

ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการรับประทานยา
ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF FAMILY COUNSELING ON MEDICATION ADHERENCE OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH ALCOHOL USE

Miss Kunlayanitchaphong Wongnuphano



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

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

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2021

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการรับประทาน
ยา ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์
โดย น.ส.กุลยาณิชพงศ วงหนูพะเนาวิ
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนีกร อุปเสน

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต)
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนีกร อุปเสน)
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สინเดชารักษ์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

กุลยาณิชพงษ์ศ วงหนูพะเนาว์ : ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการ
 รับประทานยา ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์. (THE EFFECT
 OF FAMILY COUNSELING ON MEDICATION ADHERENCE OF SCHIZOPHRENIC
 PATIENTS WITH ALCOHOL USE) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.รัชนิกร อุปเสน

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง ศึกษาหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองเรื่องนี้ มี
 วัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย
 จิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ หลังวัดซ้ำที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้
 แอลกอฮอล์ที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรอง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และ
 ครอบครัว จำนวน 20 ครอบครัว โดยจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันได้แก่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้
 แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว เป็น
 ระยะเวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) การให้คำปรึกษาครอบครัว 2) แบบประเมิน
 พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา 3) แบบประเมินอาการทางจิต: BPRS 4) แบบวัด
 ความอยากดื่มแอลกอฮอล์: OCDS เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจาก
 ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80, .86
 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ One-way Repeated Measure ANOVA.

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ หลัง
 ติดตามที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน มีพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าก่อน
 ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2564

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6077331136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: MOTIVATION, ADHERENCE, SCHIZOPHRENIC, ALCOHOL USE, FAMILY
COUNSELING

Kunlayanitchaphong Wongnuphano : THE EFFECT OF FAMILY COUNSELING ON
MEDICATION ADHERENCE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH ALCOHOL USE. Advisor:
Asst. Prof. RATCHANEKORN UPASEN, Ph.D.

A quasi-experimental research which was conducted with a pre- and post-experimental measurement. The aims of the study included: 1) to compare behaviors of schizophrenic patients with alcohol usage in medication adherence between pre and post receiving a family counseling program; and 2) to compare behaviors of schizophrenic patients with alcohol usage in medication adherence for repeated measurements after 1 week and 1 month. The sample group was qualified schizophrenic patients with alcohol usage treated in outpatient department at Nangrong Hospital. The patients were randomly matched with those who had similar qualifications as 20 pairs of patient and family member as a caregiver. The experimental group received four weeks of family counseling program in medication adherence. As for the research instruments, there were 1) Family Counseling Program; 2) Medication Adherence scale; 3) Brief Psychiatric Rating Scale :BPRS and 4) The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS. All instruments were tested for content validity by 5 experts with Cronbach's alpha coefficients of .80, .86 and .94 respectively. Data analysis use One-way Repeated Measure ANOVA.

The results of the research could be summarized as follows.

The medication adherence of schizophrenic patients with alcohol usage followed up after 1 week and 1 month was higher than after receiving family counseling, which was accounted of .05 statistically significant.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2021

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ตามวัตถุประสงค์ ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำและการพัฒนาระบบการคิดอย่างเป็นระบบในการทำวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งชี้แนะแนวทางการเขียนวิทยานิพนธ์ที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ เมตตา กรุณาและเสียสละของอาจารย์ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ครั้งนี้และรองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้กำลังใจ คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นและมีคุณค่ายิ่งในการนำไปใช้ กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่เสียสละเวลาให้ความกรุณาตรวจสอบ ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะทางแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่านที่เสียสละเวลา ให้ข้อมูลและได้มีส่วนร่วมในโครงการวิจัยนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณ บุคลากรโรงพยาบาลนางรอง ผู้อำนวยการ หัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้โอกาสให้เวลาในการศึกษาและอนุญาตให้ศึกษากลุ่มตัวอย่าง และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่1 ที่คอยช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ และให้คำแนะนำที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้เข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ประสบการณ์มาโดยตลอด ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ให้การช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัย รวมทั้งกัลยาณมิตรร่วมสาขาที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดการศึกษาที่ผ่านมา

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณและระลึกถึงพระคุณของคุณพ่อพันธ์ เย็นกุล คุณแม่ฉลวย เย็นกุล พี่ธิติพงศ์ วงษ์หนูพะเนา พี่ชุมพล เย็นกุล พี่ปัญญา สันติบุญเลิศ น้องโซติกา เย็นกุล รวมทั้งสมาชิกครอบครัวและญาติพี่น้องทุกคนที่มีส่วนช่วยเหลือสนับสนุนในการศึกษาและเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ทุกท่านมีสุขภาพกาย ใจที่สมบูรณ์แข็งแรงตลอดไป

กุลยาณีชพงศ วงหนูพะเนา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	ง
กิตติกรรมประกาศ.....จ	จ
สารบัญ.....ฉ	ฉ
สารบัญตาราง.....ณ	ณ
สารบัญภาพ.....ญ	ญ
บทที่ 1 บทนำ..... 1	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1	1
คำถามการวิจัย..... 8	8
วัตถุประสงค์การวิจัย..... 8	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... 8	8
สมมติฐานการวิจัย..... 13	13
ขอบเขตการวิจัย..... 13	13
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 13	13
ประโยชน์ที่จะได้รับ..... 17	17
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 18	18
1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์..... 20	20
2. พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์..... 32	32
3. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว..... 40	40
4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว..... 45	45
5. แนวคิดเกี่ยวกับความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา)..... 51	51

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	53
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	62
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	62
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	64
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	65
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	66
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	78
การวิเคราะห์ข้อมูล	106
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	108
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	115
ผลการวิจัย	121
อภิปรายผลการวิจัย	121
ข้อเสนอแนะ	127
ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	127
บรรณานุกรม	128
ภาคผนวก	145
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	146
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา.....	148
ภาคผนวก ค การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ	150
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	153
ภาคผนวก จ เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือในวิจัย	161
ภาคผนวก ฉ เอกสารขอทดลองใช้เครื่องมือและเอกสารขอเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย	164
ภาคผนวก ช ข้อมูลสำหรับประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และแบบแสดงความยินยอม ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	169



ภาคผนวก ช ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	177
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างเล่มผลของการให้คำปรึกษาครอบครัว และคู่มือสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ แอลกอฮอล์และครอบครัว.....	179
ภาคผนวก ชญ ใบรับรองการผ่านหลักสูตรจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำหรับนักศึกษา/นักวิจัย .	189
ประวัติผู้เขียน	191



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงการประยุกต์ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวกับกระบวนการให้คำปรึกษา.....	55
ตารางที่ 2 กำหนดการดำเนินกิจกรรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ณ แผนกจิตเวชและยาเสพติด ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรอง.....	81
ตารางที่ 3 เป้าหมาย.....	88
ตารางที่ 4 คะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจำแนกรายข้อ (n=20) ก่อนทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test).....	103
ตารางที่ 5 คะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย จำแนกรายบุคคล.....	104
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวน ครั้งที่รักษาทางจิตเวชในโรงพยาบาล ผลกระทบที่ได้รับจากอาการข้างเคียงของยารักษา อาการทางจิตผู้ดูแลหลัก (การจัดเก็บข้อมูลเป็นช่วงข้อมูล).....	109
ตารางที่ 7 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก.....	110
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างก่อนได้รับคำปรึกษาครอบครัว หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (n=20) และ 1 เดือน (n=20).....	111
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ระหว่างก่อนได้รับคำปรึกษาครอบครัว หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (n=20) และ 1 เดือน (n=20).....	112
ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมด้านการความสามารถในการสังเกตและ จัดการกับอาการข้างเคียงของยาระหว่างก่อนได้รับคำปรึกษาครอบครัวหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (n=20) และ 1 เดือน (n=20).....	113

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	61
ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	107
ภาพที่ 3 พฤติกรรมการรับประทานยา.....	114



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ ผู้ป่วยโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้แอลกอฮอล์สูงถึงร้อยละ 53.1 จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมร้อยละ 27-58.9 (Addy, Askora, Kawasaki, Fujie, & Yamada, 2012) การศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดร่วมสูงถึงร้อยละ 92.5 และพบว่าใช้แอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 37 (Regier et al., 1990) และจากการสำรวจระดับชาติของกรมสุขภาพจิต ในกลุ่มผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์แบบติดพบมีโรคจิตเวชร่วมด้วยจำนวนมากถึงร้อยละ 85.1 และสอดคล้องกับรายงานผู้ป่วยที่มารับบริการด้านจิตเวช ข้อมูลจากระบบระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2564 ทั้ง 77 จังหวัด สรุป ณ วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2565 จำนวนทั้งหมด 327,520 คน พบเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 49,658 คน (15.16%) และเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ 11,419 คน (3.48%) สอดคล้องกับ มันทนา กิตติพิรชล (2551) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทชุมชนที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอกมีความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์และการติด แอลกอฮอล์ร้อยละ 37.7 และ 10.7 ตามลำดับ และจากสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลนางรอง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 เมษายน 2564 จากกระบบฐานข้อมูลรายงานทางคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลนางรองพบว่าผู้ป่วยจิตเภทชุมชนที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 753 คน มีความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 15 (สถิติผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลนางรอง, 2564)

แนวทางปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท ดำเนินนโยบายเน้นให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชน (Gutierrez-Maldonado et al., 2005) และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก (กรมสุขภาพจิต, 2554) และให้ครอบครัวรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ (Hou et al., 2008) ทั้งด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน การมอบความรัก ความผูกพันกันดูแล การรักษา และการพาไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อรับยามารับประทานอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มักเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหลงเหลืออยู่ กล่าวคือยังมีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ มีพฤติกรรม ที่ ผิดปกติจากคนทั่วไป ได้แก่ มีอาการหูแว่ว ประสาท หลอน หรือมีพฤติกรรมรุนแรง หรือพูดน้อย มีพฤติกรรมแยกตัว การแสดงออกทางอารมณ์น้อย (Talamo et al., 2006) ร่วมกับการต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้ผู้ป่วยจิต

เภทเกิดความเบื่อหน่าย มีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ทำให้แรงจูงใจในการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาตกลง

ปัญหาที่พบคือผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เพื่อกลบอาการทางจิตและยังมีความอยากแอลกอฮอล์ (craving) อยู่ ซึ่งความอยากดื่มแอลกอฮอล์คือกระบวนการคิดและอารมณ์ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการคิดถึงการดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับประสบการณ์ในอดีตที่ใช้แอลกอฮอล์แล้วรู้สึกมีความสุข เพราะฤทธิ์ของแอลกอฮอล์มีผลต่อสมองทำให้เกิดความสุข มีจิตใจแจ่มใสเบิกบาน และไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ (เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ, 2555) ซึ่งแอลกอฮอล์จะไปรบกวนกลไกทางจิตและเป็นตัวกระตุ้นหรือเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิต และทำให้ให้อาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตรุนแรงขึ้น เช่น เตินเซ ลิ่นแข็ง ปวดศีรษะ เป็นต้น ผู้ป่วยจิตเภทจึงปฏิบัติเพื่อลดอาการข้างเคียงเหล่านั้นโดยการไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา มีพฤติกรรมลึบยา ทิ้งยา เลือกรับประทานเฉพาะยาชนิดที่เกิดอาการข้างเคียงน้อยที่สุดส่งผลให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้อาการทางจิตกำเริบ เกิดผลกระทบรุนแรงต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ครอบครัว ชุมชน และสังคม (Sadock and Sadock, 2007; มารศรี ปาณีวัตร, 2548) ซึ่งปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ในปริมาณที่สูงอย่างต่อเนื่องนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการแทรกซ้อนทางจิตขึ้นเป็นระยะๆ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวในลักษณะต่างๆ เช่น มีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตลดลง ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลและเดินทาง สถานพยาบาลและระบบสุขภาพต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น (Green, Drake, Brunette, & Noordsy, 2007) และการดูแลยุ่งยากซับซ้อนขึ้นเรื่อยๆ

ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นส่วนสนับสนุนหลักในการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาและการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ในชุมชน (แหวดดาว วงศ์สุรประภิต, 2549) และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตรวมทั้งการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ เพราะถ้าหากครอบครัวไม่เข้าใจคับข้องใจที่ต้องดูแลอย่างยาวนาน การขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทของผู้ป่วยและครอบครัวและการมีทัศนคติแง่ลบต่อผู้ป่วยจิตเภทล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงและตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำ (เพ็ญประภา มะลาไวย์, 2550) เพื่อกลบความรู้สึกเหล่านั้น ซึ่งการที่ต้องอดทนกับสิ่งที่ตนเองไม่ชอบจะเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (Baker et al., 1986 cited in Skinner and Aubin, 2010) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา พฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำ (Batki et al., 2008) ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงหรือฆ่าตัวตายตามมาได้ (Hughes, 2009) พฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะข้างเคียงจากการใช้ยารักษาอาการทางจิตได้ในอัตราที่สูง (Hughes, 2009) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของ

ยา เช่น อาการคอแข็ง ลิ้นแข็ง ปวดศีรษะเป็นต้น จึงพยายามบรรเทาอาการไม่สุขสบายของตัวเองโดยการมีพฤติกรรมไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ลืมยา ทิ้งยา เลือกรับประทานยาเฉพาะที่ไม่ก่อให้เกิดอาการข้างเคียง ทำให้การรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตมีประสิทธิภาพลดลง (McCann, Boardman, & Clark, 2008; Hughes, 2009) จนอาการทางจิตกำเริบทั้งอาการด้านลบและด้านบวก

สอดคล้องกับการศึกษา สาเหตุมาจากผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์จะมีปัญหาการขาดความร่วมมือในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ การดื่มแอลกอฮอล์กระตุ้นให้การทางจิตกำเริบ โดยเฉพาะอาการด้านบวก ก้าวร้าว รุนแรง หูแว่ว ประสาทหลอน และต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในที่สุด ซึ่งมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือน (Bradizza et al., 2009) ทำให้ส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนในอดีต ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัวมีภาระเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย (Hughes, 2009) ส่งผลกระทบในวงกว้างต่อระบบบริการสุขภาพการดูแลที่ซับซ้อนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งยังส่งผลให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องรับผิดชอบในการให้การรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น (Drake & Mueser, 2002)

พฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง ปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชตามการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพอย่างเต็มใจและต่อเนื่อง 2 ด้านคือ 1. ด้านการรับประทานยาตามตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้อง ซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ 1)การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 2)ไม่หยุดยาเอง 3)การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ 4)การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ และ 5)ใช้ยาถูกต้องขนาด โดยไม่ลดหรือเพิ่มขนาดเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ (Farragher, 1999) และ 2. ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ 1)การประเมินอาการข้างเคียงจากยา 2)การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา และ 3)การบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้แก่ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท (พัชรินทร์ เจริญผล และคณะ, 2562) พบสรุปได้ 4 ด้าน คือ 1) **ปัจจัยภายในตัวบุคคล** ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา (หทัยรัตน์ มูลรัตน์เสถียร, 2555) การให้บริการปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท และสามารถจัดการกับพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดีขึ้น (Hegde, Rao, & Raguram, 2007) ทศนคติต่อการรักษาด้วยยา (หทัยรัตน์ มูลรัตน์เสถียร, 2555) กล่าวคือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีทัศนคติที่ดีจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีทัศนคติที่ไม่ดี (พัชรินทร์ เจริญผล, โสภิณ แสงอ่อน, พัทธินันท์ นินท

จันทร์, 2562) การยอมรับอาการป่วยของตน (หทัยรัตน์ มุลารัตน์เสถียร, 2555) ความอยากและการใช้แอลกอฮอล์ (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549; อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ซึ่งแอลกอฮอล์ทำให้ประสิทธิภาพของยาไม่ได้ผลผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อหน่ายและหยุดรับประทานยาในที่สุด (Salyers & Mueser, 2000) และการขาดแรงจูงใจ (Miller & Rollnick, 2002) ซึ่งการขาดแรงจูงใจหรือการมีแรงจูงใจในระดับต่ำถือเป็นปัจจัยภายในที่มีความสำคัญและเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล (Miller & Rollnick, 2002) **2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม** โดยเฉพาะด้านครอบครัว (Novick et al., 2010) ทศนคติและสัมพันธภาพในครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเภทในเชิงลบทำให้ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงการแสดงให้เห็นว่ามีอาการทางจิต โดยการไม่เข้ารับการรักษาและไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับทีมบำบัด (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวและเจ้าหน้าที่กับทีมบำบัดจะทำให้ทีมบำบัดได้รับข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ป่วย ความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) **3) ปัจจัยเกี่ยวกับโรค** ได้แก่ ความรุนแรงของโรค (Bressington et al., 2012; Razali & Yusoff, 2014; อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของนั้นมีความสำคัญต่ออาการกำเริบของโรคอย่างมาก ผู้ป่วยที่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลให้ผลการรักษาดีและมีประสิทธิภาพ (Haynes et al., 2005; ธงรบ เทียนสันต์, 2558) ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549) กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่นานหรือนานมากกว่า 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549; Bressington et al., 2012) และจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549; ปฐมพร เขียวบุตร, 2552; สายรุ้ง จันทร์เส็ง, 2548; Razali & Yusoff, 2014)

กล่าวคือ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาจะมีอาการกำเริบของโรคที่รุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น (นพวรรณเอกสุวีรพงษ์, 2549; ปฐมพร เขียวบุตร, 2552; สายรุ้ง จันทร์เส็ง, 2548; Bressington et al., 2012; Dassa et al., 2010; Razali & Yusoff, 2014) และ**4) ปัจจัยด้านการรักษา** ได้แก่ และผลข้างเคียงจากยา (Chandra et al., 2014; Mamo et al., 2014; อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ผลข้างเคียงของยามีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทรวมถึงการคงอยู่ในระบบ (Marder, 2003) เหตุผลของการไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา คือไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภทได้ ผู้ป่วยอยู่อย่างไม่เป็นสุข เป็นสาเหตุให้ไม่ยอมรับรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง (วันชัย กิจอรุณชัย, 2548) ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา เกิดการแยกตัว จนเป็นปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัวตามมา (นภาพรณัฏฐ์

พึงเกศสุนทร, 2553; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ซึ่งการขาดความรู้และอาการข้างเคียงของยาจิตเวชส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเองได้ (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547)

ดังนั้นจึงสรุปจากปัจจัยดังกล่าวได้ว่า ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ทักษะติดต่อการรักษาด้วยยา การยอมรับอาการป่วยของตน ความอยากและการใช้แอลกอฮอล์ การขาดแรงจูงใจ ครอบครัว สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับทีมบำบัด ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผลข้างเคียงจากยา จึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งในงานวิจัยนี้จะไปจัดการกับปัจจัยได้แก่ครอบครัว ความอยากดื่มแอลกอฮอล์และยารักษาอาการทางจิต

จากการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวโดยใช้กระบวนการและทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัว (จิน แบร์รี่, 2538; อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้นได้ ซึ่งในทุกขั้นตอนของการให้คำปรึกษาครอบครัวมีจุดประสงค์ที่ชัดเจนและความสำคัญ ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความรู้ และทักษะต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักได้รู้และเข้าใจในปัญหาที่แท้จริง ตลอดจนสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมได้ด้วยตัวเอง คือ การควบคุมความอยากแอลกอฮอล์ และรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา โดยครอบครัวสนับสนุนช่วยเหลือ การพาผู้ป่วยไปรับการรักษา ซึ่งถ้าครอบครัวมีการแสดงออกที่ไม่เป็นมิตรหรือใช้ อารมณ์มากเกินไป รวมถึงมุมมองที่ไม่ดีของครอบครัวต่อผู้ป่วยต่อการรักษาจะส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา (Novick et al., 2010) ความเชื่อต่อชีวิตผู้ป่วยและกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำเพื่อกลบอาการและสถานการณ์เหล่านั้นจนนำไปสู่ปัญหาพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องไม่สิ้นสุด

การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่การให้ที่ผู้ให้คำปรึกษา ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจกันและกัน เข้าใจปัญหา ยอมรับสภาพปัญหา และหันมาร่วมมือกันจัดการกับปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยใช้ทฤษฎี และเทคนิคการให้คำปรึกษาอย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่การมีชีวิตครอบครัวที่มีความสุข อันประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การตกลงบริการ 3) การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้รับบริการ 4) การวางแผนแก้ไขปัญหา 5) การยุติบริการ

การศึกษา Friedman, Bowden, & Jones (2003) ระบุว่า ครอบครัวเป็นหน่วยหรือระบบที่สำคัญที่สุดในการสร้างสุขภาพ การส่งเสริมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ควรให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือโดย การให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค

การรักษา การปฏิบัติตนและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจากครอบครัวที่ถูกต้องจะทำให้ครอบครัวมีกำลังใจ มั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น ทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยดี De Leo et al., (2005) Hegde, Rao and Raguram (2007) พบว่าการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ช่วยพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้านโดยการผสมผสานความรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการทางจิตให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการอยู่ร่วมกันรวมทั้งสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัว รวมทั้งการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา จะทำให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเกิดความตระหนักในการทำหน้าที่ส่งเสริมให้ ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

สอดคล้องกับการศึกษาของ อังรบ เทียนสันต์, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2558) กล่าวว่า การให้บริการปรึกษาครอบครัวเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพผสมผสานกับการมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้นได้ ดังนั้นครอบครัวจึงมีความสำคัญกับผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น การดูแลรักษาทั้งการกระตุ้น การให้กำลังใจหรือมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำชี้แนะแนวทาง สอน ดูแลช่วยเหลือ การตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยในทุกๆภาวะสุขภาพ (ฐิตินันท์ อ้วนลำ, สุนิดา ปรีชาวงษ์, รัชนิกร อุปเสน, 2019) และพบว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ขาดทักษะในการปฏิบัติตัวและขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จึงมักปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังโดยส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบขึ้น (ฐิตินันท์ อ้วนลำ, สุนิดา ปรีชาวงษ์, รัชนิกร อุปเสน, 2019) การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต ทักษะการให้คำปรึกษา ร่วมกับการให้คำปรึกษาครอบครัว (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) จึงเป็นแนวทางดูแลที่วิธีหนึ่ง ซึ่งเน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของหน่วยครอบครัวทั้งหมดที่ไม่เพียงความสนใจไปที่บุคคลคนเดียว ตั้งอยู่บนพื้นฐานความปลอดภัยและการรักษาความลับ ไม่มีการจับผิด ซึ่งปัจจุบันผู้มีหน้าที่ให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างจำกัดและมีคุณสมบัติที่เฉพาะ อย่างเช่นผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวในประเทศสหรัฐอเมริกาจะต้องมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทเป็นอย่างน้อย และได้รับประสบการณ์ภายใต้การดูแลหลังจากสำเร็จการศึกษา (Fagan, 2006) สามารถให้คำปรึกษาครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักสามารถควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์และมีพฤติกรรมการรับประทานยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแนวทางปฏิบัติในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มุ่งไปเฉพาะเจาะจงที่ตัวผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และให้การดูแลแบบปกติเท่านั้น โดยเอาครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการให้คำปรึกษาที่ชัดเจน ต่อเนื่อง และการติดตามหลังเข้าร่วมกิจกรรมเมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์กลับไปอยู่กับครอบครัวและในชุมชนน้อยมาก และ

ลักษณะการให้การพยาบาลเป็นแบบปกติเหมือนผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป เช่น ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินอาการทางจิต ได้รับคำแนะนำระยะสั้นก่อนและหลังพบแพทย์และรักษาโดยการรับยาไปรับประทานที่บ้านหรือถ้าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการรุนแรงก็ให้เข้ารับการักษาแบบผู้ป่วยใน โดยมุ่งเน้นการจัดการกับอาการที่รุนแรงที่ปรากฏตามสถานการณ์เฉพาะหน้าเท่านั้น รวมทั้งการทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการสงบโดยการใช้ยานอนหลับและยาระงับอาการทางจิตที่รุนแรงหรือการผูกมัด ซึ่งการให้การพยาบาลบางครั้งยังไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการให้คำปรึกษาครอบครัวจะเป็นแนวทางการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท และทีมสุขภาพในการเข้ารับกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ต่อเนื่อง มีขั้นตอนทุกกิจกรรมจนกระทั่งติดตามประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาต่อเนื่องหลังสิ้นสุดกิจกรรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน (สมกมล อรรถทิมากุล, 2558; กิริณา อรุณแสงสด, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, อรสา พันธุ์ภักดี, 2557; อรุณรัตน์ คำสอนทา, 2019; ศิวะพร ไชยชนะ, 2557) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งการให้คำปรึกษาครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีพฤติกรรมมารับประทานยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษามากขึ้นและควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้

ซึ่งการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ จะเป็นข้อมูลสำคัญที่จะใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเกิดการมองปัญหาเป็นระบบและเป็นส่วนหนึ่งของปัญหา ค้นหาสาเหตุ แนวทางแก้ปัญหาและนำไปใช้ในชีวิตประจำวันร่วมกัน ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและยาวนาน (ชวนนท์ จันทรสุข และคณะ, 2562) และการให้คำปรึกษาครอบครัวโดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาพบว่ามีประสิทธิภาพในการลดการใช้แอลกอฮอล์และทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาได้

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น พยาบาลผู้วิจัยในฐานะผู้ให้การสนับสนุนและให้บริการประชาชนทั้งในลักษณะช่วงที่เจ็บป่วยและช่วงปกตินั้นจึงถือความรับผิดชอบรวมทั้งเป็นกำลังสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ (สายสมร เฉลยกิตติ, ทิพย์ขัมพร เกษโกมล, 2558) จึงพบช่องว่างองค์ความรู้คือ การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว (จิน แบร์รี่, 2538; อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544; กมล โพธิเย็น, 2021) และติดตามประเมินผลต่อเนื่อง จำนวน 2 ครั้งหลังสิ้นสุดกิจกรรมทดลองที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจพัฒนา “ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัว” โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว ทั้ง 5 ขั้นตอนขึ้น โดยการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และติดตามประเมินผลต่อเนื่อง จำนวน 2 ครั้งหลังสิ้นสุดกิจกรรมทดลอง ที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน (สมกมล อรรถทิมากุล, 2558; กิริณา อรุณ และ

คณะ, 2557; มานะศักดิ์ เหลือมทองกลาง, 2563; ศิวะพร ไชยชนะ, 2557) เพื่อติดตามการคงอยู่ และการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ แอลกอฮอล์มีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นและควบคุมความอยากดื่ม แอลกอฮอล์ได้

คำถามการวิจัย

พฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ก่อน และหลังการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือนมีความแตกต่างกัน หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อน ให้คำปรึกษาครอบครัว และหลังสิ้นสุดการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ผลจากการใช้ แอลกอฮอล์ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ยังมีผลทำให้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงไป และไม่ยอมรับประทานยารักษาอาการทางจิตตามเกณฑ์การรักษา จนทำให้กระบวนการรู้คิดบกพร่องมากขึ้น (Faltz and Sellin, 2005) และเกิดการติดแอลกอฮอล์และทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาต่ำ (Green et al., 2007) การใช้แอลกอฮอล์ร่วมกับพยาธิสภาพของโรค การรักษาที่ยาวนานและอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาลดลง เพราะขาดความรับผิดชอบต่อนตนเองโดยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตได้ ซึ่งถือเป็นผลกระทบที่รุนแรงมาก และคุกคามต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ (Salyers and Mueser, 2001) ซึ่งมักจะเผชิญปัญหาด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม เช่น หลีกหนี เก็บกดและการใช้แอลกอฮอล์ (พิเชษฐ์ อุตมรัตน์ และคณะ, 2552) และอาการทางจิตกำเริบซ้ำ การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ เกิดความยุ่งยาก ซับซ้อนในการดูแลบำบัดรักษา ต้องใช้ยามากกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วไปและมีปัญหาการควบคุมอารมณ์ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสื่อสารไม่ดีทำให้เกิดปัญหาทะเลาะกับครอบครัว และครอบครัวไม่เข้าใจ คับข้องใจ ดุด่า ตำหนิ ทอดทิ้ง มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยส่งผลกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้แอลกอฮอล์เพื่อกลบอาการเหล่านั้นจนติดและอาการกำเริบซ้ำได้ (Anton, 1995 cited in Skinner and Aubin, 2010) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้ยากแอลกอฮอล์ (Lapham et al, 1998, ศรีธัญญา บุนนาค และอำนาจ อินทโส, 2442) ซึ่งถ้าผู้ป่วยควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้ และมี

พฤติกรรมมารับประทานยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาร่วมกับครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี ส่งเสริมสนับสนุน ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพสามารถดำรงชีวิตกับครอบครัวในสังคมได้อย่างปกติสุข อารมณ์ทางจิตไม่กำเริบซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการรับประทานยาได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาและอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต และความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (Chandra et al., 2014; Mamo et al., 2014; อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ซึ่งการให้คำปรึกษาครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญในการรักษาว่าการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการรับประทานยารักษาอาการจิตทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาสู่การปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยเฉพาะการรับประทานยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนานโดยการปฏิบัติด้วยตัวของผู้ป่วยเองร่วมกับครอบครัว (ชวนนท์ จันทร์สุข, 2562) และเห็นความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการลดละเลิกการดื่มแอลกอฮอล์สามารถควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้และไม่กลับไปเสพซ้ำ และการฝึกทักษะทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้อย่างปกติสุข โดยตัวแปรกำกับการทดลองคือ ความอยากดื่มแอลกอฮอล์

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนา การให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการและทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่งเป็นกระบวนการมาตรฐานที่ใช้กันโดยทั่วไป ซึ่งเป็นกระบวนการมุ่งให้ความช่วยเหลือทั้งครอบครัวไม่ใช่บุคคลเพียงคนเดียวในครอบครัวที่มีพฤติกรรมที่มีปัญหา ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทกับครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกันทุกขั้นตอนและสนับสนุนกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยมีเป้าหมายให้ครอบครัวช่วยกันแก้ปัญหาเมื่อกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมๆในชุมชน ให้สมาชิกครอบครัวได้ปรับความคิด มีความตระหนักและเห็นประโยชน์เห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย โดยการประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถใช้ทักษะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ การมี พฤติกรรมมารับประทานยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา และ การใช้แอลกอฮอล์ สู่ขั้นลงมือกระทำ (Action) ตลอดจนขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) รวมถึงไม่กลับไปมีพฤติกรรมเดิมที่ไม่พึงประสงค์คือการดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ (Relapse) ได้อย่างยั่งยืนอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น สามารถลดละการดื่มแอลกอฮอล์และควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ทั้งนี้ในกิจกรรมประกอบด้วยการดำเนินการกลุ่มที่ครอบครัวคลุมสาระสำคัญ 4 ประการ ดำเนินการครั้งละ 45-60 นาที รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ จำนวน 8 กิจกรรม ทำกิจกรรมทุกวันศุกร์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-5 กิจกรรม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการตกลงบริการ กับครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และตกลงบริการ เป้าหมายที่ต้องการเปลี่ยน สะท้อนให้เห็นผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์ต่อการรักษาด้วยยาการรักษาอาการทางจิต และประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยเน้นการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และแสดงความจริงใจในการมาช่วยเหลือครอบครัว เพื่อให้มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เมื่อผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือด้วยความจริงใจจะเปิดการยอมรับจากครอบครัวผู้ป่วยเป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์กับครอบครัวมารับการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยเป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวจะทำให้ผู้วิจัยได้รับข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ป่วย ความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด (อุมพร กาญจนรักษ์, 2545) ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยทราบปัญหาสัมพันธภาพและพฤติกรรมการใช้ยาไม่ตรงตามการรักษาได้ การตกลงบริการทำให้ทราบว่าต้องการพูดคุยเรื่องอะไร เป้าหมายที่ต้องการเปลี่ยนและการสะท้อนให้เห็นผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์ต่อการรักษาด้วยยาการรักษาอาการทางจิตเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวได้มีการรับทราบและตระหนักถึงปัญหาผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมที่ดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา และการประเมินแรงจูงใจ ซึ่งการขาดแรงจูงใจหรือการมีแรงจูงใจในระดับต่ำถือเป็นปัจจัยภายในที่มีความสำคัญและเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล (Miller & Rollnick, 2002) โดยใช้ทักษะการให้คำปรึกษารอบครัว

ครั้งที่ 2 การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้รับบริการ หมายถึง กิจกรรมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ได้สำรวจและเข้าใจถึงปัญหา สาเหตุ ความต้องการและมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวทราบถึงปัญหา สาเหตุ และความต้องการในการแก้ไขปัญหาได้ และมีการวางแผนเป้าหมายร่วมกันในการเปลี่ยนพฤติกรรม ระหว่างครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ตั้งใจว่าจะหยุดดื่มแอลกอฮอล์ และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งการวางแผนเป้าหมายร่วมกัน เป็นลักษณะจะกระทำหรือไม่กระทำอย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ว่าใครขอร้องให้ใครทำอะไรเมื่อเห็นพ้องกันแล้วก็จะลงนาม โดยเป็นการทำสัญญาระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยจิตเภทชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัว ให้เลิกดื่มแอลกอฮอล์เพื่อให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดี ให้ความรู้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เกี่ยวกับโรคจิตเภท ยาการรักษาอาการทางจิต โทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ ความอยากและตัวกระตุ้น เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และเห็นถึงความสำคัญของการรักษา ความรุนแรงและความจำเป็น

ในการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต รู้ถึงอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตเพื่อให้สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงได้ รวมทั้งโทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ ความอยากและตัวกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงโทษพิษภัยและอันตรายที่จะได้รับถ้ามีการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช และสามารถลดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานาน ๆ ทำให้ประสิทธิภาพของยาไม่ได้ผลผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อหน่าย และ หยุดรับประทานยาในที่สุด (Salyers & Mueser, 2000) โดยใช้ทักษะและหลักการให้คำปรึกษารอบครัว (อุมาพร ตรีงคสมบัติ, 2542)

ครั้งที่ 3 การวางแผนการแก้ไขปัญหา โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัว มีการวางแผนในการแก้ไขปัญหา และฝึกทักษะที่จำเป็นด้วยกันเพื่อคอยส่งเสริมสนับสนุนกันด้วยการใช้ตัวแบบและบทบาทสมมุติ การฝึกทักษะการจัดการกับผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตได้ และสามารถประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวันกรณีที่เกิดอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) และผลข้างเคียงของยามีผลโดยตรงต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทรวมถึงการคงอยู่ในระบบ (Marder, 2003) ทักษะการปฏิเสธ การจัดการและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น เทคนิคการหยุด ความคิด เป็นการฝึกปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับตัวกระตุ้น การหลีกเลี่ยงในสถานการณ์เสี่ยง รวมทั้งการใช้เทคนิคการหยุดความคิดเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้ เพราะผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์จะมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำได้ง่ายเนื่องจากความไวของโรคและการใช้วิธีการแก้ไขปัญหาการกอดตันในชีวิตที่ไม่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ (กรมสุขภาพจิต, 2561) การฝึกทักษะการจดจำด้วยตนเอง เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีความรู้เรื่องยา และมีทักษะในการจดจำ และครอบครัวคอยส่งเสริมสนับสนุนเสริมสร้างแรงใจให้ผู้ป่วยมีการจัดยารับประทานอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดี การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยการเน้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างถูกต้องด้วยตัวผู้ป่วยเองจะช่วยพัฒนาสู่ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ (Green et al., 2007) วิธีการหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาสู่ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาคือการเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน (Barrowclough , 2001) โดยพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต้องเกิดจากความพร้อมและแรงจูงใจที่จะปฏิบัติด้วยตนเองของผู้ป่วย (Maneesakorn et al., 2007)

ครั้งที่ 4 การยุติบริการ กระตุ้นให้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์สังเกตเห็นประสบการณ์เชิงบวกและเชิงลบที่ผ่านมา ว่าการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้แรงจูงใจในการรักษาลดลงทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา เกิดปัญหาพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษามาเกิดขึ้น เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เข้าใจ และครอบครัวคอยเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม คือการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์และ

รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา พร้อมให้คงพฤติกรรมนั้นไว้ และป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท (Suriyoung et al., 2014) สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมทั้งหมด เพื่อทบทวนเนื้อหาความรู้ทั้งหมดเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความตระหนักและมีมุมมองใหม่ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และคงพฤติกรรมที่ดีตลอดไป พร้อมกล่าวขอบคุณครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทางบวก และนัดติดตามผลการทดลองครั้งที่ 1 ที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือนหลังสิ้นสุดกิจกรรมจะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ต่อเนื่องขึ้น (สมกมล อรรถทิมากุล, 2558; กิริณา อรุณ และคณะ, 2557; มานะศักดิ์ เหลื่อมทองกลาง, 2563; ศิวะพร ไชยชนะ, 2557) เพื่อประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาเพื่อดูความคงอยู่ของพฤติกรรม

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาครอบครัวตามกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว ทั้ง 8 กิจกรรม จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวเกิดความรู้ สาเหตุและตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์และแนวทางแก้ไขปัญหาและนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตในสังคมและครอบครัว โดยมีพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น สามารถควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้ สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงต่างๆจากการรับประทานยารักษาอาการทางจิตได้ โดยผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วม ซึ่งการที่ผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเกิดความตระหนัก คอยแนะนำ กำกับ ดูแล ให้กำลังใจ และเป็นแรงใจให้ผู้ป่วย ให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาทั้งด้านการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากรักษาอาการทางจิต และช่วยกำกับชี้แนะให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องการควบคุมความอยากแอลกอฮอล์ได้ จะส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนอาการทางจิตไม่กำเริบซ้ำ แต่ที่ผ่านมามีพบว่ามีแนวโน้มการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์โดยนำครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมขั้นตอนจนกระทั่งการปฏิบัติตัวต่อเนื่องในชุมชน และการติดตามประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาซ้ำ ถึง 2 ครั้ง คือ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน ด้วยพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จึงสนใจศึกษาเพื่อแก้ไขช่องว่างขององค์ความรู้เหล่านี้ และให้ความสำคัญกับการปฏิบัติกรพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดทักษะ และส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยเน้นบทบาทของพยาบาลจิตเวชในด้านการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาทั้งด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา การสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา และการควบคุมความอยากแอลกอฮอล์ได้ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ หลังการได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวและติดตาม ที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือนสูงกว่าก่อนการได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ออกแบบการทดลองแบบศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองเพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา และติดตามผลหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน โดยมีขอบเขตของการวิจัยดังนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก(ICD10) และใช้แอลกอฮอล์ ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท(F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD10) และใช้แอลกอฮอล์ ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลนารอง ซึ่งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 20 คน และสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ จำนวน 1 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้

ตัวแปรต้น คือ การให้คำปรึกษาครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาทางจิตเวชตามการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพอย่างเต็มใจและต่อเนื่อง ซึ่งวัดจากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิด Farragher (1999) แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ

ด้านที่ 1 การรับประทานยาตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้อง ซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ (1) การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (2) ไม่หยุดยาเอง (3) การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ (4) การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกันหรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ และ (5) ใช้ยาถูกขนาดโดยไม่ลดหรือเพิ่มขนาดเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

ด้านที่ 2 ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ (1) การประเมินอาการข้างเคียงจากยา (2) การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา และ (3) การบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้แก่ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ หมายถึง ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงอายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) และใช้แอลกอฮอล์ และครอบครัว อาศัย อยู่ในชุมชน และมารับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ประเมินโดยใช้คำถาม ท่านดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ ถ้าตอบว่าดื่มถือว่าเข้าเกณฑ์

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่อยู่รวมกันในบ้านเดียวกันที่มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต ทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลัก ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติ ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย และช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันสม่ำเสมอและต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการดูแล ทั้งเพศหญิงและเพศชายอายุ 20 ปีขึ้นไป และสามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ดี สมครใจ ยินดีเข้าร่วมกิจกรรม

การให้คำปรึกษาครอบครัว หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรม การพยาบาลแบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่การให้ที่ผู้ให้คำปรึกษา ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจกันและกัน เข้าใจปัญหา ยอมรับสภาพปัญหา และหันมาร่วมมือกันจัดการกับปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยใช้ทฤษฎี และเทคนิคการให้คำปรึกษาอย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่การมีชีวิตครอบครัวที่มีความสุข อันประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การตกลงบริการ 3) การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้รับบริการ 4) การวางแผนแก้ไขปัญหา 5) การยุติบริการ ร่วมกับการรักษาที่ถูกต้องและนำมาประยุกต์ใช้ 8 กิจกรรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 1-5 กิจกรรม นานครั้งละ 45-60 นาที ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ หมายถึง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมพยาบาล โดยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ครอบครัวและผู้ให้คำปรึกษา ใช้ระยะเวลา 60 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน ไว้วางใจ เปิดเผยตนเองและมี

สัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยใช้ทักษะและกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว

กิจกรรมที่ 2 การตกลงบริการ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมพยาบาล โดยการตกลงบริการ ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ครอบครัวและผู้ให้คำปรึกษา ใช้ระยะเวลา 60 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การประเมินตนเอง ผลกระทบจากการใช้แอลกอฮอล์ต่อการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต วิเคราะห์ปัญหาและสิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง สิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง และการวางแผนอย่างเป็นรูปธรรม และประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้ทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัว

ครั้งที่ 2 การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้รับบริการ ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 3 การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมพยาบาล ใช้ระยะเวลา 60 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการของตนเอง มีเป้าหมายเพื่อสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการและการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและแนวทางการรักษาของผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทเป็นวิธีมุ่งเน้นไปที่การปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย การวางแผนเป้าหมายอย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์ ระบุปัญหาและสาเหตุการมีอาการของผู้ป่วย เพราะการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ ต้องอาศัยการเรียนรู้ที่ถูกต้อง

และการให้ความรู้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา อาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต โทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ ความอยากและตัวกระตุ้น หมายถึง การดำเนินกิจกรรมพยาบาล ใช้ระยะเวลา 60 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา อาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต โทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ ความอยากและตัวกระตุ้น เพราะการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ ต้องอาศัยการเรียนรู้ที่ถูกต้องโดยใช้ทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัว

ครั้งที่ 3 การวางแผนการแก้ไขปัญหา โดยให้ครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยฝึกทักษะที่จำเป็นด้วยกันเพื่อคอยสนับสนุนเสริมสร้างแรงใจกันโดยใช้ตัวแบบและบทบาทสมมติ และทักษะการให้คำปรึกษาประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการจัดการกับผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ได้ฝึกทักษะการจัดการกับผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตได้ และสามารถประยุกต์ทักษะในการดำเนินชีวิตเกิดการจดจำ

ลักษณะตัวแบบเทียบเคียงกับภาพของตนเองจากการเห็นสิ่งที่ตัวแบบได้รับแล้วแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้น โดยใช้ทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัว

กิจกรรมที่ 5 ทักษะการปฏิเสธ การจัดการและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น เทคนิคการหยุดความคิด หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวได้ฝึกทักษะการปฏิเสธ การจัดการและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น เทคนิคการหยุดความคิด ซึ่งเป็นการฝึกปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับตัวกระตุ้น การหลีกเลี่ยงในสถานการณ์เสี่ยง รวมทั้งการใช้เทคนิคการหยุดความคิดเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และสามารถประยุกต์ทักษะในการดำเนินชีวิตเกิดการจดจำลักษณะตัวแบบเทียบเคียงกับภาพของตนเองจากการเห็นสิ่งที่ตัวแบบได้รับแล้วแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้นโดยใช้ทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่งกระบวนการให้คำปรึกษาทั้ง 5 ขั้นตอน ร่วมกับการฝึกทักษะเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการจัดการกับตัวกระตุ้นและสิ่งเร้าที่จะทำให้เกิดการกลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำได้

กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการจัดการด้วยตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาล ใช้ระยะเวลา 60 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีความรู้เรื่องยา การฝึกทักษะการจัดการด้วยตนเอง และครอบครัวคอยส่งเสริมสนับสนุนเสริมสร้างแรงใจให้ผู้ป่วยมีการจัดการรับประทานอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดี เพราะการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ต้องอาศัยการเรียนรู้ที่ถูกต้องและฝึกปฏิบัติโดยใช้ประสบการณ์จริงโดยใช้ทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัว

ครั้งที่ 4 ยุติบริการ ใช้ระยะเวลา 60 นาที ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 7 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ โดยการกระตุ้นให้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เล็งเห็นประสบการณ์เชิงบวกและเชิงลบที่ผ่านมา หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อการกระตุ้นให้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ เล็งเห็นประสบการณ์เชิงบวกและเชิงลบที่ผ่านมา ว่าการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้แรงจูงใจในการรักษาลดลงทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา เกิดปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากขึ้นเพราะการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ดีขึ้น ต้องอาศัยการเรียนรู้ที่ถูกต้องและเทียบเคียงกับประสบการณ์ของตนเองโดยใช้ทักษะและกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว

กิจกรรมที่ 8 สรุปกิจกรรมการเรียนรู้จากกิจกรรมทั้งหมด หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาล เพื่อกิจกรรมการให้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ได้สรุปทบทวนความรู้ที่ได้รับทั้งหมด และเกิดความเข้าใจ ตระหนักในปัญหา สาเหตุเพื่อหาแนวทางแก้ไขจนเกิดพฤติกรรมใหม่ที่ดีขึ้น และครอบครัวคอยเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม คือการเลิกใช้แอลกอฮอล์และรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา พร้อมให้คงพฤติกรรมนั้นไว้ และป้องกันอาการ

กำเริบและกลับไปใช้ซ้ำและนัดติดตามผลการทดลองที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือนหลังสิ้นสุดกิจกรรม (สมกมล อรรถทิมากุล, 2558; กิริณา อรุณ และคณะ, 2557; มานะศักดิ์ เหลื่อมทองกลาง, 2563; ศิวะพร ไชยชนะ, 2557) เพราะการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่และคงพฤติกรรมนั้นไว้ ต้องอาศัยความต่อเนื่องสม่ำเสมอและคงพฤติกรรมนั้นไว้รวมทั้งการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีจนนำไปสู่สุขภาพกายที่ดีด้วย โดยใช้ทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัว

ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่ใช้แอลกอฮอล์ที่เข้ารับการให้คำปรึกษา มีพฤติกรรมมารับประทานยาดีขึ้น และสามารถลดละ เลิกแอลกอฮอล์ได้ โดยครอบครัวมีส่วนร่วม
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวได้รับรู้เข้าใจปัญหา และมีแนวทางในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
3. พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางในการศึกษาวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ให้มีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาโดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์
 - 1.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์
 - 1.2 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ของโรคจิตเภทกับการดื่มแอลกอฮอล์
 - 1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์
 - 1.4 ผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์ต่อผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์
 - 1.5 แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์
 - 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์
- 2 พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์
 - 2.1 ความหมายพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์
 - 2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์
 - 2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์
 - 2.4 การวัด/เครื่องมือประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์
 - 2.5 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.6 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์
- 3 แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว
 - 3.1 ความหมายของครอบครัว
 - 3.2 บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

4 แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา

- 4.1 ความหมายของการให้คำปรึกษา
- 4.2 แนวคิดและหลักการการให้คำปรึกษาครอบครัว
- 4.3 กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว
- 4.4 ทักษะและเทคนิคการให้คำปรึกษา

5 แนวคิดเกี่ยวกับความอยากดื่มแอลกอฮอล์

- 5.1 ความหมายของความอยาก
- 5.2 ความหมายของความอยากแอลกอฮอล์
- 5.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความอยากดื่มแอลกอฮอล์

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์

1.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิชาการที่ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ ดังนี้

Drake and Mueser (2002) ให้ความหมายไว้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ เป็นกลุ่มบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและมีปัญหาในด้านอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่ การมีพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ หรือมีพฤติกรรมใช้สารเสพติดในทางที่ผิด (Alcohol and Substance Misuse) ร่วมกับการมีปัญหาด้านสติปัญญา หรือมีปัญหาด้านจิตเวชอื่น ๆ ซึ่งมักเรียกผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่าเป็นกลุ่มผู้ที่มีโรคร่วม (Comorbid Disorder)

กฤตยา แสงทรัพย์(2557) ให้ความหมายไว้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ หมายถึงบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร่วมกับการที่มีพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วย

สรุปความหมายผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในงานวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาโดยการรับประทานยาการรักษาอาการทางจิต ร่วมกับการมีพฤติกรรมใช้แอลกอฮอล์อย่างสม่ำเสมอจนเกิดผลกระทบทางด้านลบ

1.2 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ของโรคจิตเภทกับการดื่มแอลกอฮอล์

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ สามารถส่งผลให้เกิดความเปราะบางในด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมติดแอลกอฮอล์หรือยาเสพติดได้ง่ายมากขึ้น และในทางกลับกัน การใช้แอลกอฮอล์ยังส่งผลกระทบต่อการทำให้อาการทางจิตที่แย่ลงได้มากขึ้นเช่นกัน จากการ ทบทวนวรรณกรรมพบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ของโรคจิตเภทกับการมีพฤติกรรมใช้แอลกอฮอล์ สรุปได้ดังนี้ (พิเชษ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสินานนท์, 2552)

1) แนวคิดทฤษฎี Natural Diathesis-Stress Model

เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความเปราะบางทางด้านชีวภาพของผู้ป่วย ในการเกิดโรคจิตเภท โดยการมีพฤติกรรมแอลกอฮอล์ถือเป็นความกดดันหรือ ตัวกระตุ้นชนิดหนึ่งจากสิ่งแวดล้อม (Environment Stressors) ที่กระตุ้นให้เกิดผู้ป่วยเกิดโรคจิตเภท ขึ้นได้ และการมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้อาการทางจิต ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบขึ้นได้

2) ทฤษฎีAccumulative Risk Factor Hypothesis เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงผู้ป่วยจิตเภทจะพบความบกพร่องในด้านการทำงานของสมอง ความบกพร่องด้านสังคม ความบกพร่องในการเผชิญกับสังคมหรือครอบครัวที่มีเกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดมากกว่าประชาชนทั่วไป

3) แนวคิดทฤษฎี Self-Medication Hypothesis

เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ เพื่อช่วยบรรเทาอาการทางจิตที่เกิด ขึ้น โดยเฉพาะอาการแสดงทางด้านลบ แต่ใน ขณะเดียวกันหากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ จะถือเป็นปัจจัยส่งเสริม ที่ทำให้มีการกำเริบของกลุ่มอาการแสดงทางด้านบวกได้เช่นเดียวกัน

4) แนวคิดทฤษฎี Reward Circuitry Dysfunction

ทฤษฎีนี้อธิบายถึง ผู้ป่วยจิตเภทมักจะพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ของวงจรสมองส่วนอยาก (Brain Reward Pathway) ที่มีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของสาร Dopamine ในสมอง สำหรับผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ เพื่อบรรเทาอาการทางด้านลบที่เกิดขึ้น เมื่อติ่มแอลกอฮอล์ไปแล้วอาจส่งผลสะท้อนกลับต่อการทำงานของวงจร สมองส่วนอยากได้ โดยทำให้สมองมีการหลั่งสาร Dopamine ออกมาในปริมาณ ที่เพิ่มมากขึ้น จนสามารถส่งผลต่อการกำเริบของอาการทางด้านบวกได้เช่นกัน จากแนวคิดทั้งหมดที่กล่าวมาแสดงว่าการติ่มแอลกอฮอล์ ส่งผลกระทบต่ออาการกำเริบของโรค การขาดแรงจูงใจ และการเกิดความเสี่ยงในการกลับไปติ่มแอลกอฮอล์ซ้ำได้ง่าย และต้องใช้อย่าในการรักษามากกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วไป

สรุปทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภทและการมีพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ ได้แก่ ทฤษฎีแนวคิดทฤษฎี Natural Diathesis-Stress Model ที่อธิบายถึงความเปราะบางทางด้านชีวภาพของ ผู้ป่วยที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความไวต่อการไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำ ทฤษฎีAccumulative Risk Factor Hypothesis เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความเสี่ยงต่อการใช้แอลกอฮอล์มากกว่าคนทั่วไป และแนวคิดทฤษฎี Self-Medication Hypothesis ซึ่งผู้ป่วยจะใช้เพื่อกลบอาการทางลบจนกระตุ้นอาการทางบวก และแนวคิดทฤษฎี Reward Circuitry Dysfunction ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการสมองตื้อยา และกลับไปใช้ซ้ำได้ง่าย

1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีรายละเอียดดังนี้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสินานนท์, 2552)

1.3.1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological Factors)

1) ระบบสารชีวเคมีในสมอง เมื่อมีการติ่มแอลกอฮอล์ เข้าไปในร่างกายแล้ว จะมีกลไกการออกฤทธิ์ที่วงจรสมองส่วนอยาก (Brain Reward System) โดยเซลล์ที่อยู่ในบริเวณของก้านสมองจะไปจับกับ Opioid Receptors ส่งผลให้สมองมีการหลั่งของ สารสื่อประสาทหลายชนิดได้แก่ Glutamate, Norepinephrine และ Dopamine ออกมาในปริมาณ ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข และเกิดความรู้สึกพึงพอใจต่อพฤติกรรมกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ แต่เมื่อระดับของสารสื่อประสาทนั้นๆ ในสมองลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สาร Dopamine จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึก

อยาก (Craving) และมีความต้องการดื่มแอลกอฮอล์ ต่อไปเพื่อตอบสนองความรู้สึกมีความสุขและเพื่อให้เกิดความพึงพอใจตามที่ต้องการ

1.3.2. ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (Psychological Factors)

1) การดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อบรรเทาอาการ ทางจิต (Self-Medication Hypothesis) โดยในแนวคิดนี้กล่าวว่า แอลกอฮอล์ ช่วยบรรเทาอาการแสดงทางด้านลบของโรคจิตเภทได้ แต่ในขณะเดียวกันการดื่มแอลกอฮอล์ จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีการกำเริบของกลุ่มอาการแสดงทางด้านบวกได้เช่นเดียวกัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Baker et al. (2012) ที่มีการศึกษาถึงสาเหตุของการดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าสาเหตุหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยบรรเทาอาการ แสดงทางด้านลบของตนเอง

2) ปัจจัยทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าบุคคลทั่วไป โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการทำงานของสมอง มีบุคลิกภาพและสภาพจิตใจ ที่ไม่มั่นคง และมักจะมองตนเองในด้านลบ ส่งผลให้มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ (Councill et al., 2010) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักจะมี ความบกพร่องทางความคิด และการตัดสินใจ (Impaired Thinking and Judgment) จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ (Boyd, 2012)

3) ปัจจัยด้านแรงจูงใจภายในตัวบุคคลลดลง (Intrinsic Motivation) ผู้ป่วยจิตเภท มักจะมีพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ในการจัดการกับความทุกข์ทรมานจากอาการทางจิต ของตนเอง ที่กำเริบอยู่บ่อยครั้ง จนทำให้สังเกตเห็นแต่ผลดีของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และเกิดความลี้เลใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นเหตุให้ขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ตามมาได้ (Gregg et al., 2007)

1.3.3. ปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (Sociocultural Factors)

1) ทฤษฎีทางด้านสังคม อธิบายไว้ว่าปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์นั้นจะขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมและสังคมของบุคคลนั้นๆ กล่าวคือ บางพื้นที่ จะมีความเชื่อที่ว่า การดื่มแอลกอฮอล์มีผลในด้านการเสริมแรงบวก (Reinforcement) ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์จะส่งผลให้ได้รับความสนใจและได้รับการยอมรับจากบุคคลในสังคม (Dimeff and Marlatt, 1998) จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยในการเข้าสังคม และยัง พบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับแรงกดดันทางสังคม ได้รับการเลี้ยงดูในครอบครัวที่ไม่เหมาะสม การที่ภายใน ครอบครัวมีการใช้การแสดงออกทางด้านอารมณ์สูง จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลดความกดดันทางด้านอารมณ์ดังกล่าว (Councill et al., 2010) ปัจจัยด้านสภาวะสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นการได้รับการกระตุ้นจากบุคคล สถานที่ หรือสิ่งของต่างๆ ที่อาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้กล่าวได้ว่า เป็นสิ่งกระตุ้นที่เป็นปัจจัย

สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ (Salyers and Mueser, 2001) จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทข้างต้น พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยทางด้านจิตสังคม และปัจจัยทางด้านสังคม

สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological Factors) ได้แก่ระบบสารชีวเคมีในสมอง ได้แก่ สาร Dopamine ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสุขและจดจำเมื่อเกิดปัญหาที่มีความอยากดื่มแอลกอฮอล์ใช้แอลกอฮอล์เพื่อดับทุกข์ และปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ ใช้เพื่อกลบอาการทางจิตจนกระตุ้นอาการทางลบ ใช้เพื่อแก้ปัญหาความไม่เชื่อมั่นในตัวเอง และใช้แอลกอฮอล์จนเกิดแรงจูงใจที่ลดลงที่จะเลิกใช้แอลกอฮอล์เพราะใช้แอลกอฮอล์แล้วผู้ป่วยจิตเภทคิดว่ามีแต่ผลดีต่อตัวผู้ป่วยจิตเภทเอง และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่การที่ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในสังคมที่มีการใช้แอลกอฮอล์ และสิ่งแวดล้อมจะเป็นตัวกระตุ้นทำให้กลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำได้ง่าย ดังนั้นการฝึกทักษะทางสังคม การหลีกเลี่ยงและจัดการกับตัวกระตุ้นจึงเป็นสิ่งสำคัญมากต่อตัวผู้ป่วยจิตเภทเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของ Baker et al. (2012) และ Gregg et al. (2007) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์เพื่อบรรเทาอาการทางจิต จึงเป็นเหตุให้มีแรงจูงใจภายในตัวบุคคลลดลง ร่วมกับอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ซึ่งแรงจูงใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะผลักดันให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมได้ ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยจึงมีการจัดการกระทำกับปัจจัยครอบครัว โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวมีทัศนคติต่อผู้ป่วยที่ดีขึ้น เข้าใจรับทราบและเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาค้นหาสาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหาและลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาที่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทโดยยึดผู้ป่วยจิตเภทเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจะเป็นการช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เกิดความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ และเกิดการตระหนักรู้ในการปฏิบัติตัวและรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาทั้งด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ซึ่งการให้ครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกขั้นตอนยังช่วยควบคุมพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ของผู้ป่วยได้มากขึ้นส่งผลให้พฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

