีการวางแผนช่วยเหลืออาการอยากสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่แตกต่างกันออกไป ยกตัวอย่างเช่น การเบี่ยงเบนความสนใจของโดยการพาออกไปทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว การให้กำลังใจ ชวนผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมานั่งทำสมาธิ การให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึกของตนเองเมื่อเกิดอาการอยากสุรา เป็นต้น

การบำบัดในกิจกรรมครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในกระบวนการที่ทำให้เกิดอาการอยากสุรา สามารถบอกตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสุราได้ ซึ่งตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้นเหล่านี้จะทำให้เกิดการบริโภคสุราขึ้นได้ ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่อาการทางจิตที่กระตุ้นที่ทำให้ตนเองต้องกลับไปใช้สุรา โดยกล่าวว่า ตนเองมีอาการหิวแล้วเมื่อหยุดบริโภคสุรา การบริโภคสุราทำให้ลดอาการหิวของตัวเองลง และไม่เกิดความรำคาญ ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการทางจิตของตนเองดังคำพูดของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชว่า “ผมอยู่คนเดียวไม่ได้หรอกครับ รู้สึกเหงา รู้สึกเศร้า เหล้าทำให้ผมสบายใจมากขึ้น” นอกจากนี้ตัวกระตุ้นภายนอกก็เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบริโภคสุรา ยกตัวอย่างเช่น ปัญหาจากที่ทำงาน โดนผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายหนึ่งกล่าวว่า “ผมทำงานเกี่ยวกับเอกสาร บางทีเอกสารที่พิมพ์ผิด ก็จะต้องดูโดนว่า ทำให้ผมรู้สึกผิดที่ผมทำได้ไม่ดี ผมก็โทษตนเองตลอด เครียดมาก จนต้องดื่มเหล้าเพื่อให้ลืมความเครียดนี้ไป” ผู้ดูแลมีส่วนในการรับรู้ถึงตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสุรา โดยผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า “ที่บ้านมีร้านอาหาร และจะมีตู้ไวน์อยู่ที่ร้าน เขาก็จะอดใจไม่ได้ ต้องแอบหยิบไปดื่มตลอด” ผู้วิจัยได้เสนอแนวทางให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเป็นผู้เลือกแนวทางการจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสุราที่เหมาะสมกับตนเอง ดังผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายหนึ่งใช้วิธีการออกกำลังกาย โดยกล่าวว่า “เวลาออกกำลังกายทำให้ร่างกายรู้สึกเหนื่อย และนอนหลับได้ ไม่ต้องอยากดื่มสุราอีก” ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชอีกรายได้ใช้วิธีการทำตารางบันทึกกิจกรรมของตนเอง โดยผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายนี้กล่าวว่า “เวลาจดบันทึกตารางเวลาจะทำให้ผมมองเห็นว่าวันหนึ่งผมจะทำอะไรบ้าง และผมก็ทำตามแผนที่เราวางไว้ อันที่ผมเขียนไป ผมไม่ได้เขียนว่าจะไปดื่มเหล้า” นอกจากนี้ผู้ดูแลยังได้ร่วมฝึกปฏิบัติทักษะการจัดการกับตัวกระตุ้นและอาการอยากสุราทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางการดูแลและช่วยเหลือผู้ติด

สุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถจัดการกับอาการอยากสุราได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลรายหนึ่งได้ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ยกตัวอย่างเช่น การชักชวนผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทำงานบ้าน การฝึกสมาธิร่วมกัน การช่วยกำจัดสิ่งกระตุ้นภายในบ้าน ได้แก่ ขวดสุรา ขวดเบียร์ ดังที่ผู้ดูแลกล่าวว่า “เดี๋ยวกลับไปบ้านวันนี้ จะไปทิ้งขวดเหล้าที่เก็บไว้หลังบ้านให้หมด เพราะถ้าเขาเห็นแล้วจะทำให้เขาอยากดื่มเหล้าขึ้นมาอีก” “แก้วน้ำอะไรที่อยู่ที่บ้าน คงต้องจัดการให้หมด จะได้ไม่อยากเหล้าอีก” “เก็บหมดแน่นอนคะคุณพยาบาล ไม่อยากให้เขาเห็นอีก ไหนๆก็จะมาเลิกเหล้าแล้ว ต้องทำให้ถึงที่สุด” นอกจากนี้ยังมีการมอบหมายการบ้านให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้ไปฝึกทักษะขณะที่กลับไปอยู่บ้าน ผู้ติดสุรารายหนึ่งได้กล่าวว่า “วันนั้นผมไปงานเลี้ยงมา ผมนั่งดื่มแต่ค็อก ผมท่องไว้ในใจว่า ไม่ดื่ม ไม่ดื่ม ต้องทำให้ได้ แล้วผมก็ทำได้จริงๆครับ”

การให้ผู้ดูแลได้มีการจัดการกับอาการอยากสุราของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ บางครั้งผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดอาการอยากสุรา มีการรบกวนผู้ดูแลเพื่อขอให้ตนเองได้บริโภคสุรา บางรายแสดงอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว เกิดการขัดแย้งในครอบครัว ดังที่ผู้ดูแลรายหนึ่งได้กล่าวว่า “วันไหนที่เขาไม่ได้ดื่ม เขาจะหงุดหงิด เราพูดอะไรก็ผิดไปหมด” ผู้วิจัยได้ให้แนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีอาการอยากสุรา รวมถึงให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติเมื่ออยู่ที่บ้าน โดยผู้ดูแลได้กล่าวว่า “เวลาเขามอบอกว่ารู้สึกอยากเหล้า เราก็ให้กำลังใจเขา และบอกเขาว่าต้องเอาชนะกับความรู้สึกของตนเองให้ได้” ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่อยู่ในการดูแลของผู้ดูแลรายนี้กล่าวแสดงความรู้สึกที่ “ผมรู้สึกดีใจที่เขายอมรับผมเมื่อผมบอกเขาว่า ผมอยากดื่มเหล้า การที่เขาให้กำลังใจผม ทำให้ผมเอาชนะใจของตนเองได้ครับ” ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชส่วนใหญ่ต้องการกำลังใจจากผู้ดูแลในการจัดการกับอาการอยากสุรา ดังที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชกล่าวว่า “ผมอยากให้พี่สาวให้กำลังใจผม พูดดีๆกับผม ไม่ด่าผมเหมือนเมื่อก่อน” “แค่ผมได้ยินลุงบอกผมว่า ลู๊ๆนะ ผมก็มีกำลังใจขึ้นแล้วครับ”

ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้มีการประเมินตนเอง โดยการจดบันทึกเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสุรา วิธีการจัดการกับตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้น และผลสำเร็จของการเลิกสุราในแต่ละวัน รวมถึงการทำตารางกำหนดกิจวัตรประจำวันของตนเอง โดยเน้นย้ำให้ผู้ติดสุราได้เห็นถึงความสำคัญของจดบันทึกในกิจกรรมนี้ซึ่งเป็นการฝึกทักษะของตนเองในการจัดการกับอาการอยากสุราได้ ประเมินผลสำเร็จการจัดการกับอาการอยากสุราของตนเองด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้เลือกแนวทางที่เหมาะสมมาปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และไม่กลับไปบริโภคสุราซ้ำอีก

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการปฏิเสธและการปรับตัวอย่างเหมาะสม

1. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลที่กทพวยบาลด้วยความเป็นกันเอง มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส

2. เมื่อผู้วิจัยทบทวนการบ้านที่ได้รับมอบหมายได้แก่ ปฏิทินบันทึกการบริโภคสุรา แบบบันทึกการเลิกเหล้า และตารางกำหนดกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทำการบ้านตามที่ได้รับมอบหมาย

3. เมื่อผู้วิจัยสอบถามการบริโภคสุราที่สัปดาห์ที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจำนวน 3 รายที่มีการบริโภคสุราอยู่ ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชแต่ละรายให้เหตุผลว่า “เพื่อนมาจากต่างจังหวัด นานๆทีเจอกัน ก็คิดว่าดื่มสักวันคงไม่เป็นไร” “ผมไปงานแต่งเพื่อนมา เพื่อนๆในกลุ่มผมดื่มทุกคน ผมเลยต้องดื่มตามเขา” “ผมดื่มเหล้าเพราะผมเครียด เงินไม่พอใช้ กังวลหลายเรื่อง ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในบ้าน” ผู้วิจัยไม่ได้ตำหนิผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และกล่าวให้กำลังใจผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในการเลิกสุราให้ได้ โดยพยายามได้ให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ตระหนักว่า การบริโภคสุราส่งผลต่ออาการของโรคร่วมทางจิตเวชได้ การที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถหยุดบริโภคสุราได้นานส่งผลให้การรักษาอาการเจ็บป่วยทางจิตเวชนั้นดีขึ้น พยายามให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ทบทวนเป้าหมายของตนเอง และทบทวนแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชคงระยะของการหยุดบริโภคสุราได้นานที่สุด

4. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช เกิดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับทักษะการปฏิเสธและการแสดงออกอย่างเหมาะสม โดยผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกของตนเอง และปฏิเสธอย่างเหมาะสมเมื่อถูกชักชวนให้ไปบริโภคสุรา ยกตัวอย่างเช่น การบอกว่าตนเองมีปัญหาทางด้านสุขภาพทำให้บริโภคสุราไม่ได้ การบอกผู้ที่มาชักชวนตนเองว่าตนเลิกบริโภคสุราแล้วจริงๆและไม่ต้องมาชวนตนไปดื่มอีก และการให้เหตุผลว่าไม่สบายใจที่จะต้องกลับไปบริโภคสุราอีก

5. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลสามารถบอกวิเคราะห์สถานการณ์สมมติเกี่ยวกับการปฏิเสธผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

6. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีคำพูดแสดงการปฏิเสธผู้ที่ชักชวนตนเองมาบริโภคสุราได้ถูกต้อง มีการปฏิเสธอย่างจริงจัง และแสดงความตั้งใจว่าจะไม่กลับไปบริโภคสุราอีก โดยได้กล่าวคำพูดที่ปฏิเสธผู้อื่นว่า “ผมเลิกดื่มเหล้าแล้ว ไม่ต้องมาชวนผมดื่มอีก” “ดื่มไม่ได้แล้ว หมอบอกว่าเป็นโรคตับแข็ง” “ยังไงก็ดื่มไม่ได้จริงๆ ต้องขอโทษด้วย”

7. ผู้ดูแลสามารถวิเคราะห์และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับคำพูดของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในการปฏิเสธผู้อื่นได้ดี โดยสนับสนุนผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชให้ทบทวนคำพูดของตนเองอย่างสม่ำเสมอ

8. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการปรับตัวต่อผู้อื่น โดยสามารถสำรวจ วิเคราะห์ และหาวิธีการพัฒนาแก้ไขข้อบกพร่องของตนเอง ทั้งนี้ผู้ดูแลสามารถวิเคราะห์และหาแนวทางเพื่อช่วยในการพัฒนาผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้อย่างเหมาะสม โดยผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทุกรายมีความยินดีที่จะนำแนวทางการพัฒนาตนเองที่ผู้ดูแลเสนอแนะไปปฏิบัติ

9. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีความเข้าใจถึงการเสริมพฤติกรรมที่ทำให้มีการบริโภคสุร่าอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยจากการประเมินเหตุการณ์ที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ดูแลบางรายได้มีพฤติกรรมดังกล่าว โดยผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า “เขาขอออกไปดื่มเหล้าข้างนอก ขับรถเร็ว เราก็เป็นห่วง ไม่อยากให้เขาออกไปข้างนอก เลยบอกเขาว่าถ้าจะดื่มเหล้าก็ให้มาดื่มที่บ้าน” “บางที่เขาบอกให้ไปซื้อ ก็ต้องซื้อให้เขา ไม่งั้นเขาจะอารมณ์เสีย” โดยผู้ดูแลเกิดความรู้สึกลึกซึ้งที่ตนเองมีส่วนทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชไม่สามารถเลิกบริโภคสุร่าได้ ผู้วิจัยได้เน้นย้ำถึงการเลิกพฤติกรรมเสริมการบริโภคสุร่า ซึ่งผู้ดูแลเกิดความตระหนักและมีความตั้งใจในการสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเลิกบริโภคสุร่าได้สำเร็จ