1.4 ผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์ต่อผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้เกิดผลกระทบในด้านต่างๆ ที่รุนแรงมากขึ้นได้ สามารถสรุปได้ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

1) ผลกระทบด้านร่างกาย

แอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีการตัดสินใจที่บกพร่องมากขึ้นมีการทำงานของกล้ามเนื้อที่มีลักษณะไม่สัมพันธ์กัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกโดยการสูญเสีย การทรงตัว นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมตนเองลดน้อยลง มีภาวะ สับสน ง่วงซึม หากมีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากอาจส่งผลให้มีภาวะหมดสติได้ (พงศธร เนตราคม และคณะ, 2549) นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบในระยะเรื้อรัง ซึ่งจะมีผลต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายดังนี้

(1) ระบบทางเดินอาหาร ปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ โรคตับแข็ง โรคตับอักเสบจากแอลกอฮอล์และ การมีไขมันสะสมในตับ การทำหน้าที่ของสารคัดหลั่งในกระเพาะอาหาร ซึ่งจะส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะทุพโภชนาการและมีภาวะขาดวิตามินได้

(2) ระบบหัวใจและหลอดเลือด การดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งจะก่อให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ และอาจส่งผลให้เกิดโรคหัวใจ ขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองได้

(3) ระบบประสาท การดื่มแอลกอฮอล์จะส่งผลต่อเซลล์หุ้มประสาท (Membranes of Neuron) กล่าวคือ จะส่งผลให้วงจรของการนอนเปลี่ยนแปลงไป โดยจะมี ผลต่อวงจรการนอนหลับในระยะที่ 4 ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะการนอนหลับเป็นช่วง ๆ ไม่ต่อเนื่อง หรือนอนไม่หลับทั้งคืน

(4) ระบบไต ทำให้ไตทำงานหนักมากผิดปกติและแอลกอฮอล์ทำให้กรดแลคติกในเลือดสูงขึ้นและตกตะกอนตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดการอักเสบ เช่น เกิดการอุดตันในท่อไตและไตอักเสบตลอดจนเกิดภาวะไตวายได้

2) ผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพจิต

แอลกอฮอล์ออกฤทธิ์กีดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งจะมีผล ต่อการทำงานของสมอง โดยมีความเกี่ยวข้องเนื่องกับการทำงานของระบบสารสื่อประสาทในสมอง โดยเฉพาะสาร Dopamine Serotonin และ Glutamate ซึ่งถือว่าเป็นสารสื่อประสาทที่มี ความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภทมากที่สุด โดยแอลกอฮอล์จะกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร Dopamine ออกมา ในปริมาณเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม ซึ่งจะให้มีอาการทางจิตกำเริบได้ง่ายมากขึ้น และการที่มีอาการ ทางจิตกำเริบบ่อยครั้ง จะมีความสัมพันธ์กับระดับความบกพร่องของสมาธิ สติปัญญา คุณภาพของ การตัดสินใจ มีความบกพร่องด้านความคิดและการทำหน้าที่ทางจิตสังคมมากขึ้นเช่นกัน (Mohamed et al., 2006)

3) ผลกระทบต่อปัญหาด้านครอบครัวและสังคม

เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้มีความ

บกพร่อง ต่อการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ทั้งด้านกระบวนการคิดและการตัดสินใจ นอกจากนี้พฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีอาการทางจิตที่กำเริบขึ้นได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถส่งผลให้ ครอบครัวเกิดความเครียดขึ้นได้ และอาจเป็นภาระในการดูแล (Burden) เกิดปัญหาเศรษฐกิจ ได้มากขึ้นเช่นกัน (Mohamed et al., 2006) และจนกระทั่งเกิดปัญหาอาชญากรรมตามมา

4) ผลกระทบต่อการรักษา การใช้แอลกอฮอล์จะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการข้างเคียงจากรักษาอาการทางจิตรุนแรงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีความไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานจากการรับประทานยา จึงไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของแพทย์ ส่งผลให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ อาการทางจิตกำเริบซ้ำ และต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น (Sadock and Sadock, 2007; มารศรี ปาณวิตร, 2548)

สรุปผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์ต่อผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ดังนี้ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ ทำให้สมองทำงานบกพร่องมากขึ้นจนเกิดความผิดปกติและไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมตัวเองได้และอวัยวะภายในเสื่อมโทรม ทางด้านสุขภาพจิต ได้แก่ อาการทางจิตกำเริบ และทางด้านสังคม ครอบครัวเกิดความเครียด มีภาระในการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มากขึ้น เกิดการทะเลาะเบาะแว้งและเกิดปัญหาครอบครัวตามมา จนอาจเกิดการขับไล่หรือทิ้งผู้ป่วยจิตเภทได้ และผลกระทบด้านการรักษา คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์แล้วไม่ยอมรับรับประทานยาและทนอาการข้างเคียงจากรักษาอาการทางจิตได้น้อย จนนำไปสู่การมีพฤติกรรมทั้งยา ขาดยา ลืมยา และส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบ

1.5 แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

จะเน้นการบำบัดแบบผสมผสาน ซึ่งรูปแบบในการบำบัดรักษาสามารถสรุปได้ดังนี้ (Webrock, Czesnik, and Malchow, 2011)

การบำบัดรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ จะมีเป้าหมายในการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันไป ซึ่งพบว่าในบางครั้งจะมีการใช้ยากลุ่มยาต้านโรคจิตในการบำบัดรักษาเพื่อมุ่งเน้นในการรักษาอาการทางจิตที่เกิดขึ้นจากโรคจิตเภท มีการใช้ยาทางจิตเวช เพื่อบรรเทาความรุนแรงของอาการอยากดื่มแอลกอฮอล์ หรือเพื่อรักษาอาการอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น กระบวนการและขั้นตอนการบำบัดรักษาที่นิยมในประเทศไทย ประกอบด้วยขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (ทิพาวดี เอมะวรรณะ , 2547; ศิวะพร ไชยชนะ, 2557)

1.5.1 ขั้นตอนเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมของครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและเป็นผู้ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย การเตรียมการมีขั้นตอนดังนี้

1) สัมภาษณ์ประวัติส่วนตัว ประวัติในอดีต ปัจจุบัน ประวัติการใช้แอลกอฮอล์ ประวัติการเจ็บป่วย

2) ตรวจร่างกาย ตรวจสุขภาพจิต

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ

4) วิเคราะห์ปัญหา เพื่อการวางแผนช่วยเหลือ เมื่อทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผู้ติด แอลกอฮอล์ เพียงพอและเชื่อถือได้ ต้องนำข้อเท็จจริงนั้นมาวินิจฉัย ว่าสาเหตุอะไรที่ทำให้เกิดปัญหา แล้วจึงวางแผนการให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว เพื่อครอบครัวจะได้เป็นผู้ให้การสนับสนุนแก่ผู้ติดแอลกอฮอล์ และยอมรับผู้ป่วยและให้ความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ติดแอลกอฮอล์ เพื่อให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ มีความเชื่อมั่นต่อตนเองและสังคมสิ่งแวดล้อมในสถานบำบัด ชักจูงแนะนำให้ตั้งใจรับ การรักษา โดยทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ยอมรับความจริง เข้าใจสภาพอันแท้จริงของตนเอง จะทำให้สามารถเปลี่ยนทัศนคติได้ อธิบายถึงวิธีการและขั้นตอนการบำบัดรักษา เพื่อที่ผู้ติดแอลกอฮอล์ร่วมมือ ในการบำบัดรักษาซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ติดแอลกอฮอล์เอง

1.5.2 ขั้นตอนพิษแอลกอฮอล์ (Alcohol detoxification)

หลังหยุดดื่มแอลกอฮอล์จะมีอาการขาดแอลกอฮอล์ การบำบัดรักษาเป็นการรักษา ตามระดับของอาการขาดแอลกอฮอล์ (พรส., 2553) ภาวะชักจะเกิดภายใน 6-12 ชั่วโมง ไม่เกิน 2 วัน แรกหลังหยุดดื่ม จะมีอาการเกร็ง กระตุกทั่วร่างกายพร้อมหมดสติ พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่มีอาการขาดแอลกอฮอล์ และ พบมากขึ้นในผู้ป่วยที่ดื่มมานานหลายปี ส่วนใหญ่ชักครั้งเดียว แต่สามารถชักเป็นชุด คือ ชัก 2-3 ครั้ง ห่างกัน 5 นาที อาการชักแบบต่อเนื่องพบได้น้อยมาก การรักษา เน้นการประเมินว่ามีสาเหตุจากโรค อื่นหรือไม่ อาจไม่จำเป็นต้องให้ยากันชักหากมีอาการขาดแอลกอฮอล์ได้หากพิจารณาให้ยากันชัก ควรเลือกยาที่สามารถสงบอาการขาดแอลกอฮอล์และกันชักได้ เช่น Sodium valproate loading 20 mg./kg./d หรือ carbamazepine

1.5.3 ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ การรักษาขั้นนี้ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการบำบัดรักษา มุ่งเน้นที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและพฤติกรรมเป็นหลัก จุดประสงค์หลักของการรักษาในขั้นนี้ คือ ป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลานานกว่าจะเห็นผลแท้จริง และยากที่สุด ในการกระบวนการรักษา และเพื่อลดหรือเลิกพฤติกรรมการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้ได้นานที่สุด ซึ่งมีรูปแบบการบำบัดรักษาดังต่อไปนี้

1) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) การรักษาโดยการใช้พฤติกรรมบำบัด แบบรายบุคคล (Individual Behavior Therapy) แก้ไขปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกของครอบครัวที่ ผิดปกติ หรือมีปัญหาให้ดีขึ้น วิธีการดูแลช่วยเหลือ ต้องให้สมาชิกของครอบครัวทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของการใช้แอลกอฮอล์ เสริมสร้างให้ครอบครัวมี ความมั่นคง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) และ Community Reinforcement Approach ซึ่งใช้หลักของพฤติกรรมบำบัด โดยการรักษา ประกอบด้วยครอบครัว บำบัด การฝึกทักษะการทำงานทำ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคม โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาครอบครัว การนัดหมายการ การติดตามการเข้ายา และการเข้าชมรมผู้ติดสุรานินนาม Alcoholics Anonymous

2) สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีการศึกษาพบว่า counseling มีประสิทธิภาพในการรักษา ผู้ใช้แอลกอฮอล์แต่รายงานสนับสนุนประสิทธิภาพของวิธีการรักษาวิธีนี้ยังมีน้อย และมีข้อจำกัดถ้าใช้ระยะเวลาสั้น อีกทั้งในประเทศไทยยังขาดผู้เชี่ยวชาญ และผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มักมีปัญหา ด้านเซาว์ปัญญา และขาดแรงจูงใจ (ศุภย์บำบัดยาเสพติดขอนแก่น, 2546) มีปัญหาความสัมพันธ์หรือสัมพันธภาพกับผู้อื่นรวมถึงบุคคลในครอบครัว ปัญหา ความสัมพันธ์อาจเป็นปัญหามาก่อนหรือเป็นปัญหาตามหลังจากการใช้แอลกอฮอล์ก็ได้ (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ, 2544; ศิวะพร ไชยชนะ, 2557)

3) ครอบครัวบำบัด (Marital and family therapy) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ต้องกลับไปอยู่กับครอบครัว และครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญมากต่อการรักษา ถ้าส่งเสริมให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น มีการปรับตัวช่วยกันแก้ปัญหาจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์สามารถ หยุดใช้ได้นาน เพราะปัจจัยความสัมพันธ์หรือสัมพันธภาพในครอบครัวอาจเป็นตัวกระตุ้นส่งเสริม ให้เกิดการใช้อัลกอฮอล์อย่างไม่เหมาะสม การเลิกใช้ต้องอาศัยกำลังใจและการเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว ดังนั้นการพูดคุยและให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวรวมถึงการทำให้ครอบครัวเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษา ช่วยให้ครอบครัวปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ สร้าง ความหวัง ลดความรู้สึกผิด พร้อมช่วยให้ครอบครัวสมาชิกปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ สมาชิกครอบครัวเกิดความเข้าใจตนเอง วิเคราะห์ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา (วิโรจน์ วีระชัย และ คณะ, 2544; ศิวะพร ไชยชนะ, 2557)

4) การบำบัดระยะสั้น (Brief Intervention) เป็นการพูดคุยรายบุคคลในระยะเวลาสั้น ใช้การบำบัด 1-4 ครั้ง นานครั้งละ 5-60 นาที ใช้กับผู้ที่ไม่ได้ติดแอลกอฮอล์ แต่เป็นผู้ที่ดื่มในระดับความเสี่ยงสูงหรือระดับที่เป็นอันตราย เน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้อัลกอฮอล์ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการใช้งมากกว่าให้เลิกใช้ (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย, 2547) ยึดหลักการบำบัดโดยเพิ่มแรงจูงใจ ซึ่งได้ผลสอดคล้องกันว่า Brief Intervention มีประสิทธิภาพและมีความคุ้มค่าสูงในการช่วยเหลือผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับความเสี่ยงสูงหรือระดับที่เป็นอันตราย (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย, 2547; ศิวะพร ไชยชนะ, 2557)

5) การบำบัดทางความคิด พฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยให้ความสำคัญกับสิ่งกระตุ้นภายนอก และ CBT เป็นการรักษาเพื่อเปลี่ยนความคิดผิดๆ ที่ฝังลึก และให้ แนวคิดใหม่ที่ถูกต้อง คิดแบบมีเหตุผล ไม่เข้าข้างตัวเอง ตัดสินในแก้ปัญหาอย่างเหมาะสมเพื่อ ปรับปรุงให้สามารถควบคุมตัวเอง เพิ่มทักษะการเข้าสังคม เน้นการรู้จักสร้างสัมพันธภาพและรักษาไว้ ซึ่งมนุษย์สัมพันธ์ การรักษาด้วย CBT พบว่า ช่วย ผู้ใช้แอลกอฮอล์ในการควบคุมตนเอง การ ตั้งเป้าหมาย การติดตามประเมินตนเอง การฝึกทักษะใน

การเผชิญปัญหา การฝึกผ่อนคลาย และการ ป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและควบคุมความอยาก แอลกอฮอล์ได้ (ศูนย์บำบัดยาเสพติดขอนแก่น, 2546; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543)

6) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancing Therapy: MET)

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจยังใช้หลักการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนตามค้าย่อที่เรียกว่า “FRAMES” การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจอิงทฤษฎี ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) (Prochaska & Diclemente, 1982) ซึ่งมีโอกาสเวียนกลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำได้

1.5.4 ขั้นติดตามหลังการบำบัดรักษา

เป็นการติดตามให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและเสริมสร้างกำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ ติดตามผลการรักษาและที่สำคัญคือ การป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ เป็นการปฏิบัติทุกวิถีทาง ที่จะทำให้ผู้ติด แอลกอฮอล์ที่หยุดใช้ได้แล้ว สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมทั่วไปได้ตามปกติ ไม่ต้องพึ่งแอลกอฮอล์อีกต่อไป ซึ่งวิธีการติดตามหลังการรักษาสามารถทำได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนี้

1) วิธีโดยตรง วิธีนี้ผู้ติดตามผลได้พบกับผู้ติดแอลกอฮอล์โดยตรง ทำให้สามารถซักถามผลการรักษาได้ลึกซึ้ง ให้คำแนะนำช่วยแก้ปัญหาได้โดยตรง การติดตามโดยตรง มีหลายแบบ เช่น นัดผู้ป่วยจิตแพทย์ที่ใช้แอลกอฮอล์ และครอบครัวมาพบที่สถานพยาบาลตามกำหนด พบที่บ้าน นัดพบกัน ครั้งทาง หรือนัดผู้ป่วยจิตแพทย์ที่ใช้แอลกอฮอล์ที่ทำงาน

2) วิธีโดยอ้อม วิธีนี้ผู้ติดตามผลไม่ได้พบกับผู้ป่วยจิตแพทย์ที่ใช้แอลกอฮอล์โดยตรง แต่จะติดตามโดยการ ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ พูดคุยทางโทรศัพท์ ติดต่อผ่านบุคคลที่สาม เช่น นายจ้าง ครู ญาติ ซึ่งวิธีนี้ค่อนข้างสะดวก

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตแพทย์ที่ใช้แอลกอฮอล์

1.6.1. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตแพทย์ที่ใช้แอลกอฮอล์

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตแพทย์ที่ใช้แอลกอฮอล์จำเป็นต้องประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดยซักประวัติรวบรวมข้อมูลตั้งแต่แรกรับ และประเมินอย่าง ต่อเนื่องเพื่อนามาวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสม การพยาบาลผู้ติดแอลกอฮอล์นั้นเป็นการดูแลที่มีเป้าหมายระยะยาว ดังนั้นการที่จะเลิกดื่มแอลกอฮอล์เป็นการถาวรนั้นเป็นสิ่งที่เกิดได้ไม่ถ่ายนัก แต่ ถ้าผู้ติดแอลกอฮอล์ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมก็จะช่วยให้ผู้ติดแอลกอฮอล์มีทางออกที่ดีได้ โดยแบ่งระยะการพยาบาลแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ (กรมสุขภาพจิต, 2552)

1) การพยาบาลระยะแรก (Early intervention) เป็นการคัดกรองและให้การพยาบาลใน ระยะแรก เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการในสถานพยาบาลทุกคน มีเป้าหมายเพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาจากการใช้แอลกอฮอล์ให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การดูแลรักษาเบื้องต้น เพื่อป้องกันการลุกลามต่อไป การพยาบาล ระดับนี้สามารถทำได้ในสถานบริการทุกระดับ

2) การพยาบาลระยะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกายหรือทางจิต (Alcohol Detoxification and Medical/Psychiatric Complication)

การพยาบาลในระยะนี้ มีความสำคัญมากเพราะเป็นระยะที่มีความเสี่ยงต่างๆ ถือเป็น ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ถ้าให้การพยาบาลล่าช้าและไม่ถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยอาจสูญเสียชีวิต ร้อยละ 15-30 เพราะผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายต่างๆ เช่น การติดเชื้อ ทางเดินหายใจรุนแรง การเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ หรือจากอุบัติเหตุรุนแรงได้ การพยาบาลระยะนี้ได้แบ่งการประเมินออกเป็น 3 ด้าน คือ การประเมินอาการด้านร่างกาย การประเมินอาการด้านจิตใจ และการประเมินอาการด้านจิตสังคม

(1) การประเมินอาการด้านร่างกาย ปัญหาทางด้านร่างกายในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ คือการเกิดโรคทางกายที่สัมพันธ์กับการใช้แอลกอฮอล์ ได้แก่ โรคแทรกซ้อนทางกาย โรคร่วมทางกาย ประเมินความเสี่ยงของการเกิดอาการขาดแอลกอฮอล์ ประเมินระดับความรุนแรง

(2) การประเมินด้านจิตใจ

(3) การประเมินอาการด้านจิตสังคม

3) การพยาบาลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)

เป็นขั้นตอนการดูแลหลังผ่านพ้นการพยาบาลระยะถอนพิษแอลกอฮอล์แล้ว จะต้องให้การพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพทาง จิตและสังคมเพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยพร้อมในการกลับเข้าสู่สังคม โดยไม่กลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำ ซึ่งกระบวนการ ฟื้นฟูมีหลากหลายรูปแบบขึ้นกับความเชี่ยวชาญของแต่ละสถานที่บำบัด และเน้นการเอาครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (ศิวัชพร ไชยชนะ, 2557)

4) การพยาบาลระยะหลังการรักษา (Aftercare)

การดูแลต่อเนื่องหลังการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาจากการใช้แอลกอฮอล์ในชุมชนมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ ผู้ป่วยจิตเภทคงอยู่ในสังคมได้โดยไม่ดื่มหรือมีการดื่มลดลงอยู่ในระดับที่ปลอดภัย ซึ่งอาจให้กระบวนการดูแล ตนเองหรือการบำบัดเสริมแรงโดยชุมชน บุคลากรสุขภาพอาจเป็นผู้ริเริ่มงานในระดับนี้โดยได้รับความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชนหรือญาติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่อเนื่องหลังการรักษา เน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ขณะที่บางส่วนยังมีอาการหลงเหลือที่ต้องการติดตามบำบัดดูแล จากบุคลากรในทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทุกระยะของการให้การพยาบาล พยาบาลให้การดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาลจะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และครอบคลุมทุกประเด็นปัญหาของผู้ป่วย มีรายละเอียดดังนี้ (Videbeck, 2014)

1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) พยาบาลจำเป็นต้องมี การประเมิน ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุมถึงรูปแบบของการใช้แอลกอฮอล์ อาการและอาการ แสดงทาง

จิต ประวัติการใช้แอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทและบุคคลในครอบครัว จุดแข็งของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงความสนใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ของผู้ป่วย (Halter, 2014)

2) การวินิจฉัยการพยาบาล (Diagnosis) การระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Outcomes Identification) ผู้ป่วยแต่ละคนย่อมมีสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน ดังนั้น ในการวินิจฉัยทางการพยาบาลย่อมมีความแตกต่างกันและต้องมีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล (Videbeck, 2014)

3) การวางแผนทางการพยาบาล (Planning) ในการวางแผนทางการพยาบาล จำเป็นต้องมีการวางแผนให้มีความสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่ครอบคลุมจาก การประเมินภาวะสุขภาพ และการวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยการวางแผนการให้การพยาบาลที่ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพสูงสุดนั้นต้องยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการคำนึงถึงความปลอดภัย ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตและอาการแสดงของภาวะถอนพิษของแอลกอฮอล์และ ยาเสพติด ระดับแรงจูงใจหรือความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง ทักษะในด้านต่าง ๆ แหล่งสนับสนุน ของผู้ป่วยและวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล (Halter, 2014)

4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) ในการปฏิบัติการ พยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในระยะแรกของการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจใช้รูปแบบในการบำบัดต่างๆ เช่น การบำบัดแบบสั้น การบำบัดทาง ความคิดและพฤติกรรม การเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นต้น (Halter, 2014)

5) การประเมินผล (Evaluation) การประเมินผลสามารถเกิดขึ้นได้ ในทุกระยะของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลในด้าน ต่างๆ ทั้ง อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมถึง ปัญหาที่พบในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการประเมินผลจะทำให้พยาบาลเล็งเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีความพร้อม มีทักษะต่างๆ ในการนำไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมาะสมมากขึ้น

1.6.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลนารอง จังหวัดบุรีรัมย์

เมื่อกล่าวถึงระบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ของโรงพยาบาล นารอง จังหวัดบุรีรัมย์ เฉพาะในแผนกผู้ป่วยนอก จะมีรูปแบบกิจกรรมการพยาบาล เช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไปที่มีปัญหาเรื่องการใช้แอลกอฮอล์ โดยเน้นการจัดการกับอาการเรื้อรังและการบรรเทาอาการขาดแอลกอฮอล์และการรักษาด้วยยา แต่ยังไม่เห็นแนวทางการให้บริการที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ในชุมชน โดยการให้คำปรึกษา

ครอบครัวต่อพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจการให้คำปรึกษาครอบครัว มาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น ลดละเลิกใช้แอลกอฮอล์ และสามารถควบคุมความอยากแอลกอฮอล์ได้ โดยนำมาประยุกต์ใช้กับ การปฏิบัติการพยาบาลที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสถานการณ์แวดล้อม สถานที่ และภาวะสุขภาพของผู้รับบริการในขณะที่พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการซึ่งจะมีความแตกต่างกันแต่การพยาบาลเน้นองค์รวมก็ยังคงจำเป็นที่พยาบาลจะต้องคำนึงถึงตลอดเวลา การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะกระทำในกรณีต่อไปนี้ คือ (ไพรัตน์ พุกษชาติ คุณากร, 2534) มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่นมีอาการข้างเคียงจากยา หรือเพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา และมีปัญหาในการวินิจฉัย ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ มีรายละเอียดดังนี้

(1) การประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพ การประเมินสภาวะการเจ็บป่วยทางจิตเบื้องต้น การประเมินความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยและ ครอบครัว อีกทั้งยังมีการคัดกรองเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ของผู้ป่วย

(2) การให้คำปรึกษาในรูปแบบรายบุคคล และรายครอบครัวตามสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพและตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะมีการใช้หลักการของการให้คำปรึกษาที่แตกต่างกันไป เช่น การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวให้มีความเหมาะสม มีการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต แต่ลักษณะเป็นคำแนะนำสั้นๆ และให้บริการในจุดที่คัดกรอง ช่วงช่วงประวัติก่อนเข้ารับการรักษา และพบแพทย์ เป็นต้น

(3) การให้สุขศึกษารายกลุ่มก่อนการเข้าพบแพทย์ ซึ่งจะมีการให้ สุขศึกษาในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ดื่มแอลกอฮอล์ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้มีความเหมาะสมกับโรคจิตเภท แต่ไม่ได้ปฏิบัติทุกครั้งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ เป็นต้น

(4) การให้คำแนะนำหลังการเข้าพบแพทย์เกี่ยวกับการรับประทานยารักษาอาการทางจิต และอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาอาการทางจิตที่อาจพบได้

(5) มีการนัดติดตามอาการและการรักษาอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งจะมีระยะเวลาที่แตกต่างกันตามความเหมาะสม หรือมีการส่งต่อระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนหากผู้ป่วยมี อาการแสดงทางจิตที่สงบลงหรือมีสภาพปัญหาการดูแลที่มีความซับซ้อนน้อยลง หรือกรณีที่ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบหรือมีปัญหาจากการใช้ยา มีการส่งต่อในระบบโรงพยาบาลแม่ข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ เป็นต้น

(6) มีการเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และหรือมีพฤติกรรมรุนแรง เกิดปัญหา ในชุมชน โดยการปฏิบัติตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรสถานบริการปฐมภูมิ (กรมสุขภาพจิต, 2559) การวางแผนการดูแลหลังการรักษา ในการวางแผนการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องในชุมชน ได้แก่

1) การบำบัดดูแล ได้แก่ การรักษาด้วยยา การจัดการเมื่อมีอาการฉุกเฉิน การบำบัดทางจิตสังคม รายบุคคลหรือรายกลุ่ม

2) การฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ ฟื้นฟูทักษะทางสังคม การจ้างงาน อาชีพ

3) การสนับสนุนระดับประคอง เช่น การฝึกทักษะและให้ความรู้ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉิน การประสานกับครอบครัว และการหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในชุมชน

4) การเข้ากลุ่มสนับสนุนทางสังคม เพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์นิรนาม Alcoholics Anonymous

สรุปการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์จะใช้แนวทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย 2) การวินิจฉัยการพยาบาล (Diagnosis) ที่มีความเหมาะสมกับสภาพปัญหา ทางด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล (Videbeck, 2014) 3) การวางแผนทางการพยาบาล (Planning) ให้มีความสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยที่ครอบคลุมจาก และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการคำนึงถึงความปลอดภัย ระดับความรุนแรง (Halter, 2014) 4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) ตามระยะอาการของผู้ป่วยซึ่งอาจต้องใช้รูปแบบในการบำบัดต่างๆ เช่น การบำบัดแบบสั้น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นต้น (Halter, 2014) 5) การประเมินผล (Evaluation) การประเมินผลสามารถเกิดขึ้นได้ ในทุกระยะของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาล เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาและควบคุมความอยากแอลกอฮอล์ได้

2. พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

2.1 ความหมายพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาทางจิตเวชตามการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพอย่างเต็มใจและต่อเนื่อง ซึ่งวัดจากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิด Farragher (1999) แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ

ด้านที่ 1 การรับประทานยาตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้อง มีองค์ประกอบใน 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 2) ไม่หยุดยาเอง 3) การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ 4) การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกันหรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ และ 5) ใช้ยาถูกขนาดโดยไม่ลดหรือเพิ่มขนาดเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

ด้านที่ 2 ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต มีองค์ประกอบ 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) การประเมินอาการข้างเคียงจากยา 2) การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา และ 3) การบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้แก่ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ หมายถึง ผู้ป่วยเพศชายและเพศ

2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมกรรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

องค์ประกอบของพฤติกรรมกรรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา Farragher (1999) หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาทางจิตเวชตามการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพอย่างเต็มใจและต่อเนื่องโดยมีพฤติกรรมกรรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

2.2.1 ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้อง ซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่

- 1) การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
- 2) ไม่หยุดยาเอง
- 3) การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์
- 4) การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ และ

(5) ใช้ยาถูกขนาด โดยไม่ลดหรือเพิ่มขนาดเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มักมีปัญหาในพฤติกรรมกรรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นการดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เลิกดื่มแอลกอฮอล์จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น

2.2.2 ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่

- 1) การประเมินอาการข้างเคียงจากยา
- 2) การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา และ

3) การบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้แก่ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

จากการทบทวนรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า 47% ของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์และสารเสพติดอื่น (Regier et al, 1990) โดยเหตุผลของการใช้แอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภท คือ ต้องการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ต้องการการยอมรับ การเข้าสังคม ลดความวิตกกังวล เพิ่มความรู้สึกมีพลังและลดความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยของตนเอง เช่น อารมณ์ซึมเศร้า (Dixon et al, 1999) พบว่าผู้ป่วยจิตเภท 48% ใช้สารเสพติด โดย 23% ใช้ชนิดเดียว ส่วน 25% ใช้สารเสพติดมากกว่าหนึ่งอย่าง สารเสพติดโดยเฉพาะแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุกระตุ้นการเกิดอาการทางจิตมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตให้คงที่ได้ เพิ่มพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น การฆ่าตัวตาย ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาที่ไม่ดี และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Barbee et al(1989) ที่ศึกษาการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ มีพฤติกรรมไม่เป็นมิตร มีความผิดปกติของการทำหน้าที่ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์ นอกจากนี้การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด การใช้แอลกอฮอล์มีผลต่อการควบคุมตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป นอกจากนี้การใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทยังส่งผลต่อการเสริมฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต (ทวีพร วิสุทธิมรรค, 2544) โดยการทำให้ยาออกฤทธิ์เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจอันเกิดจากความไม่สุขสบายและเบื่อหน่ายต่อการรับประทานยา จึงหยุดใช้ยาในที่สุดทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมรับประทานยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ โดยการใช้แอลกอฮอล์กับการมีจิตพยาธิสภาพและการดำเนินโรคที่รุนแรงกว่า การใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดอื่นๆสัมพันธ์กับการมีอาการทางบวกและอาการซึมเศร้าที่รุนแรงกว่า ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่า และเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยกว่า (Coldham & Addington et al, 2002) และการเกิดปัญหาครอบครัวมากกว่า นอกจากนี้การใช้แอลกอฮอล์ยังมีผลต่อการพยากรณ์โรคโดยทำให้ผู้ป่วยไม่ผูกยึดติด (Non-adherence) ต่อการรักษาเพิ่มขึ้น (Coldham & Addington, 2002)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การใช้แอลกอฮอล์ การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว การขาดแรงจูงใจ และอาการข้างเคียงของยาเป็นปัจจัยที่ผู้วิจัยคาดว่าสามารถทำนายพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่ผู้วิจัยคาดว่าสามารถทำนายพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้นได้ ดังนั้น

ปัจจัยที่ผู้วิจัยต้องการจัดกระทำคือปัจจัยครอบครัว โดยการให้คำปรึกษาครอบครัว กระบวนการกลุ่ม และทักษะการให้คำปรึกษา และครอบครัวจะไปเสริมสร้างแรงจูงใจสนับสนุน ดูแลช่วยเหลือ ประคับประคอง ให้คำแนะนำตักเตือนให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็น ปัญหาคือการดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีพฤติกรรมมารับประทานยาตาม เกณฑ์การรักษาดีขึ้นและสามารถควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้

2.4 การวัด/เครื่องมือประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิต เภทที่ใช้แอลกอฮอล์

2.4.1 การวัดการประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา (เพชรี คันธ สายบัว, 2544)

2.4.1.1 การประเมินโดยตรง (Direct method) วิธีการประเมินโดยตรง คือ การวัด ระดับปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้ โดยติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของระดับยาหรือปริมาณยา

1) การวัดระดับยาในเลือด(Blood level monitoring) โดยใช้หลักการ เปลี่ยนแปลงของยาในเลือดหรือพลาสมา จะมีความสัมพันธ์กับขนาดของยาที่ได้รับ เมื่อถึงระดับคงที่ ของยาในเลือดและการที่ระดับยาในเลือดมีผลโดยตรงต่อการรักษา ดังนั้นเมื่อวัดระดับยาก็ทราบว่า ผู้ป่วยใช้ยาหรือไม่

2)การวัดปริมาณยาในปัสสาวะ ใช้หลักการเดียวกับการวัดระดับยาในเลือด แต่ยาที่ จะวัดโดยวิธีนี้ต้องเป็นยาที่ถูกขับออกทางปัสสาวะการวัดปริมาณยาจากสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายอื่นๆ เช่น น้ำลาย อุจจาระ ลมหายใจ วิธีการประเมินโดยตรงเป็นการตรวจโดยอาศัยการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งเป็นวิธีที่มีข้อจำกัด คือ

(1) ความเข้มข้นของยาอาจจะได้รับผลจากความแตกต่างในการดูดซึม ของยาและการขับออกของยาในร่างกายของแต่ละบุคคล ระดับความเข้มข้นของยาอาจไม่ใช่ข้อบ่งชี้ ของการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในการใช้ยาของผู้ป่วย

(2) ความเข้มข้นของยาที่ตรวจพบ สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทาน ยาหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับประทานว่ามีจำนวนจำกัดเท่าใด ครบตาม แผนการรักษาหรือไม่

(3) การรับประทานยาก่อนตรวจจะทำให้ค่าความเข้มข้นของยาสูง ซึ่ง ไม่ได้แสดงถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

(4) ต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือและวิธีการที่ยุ่งยาก การวิเคราะห์ต้องเป็น ภายหลังการรับประทานยา วิธีการนี้จึงไม่อาจนำมาใช้ได้ในทุกกรณี

2.4.1.2 การประเมินทางอ้อม (Indirect method) เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย โดยประเมินจากวิธีการอื่นที่ไม่ใช่การวัดจากตัวยาโดยตรง แต่ วิธีการประเมินนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย ดังนี้

1) การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและใช้ง่ายที่สุด อาจสอบถามหรือ สัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ข้อดีของการประเมินแบบนี้ คือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัดของวิธีการนี้คือ ผู้ป่วยให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง

2) การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ใช้บ่อย การปฏิบัติตามเกณฑ์ การรักษา ประเมินได้จากการนับเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วยและจำนวนที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาหรือ เมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง จำนวนยาที่เหลือมากกว่าที่ควร เป็นการแสดงว่าผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตาม เกณฑ์การรักษาแต่อาจจะไม่ได้ข้อมูลที่แท้จริงถ้าผู้ป่วยทิ้งยาหรือรับประทานมากกว่าแผนการรักษา

3) สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการประเมินวิธีนี้ญาติผู้ป่วยหรือ บุคลากรทีมสุขภาพที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จะสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติตาม ข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่

4) พิจารณาจากการมาตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษา อย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาดีกว่า ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มารักษาทตามนัดเป็นผู้ที่ไม่ ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาและพิจารณาผลของการรักษาของโรคแต่ละระยะ

5) การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง(Self-report) ซึ่งวิธีการ นี้มีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยอาจเขียนบันทึกไม่ตรงกับกรปฏิบัติจริงหรือเขียนให้ดีขึ้นความเป็นจริง

6) การประเมินโดยดูการปฏิบัติตามเกณฑ์พฤติกรรมรับประทานยาตาม เกณฑ์การรักษา 2 องค์ประกอบ ตามความหมายของ Farragher, 1999 พัฒนาโดย สรินทร เชี่ยวโส ธร, (2545) ได้แก่

ด้านที่1 การปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะคือ

- 1) การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
- 2) ไม่หยุดยาเอง
- 3) การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์
- 4) การใช้ยาตามเวลาโดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์

5) ใช้ยาถูกขนาด โดยไม่ลดหรือเพิ่มขนาดเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

ด้านที่2 ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา คือการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่

- 1) การประเมินอาการข้างเคียงจากยา

2) การแก้ไข้ปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา

3) การบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้แก่ทีม

สุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

2.4.2 การประเมินพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของFarragher (1999) พัฒนาโดยสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) ซึ่งประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่

1) การปฏิบัติตามแผนการรักษา มี 5 ลักษณะ ได้แก่ ใช้ยาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยาเอง ใช้ยาอย่างถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา ใช้ยาตรงตามเวลา โดยหากมีการผิดพลาดไม่ควรเกินสองครั้งต่อสัปดาห์หรือติดต่อกันสองมือ และใช้ยาถูกขนาดโดยไม่ลดหรือเพิ่มยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ลักษณะเครื่องมือประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ แล้วรวมค่าคะแนนรายด้านและรวมทุกด้านมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับ และความหมายดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ (1) การประเมินอาการข้างเคียงจากยา (2) การแก้ไข้ปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา และ (3) การบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้แก่ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

ได้ค่าความเที่ยงเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .87 ในการใช้เครื่องมือรายด้าน ได้แก่ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาเท่ากับ .81 และด้านการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา เท่ากับ .85 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 ความหมาย มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 ความหมาย มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 ความหมาย มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 ความหมายคือ มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 ความหมายคือ มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องระดับต่ำมาก

2.5 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

Gourney (2000) กล่าวว่าบทบาทที่สำคัญบทบาทหนึ่งของพยาบาลจิตเวชชุมชน คือ การบริหารจัดการด้านยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพยาบาลจิตเวชชุมชนต้องมีความรู้และทักษะในการบริหารจัดการยารักษาผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

2.5.1 ความรู้เรื่องยาและกลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาอาการทางจิตร่วมกับแอลกอฮอล์

2.5.2 ใช้รูปแบบและวิธีการต่างๆ ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เกี่ยวกับผลของยาารักษาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทถ้าไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์

2.5.3 ฝึกทักษะการใช้แบบวัดต่างๆ ที่ใช้วัดอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา รักษาอาการทางจิต

2.5.4 ใช้วิธีการต่างๆ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาให้ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral methods) การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family counseling) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาและผลรวมทั้งอันตรายที่จะเกิดขึ้นถ้ายังคงดื่มแอลกอฮอล์อยู่

2.5.5 ต้องทำความเข้าใจกับเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนจะหยุดใช้ยา เนื่องจากคิดว่าตนเองหายแล้ว ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต ผู้ป่วยมีความสุขกับความคิดที่ผิดปกติดังกล่าวทำให้ไม่ต้องการรับการรักษา

2.5.6 การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้วิธีเพิ่มความ เป็นอิสระ (Autonomy) และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติการดังนี้

1) การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ป่วยหรือครอบครัว ประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับความรู้ ความคิดของผู้ป่วย สิ่งที่ยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะต้องประเมิน คือ อาการผิดปกติที่รบกวนผู้ป่วย ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการรักษา ด้วยยาทางจิตเวช

2) การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล ต้องอาศัย ความรู้และทักษะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความ เคลื่อนไหวในการตัดสินใจแตกต่างกัน Marland (1999) กล่าวว่าเมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย ควรมี การสร้างแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อรักษา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การ เรียนรู้ ก่อนจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง รวมทั้งต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการ รับรู้ว่ายารักษาอาการทางจิต สามารถควบคุมชีวิตให้ปกติ และเป็นเป้าหมายของการรักษาจะต้องเกิด จากการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพ ซึ่งมีการวางแผนร่วมกัน

3) การประเมินผล จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอ ดังนั้นการสังเกตการณ์การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโดยญาติผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา หรือการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจะต้องใช้ควบคู่กันไป

ดังนั้นบทบาทพยาบาล คือ การรับฟังด้วยความจริงใจ การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท การสนทนาเรื่องการรับประทานยากับผู้ป่วยจิตเภทด้วยความถูกต้อง รวมทั้งการรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว จึงเป็นการใช้บทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริมให้พฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นและสามารถควบคุมความอยากแอลกอฮอล์ได้

2.6 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ตามรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้แก่การดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งมีแนวคิดการดูแลที่บ้านดังนี้ (กัลยาณี โนนินทร์, 2542)

- 1) เป็นบริการเชิงรุกที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการ
- 2) เป็นบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานหลายวิชาชีพพร้อมกัน รวมทั้งพยาบาล
- 3) เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยอย่างผสมผสาน ได้แก่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- 4) เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
- 5) เป็นบริการที่มีระบบบันทึกข้อมูลข่าวสารและมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการ ผู้ป่วยและครอบครัว
- 6) เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

ซึ่งหลักการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่บ้าน จะใช้หลักการเดียวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปที่บ้าน ซึ่งปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบอย่างกว้างขวางทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนจากอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยดำเนินการตามวัตถุประสงค์ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2543)

- 1) ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด
- 2) ลดอัตราการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล
- 3) พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน

- 4) ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้บำบัด
 - 5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วน ซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล
 - 6) ประสานการติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน
 - 7) เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว
 - 8) ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย
 - 9) เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่อง การรักษา การใช้ยา และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น
 - 10) จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลด้านสุขภาพและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง
- การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ต้องใช้เวลาในการรักษานาน และมีการกำเริบซ้ำบ่อย การไม่เข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการกลับไปใช้สารเสพติดโดยเฉพาะแอลกอฮอล์ (เพ็ญประภา มะลาไวย์, 2550) และครอบครัวต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งพาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ไปพบแพทย์ตามนัด เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาไม่ขาดยาและได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษานั้นมีความสำคัญมาก ต่ออาการกำเริบของโรค ซึ่งการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผลการรักษาดี และมีประสิทธิภาพ (Haynes et al, 2005) ดังนั้นการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้กำลังใจส่งต่อแรงจูงใจของผู้ป่วยในการเกิดความตระหนักในปัญหา เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดละเลิกดื่มแอลกอฮอล์ และทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้และไม่กำเริบซ้ำ ซึ่งจะได้ผลดีในระบบบริการปัจจุบันที่เน้นการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

3. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

ปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช ได้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาขึ้นโดยให้ผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวตนเองและให้ครอบครัวทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ครอบครัวจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาและมีความผูกพันกับครอบครัวอยู่มาก (นภภรณ์ พึ่งเกษสุนทร, 2553)

3.1 ความหมายของครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีผู้ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวไว้ ดังนี้

โบมาร์ (Bomar, 1996 อ้างใน สุริยา ฟองเกิดและศุภรา ทิমানันโต, 2559) ให้ความหมายของครอบครัวว่า ครอบครัวคือบุคคลหนึ่งหรือมากกว่า มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกันโดยสายเลือด การแต่งงานหรือความเป็นเพื่อน

ฟรืดแมน โบเวนและโจนส์ (Friedman, Bowen, & Jonrs, 2003) ให้ความหมายของครอบครัวว่า ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปมีความรักให้แก่กันและกัน รู้จักแบ่งปัน และมีความผูกพันใกล้ชิดกันทางอารมณ์และกำหนดว่าตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2542) กล่าวว่า The United State Bureau of the Census (1988) แห่งประเทศสหรัฐอเมริกาได้ให้คำนิยามความหมายของครอบครัวว่า เป็นกลุ่มบุคคลที่ตั้งตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน โดยการเกิด การแต่งงาน หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรมและอาศัยอยู่ร่วมกัน ลักษณะครัวเรือนที่นอกเหนือไปจากนี้ถือว่าไม่ใช่ครอบครัว

เมธินันท์ ภิัญญชน (2539) ให้ความหมายของครอบครัวว่า หมายถึงชายและหญิงใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยา มีความรับผิดชอบร่วมกัน แบ่งงานและหน้าที่กันทำตามความเหมาะสมมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันทั้งด้านการเงิน อาหาร สิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต มีกิจกรรมทางสังคมต่างๆร่วมกัน และเมื่อมีบุตรธิดาก็ทำหน้าที่ของบิดามารดาให้การเลี้ยงดูเอาใจใส่ดูแลให้ได้รับความอบอุ่นและปลอดภัย หากมีบุตรธิดามากกว่า 1 คน บิดามารดาก็ต้องอบรมสั่งสอนให้ลูกรับบทบาทหน้าที่ของการเป็นพี่น้องให้รู้จักแบ่งปันดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

รุจา ภูไพบูลย์ (2541) ให้ความหมายของครอบครัวว่า ครอบครัวรวมถึงกลุ่มชนที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด ทำหน้าที่เหมือนเป็นสมาชิกในครอบครัวโดยจำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตหรือทางกฎหมาย

ดารุณี จงอุดมการณ์ (2558) ให้ความหมายของครอบครัวว่า ครอบครัวเป็นหน่วยทางสังคมอันทรงพลังมหัศจรรย์ที่ร้อยรัดบุคคลกับบุคคลรวมทั้งสิ่งมีชีวิตที่ดูแล มีความผูกพันกันทางจิตใจ มีสัมพันธ์ภาพต่อกันและพร้อมในการให้การเกื้อหนุนกันและกันในรูปแบบต่างๆมีความเป็นพลวัตรเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์บริบทของสังคมที่เปลี่ยนไป

อรพรรณ ลือบุญวิชัย (2553) ให้ความหมายของครอบครัว คือ กลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์โดยสายเลือด หรือบุคคลที่อยู่ร่วมกันในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ เช่น บิดา มารดา พี่น้อง สามี ภรรยา บุตร มีกรอบของวัฒนธรรมประเพณีเดียวกันเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด และเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญที่สุดสถาบันหนึ่งของบุคคล มีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นและใกล้ชิด มีความรักซึ่งกันและกัน

จิราพร ชมพิกุลและคณะ (2552) ได้ให้ความหมายของครอบครัวว่า หมายถึง กลุ่มบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์กันผูกพันทางสายโลหิตหรือกฎหมาย โดยสมาชิกแต่ละคนจะมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่แตกต่างกัน เช่น บิดามารดา สามีภรรยา บุตร และปู่ย่าตายาย เป็นต้น

สรุปได้ว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิต ที่อาศัยอยู่ร่วมกัน มีการพึ่งพาอาศัยกันทางสังคม เศรษฐกิจเป็นระบบครอบครัว ที่สำคัญคือมีส่วนร่วมโดยตรงในการดูแลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัวมีความสำคัญในการสนับสนุน

ช่วยเหลือ ผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกด้าน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีผู้ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวไว้ ดังนี้

Reinhard and Horowitz (1995) กล่าวว่า มี 2 ลักษณะโดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแล และเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ 2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) กล่าวว่า หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ ให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทน โดยการดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือชุมชนแหล่งที่อยู่อาศัย สรุปได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรม ต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยจิตเภท ขณะอยู่ที่บ้านหรือ ชุมชน ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติหรือเพื่อนโดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนในการดูแล

ซึ่งครอบครัวในการวิจัยนี้หมายถึงสรุปตามความเข้าใจของผู้เขียนได้ว่า ความหมายของครอบครัว ครอบครัวคือ บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์ความรู้สึกใคร่ซึ่งกันและกันไม่ว่าจะเป็นเพศเดียวกันหรือต่างเพศก็ตามขึ้นอยู่กับข้อกำหนดว่าใครคือครอบครัวของบุคคลในแต่ละสถานการณ์นั้นๆจะมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตหรือไม่ก็ได้ แต่ต้องมีการยอมรับของบุคคลว่าเป็นครอบครัวเดียวกันและพร้อมในการให้การเกื้อหนุนกันและกันในรูปแบบต่างๆ และมีบุตรธิดาก็ช่วยกันดูแลเลี้ยงดู สั่งสอน อบรมและมีบทบาทในครอบครัวที่ชัดเจน

3.2 บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

การปฏิบัติตัวของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยจิตเภทชุมชนทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยที่อาศัยในชุมชน ไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์ตลอดเวลา ดังนั้น ในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ มีปัจจัยที่สำคัญคือ ญาติ/ผู้ดูแลมีความเข้าใจผู้ป่วยมีสัมพันธภาพ ที่ดีต่อผู้ป่วยก็จะส่งผลให้ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ภาระของญาติ/ผู้ดูแลก็จะลดลง และผู้ป่วยก็สามารถอยู่ในชุมชนได้ดังนั้นญาติ/ผู้ดูแลต้องเรียนรู้และปรับทัศนคติในเรื่องต่อไปนี้

1) ด้านความคิด ญาติต้องทำใจยอมรับว่าผู้ป่วยไม่สบาย และพาผู้ป่วยไปหาแพทย์อย่างต่อเนืองและสม่ำเสมอ จัดยาใส่กระปุก หรือมีตลับแบ่งยาในแต่ละวัน ใส่ยา ตามจำนวนมือ ญาติต้องรักผู้ป่วยอย่างจริงใจ และดูแลเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา

2) ด้านการจัดการกับอาการผิดปกติให้สังเกตอาการของผู้ป่วยเมื่อพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการที่ผิดปกติหรือถ้าผู้ป่วยมีการใช้แอลกอฮอล์ต้องให้ความสำคัญและพาผู้ป่วยไปพบ แพทย์และ ถ้าไม่สามารถจัดการได้ให้ขอความร่วมมือจากตำรวจเมื่อผู้ป่วยมีเหตุให้บอกผู้ป่วยว่าเป็นเสียงที่ไม่รู้จักอย่าไปสนใจ เมื่อเขาเครียด พูดสิ่งดีๆ ให้ฟังเขา

3) ด้านการจัดฝึกทักษะทางสังคม เมื่อญาติพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมแล้วสามารถพาผู้ป่วยเข้าสังคมโดยชักจูงผู้ป่วยออกไปนอกบ้านด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์มีทักษะทางสังคมโดยไม่ต้องใช้แอลกอฮอล์

4) ด้านการหาความรู้เพิ่มเติม ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยโดยการหาความรู้เรื่องโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ความเป็นไปของอาการ อาการแสดง การรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาและ ผลกระทบจากแอลกอฮอล์ต่อการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต

5) ด้านการสนับสนุนเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย สนับสนุนและให้กำลังใจในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ช่วยเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยพยายามลืมสิ่งที่ผ่านมาให้ผู้ป่วยเริ่มต้นชีวิตใหม่ จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานต่อหน้าญาติหรือครอบครัว รวมทั้งเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยในการลดละเลิกการดื่มแอลกอฮอล์และมีพฤติกรรมใหม่ที่ถูกต้อง

6) ด้านการพัฒนาอาชีพ ให้ผู้ป่วยทำงานง่ายๆ ใช้วิธีการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับอาชีพในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพตัวเองในการทำงานและช่วยเหลือครอบครัวได้ และป้องกันการเกิดพฤติกรรมแยกตัวที่จะทำให้ผู้ป่วยหันไปดื่มแอลกอฮอล์ และทำให้พฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาลดลง

7) ด้านการสื่อสาร โดยพูดกับผู้ป่วยอย่างไร้เพราะ ไม่ตำหนิไม่ขู่แสดงอารมณ์หงุดหงิด เพราะผู้ป่วยจิตเภทจะมีความอดทนต่อแรงบีบคั้นได้น้อย และจะหันไปใช้กลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ และความร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดลง

8) ด้านการผ่อนคลายความเครียดของตนเอง เมื่อญาติมีความเครียด ควรหาวิธีคลายเครียดหรือพบจิตแพทย์ ควรเปลี่ยนบรรยากาศ คลายเครียด มีความคิดว่า ทำวันนี้ให้ดีที่สุด อยู่กับปัจจุบัน ยึดธรรมมะ เพราะผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์จะมีความไวในการกลับไปใช้ซ้ำ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ถ้าหากมีความเครียดหรือการบีบคั้นทางสังคม

บทบาทหน้าที่ของครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาจากการใช้แอลกอฮอล์ เพราะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแอลกอฮอล์ร่วมกับอาการทางจิตต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย คือตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งหากครอบครัวไม่ดูแลเอาใจใส่ ก็ยากมากในการที่ผู้ป่วย

จะหยุดใช้แอลกอฮอล์ได้ และการที่ต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักต้องตั้งเอกสารการอยู่ร่วมกับผู้ใช้แอลกอฮอล์ของโรงพยาบาลสวนปรุง (2554) ดังนี้

1) เข้าใจในเรื่องโรคของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์การใช้แอลกอฮอล์จะไปกระตุ้นสมองให้หลั่งสาร Dopamine ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุขมากกว่าปกติและเกิดความประทับใจ ต้องการกลับไปใช้อีก และสมองจะเกิดความเคยชินจนทำให้ความสุขที่ได้จากการใช้แอลกอฮอล์ลดลงจนต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้ได้ความสุขเท่าเดิม จนเกิดการติดแอลกอฮอล์ในที่สุด

2) สังเกตอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภท ถ้ามีอาการเตือน เช่น กลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำ ให้รีบพาผู้ป่วยจิตเภทไปเข้ารับการรักษาโดยเร็วที่สุด หรือหาตัวช่วย

3) การให้กำลังใจ โดยการสื่อสารกันเชิงบวก ไม่ตำหนิตัวว่ากล่าวกันภายในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีกำลังใจในการที่จะเลิกใช้แอลกอฮอล์ เพราะถ้ามีการตำหนิตัวว่ากล่าวอาจจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำเพื่อกลบอาการและสถานการณ์เหล่านั้น โดยการไม่หมดหวังหรือเย็นชา มีการพูดแสดงความเห็นใจอย่างนุ่มนวลและเข้าใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามศักยภาพด้วยตัวเอง ให้กำลังใจ และชี้ให้เห็นถึงผลดี มีการแบ่งงานให้ผู้ป่วยได้รับผิดชอบทำ ไม่ควรทำแทน และควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมในวันกิจกรรมของครอบครัวร่วมกัน พูดคุยกันเพื่อลดความเครียด ไม่ข่มขู่ หรือหวังให้ผู้ป่วยหายจากการติดแอลกอฮอล์ 100 % เพราะเป็นโรคเรื้อรังที่อาจจะกลับไปใช้ซ้ำได้อีกเมื่อไหร่ก็ได้ตราบดีที่ผู้ป่วยไม่เข้มแข็งพอ ปล่อยวางจากพฤติกรรมติดแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย ไม่เคร่งเครียดหรือควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยมากเกินไป คอยเคียงข้าง สนับสนุนให้กำลังใจจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถระงับและควบคุมอารมณ์ได้โดยไม่หันกลับไปใช้แอลกอฮอล์

ซึ่งผู้ดูแลหลักจำเป็นต้องมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงสมาชิกทุกคนในครอบครัวควรมี ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความเมตตากรุณาและอดทนต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ทั้งนี้จากการศึกษา ของ ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิต บบาทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (care provider role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพอนามัยของร่างกาย และตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วย โดยยึดแนวทางการรักษาเป็นหลัก เช่น การดูแลให้รับประทานอาหารและยา เป็นต้น ซึ่งเป็นการดูแลทางด้านร่างกายเท่านั้น มักจะละเลยต่อการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ และการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นในสังคม

สรุปได้ว่า บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ได้แก่ ด้านความคิดทัศนคติ มุมมองของครอบครัวต่อผู้ป่วย ซึ่งครอบครัวต้องทำใจยอมรับว่าผู้ป่วยไม่สบาย ครอบครัวต้องคอยดูแล สนับสนุน ให้กำลังใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาทั้งด้านการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา การจัดการอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต การจัดการกับอาการ

ผิดปกติให้สังเกตอาการของผู้ป่วย การควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการจัดฝึกทักษะทางสังคม ด้านการหาความรู้เพิ่มเติม ด้านการสนับสนุนเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย ด้านการพัฒนาอาชีพโดยให้ผู้ป่วยทำงานง่ายๆ ด้านการสื่อสาร โดยพูดกับผู้ป่วยอย่างไร้พละ และด้านการผ่อนคลายความเครียดของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีกำลังแรงจูงใจในรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง ควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้ อาการไม่ทางจิตไม่กำเริบและดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว

4.1 ความหมายของการให้คำปรึกษา

สมาคมจิตวิทยาแห่งอเมริกา (The American Association, Division of Counseling Psychology, Committee on Definition, 1956, Cited in Thompson, Rudolph and Henderson, 2004) หมายถึง เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้เอาชนะอุปสรรค เพื่อการเจริญเติบโตส่วนบุคคล ด้วยการเผชิญกับอุปสรรคและพัฒนาศักยภาพในส่วนบุคคล

Louise Morales-Brown, (2022) การให้คำปรึกษาครอบครัว หมายถึง การมีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ไขปัญหาทางด้านจิตใจ พฤติกรรม และอารมณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจะทำงานร่วมกับนักบำบัดโรคหรือที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาและรักษาความสัมพันธ์ที่ดีต่อสุขภาพ

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2542) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษา คือ การให้คำปรึกษาที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย เป็นการให้คำปรึกษาทั้งครอบครัวไม่ใช่เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ครอบครัวในที่นี้หมายถึงบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันได้แก่ สามีมภรรยา ลูก ญาติพี่น้องและบางครั้งอาจรวมถึงมิตรสหายด้วย

Burks and Shefflre (1979) Cited in George & Cristiani, (1995) การให้คำปรึกษาหมายถึงกระบวนการให้ความช่วยเหลือที่เกิดจากสัมพันธภาพทางวิชาชีพของบุคคลอย่างน้อย 2 คน คือผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา

สิริภัทร โสทธิยาภักย์ และคณะ (2560) การให้คำปรึกษาครอบครัว หมายถึง กระบวนการให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ครอบครัว อยู่ในสภาวะสมดุล และทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นแนวทางที่จะพัฒนาสมาชิกในครอบครัวให้มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถสื่อสารได้ดี สามารถสร้างสัมพันธภาพและปรับตัวได้ดีทั้งในครอบครัวและสังคมภายนอก เพราะครอบครัวเป็นระบบ ๆ หนึ่ง ดังนั้นปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบครอบครัวจึงเป็นปัญหาของทุกคนในครอบครัวที่จะต้องร่วมมือกันหาทางแก้ไข

มณฑิรา จารุเพ็ง (2558) การให้คำปรึกษาครอบครัว หมายถึง การที่ผู้ให้คำปรึกษาไม่ได้มุ่งที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เฉพาะ ผู้ที่ถูกระบุว่ามีปัญหา แต่จะช่วยให้ทั้งครอบครัวทำหน้าที่ได้ดีกว่าเดิม เป้าหมายเหล่านี้จะเป็นจริงได้ก็ต่อเมื่อมี การช่วยเหลือให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมในด้านต่าง ๆ เช่น การสื่อสาร การแก้ไขความขัดแย้ง การแก้ไขปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นต้น การช่วยให้ครอบครัวมีแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน และความเครียดได้ โดยการช่วยให้ปรับมุมมองต่อปัญหาใหม่ (Reframe) มองให้กว้างขึ้นกว่าเดิม ช่วยให้ ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่อย่างยืดหยุ่นมากขึ้น มีกฎ มีโครงสร้าง และระบบความสัมพันธ์ที่เหมาะสมกว่าเดิม