ในการบำบัดครั้งนี้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดทักษะในการปฏิเสธเมื่อมีผู้อื่นมาชักชวนตนเองให้บริโภคสุร่า ทั้งนี้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีทักษะการปฏิเสธที่แตกต่างกันออกไป ยกตัวอย่างเช่น การบอกว่าตนเองมีภาวะเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย การแสดงความรู้สึกของตนเองไปตามความเป็นจริงว่าไม่ต้องการที่จะบริโภคสุร่า การใช้คำพูดบ่ย้างหรือหลีกเลี่ยงจากการถูกชักชวน ดังที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้กล่าวคำพูดในการปฏิเสธว่า “ดื่มไม่ได้หรอก หมอล้างไว้” “ต้องขับรถกลับบ้าน ดื่มแล้วจะขับไม่ไหว” “ผมเลิกดื่มเหล้าแล้ว” นอกจากนี้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้มีการฝึกทักษะการปฏิเสธในสถานการณ์สมมติ โดยผู้ดูแลเป็นผู้ที่ประเมินว่า การปฏิเสธนั้นได้ผลหรือไม่ อย่างไร ดังตัวอย่างบทสนทนาของผู้วิจัยและผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในการฝึกทักษะการปฏิเสธโดยผู้วิจัยแสดงบทบาทสมมติเป็นเพื่อนของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายนี้ซึ่งอยู่ในงานแต่งงาน

ผู้วิจัย	“อ้าว หายหน้าไปไหนมาตั้งนานไม่เจอกันเลย”
ผู้ติดสุร่า	“ เพิ่งออกจากโรงพยาบาลมา”
ผู้วิจัย	“ แล้วไปทำอะไรที่โรงพยาบาลมาละ”
ผู้ติดสุร่า	“ไปเลิกเหล้ามา”
ผู้วิจัย	“ เหรอๆ แล้วเลิกได้ยัง”
ผู้ติดสุร่า	“คิดว่าเลิกจริงๆแล้วละ”
ผู้วิจัย	“แต่ว่าวันนี้ยังงี้ก็ต้องดื่มฉลองสักแก้วนะ นานๆที่เจอกัน”

- ผู้ติดสุรา “ไม่ได้จริงๆ ไม่อยากดื่มแล้ว หมอบอกกว่าร่างกายไม่แข็งแรง”
- ผู้วิจัย “เอาชนะ ไม่ได้เจอกันนานแล้ว ครึ่งแก้วก็ยังดี มาดื่มให้เพื่อนหน่อย”
- ผู้ติดสุรา “คงต้องขอโทษจริงๆ เราเลิกดื่มเหล้าแล้ว ถ้ายังเป็นเพื่อนกันอยู่ อย่าชวนดื่มเหล้าอีกเลย”
- ผู้วิจัย “ตกลง ไม่ดื่มก็ไม่ดื่ม ยังเราก็ยังเป็นเพื่อนกันเหมือนเดิมนะ”
- ผู้ติดสุรา “ขอบใจมากที่เข้าใจเรานะ”

จากสถานการณ์สมมติที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถปฏิเสธได้เหมาะสม โดยผู้ดูแลได้ประเมินว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายนี้มีการปฏิเสธที่ชัดเจน ไม่ลังเล มีความมุ่งมั่นที่จะไม่บริโภคสุราในสถานการณ์นั้น ทั้งนี้ผู้ดูแลได้กล่าวให้กำลังใจว่า “ถ้าเขามีความมุ่งมั่นและตั้งใจ เขาก็จะทำได้จริง จะคอยสนับสนุนเขาทุกอย่าง เพื่อไม่ให้เขาดื่มเหล้า” ทั้งนี้การที่ผู้ติดสุราได้รับการชื่นชมการยอมรับจากผู้ดูแล สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ จะทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถพัฒนาตนเองไปในทางที่ดี

การที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจะสามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้นั้น จะต้องมีการสำรวจวิเคราะห์ตนเอง หาวิธีการพัฒนาแก้ไขข้อบกพร่องของตนเอง ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทุกรายมีความเข้าใจในลักษณะนิสัย อารมณ์ การเข้าสังคม ของตนเอง ยกตัวอย่างการสำรวจตนเองของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายหนึ่งได้แก่ การสำรวจลักษณะนิสัยตนเองโดยยอมรับว่าพบว่ามีคนเดียว พูดน้อย ลักษณะทางอารมณ์เป็นคนที่อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวลง่าย ลักษณะการเข้าสังคมพบว่า เป็นคนที่ไม่ค่อยออกไปพบปะผู้คน ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับบ้าน และบริโภคสุรา ซึ่งผู้ดูแลได้มีความคิดเห็นที่ตรงกับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช นอกจากนี้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้มีวิธีการพัฒนาลักษณะนิสัยของตนเองโดยการฝึกตนเองให้เป็นคนมองโลกในแง่ดี ร่าเริง แจ่มใส สำหรับลักษณะทางอารมณ์มีการพัฒนาโดยการพูดคุยระบายความคับข้องใจที่มีมากขึ้น ไม่โทษตนเอง ทำให้สบาย และพัฒนาในการเข้าสังคมโดยการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพของตนเอง และออกไปพบปะผู้คนมากขึ้น ไม่ใช่สุราเป็นทางออกของปัญหาต่างๆ การที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้มีแนวทางการพัฒนาตนเองไปในทางที่ดี ส่งผลให้เกิดการยอมรับในผู้ดูแลรวม บุคคลในครอบครัว และสังคม ผู้ดูแลนั้นคอยดูแลช่วยเหลือให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชพัฒนาตนเองไปในแนวทางที่เหมาะสม ดังที่ผู้ดูแลรายกล่าวว่

“จะคอยเตือนเมื่อเขาทำผิด และจะช่วยให้เขาเป็นคนดี ไมโกหก”

“เมื่อเขาตีแม่เหล้ามา อาจจะต้องพูดคุยกับเขาถึงสาเหตุที่เขาตีแม่ และให้เขาปรับปรุงตัวไปในทางที่ดี”

“ถ้าเขามีความคิดที่โทษตัวเองบ่อยๆ จะคอยบอกเขาให้มองโลกในแง่บวก และให้เขาคิดถึงคนที่บ้านที่คอยเป็นห่วงเขา”

“แม่จะเป็นกำลังใจให้ สิ่งไหนที่เราคิดว่ามันดีแม่ก็จะสนับสนุน แต่บางครั้งอะไรที่มันดี แม่ก็อาจจะต้องบอกต้องสอน ไม่อยากให้ไปกินเหล้า ค่อยๆพูดกัน เดียวก็ปรับปรุงตัวได้เอง”

การฝึกทักษะการปฏิเสธอย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช เกิดความสามารถในการหลีกเลี่ยงสถานการณ์การถูกชักชวนจากผู้อื่นได้ โดยผู้วิจัยได้ให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้นำทักษะที่ได้ไปฝึกใช้เมื่อกลับไปบ้าน โดยเน้นย้ำถึงการฝึกทักษะอย่างเป็นประจำจะทำให้การปฏิเสธผู้อื่นมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากการฝึกทักษะดังกล่าวแล้ว การให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้มีการปรับตัวเข้ากับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ครอบครัวเกิดการยอมรับและเข้าใจในผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมากขึ้น ซึ่งสิ่งที่สำคัญในการเลิกสุราได้สำเร็จ คือ การได้รับการยอมรับและกำลังใจจากครอบครัว ผู้วิจัยได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของผู้ดูแลในการบำบัดรักษาผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งผู้ดูแลได้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญและบทบาทของตนเองที่มีต่อผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และมีความยินดีที่จะช่วยเหลือผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชให้สามารถเลิกสุราได้

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสาร

เมื่อทำการบำบัดในกิจกรรมนี้แล้วพบว่า

1. ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลกล่าวทักทายผู้วิจัยด้วยความเป็นกันเอง ยิ้มแย้มแจ่มใส
2. เมื่อผู้วิจัยได้ทบทวนการบ้านที่มอบหมายไว้ได้แก่ ปฏิทินบันทึกการบริโภคสุรา แบบบันทึกการเลิกเหล้า ตารางกำหนดกิจวัตรประจำวัน ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทำการบ้านตามที่ได้รับมอบหมาย
3. เมื่อผู้วิจัยสอบถามการบริโภคสุราในสัปดาห์ที่ผ่านมาพบว่า ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจำนวน 2 รายมีการบริโภคสุราในสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชกล่าวว่า “แฟนเก่าผมกลับมาที่บ้าน ก็ทะเลาะกัน ผมเครียดก็เลยตีแม่เหล้าให้มันหายเครียด” “เจ้านายผมชวนผมไปเที่ยว ผมไม่รู้จะปฏิเสธยังไง เพราะถ้าไม่ไปไม่ตีแม่ กลัวจะมีผลต่องาน” พยาบาลไม่ได้ตำหนิผู้ติดยาที่มี

โรคร่วมทางจิตเวชที่ยังมีการบริโภคสุราอยู่ แต่กล่าวให้กำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ค้นหาวิธีการจัดการที่เหมาะสมเพื่อให้ตนเองไม่กลับไปบริโภคสุราอีก

4. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจในทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพในครอบครัว โดยผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสื่อสารในครอบครัวและการแก้ไขปัญหาในการสื่อสารที่แตกต่างกันไป ยกตัวอย่างเช่น การเกิดการทะเลาะกันเมื่อผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบริโภคสุรา การที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชไม่ค่อยพูดแสดงความรู้สึกตนเองต่อผู้ดูแล การที่ผู้ดูแลว่ากล่าวผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชโดยไม่มีเหตุผล การแก้ไขที่ผ่านมามีส่วนใหญ่ว่าจะเจ็บและไม่พูด คิดอะไรด้วยตนเอง เพราะไม่อยากทะเลาะหรือเกิดข้อโต้แย้งกัน ดังที่ผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า “เวลามีอะไรเขาก็ไม่บอกไม่พูด ถามเขามากๆเขาก็บอกว่าอย่ามายุ่ง เราก็ต้องเจ็บไป แต่ก็คิดว่าเขาเป็นอะไรทำไมไม่ยอมบอก”

5. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลมีวิธีการสื่อสารกันที่แตกต่างกันออกไป ผู้วิจัยได้ให้แนวทางโดยให้มีการบอกความรู้สึกของตนเอง การถามและยอมรับฟังความคิดเห็นของอีกฝ่าย การกล่าวแสดงความชื่นชมและขอบคุณ โดยผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้มีการฝึกการพูดสื่อสารกัน มีสีหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส และเข้าใจกันมากขึ้น ดังที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้กล่าวว่า

“การได้พูดได้ระบายให้ใครสักคนฟัง แล้วเขายอมรับ เข้าอกเข้าใจ ทำให้ผมรู้สึกสบายใจมากขึ้น”

“ผมรู้สึกมีกำลังใจมากขึ้น เวลาที่สาวพูดชื่นชมในสิ่งที่ผมทำได้ดี”

ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นระหว่างผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแล โดยผู้ดูแลรายหนึ่งได้กล่าวว่า

“การที่เขาบอกความรู้สึก สิ่งที่เขาคิด ทำให้เราได้รับรู้ความรู้สึกที่แท้จริงของเขา ทำให้เราเข้าใจเขามากขึ้น”

6. ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการสื่อสารกับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเพื่อลดความขัดแย้งได้ ยกตัวอย่างเช่น การ ไม่โต้แย้ง การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การยอมรับความรู้สึก เป็นต้น สำหรับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้มีวิธีการสื่อสารในการลดความขัดแย้งโดยการเจ็บและไม่โต้ตอบยอมรับในสิ่งที่ผู้ดูแลพูด โดยผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายกล่าวว่า

“ผมจะขอโทษแฟนก่อน ไม่ว่าใครจะเป็นคนผิดก็ตาม เพราะผมไม่อยากทะเลาะกับแฟน”

“ถ้าพี่สาวโมโหเรื่องที่ผมไปดื่มเหล้า ผมคงต้องขอโทษเขา และบอกเขาว่าจะไม่ทำอีก”

“เขามักจะโกรธเวลาที่ผมไปดื่มเหล้า ผมก็จะไม่พูด ไม่เถียง”

7. ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ในเทคนิคการให้กำลังใจผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และสามารถแสดงท่าทาง คำพูด ที่แสดงถึงความห่วงใยผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเพื่อให้เลิกบริโภคสุราได้

สำเร็จ โดยผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการให้กำลังใจผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ยกตัวอย่างประโยค คำพูดของผู้ดูแล

“พี่มีความเชื่อมั่นในตัวของคุณเอง ถ้าน้องบอกว่าคุณน้องเลิกได้ พี่ก็เชื่อว่าน้องต้องทำได้สำเร็จ พี่เป็นกำลังใจให้ ลู่นะ”