เมธินินทร์ ภิญโญชน (2539)การให้คำปรึกษาครอบครัว หมายถึงกระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัว ไม่เฉพาะสมาชิกคนใดคนหนึ่งที่ถูกกล่าวว่ามีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพราะถือว่าครอบครัวเป็นระบบๆหนึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบครอบครัวจึงเป็นของส่วนรวมและเป็นความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัวที่จะต้องร่วมมือกันหาทางแก้ไขโดยการช่วยเหลือของผู้ให้คำปรึกษาที่มีลักษณะที่มีคุณสมบัติส่วนตัว มีวิชาชีพที่เหมาะสม เพื่อที่จะให้ครอบครัวอยู่ในสภาวะสมดุลและทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นแนวทางที่จะพัฒนาสมาชิกของครอบครัวให้เป็นตัวของตัวเอง สามารถสื่อสารได้ดีและสามารถสร้างสัมพันธภาพและปรับตัวได้ดีทั้งในครอบครัวและสังคมภายนอก

พระมหาถาวร ถาวโร (2021) การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling) เป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือแก้ไขปัญหของผู้มาขอรับคำปรึกษาร่วมกันเป็นกลุ่ม มีผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่ม โดยใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วม ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติ และทักษะที่ดีในการให้คำปรึกษา เพื่อมุ่งหมายส่งเสริมให้ผู้มาขอรับคำปรึกษามีความตระหนักรู้ มีพฤติกรรมที่สม่ำเสมอ สามารถควบคุมตนเองได้ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่แนวทางที่พึงปรารถนา ส่งเสริมทักษะ และความสามารถของผู้มาขอรับคำปรึกษาในเรื่องการตัดสินใจ แก้ไขปัญหา และวางโครงการอนาคตในการพัฒนาชีวิตได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการให้คำปรึกษา (Counseling) จะประกอบด้วยปัจจัยพื้นฐานสำคัญ คือ 1) ผู้รับบริการปรึกษา 2) ผู้ให้บริการปรึกษา 3) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการปรึกษากับผู้รับบริการ

สรุปได้ว่าการให้คำปรึกษาครอบครัว ตามความหมายของผู้วิจัยนี้ หมายถึง กระบวนการให้ความช่วยเหลือทั้งครอบครัวไม่เฉพาะคนที่มีปัญหาพฤติกรรม ร่วมมือหาทางแก้ไขปัญหาด้วยกัน เพื่อที่จะให้ครอบครัวอยู่ในสภาวะสมดุลและทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดพฤติกรรมใหม่ที่ดีขึ้น ปรับตัวได้ดีทั้งสังคมภายในและภายนอก โดยผู้ให้คำปรึกษาที่มีลักษณะที่มีคุณสมบัติส่วนตัว มีวิชาชีพที่เหมาะสม ใช้ทักษะ เทคนิคและกระบวนการให้คำปรึกษา 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การตกลงบริการ 3) การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้รับบริการ 4) การวางแผนแก้ไขปัญหา 5) การยุติบริการ

4.2. แนวคิดและหลักการการให้คำปรึกษาครอบครัว

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้กล่าวถึงหลักการให้คำปรึกษาครอบครัวมีเทคนิคหลายอย่าง แต่มีหลักการสำคัญ 6 ประการ ได้แก่

1) ทำให้ครอบครัวเกิดความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะร่วมมือในการรับการปรึกษา ปัญหาอยู่ที่ครอบครัวไม่ได้อยู่ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง และหน้าที่ครอบครัวมาร่วมรับการปรึกษานั้นเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาเท่านั้น การทำให้ครอบครัวมีแรงจูงใจและร่วมมือในการให้คำปรึกษาจึงเป็นสิ่งที่ยากกว่า ดังนั้นสิ่งแรกที่คุณให้การศึกษาต้องทำคือ การสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้น มิฉะนั้นครอบครัวอาจหยุดการรับคำปรึกษากลางคันหรือต่อต้านการให้คำปรึกษาได้

2) วิเคราะห์ปัญหาให้กระจ่าง ทำความเข้าใจปัญหาอย่างถ่องแท้ว่า คืออะไร เกิดเนื่องจากอะไร ใครเป็นผู้มีส่วนในการเกิดปัญหา หรือทำให้ปัญหาคำเนินอยู่ การแก้ไขปัญหาก็เคยทำได้ผลหรือไม่ ถ้ามีปัญหา อะไรเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องรีบแก้ไขก่อน โดยผู้ให้การศึกษาต้องค้นหาข้อมูลให้ครบถ้วนเพียงพอ เพื่อที่จะตั้งสมมติฐานการแก้ไขปัญหได้อย่างถูกต้อง

3) เฟื่องเส็งปฏิสัมพันธ์ที่สังเกตได้ในชั่วโมงการให้คำปรึกษา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งกว่าความขัดแย้งภายในใจของแต่ละคน ถ้าสังเกตความเป็นไปได้ในชั่วโมงให้คำปรึกษาจะพบว่า มีปฏิสัมพันธ์หลายอย่างเกิดขึ้น บางอย่างเกิดซ้ำแล้วซ้ำอีก จนเป็นรูปแบบประจำครอบครัวนั้นๆ ในครอบครัวที่มีปัญหารูปแบบดังกล่าวมักไม่เหมาะสม ผู้ให้คำปรึกษาต้องเสนอรูปแบบใหม่ที่เหมาะสมกว่าแบบเดิม ในครอบครัวการที่จะมองเห็นรูปแบบปฏิสัมพันธ์ที่เกิดซ้ำๆ และเข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ได้นั้น ผู้ให้คำปรึกษาต้องเฟื่องเส็งที่กระบวนกร ที่เกิดขึ้นในการะบวนการบำบัดมากกว่าที่จะมุ่งที่เนื้อหาหรือรายละเอียดปลีกย่อยที่ครอบครัวเล่าให้ฟัง เข้าใจความสัมพันธ์อย่างครบถ้วน ไม่ใช่เฉพาะกับคนเพียงคู่เดียว

4) ช่วยให้อครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมใหม่ การที่ครอบครัวแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นไม่ได้เพราะครอบครัวติดอยู่กับความคิดเก่าๆ ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมใหม่ โดยเฉพาะแง่ของวงจรปฏิสัมพันธ์จะทำให้การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ช่วยให้อครอบครัวมีเป้าหมายชัดเจนในการรับการปรึกษา และชัดเจนว่าต้องการแก้ปัญหาดตรงจุดใด หรือให้อครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร จะทำให้การให้คำปรึกษามีทิศทางแน่นอนไปในแนวทางเดียวกัน ไม่เสียเวลานาน และการแก้ปัญหาก็จะเป็นไปอย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพ

5) สร้างเครือข่ายทางสังคมในครอบครัว ครอบครัวที่มีปัญหามักกระทำตนเป็นระบบปิด (Closed System) ที่มี การเปลี่ยนแปลงหรือปรับตัวได้ลำบาก ขาดเครือข่าย ประคับประคอง และมีสัมพันธ์ไม่ดีกับระบบอื่นๆ การให้การศึกษาจะเกิดผลดีต่อเมื่อผู้รับการปรึกษาดึงเอาเครือข่ายต่างๆ มาช่วยเหลือเพื่อให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้นและคงทนถาวรขึ้น

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2563) ได้ให้หลักการให้คำปรึกษาไว้ดังนี้

1) ให้คำปรึกษาอย่างเป็นกลาง(Neutrality) ไม่เข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งให้ ความสำคัญทุกฝ่ายทำให้เกิดความรู้สึกมีตัวตนในครอบครัว และเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมในการ แก้ปัญหาพร้อมปรับพฤติกรรมของตนเองเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ได้มี ส่วนร่วมในการกำหนดร่วมกันด้วย

2) ให้คำปรึกษาอย่างมีสมมติฐาน(Hypothesis) ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีสมมติฐานหรือ แผนที่ในการสำรวจปัญหาเพื่อให้เข้าใจความหมายของพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวเป็น แนวทางสำหรับการตั้งคำถามและหาแนวทางแก้ปัญหา ทำให้เกิดมุมมองเชิงระบบกับครอบครัว โดยผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวมีหน้าที่ในการตั้งคำถาม และสำรวจพฤติกรรมและความสัมพันธ์ที่เกิดใน ครอบครัวว่าส่งผลต่อพฤติกรรมอย่างไรและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้รับการปรึกษาและครอบครัว

3) ให้คำปรึกษาโดยใช้คำถามเป็นวง ตั้งคำถามกับครอบครัวแต่ละคนได้เกิดมุมมอง เกี่ยวกับความเชื่อ พฤติกรรม และความสัมพันธ์ ผ่านคำถามและคำตอบจากครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแล หลัก

4.3. กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว

กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวมีผู้ให้คำนิยามไว้มากมาย แต่การศึกษาวิจัยครั้งนี้จะใช้ กระบวนการให้คำปรึกษา จำนวน 5 ขั้นตอน (จิน แบร์รี, 2538, พัฒนาโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ มีความสำคัญอิทธิพลสามารถทำนาย ความสำเร็จของกระบวนการให้การปรึกษาใน 4 ขั้นตอนได้ เป้าหมายของขั้นตอนนี้คือ เกิด สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษาด้วยการใช้เทคนิคและทักษะต่างๆเพื่อช่วยให้ ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกไว้วางใจ (trust) ปลอดภัย(safe) และเชื่อมั่น (confidence)ต่อ กระบวนการช่วยเหลือ ขั้นตอนนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะทำการตกลงบริการเพื่อให้กระบวนการให้ คำปรึกษาเกิดประสิทธิภาพ พฤติกรรมการแสดงออกของผู้รับบริการที่บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของการให้ คำปรึกษาในขั้นตอนนี้คือ 1) ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการให้คำปรึกษา และ 2) รับทราบเข้าใจปัญหา ร่วมกำหนดข้อตกลงบริการ ระบุความคาดหวัง ปัญหาที่ต้องการแก้ไข วัตถุประสงค์ เป้าหมาย กระบวนการ บทบาทหน้าที่แต่ละฝ่าย ระยะเวลาของการปรึกษารวมถึงการ รักษาความลับของผู้รับการปรึกษา

ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจปัญหา ขั้นตอนนี้ ผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่อำนวยความสะดวก (facilitate) และ กระตุ้น (encourage) ให้ผู้รับการปรึกษาสามารถดึงศักยภาพของตนเองออกมาใช้ในการสำรวจ ปัญหา สาเหตุ ค้นหาความเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงและความต้องการของตนเองให้มากที่สุด ด้วยการให้

เทคนิคและทักษะการให้คำปรึกษาต่างๆ ระยะเวลา และโอกาสความสำเร็จในขั้นตอนนี้ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของขั้นตอนการสร้างสัมพันธ์ภาพและการตกลงบริการ คุณลักษณะพื้นฐานด้านสติปัญญา ความรู้ ความสามารถ ลักษณะส่วนบุคคลของผู้รับคำปรึกษา ร่วมกับความชำนาญและทักษะของผู้ให้คำปรึกษา

ขั้นตอนที่ 3 การเข้าใจปัญหา สาเหตุ และความต้องการของผู้รับบริการ ขั้นตอนนี้คือหัวใจสำคัญของกระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อนำไปสู่การวางแผนและการปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดร่วมกัน ขั้นตอนนี้ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคและทักษะการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมตามสถานการณ์ต่างๆ เพื่อเอื้ออำนวยและกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาสามารถคลี่คลายและทำความเข้าใจสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา ชัดเจน มองเห็นสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเกิดปัญหาของตนเองอย่างครอบคลุม รอบด้าน และเป็นอิสระ สามารถปลดปล่อยตนเองจากพันธนาการของความรู้สึกผิด หรือการโทษตนเอง ผลลัพธ์ของขั้นตอนนี้คือ ผู้รับการปรึกษาเกิดการมองเห็น เข้าใจสถานการณ์ปัญหา สาเหตุ และกระบวนการเกิดตามสภาพความเป็นจริง เกิดการตระหนักถึงความรับผิดชอบของตนเองต่อการแก้ไขปัญหา เข้าใจความต้องการที่แท้จริงของตนเอง มองเห็นแนวทางการจัดการปัญหาด้วยตนเอง รวมทั้งสามารถใช้ทรัพยากรและแหล่งช่วยเหลือที่มีอยู่มาสนับสนุนให้เกิดการแก้ไขสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนแก้ไขปัญหา ขั้นตอนนี้มีความสำคัญต่อการปฏิบัติ ผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่เอื้ออำนวยและสนับสนุนให้ผู้รับการปรึกษาวางแผนการแก้ไขสถานการณ์ปัญหาด้วยตนเอง มุ่งเน้นแผนการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของตนเองมากที่สุดเพื่อให้เกิดความสำเร็จ เกิดประสิทธิภาพ และเกิดความเป็นไปได้สูงสุดอย่างแยกคาง ก้าวหน้าขั้นตอนนี้ผู้ให้คำปรึกษาต้องใช้เวลา ไม่เร่งรีบจนทำให้เกิดบรรยากาศอึดอัดการณ์ที่ผู้รับคำปรึกษาคิดไม่ออกหรือเกิดความไม่มั่นใจ ผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างเพียงพอ และรอบด้านเพื่อให้เกิดทางเลือกที่หลากหลาย และร่วมกับผู้รับคำปรึกษาวิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากแต่ละทางเลือก รวมทั้งอาจให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมหากจำเป็น ในที่สุดผู้รับคำปรึกษาเป็นผู้วางแผนและเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาคำปรึกษาที่ดีที่สุดด้วยตนเองอย่างเป็นอิสระ ภายใต้หลักการพิจารณาว่าทางเลือกนั้นดีที่สุด สอดคล้องเหมาะสมสำหรับตนเอง สามารถปฏิบัติได้จริง มีโอกาสประสบความสำเร็จ และมีความตั้งใจจริงที่จะปฏิบัติตามแนวทางนั้น ผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่สนับสนุน ให้กำลังใจ และให้ความเชื่อมั่น

ขั้นตอนที่ 5 การยุติการให้การปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาควรส่งสัญญาณให้ผู้รับการปรึกษารับทราบก่อนหมดเวลาเพื่อให้เกิดการเตรียมตัว เตรียมใจ และเพื่อให้ทั้งสองฝ่ายได้มีโอกาสทบทวนประเด็นการสนทนาตามเป้าหมายที่วางไว้ตั้งแต่ต้น ผู้ให้การปรึกษานับสนับสนุนให้ผู้รับการปรึกษาสรุปประเด็นที่ได้จากการสนทนาครั้งนี้ และเปิดโอกาสให้มีการซักถามในประเด็นที่สงสัย จากนั้นผู้ให้การปรึกษาทำหน้าที่ตอบข้อซักถาม เพิ่มเติมประเด็นสำคัญที่ขาดหายไป ชื่นชม ให้กำลังใจ และแสดง

ความเชื่อมั่นต่อการตัดสินใจและการนำแผนการแก้ไขปัญหามาปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง นัดหมาย ระยะเวลา สถานที่ของการพบกันครั้งถัดไปกรณีที่ต้องการการปรึกษาต่อเนื่อง จากนั้นชวนสนทนาด้วยเรื่องต่างๆไปอีกเล็กน้อย เพื่อให้เกิดการผ่อนคลายและความรู้สึกที่ดีต่อกันกล่าวกล่าวเวลา

4.4 ทักษะและเทคนิคการให้คำปรึกษา

1) ทักษะการใส่ใจ (Attending Skill) ความหมาย เป็นการใส่ใจเป็นพฤติกรรมของผู้ให้คำปรึกษาที่แสดงออกด้วยภาษาพูดหรือภาษาท่าทาง ซึ่งบอกถึงความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษา โดยการแสดงความสนใจ การเห็นความสำคัญ และการให้เกียรติ เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความอบอุ่นใจและไม่รู้สึกห่างเหิน

2) ทักษะการนำ (Leading Skill) ความหมาย เป็นการที่ผู้ให้คำปรึกษาพุดนำผู้รับคำปรึกษาไปในทิศทางที่ผู้ให้คำปรึกษาคิดว่าจะทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้ประโยชน์สูงสุดในการมาขอรับคำปรึกษา

3) ทักษะการถาม (Question Skill) ความหมาย การถาม เป็นการให้ผู้รับคำปรึกษาได้เล่าเรื่องราวที่ต้องการปรึกษา รวมทั้งความรู้สึกนึกคิดตลอดจนความเชื่อของผู้รับคำปรึกษา เป็นคำถามแบบเปิดเพื่อเปิดประเด็นเนื้อหา และคำถามแบบปิดเพื่อทวนสรุปเนื้อหา

4) ทักษะการเงียบ (Silence Skill) ความหมาย การเงียบเป็นช่วงระยะเวลาระหว่างการปรึกษาที่ไม่มีการสื่อสารด้วยวาจาระหว่างผู้ให้คำกับผู้รับคำปรึกษา แต่ยังคงมีการสื่อสารทางอารมณ์และความรู้สึก

5) ทักษะการสะท้อนกลับ (Reflection Skill) ความหมาย การสะท้อนกลับ เป็นการบอกความเข้าใจของผู้ให้คำปรึกษาที่มีต่อสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษา รู้สึก รับรู้หรือสนใจที่เป็นปัจจุบันขณะให้คำปรึกษา การสะท้อนกลับจะรวมความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาและเนื้อหาที่ผู้รับคำปรึกษาพูดถึง หรือสิ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาสังเกตเห็นจากกริยาท่าทางของผู้รับคำปรึกษา และเนื้อหาที่ผู้รับคำปรึกษาให้ความสำคัญ โดยใช้คำพูดของผู้ให้คำปรึกษาและที่ชัดเจนเข้าใจได้ง่ายขึ้น

6) การซ้ำความ/การทวนความ (Paraphrasing Skill) ความหมาย

(1) การซ้ำความ/การทวนความ เป็นการที่ผู้ให้คำปรึกษาพุดซ้ำในเรื่องที่ผู้รับคำปรึกษาบอกอีกครั้งหนึ่ง โดยคงสาระสำคัญของเนื้อหา หรือความรู้สึกไว้ตามเดิม แต่ใช้คำพูดน้อยลง

(2) การทวนความ หมายถึง การที่ผู้ให้คำปรึกษาทวนซ้ำในสาระสำคัญที่ผู้รับคำปรึกษาได้พุดไปแล้ว แต่ไม่ได้หมายถึงการทวนซ้ำตลอดเวลาจนเกิดความรำคาญ

7) ทักษะการให้กำลังใจ ความหมาย การให้กำลังใจเป็นการแสดงความสนใจ เข้าใจในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาพุดและสนับสนุนให้เขาพุดต่อไป โดยใช้คำพุดหรือท่าทาง

8) ทักษะการสรุปความ (Summarizing Skill) ความหมาย การสรุปความ เป็นการรวบรวมใจความสำคัญทั้งหมดของความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาที่เกิดขึ้นในระหว่างให้คำปรึกษาหรือในแต่ละครั้ง โดยใช้คำพูดสั้น ๆ ให้ได้ใจความสำคัญทั้งหมด

9) ทักษะการให้ข้อมูลและคำแนะนำ (Giving Information and Advising Skill) ความหมายการให้ข้อมูล เป็นการสื่อสารทางวาจาเกี่ยวกับข้อมูลหรือรายละเอียดต่างๆที่จำเป็นแก่ผู้รับคำปรึกษา