“ต้องพยายามต่อสู้กับจิตใจของตนเองให้ได้นะ ทุกคนที่บ้านให้กำลังใจเสมอ”

“การที่พ่อเข้ามาบำบัดเหล้า ถือว่าพ่อทำสำเร็จไปได้ครั้งหนึ่งแล้ว หนูจะอยู่ข้างๆพ่อเสมอ นะ”

“ตอนนี้ไม่ต้องห่วงเรื่องอื่น ลุงขอให้ทำใจให้สบายนะ เอาเรื่องเล็กเหล่านี้ให้ได้ เรื่องอื่นเราค่อย มาช่วยๆกันแก้”

8. ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในการพูดร้องขอเพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเลิกบริโภค สุราในสถานการณ์ที่เหมาะสม ยกตัวอย่างเช่น การพูดกับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชขณะที่ไม่มี อาการเมาสุรา การพูดคุยเรื่องสุราในขณะที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีอาการที่คงที่ โดยมี เทคนิคการพูดร้องขอที่แตกต่างกันออกไป โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่จะพูดให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช เห็นผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุรา แสดงให้เห็นถึงความห่วงใยจากครอบครัวที่มีต่อสุขภาพของผู้ ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ และมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง

9. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยการแสดงสีหน้า ท่าทาง คำพูด

จากการบำบัดในกิจกรรมครั้งนี้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความเข้าใจกันในเรื่องต่างๆเช่น เข้าใจความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของกันและกัน แล้วนำมา ซึ่งความรู้สึกที่ดีต่อกัน ลดความขัดแย้ง ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

“เมื่อก่อนเวลากลับบ้านแฟนผมมักจะพูดว่า ไปไหนมา ไปดื่มมาอีกใช้ไหม แต่ว่าตอนนี้แฟน ถามว่า เป็นยังไง เหนื่อยไหม ผมรู้สึกดีมาก ๆ อยากจะกลับบ้านทุกวัน”

“ผมได้ยินลูกๆแสดงความห่วงใยผม พูดดีๆกับผม แค่นี้ก็ทำให้ผมหายเครียดแล้ว”

การพูดคุยสื่อสารกันเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจที่ ตรงกัน ไม่แปลความหมายผิดจนเกิดความห่างเหินต่อกัน ผู้วิจัยได้ให้แนวทางการสื่อสารในครอบครัว ในหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การบอกความรู้สึกของตนเอง การถามและรับฟังความคิดเห็นของอีก ฝ่าย การแสดงความชื่นชมและขอบคุณกันในโอกาสที่เหมาะสม มีการสอดคล้องของคำพูดและการ กระทำ หลีกเลี่ยงการสื่อสารทางลบ เช่น การใช้สีหน้าบึ้งตึง เฉยเมย การพูดลักษณะที่มีการตีความ ประชดประชัน โดยผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้มีการฝึกทักษะการสื่อสารใน

สถานการณ์สมมติ และนำไปฝึกปฏิบัติเมื่อกลับบ้าน ตัวอย่างบทสนทนาของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลในสถานการณ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ให้

สถานการณ์ ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชกลับบ้านบ้านเช้า ไปสังสรรค์กับที่ทำงานมา พบภรรยาตนเองนั่งเงียบไม่ยอมพูดคุยด้วย มีสีหน้าบึ้งตึง

- ผู้ติดสุรา “เป็นอะไรไป เห็นไม่พูดไม่จา มีอะไรก็บอกกันได้นะ”
- ผู้ดูแล “ก็แค่ไม่สบายใจ วันนี้กลับบ้านเช้า ดูแปลกๆกว่าทุกวันนะ ”
- ผู้ติดสุรา “พี่ไม่ได้ไปไหนเลย เพิ่งเลิกงานมา วันนี้งานเยอะ ประชุมก็เลิกช้าด้วย”
- ผู้ดูแล “เห็นกลับบ้านดึกเลยเป็นห่วง แต่รู้สิกว่าจะได้กลิ่นเหล้าติดตัวด้วยละ”
- ผู้ติดสุรา “ดื่มไปนิดหน่อยเอง”
- ผู้ดูแล “แล้วเมื่อไหร่จะเลิกดื่มเสียที เหล้ามันไม่ดี รู้ไหมว่าทุกคนที่บ้านเขาเป็นห่วง”
- ผู้ติดสุรา “พี่ขอโทษที่ทำให้ทุกคนเป็นห่วง พอดีมีงานเลี้ยงที่ทำงานจริงๆ ก็เลยดื่ม แต่ว่าต่อไปนี้จะพยายามที่จะไม่ดื่ม พี่อยากให้ทุกคนสบายใจและเชื่อมั่นในตัวพี่ ว่าพี่มีความตั้งใจจริงๆ”
- ผู้ดูแล “ดีแล้วที่พี่คิดได้ ยังไงพวกเราก็จะเป็นกำลังใจให้พี่นะ เวลาพี่จะไปไหนมาไหนก็บอก กลับบ้านเช้าก็บอกกันได้นะ อย่าหายไปเฉยๆ”
- ผู้ติดสุรา “ขอบใจนะ ต่อไปนี้ถ้าพี่กลับบ้านเช้า พี่จะโทรมาบอกก่อนเลย ทุกคนจะได้ไม่ต้องเป็นห่วง”

การที่ผู้ดูแลมีความสามารถในการพูดร้องขอเพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเลิกสุรา ก็เป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดสุราได้รับรู้ถึงความห่วงใยจากผู้ดูแล ซึ่งส่งผลให้เกิดความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองในการเลิกบริโภคสุราได้ ผู้ดูแลได้มีวิธีการพูดร้องขอเชิงบวกที่แตกต่างกันออกไป ตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลในการพูดร้องขอให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช เช่น “ช่วงหลังนี้พี่ดื่มเหล้าเยอะมาก สุขภาพพ่อไม่ค่อยดีเลย หนูคิดว่าถ้าพ่อเลิกเหล้า ร่างกายพ่อจะแข็งแรงขึ้นกว่านี้ พ่อเชื่อหนูเถอะนะ” “ลูกมีงานที่ดี มีพ่อแม่คอยเป็นห่วง เวลาเมื่อไหร่พ่อแม่ยินดีที่จะช่วยเหลือ ถ้าแม่ขอสักครั้งให้ลูกเลิกเหล้าเพื่อตัวของลูกเอง ลูกจะทำให้แม่ได้ไหม” นอกจากนี้ได้รับการพูดกำลังใจและการสนับสนุนจากครอบครัวในการเลิกสุรา ช่วยให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีแรงใจที่จะเลิกบริโภคสุราต่อไป ซึ่งผู้ดูแลจะต้องมีการทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และกระบวนการของสมองติดสุรารวมถึงโรคร่วมทางจิตเวช โดยผู้ดูแลมีเทคนิคการพูดให้กำลังใจที่แตกต่างกัน ดังตัวอย่างการพูดให้กำลังใจของผู้ดูแล “พ่อเคยเลิกเหล้ามาได้แล้วครั้งหนึ่ง แม่คิดว่าพ่อ

จะต้องเลิกเหล้าในครั้งนี้ได้แน่ๆ แม่เชื่อมั่นในตัวของคุณนะ” “สู้ๆนะ ทุกคนที่บ้านเป็นกำลังใจให้”
“เรื่องแค่นี้ ไม่ยากสำหรับลูกหรอก”

การที่ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเข้ารับการรักษาอีกทั้งได้ฝึกทักษะร่วมกับผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในกิจกรรมนี้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจพฤติกรรมและปัญหาเกี่ยวกับการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมากขึ้น การพูดคุยสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การลดความขัดแย้ง ทำให้ผู้ดูแลและผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชคลายความทุกข์ ความวิตกกังวลลง อีกทั้งการเรียนรู้เทคนิคการให้กำลังใจ การพูดร้องขอในเชิงบวก เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชลดการบริโภคสุราลงได้

กิจกรรมที่ 7 การพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา

เมื่อดำเนินการบำบัดในกิจกรรมนี้แล้วพบว่า

1. ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลมีความเป็นกันเองกับพยาบาล ทักทายด้วยสีหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส
2. เมื่อพยาบาลทบทวนการบ้านที่มอบหมาย ได้แก่ แบบบันทึกการเลิกสุรา ปฏิทินบันทึกการบริโภคสุรา ตารางกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทุกรายทำการบ้านตามที่ได้รับมอบหมาย
3. เมื่อพยาบาลสอบถามการบริโภคสุราในสัปดาห์ที่ผ่านมาพบว่า ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจำนวน 1 ราย ยังมีการบริโภคเบียร์ 3 กระป๋อง พยาบาลได้สอบถามผู้ติดยาว่าอะไรที่เป็นอุปสรรคที่ทำให้ตนเองหยุดสุราไม่ได้ ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้กล่าวว่า “ที่ผมดื่มเบียร์ เป็นเพราะผมเหงา ไม่รู้จะทำไร” ผู้ดูแลมีการกล่าวถึงเหตุการณ์ดังกล่าวคือ ผู้ดูแลได้มีวิธีการพูดคุยให้ผู้ติดยาได้มีวิธีการจัดการกับความคิดของตนเองรวมถึงได้ให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เมื่อพยาบาลได้ถามข้อมูลเพิ่มเติมทำให้ได้ทราบสาเหตุของการกลับไปบริโภคสุราในครั้งนี้ ดังคำพูดของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชว่า “เวลาอยู่บ้านด้วยกัน เขาก็ทำแต่งงาน ดีสองดีสามก็ยังทำงาน บางทีผมก็อยากให้เรามาสนใจผมบ้าง เพราะผมรู้สึกเหงา อยากให้เขามีเวลาให้ผม” พยาบาลได้ให้ผู้ดูแลและผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายนี้ได้ปรับความเข้าใจกัน และหาวิธีการแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในเหตุผลของผู้ติดยา และให้คำสัญญาว่าจะปรับเวลาการทำงานของตนเอง และมีเวลาให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายนี้มากขึ้น
4. ประสบการณ์การแก้ไขปัญหาที่ผ่านของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลมีความแตกต่างกันออกไป ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบางรายมีการคิดแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหลายปัญหา

เลิกเหล้า หางานที่มั่นคง ญาติพี่น้องยอมรับมากขึ้น บางทีก็มีความคิดถึงเรื่องเก่าๆ
 ลูกยอมรับ ไม่อายที่มีพ่อเคยติดเหล้า
 มีเงินส่งให้ลูก จะได้เจอบ้านลูก
 ร่างกายแข็งแรงขึ้น

วิธีที่นำไปปฏิบัติ เลิกเหล้า หางานที่มั่นคง

การติดตามประเมินผล ได้มีการฟื้นฟูร่างกายของไปในทางที่ดี ญาติๆยอมรับ ให้กำลังใจ
 มีความคิดวนเวียนเรื่องเดิมๆอยู่ แต่ไม่ได้ดื่มเหล้าแล้ว
 อารมณ์เสียใจยังเกิดขึ้นบ่อยครั้งเวลาอยู่คนเดียว

สำหรับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมรายนี้ พยาบาลได้กล่าวให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ติดสุราสามารถจัดการกับปัญหาของตนเองให้ได้ และยังพบว่าผู้ติดสุรายังมีอาการซึมเศร้า จึงได้ปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาปรับยาให้กับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายนี้ พยาบาลได้ให้คำปรึกษาและแนวการดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชกับผู้ดูแลรายนี้ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการและช่วยเหลือผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรายนี้ได้ต่อไป

ในการบำบัดครั้งนี้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้เกิดการเรียนรู้กระบวนการแก้ไขปัญหาไปพร้อมกัน โดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมรับรู้ในปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ในการสำรวจและค้นหาปัญหานั้น ผู้วิจัยได้ให้ผู้ติดสุราและผู้ดูแลได้คิดวิเคราะห์จากประสบการณ์ที่ผ่านมาพิจารณาว่าปัญหาใดเป็นปัญหาที่สำคัญและต้องได้รับการแก้ไข ซึ่งจากการพิจารณาผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ระบุปัญหาที่ตนเองต้องการแก้ไขมีแตกต่างกันไปในหลายรูปแบบ ยกตัวอย่างเช่น ปัญหาที่เกิดจากการบริโภคสุรา ได้แก่ อาการอยากสุรา การไม่สามารถจัดการกับตัวกระตุ้น ปัญหาที่เกิดจากโรคร่วมทางจิตเวช ได้แก่ อาการซึมเศร้า ห่อเหี่ยว วิตกกังวล อารมณ์เครียด เบื่อหน่าย รวมถึงปัญหาจากการได้รับแรงกดดันจากที่ทำงาน ปัญหาการขัดแย้งในครอบครัว เมื่อผู้วิจัยได้ให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้หาแนวทางการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ติดสุราและผู้ดูแลทุกรายได้ให้ความคิดเห็นตรงกันว่า ปัญหาทุกปัญหาที่เกิดขึ้นสามารถแก้ไขได้โดยการเลิกบริโภคสุราเป็นอันดับแรก ดังที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชกล่าวว่า

“ถ้าเลิกเหล้าได้ จิตใจผมก็จะมั่นคง มันทำให้ผมมีสติ”

“ความเครียดส่วนใหญ่ของผมก็ปัญหาเรื่องเงินๆทองๆ แต่ถ้าผมยังดื่มเหล้า แล้วผมจะเอาเงินที่ไหนไปจ่ายค่าเทอมลูก ผมคิดว่า การที่ผมเลิกเหล้า จะทำให้ชีวิตผมดีขึ้น”

“ผมรู้แหละว่าเหล้ามันไม่ดี ไม่น่าใช้ทางออกของทุกเรื่อง ผมพยายามที่จะเลิกหลายรอบแล้ว แต่ครั้งนี้ ผมจะต้องเลิกเหล้าให้ได้ ถ้าผมทำได้ทุกคนก็จะยอมรับในตัวผม”

“ทุกวันนี้ที่ผมทะเลาะกับเมียก็เพราะผมเมา ถ้าเลิกเหล้าได้ เมียผมก็ไม่จู้จี้ขี้บ่นกับผมอีก”

“ถ้าผมเลิกเหล้า ผมก็จะไม่หลอน ไม่มีหิวแหว่ มือผมก็ไม่สั่น”

“ความคิดที่มีน้ำหนักอยู่นี้ในหัวเรื่องเมียและลูกของผม มันก็ยังมีอยู่แบบนี้ ตอนนี่ผมคิดว่าเหล้าไม่ได้ทำให้ผมลืมได้เลย ผมคงต้องเลิกดื่มจริงๆ ผมจะตั้งใจปรับปรุงตัวเองใหม่ครับ”

การที่ผู้ดูแลได้มีส่วนในการวิเคราะห์ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลได้เกิดการเรียนรู้และให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในการจัดการปัญหาด้วยวิธีการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้ให้คำแนะนำและแนวทางที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ติดสุรา โดยผู้ติดสุราได้มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้ดูแล นำแนวทางไปปฏิบัติ อีกทั้งผู้ดูแลได้มีการประเมินติดตามผลในกระบวนการแก้ไขปัญหาของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช เมื่อกระบวนการแก้ไขปัญหาไม่สำเร็จผู้ดูแลได้ช่วยเหลือผู้ติดสุราในการค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมร่วมกัน ดังคำกล่าวของผู้ดูแล “บางปัญหาที่เกิดขึ้นมันต้องใช้เวลาในการแก้ไข เอาอย่างนี้ ตอนนี่หนูอยากให้พ่อเลิกเหล้าให้ได้ แล้วเรื่องที่เหลือเราก็มาร่วมกันคิดช่วยกันทำนะพ่อ” ผู้วิจัยได้ให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลนำทักษะการแก้ไขปัญหาไปใช้ในชีวิตประจำวัน ให้สามารถจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสุราได้อย่างเป็นระบบ ไม่กลับไปบริโภคสุราซ้ำ

กิจกรรมที่ 8 ทบทวนกิจกรรมและยุติสัมพันธภาพ

เมื่อดำเนินการในกิจกรรมนี้แล้วพบว่า

1. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลมีสีหน้าแจ่มใส กล่าวทักทายพยาบาลด้วยความเป็นกันเอง พยาบาลได้ชี้แจงผู้ติดสุราและผู้ดูแลว่า กิจกรรมครั้งนี้เป็นกิจกรรมสุดท้ายของการบำบัดรักษา ซึ่งผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลเข้าใจ และรับฟังดี
2. เมื่อพยาบาลทบทวนการบ้านที่มอบหมายได้แก่ ปฏิทินบันทึกการบริโภคสุรา แบบบันทึกการเลิกเหล้า ตารางกิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทำการบ้านครบตามที่ได้รับมอบหมาย
3. เมื่อพยาบาลสอบถามการบริโภคสุราในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมาพบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทุกรายไม่บริโภคสุรา พยาบาลกล่าวชื่นชมผู้ติดสุราที่ไม่บริโภคสุรา และเน้นย้ำถึงความสำคัญของการเลิกสุราให้ได้อย่างต่อเนื่อง
4. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดความเข้าใจในเรื่องการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ สถานการณ์ต่างๆที่ส่งผลให้การเลิกสุราไม่สำเร็จได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า เครียด วิตกกังวล เพื่อนชักชวน และอาการอยากสุรา
5. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ทบทวนเป้าหมายของตนเอง มีความตั้งใจที่จะเลิกสุรา โดยสามารถบอกแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำได้ ยกตัวอย่างเช่น การ

ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนของตนเองว่าตนเองต้องการเลิกสุราเพื่อใคร การฝึกทักษะปฏิเสธอย่างสม่ำเสมอ การพูดระบายความรู้สึกให้ผู้ดูแลรับฟัง การปรับนิสัยของตนเองใหม่ ตัวอย่างคำพูดของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการกลับไปบริโภคสุราซ้ำ เช่น

“ผมตั้งใจที่จะเลิกเหล้าเพื่อลูก เวลาที่ผมนึกถึงเหล้า ผมก็จะนึกถึงหน้าลูกๆของผมแทนเหล้าครับ”

“จะต้องมีจิตใจที่มั่นคง ไม่อ่อนไหวต่อสิ่งที่มีภัย ผมคิดว่าถ้าผมสามารถทำได้ ผมก็จะไม่กลับไปดื่มอีก”

“ผมจะท่องว่า ไม่ ไม่ ไม่ เวลาที่ผมคิดถึงเหล้า”

“ถ้าผมมีเรื่องไม่สบายใจผมก็จะคุยกับเมีย จะได้หายเครียด ไม่ต้องไปดื่มเหล้าอีก”

“หาเวลาไปออกกำลังกาย อยู่กับลูกๆดีกว่าครับ”

6. ผู้ดูแลสามารถบอกแนวทางการดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการอยากสุราซ้ำ ยกตัวอย่างเช่น การทำกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความคิดเรื่องสุรา การดูแลให้ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การช่วยเหลือเมื่อผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเกิดอาการอยากสุรา การพูดคุยให้กำลังใจ ดังที่ผู้ดูแลกล่าวว่า

“จะพาออกไปวิ่งตอนเช้าด้วยกัน เวลาว่างก็ชวนทำกับข้าว พยายามจะไม่ให้เขาอยู่คนเดียว”

“ชวนเขากินข้าวให้อิ่ม เขาจะได้ไม่ต้องดื่มเหล้า”

“เป็นกำลังใจ คอยพูดเตือนเขาทุกวัน ว่าเหล้ามันไม่ดี อย่าไปทานเลย”

“ถ้าเขามีอาการอยากเหล้า ก็จะทำให้เขาดื่มน้ำหวาน หรือไม่ก็ให้เขามลูกอม เป็นกำลังใจให้เขาต่อสู้กับตัวเองให้ได้”

“คอยดูแลเรื่องการทานยา แล้วก็พามาหาหมอตามนัด โรคที่เขาเป็นอยู่จะได้หาย”

6. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลสามารถบอกประโยชน์ของการเข้าร่วมการบำบัดได้ ผู้ดูแลเห็นความสำคัญในการบำบัดรักษาโรคติดสุราและโรคร่วมทางจิตเวช ดังที่ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้กล่าวว่า

“เมื่อก่อนหนูไม่รู้ว่าจะต้องดูแลยังไง หนูไม่เคยถามเวลาที่ลุงกินเหล้าว่ามันเป็นเพราะอะไร เวลาลุงเงิบอยู่แต่ในห้อง หนูก็ไม่รู้ว่าลุงคิดอะไร ตอนนี้หนูรู้แล้วว่าหนูควรดูแลยังไง ลุงจะได้ไม่ดื่มเหล้าอีก”

“พี่เครียดนะเวลาที่เขาดื่ม เขาจะเมาไม่มีสติ แต่ตั้งแต่เขามาบำบัด เขามีความคิดที่ดีขึ้น จากที่เคยดื่ม เขาก็ไม่ดื่ม เพื่อนมาชวนเขายังไม่ไปเลย”

“การบำบัดเหล้าครั้งนี้ทำให้ผมมีแรงใจที่จะสู้กับตัวเองอีกครั้งครับ ขอขอบคุณคุณพยาบาลมากๆเลยครับที่ช่วยเหลือผม”

“ผมรู้สึกดีเวลาได้พูดคุยกับพยาบาล การเข้าบำบัดทำให้ผมได้รู้ว่า ผมควรจะทำยังไงให้เลิกเหล้าได้”

“ผมได้เรียนรู้เรื่องอะไรหลายๆอย่างเลยครับ เวลาผมอยากเหล้าขึ้นมา ผมก็นึกถึงทำพูดของพยาบาลทันทีเลยครับ”

การบำบัดกิจกรรมนี้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ดูแลได้ทบทวนกิจกรรมการบำบัดที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงการวางแผนทางการดูแลผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเพื่อไม่ให้กลับไปบริโภคสุรารี ซึ่งปัญหาใหญ่ของการเลิกสุรารีให้สำเร็จคือ การกลับไปบริโภคสุรารีในช่วง 6-12 เดือนแรกมีค่อนข้างสูง การบริโภคสุรารีเล็กน้อยอาจทำให้มีอาการอยากสุรารีตามมาได้มาก ทำให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชนั้นไม่สามารถควบคุมปริมาณการบริโภคสุรารีได้ โดยการกลับไปบริโภคสุรารีเป็นภาวะที่ค่อยเป็นค่อยไป โดยเริ่มต้นจากการที่ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชอาจมีอาการที่เปลี่ยนแปลงไป หงุดหงิดง่าย เครียดง่าย ซึมเศร้า ดังคำกล่าวของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชว่า “ผมเคยเลิกเหล้าได้นานหกปี แต่ที่ผมกลับไปดื่มอีก เพราะผมมีปัญหาหลายเรื่อง ผมเครียด ท้อแท้ แล้วก็เริ่มดื่มแก้วแรก จากนั้นก็ยาวเลยครับ” “ความกดดันหลายอย่างในชีวิตผม ทำให้ผมต้องกลับไปดื่มเหล้าอีก” หากผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชรับรู้ว่าการที่ตนเองกลับไปบริโภคสุรารีอีกนั้นเป็นสัญญาณอันตราย ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชอาจรู้สึกผิดที่ตนเองกลับไปบริโภคสุรารีและขาดความเชื่อมั่นในการเลิกสุรารี ดังนั้นให้ผู้ติดยาที่ปรึกษาทางออกโดยทบทวนเป้าหมายของตนเองในการเลิกสุรารี และกลับมาปฏิบัติตามแนวทางที่ตนเองตั้งใจไว้ในการเลิกสุรารี นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาครั้งนี้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในช่วยเหลือผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปบริโภคสุรารีอีก อีกทั้งสามารถรับรู้ถึงสัญญาณเตือนที่อาจทำให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชกลับไปใช้สุรารีอีก ได้แก่ แยกตัว ซึมเศร้า วิตกกังวล มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น อารมณ์แปรปรวนมากขึ้น เป็นต้น ซึ่งผู้ดูแลทุกรายสามารถบอกวิธีการดูแลผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้เพื่อให้เลิกบริโภคสุรารีได้ ดังคำกล่าวเช่น

“ถ้าเขาแอบไปดื่มเหล้า ก็จะเตือนให้เขานึกถึงสิ่งที่คุณพยาบาลสอน”

“พี่ก็จะคอยเตือนเขาให้มีสติอยู่ตลอดเวลาให้เขานึกถึงครอบครัว”

“คอยสังเกตอาการ คอยถามเขา เพื่อไม่ให้เขารู้สึกว่าอยู่ตัวคนเดียว”

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ร้อยเอกหญิงอัจฉรา เตชะอรรถกุล เกิดวันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2529 ที่จังหวัดเชียงราย สำเร็จการศึกษาหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิตจากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบกในปีการศึกษา 2551 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2556

ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่ง พยาบาล แผนกจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จังหวัดกรุงเทพมหานคร ได้ผ่านการอบรมเทคนิคการบำบัดพื้นฐานในการปรับความคิดและพฤติกรรม (Basic-CBT) และ การทำจิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Psychology and Counseling) ในปี 2557 ที่ผ่านมา