10) ทักษะการชี้ผลที่ตามมา (Pointing Outcome Skill) ความหมาย การชี้ผลที่ตามมา เป็นการชี้ให้ผู้รับคำปรึกษาได้เห็นผลที่อาจตามมาจากการคิด การตัดสินใจ การวางแผนและการปฏิบัติของเขาเองทั้งในทางลบและทางบวก ผลที่ตามมานี้ อาจเป็นได้ทั้งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในใจเขาหรือเหตุการณ์ภายนอก ซึ่งทำให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาคงอยู่รุนแรงขึ้นหรือลดลง เช่น การให้คำแนะนำ เป็นการชี้แนะแนวทางปฏิบัติในการแก้ไขปัญหามาให้ผู้รับคำปรึกษา

สรุปทักษะที่ใช้ในการให้คำปรึกษาครอบครัว ได้แก่ ทักษะการนำ การใส่ใจ การถาม การเจียบ การสะท้อนกลับ การซ้ำความ/ทวนความ การให้กำลังใจ การสรุปความ การให้ข้อมูลและคำแนะนำ การชี้ผลที่ตามมา

5. แนวคิดเกี่ยวกับความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา)

กฎหมายว่าด้วยสุรา กำหนดนิยามไว้ว่า สุราหมายความรวมถึงวัตถุทั้งหลายหรือของผสมที่มีแอลกอฮอล์ซึ่งสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา หรือซึ่งดื่มกินไม่ได้แต่เมื่อได้ผสมกับน้ำหรือของเหลวอย่างอื่นแล้วสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา (จากกฎหมายและระเบียบจากระบบสารสนเทศกฎหมายวิชาชีพสรรพสามิต ในเว็บไซต์กรมสรรพสามิต www.excise.go.th) สรุปความหมายของแอลกอฮอล์ในที่นี้ คือ สุรา ตามกฎหมายว่าด้วยสุรา

5.1 ความหมายของความอยาก

Webster's New Universal Unabridged Dictionary (1996) ได้ให้ความหมายว่าเป็นความต้องการสิ่งหนึ่งสิ่งนั้นอย่างแรงกล้าจนยากลำบากในการควบคุมตนเอง

ICD-10 ได้ให้ความหมายความอยากว่า หมายถึงความต้องการ อย่างแรงกล้าหรือความรู้สึกที่บีบบังคับให้ต้องไปใช้สารเสพติด นั้นๆ (อ้างถึงใน สุนิศา สุขตระกูล , 2561)

จำลอง ดิษยวณิช (2541) ได้อธิบายความอยากไว้ว่า เป็นความปรารถนา ความพึงพอใจต่อสิ่งใดๆ แล้วไม่ได้ดังที่ตั้งใจไว้จะเกิด “ความอยาก” เกิดขึ้น

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2544 ได้ให้ความหมายของความอยากว่า “ความปรารถนา, ความประสงค์, ความต้องการ, ความใคร่, ความหิว, ความปรารถนา”

ความอยาก ตรงกับคำภาษาอังกฤษ คือ craving

กล่าวโดยสรุป ความอยากในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ความปรารถนา หรือความต้องการต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างแรงกล้าแม้เพียงคิดถึงหรือมีสิ่งกระตุ้น และสิ่งนั้นคือ ความอยาก แอลกอฮอล์

5.2 ความหมายของความอยากแอลกอฮอล์

Drummond (1995) ได้ให้ความหมายความอยากดื่มแอลกอฮอล์ว่า เป็นความต้องการดื่ม การถูกดึงดูด หรือการถูกกระตุ้นให้มุ่งความสนใจหรือเกิดความต้องการดื่มแอลกอฮอล์

Jellinek (1960) ได้ให้ความหมายของความอยากดื่มว่า เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการควบคุมตัวเอง และทำให้เกิดการกลับไปดื่มซ้ำในกลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์ที่พยายามจะหยุดดื่ม

Malatt (1987) ได้อธิบายความอยากของผู้ติดแอลกอฮอล์ ว่า ความอยากจะถูกกระตุ้นจากการเผชิญหน้ากับสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของแอลกอฮอล์ทั้งทางบวกและลบ

Tiffany (1999) ได้อธิบายความอยากดื่มแอลกอฮอล์ว่า เกิดจากพื้นฐานกระบวนการทางความคิดโดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับกระบวนการคิดของบุคคลต่อความคาดหวังถึงผลลัพธ์ทางบวกจากการดื่มแอลกอฮอล์ ภายใต้สถานการณ์หรือประสบการณ์เดิม แล้วเกิดความคิดอัตโนมัติให้เกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ขึ้น

ทิพาวดี เอมะวรรณะ (2547) ได้อธิบายความอยากแอลกอฮอล์และยาเสพติดไว้ว่า ความอยากเป็นหัวใจสำคัญของพฤติกรรมติดยาและอาการติดยา การที่บุคคลนั้นเสพยาหรือสารนั้นเข้าไปจนเคยชินหรือติดแล้ว จะทำให้มีอาการอยากยาเกิดขึ้นทันทีที่สารเสพติดนั้นหมดไป คำว่า “ยา” ในที่นี้หมายถึง แอลกอฮอล์ไปจนถึงสิ่งสารเสพติดที่เป็นผลร้ายแรงต่อคน

นิพนธ์ คาล้าน (2547) ได้อธิบายความหมายของความอยากแอลกอฮอล์ว่าเป็นอาการที่ผู้ติดแอลกอฮอล์ไม่สามารถทนใจแข็งในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ เพราะอาการอยากเป็นความต้องการด้านจิตใจที่เชื่อว่าถ้าได้ดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้หายเหนื่อย หายปวดเมื่อยและคลายความเครียด

ศิวะพร ไชยชนะ (2557) ความอยากดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ความต้องการที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของแต่ละบุคคล โดยมีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากและการคาดหวังถึงผลลัพธ์จากการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดอาการทุกข์ทรมานจากการขาดแอลกอฮอล์

สรุปความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ความปรารถนา หรือความต้องการใช้แอลกอฮอล์อย่างแรงกล้าแม้เพียงคิดถึงหรือมีสิ่งกระตุ้น

5.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความอยากดื่มแอลกอฮอล์

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีที่อธิบายความอยากดื่มแอลกอฮอล์ มีดังต่อไปนี้

ดรัมมอนด์และคณะได้เสนอ Cue-reactivity model (Drummond et al., 2000; ศิวะพร ไชยชนะ, 2557) โดยอธิบายความอยากแอลกอฮอล์ ว่ามาจากการถูกกระตุ้นจากสิ่งกระตุ้นบางอย่าง ทำให้เกิดการตอบสนองโดยอัตโนมัติ เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้นหรือน้ำลายไหล ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การช่วยเหลือผู้ติดแอลกอฮอล์ในกลุ่มนี้เน้นที่การค้นหาสิ่งกระตุ้นและหาวิธีจัดการกับสิ่งกระตุ้นเหล่านั้นเพื่อหยุดพฤติกรรมการดื่ม

เนียยูรา (Niaura, 2000; ศิวะพร ไชยชนะ, 2557) อธิบายความอยากแอลกอฮอล์นั้นเป็นกระบวนการที่เกิดร่วมกันของการตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นร่วมกับความคาดหวังต่อผลที่ได้รับจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยสิ่งกระตุ้นประกอบด้วย คน สถานที่ สิ่งของและ ช่วงเวลา สิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลนั้น จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ขึ้นมาได้ โดยอาจมีอาการอยากทางร่างกาย เช่น น้ำลายไหล ใจเต้นแรง ร่วมด้วยเป็นต้น นอกจากนี้ ประสบการณ์ที่ได้รับจากการดื่มแอลกอฮอล์ก็เป็นสิ่งที่กระตุ้นความอยากดื่มได้ เช่น ประสบการณ์ที่ได้รับทางบวกจากการดื่ม ความรู้สึกสุขสบาย สนุกครึกครื้น หรือประสบการณ์ทางลบจากการลด ปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่ม เช่น การเกิดภาวะถอนพิษที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เป็นต้น กระบวนการดังกล่าวจะนำมาสู่ความสามารถในการเผชิญความอยากของแต่ละบุคคล หากบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากพอก็จะสามารถหยุดการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองได้ ในทางตรงกันข้ามหากความอยากมีมากกว่าความสามารถในการจัดการและความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถจัดการได้ก็จะนำมาสู่การดื่มแอลกอฮอล์นั่นเอง การเผชิญหน้ากับสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์โดยจะกระตุ้นให้เกิดความหวังทางด้านบวกหรือบรรเทาอาการขาดแอลกอฮอล์ (Marlatt, 1987)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธงรบ เทียนสันดี (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน ผลการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ดีกว่าก่อนได้รับคำปรึกษาและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ชวนนท์ จันทร์สุข (2562) ศึกษาผลของการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 60 คน ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการให้การ

ปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ดีกว่าก่อนได้รับคำปรึกษาและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมกมล อรรถทิมากุล (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลกับการลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน จำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวมีภาระการดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว และมีพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวมีภาระการดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา และควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว ร่วมกับแนวทางกระบวนการให้คำปรึกษาและทักษะการให้คำปรึกษา 5 ขั้นตอนตามแนวคิด จิน แบรี (2538) พัฒนาโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ (2542) ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การตกลงบริการ 3) การสำรวจปัญหาสาเหตุ ความต้องการของผู้รับบริการ 4) การวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหา และ 5) การยุติการบริการ ที่เน้นการมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา และควบคุมความอยากใช้แอลกอฮอล์ได้ โดยนำทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัว มาใช้ในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว (ประยุกต์ใช้ในทุกขั้นตอนและกิจกรรม) ได้แก่ 1) ทักษะการใส่ใจ 2) ทักษะการนำ 3) ทักษะการถาม 4) ทักษะการเจียบ 5) ทักษะการสะท้อนกลับ 6) การซ้ำความ/การทวนความ 7) ทักษะการให้กำลังใจ 8) ทักษะการสรุปความ 9) ทักษะการให้ข้อมูลและคำแนะนำ 10) ทักษะการชี้ผลที่ตามมา โดยนำความรู้และกระบวนการในการให้คำปรึกษาครอบครัวมาประยุกต์ร่วมกับความรู้เรื่องพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ความรู้เรื่องผู้ป่วยจิตเภทและแอลกอฮอล์ที่ได้จากการเรียนรู้ มาประยุกต์ใช้จริงกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก จนเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ กระบวนการปฏิบัติ และผลลัพธ์จากการปฏิบัติ มีทักษะการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา และควบคุมความอยากแอลกอฮอล์ได้ด้วยตนเอง ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงการประยุกต์ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวกับกระบวนการให้คำปรึกษา

แนวคิดหลัก/หลักการ	การนำมาประยุกต์ในการให้คำปรึกษาครอบครัว
<p>1. การสร้างสัมพันธภาพ การสร้างสัมพันธภาพเป็นขั้นตอนแรกของการให้การปรึกษาเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความไว้วางใจวางใจ อุ่นใจสบายใจ มั่นใจต่อการเปิดเผยปัญหา และแสดงความรู้สึกโดยใช้ทักษะต่างๆการสร้างสัมพันธภาพประกอบด้วย การทักทาย การต้อนรับ การแนะนำตนเอง การพูดคุยแบบเป็นกันเอง โดยเริ่มเปิดประเด็นปัญหาด้วยการฟังอย่างใส่ใจ เป็นการแสดงความพร้อมที่จะช่วยเหลือและเป็นการสร้างความพร้อมให้กับผู้รับการปรึกษาด้วย คืออยากจะสนทนากับผู้ให้การปรึกษาต่อไป</p> <p>2. การตกลงบริการ การประเมินตนเองสิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง เห็นผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์ต่อการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตโดยใช้ทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัว</p>	<p>ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความจริงใจ การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวจะทำให้ผู้วิจัยได้รับข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ป่วย ความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยทราบปัญหาสัมพันธภาพและพฤติกรรมรับประทานยาไม่ตรงตามเกณฑ์การรักษาได้</p> <p>กิจกรรมที่ 2 ตกลงบริการ การตกลงบริการทำให้ทราบวัตถุประสงค์เป้าหมายที่พูดคุยกัน มีการประเมินตนเอง สิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง และประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง และมีการวางแผนอย่างเป็นรูปธรรมเห็นผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์ต่อการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต เปิดมุมมองใหม่ รับทราบและตระหนักถึงปัญหาผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมที่ดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดปัญหาการเข้ายาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาและการประเมินแรงจูงใจเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือไม่ ซึ่งการขาดแรงจูงใจหรือการมีแรงจูงใจในระดับต่ำถือเป็นปัจจัยภายในที่มีความสำคัญและเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล โดยใช้กระบวนการและทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัว ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ทักษะการใส่ใจ 2) ทักษะการนำ 3) ทักษะการถาม 4) ทักษะการเจียบ 5) ทักษะการสะท้อนกลับ 6) การซ้ำความ/การทวนความ 7) ทักษะการให้กำลังใจ 8) ทักษะการสรุปความ 9) ทักษะการให้ข้อมูลและคำแนะนำ 10) ทักษะการชี้ผลที่ตามมา

แนวคิดหลัก/หลักการ	การนำมาประยุกต์ในการให้คำปรึกษาครอบครัว
<p>3.การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความความต้องการของผู้รับบริการ</p> <p>เป็นขั้นตอนที่ช่วยให้ผู้รับบริการและผู้รับการปรึกษาทำความเข้าใจตรงกัน ในประเด็นที่ปรึกษา บทบาทของแต่ละฝ่ายในกระบวนการปรึกษา เวลาที่ใช้ การรักษา ความลับเพื่อให้การให้การปรึกษาเป็นไปอย่างมีทิศทาง เป้าหมายและวิธีการที่ตรงกัน โดยใช้ทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัว</p>	<p>ครั้งที่ 2 การสำรวจปัญหา, สาเหตุ ความต้องการของผู้รับบริการ ประกอบด้วย</p> <p>กิจกรรมที่ 3 การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวเข้าใจถึงปัญหา สามารถหาสาเหตุ และความต้องการ จะช่วยให้สามารถหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้ และมีการวางแผนเป้าหมายเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกัน เป็นลายลักษณ์อักษร ถึงความตั้งใจว่าจะหยุดดื่มแอลกอฮอล์และมีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา ยารักษาอาการทางจิต โทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ ความอยากและตัวกระตุ้น เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และเห็นถึงความสำคัญของการรักษา ความรุนแรงและความจำเป็นในการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต รู้ถึงอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตเพื่อให้สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงได้ รวมทั้งโทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ ความอยากและตัวกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงโทษพิษภัยและอันตรายที่จะได้รับถ้ามีการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช และสามารถลดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานาน ๆ ทำให้ประสิทธิภาพของยาไม่ได้ผลผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อหน่ายและหยุดรับประทานยาในที่สุด (Salyers & Mueser, 2000) โดยการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทจะเป็นวิธีมุ่งเน้นไปที่การปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยเพราะการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ต้องอาศัยการเรียนรู้ที่ถูกต้องโดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวใช้ จีน แบร์รี่(2538) พัฒนาโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ</p>

แนวคิดหลัก/หลักการ	การนำมาประยุกต์ในการให้คำปรึกษาครอบครัว
<p>4. การวางแผนแก้ไขปัญหา</p> <p>เป็นขั้นตอนที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้เริ่มต้นที่จะแก้ปัญหาด้วยตนเองก่อน โดยผู้ให้การปรึกษาพยายามเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ เพื่อให้มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้หาทางเลือกและตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม ซึ่งมีการวางแผนการปฏิบัติอย่างละเอียด ในช่วงนี้ผู้ให้การปรึกษาอาจใช้เทคนิคการให้ข้อมูล เทคนิคการเสนอแนะ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษานำไปพิจารณา ขณะเดียวกันอาจมีการซ้อมปฏิบัติและสนับสนุนให้กำลังใจก่อนลงมือปฏิบัติจริง โดยใช้ทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัว</p>	<p>ครั้งที่ 3 การวางแผนการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวสามารถวางแผนการแก้ไขปัญหาคือได้โดยฝึกทักษะที่จำเป็นด้วยกันเพื่อคอยสนับสนุนเสริมสร้างแรงใจกันด้วยการใช้ตัวแบบและบทบาทสมมติเพื่อให้ผู้ป่วยและสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์ชีวิตจริงได้เพื่อให้เกิดพฤติกรรม การรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาและควบคุมความอยากแอลกอฮอล์ได้ ร่วมกับทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัว ได้แก่</p> <p>กิจกรรมที่ 4 ทักษะการจัดการกับผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตได้ และสามารถประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวันกรณีที่พบอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น ซึ่งสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยารักษาอาการทางจิต คือการขาดความรู้และไม่สามารถทนกับอาการข้างเคียงของยาจิตเวชได้(ผลทิพย์ ปานแดง , 2547) และผลข้างเคียงของยามีผลโดยตรงต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทรวมถึงการคงอยู่ในระบบ(Marder, 2003) และการฝึกจากบทบาทสมมุติจะทำให้ผู้ป่วยมีการจดจำได้ง่ายมากกว่าการอ่านหรือผู้วิจัยอธิบายหรือสอนเพียงอย่างเดียว โดยใช้ทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัว</p> <p>กิจกรรมที่ 5 ทักษะการปฏิเสธ การจัดการและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น เทคนิคการหยุดความคิด เป็นการฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้และครอบครัวคอยช่วยเหลือสนับสนุน สามารถจัดการกับตัวกระตุ้น ซึ่งตัวกระตุ้นสำคัญมากต่อการกลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำ และจัดการกับตัวกระตุ้นภายใน คือความอยากดื่ม (craving) ของผู้ป่วยเอง และตัวกระตุ้นภายนอก คือสถานการณ์เสี่ยงต่างๆที่มากระตุ้นต่อผู้ป่วยทั้งจากครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการใช้เทคนิคการหยุดความคิดและการปฏิเสธเพื่อควบคุมความอยากแอลกอฮอล์จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ (กรมสุขภาพจิต, 2561)</p>

แนวคิดหลัก/หลักการ	การนำมาประยุกต์ในการให้คำปรึกษาครอบครัว
	<p>กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการจัดยาด้วยตนเอง เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีความรู้และมีทักษะในการจัดยา และครอบครัวคอยส่งเสริมสนับสนุนเสริมสร้างแรงใจให้ผู้ป่วยมีการจัดยารับประทานอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง โดยการนำยาของตัวเองมาจัดใส่กล่องที่เตรียมไว้ตามหน้าของยาให้ถูกต้อง และจัดยาตามหน้าซองยาของตัวเอง ซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดี การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยการเน้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างถูกต้องด้วยตัวผู้ป่วยเองจะช่วยพัฒนาสู่ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ (Green et al., 2007) ซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน (Barrowclough , 2001) และเกิดจากแรงจูงใจที่จะปฏิบัติด้วยตนเองของผู้ป่วย (Maneesakorn et al.,2007) ซึ่งการเรียนรู้ด้วยตนเองตามสถานการณ์จำลองและฝึกจากการจัดยาจากยาของผู้ป่วยเอง จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา เกิดความมั่นใจจากการเรียนรู้ฝึกปฏิบัติด้วยตัวเอง ทำให้ทราบปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นและแนวทางแก้ไขที่เกิดขึ้นได้ โดยการฝึกจัดยาด้วยตัวเองใช้เทคนิคตัวแบบเพื่อให้เลียนแบบพฤติกรรมที่พึงประสงค์และผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา และให้ผู้ป่วยมองเห็นสิ่งที่เป็นอย่างปัจจุบันและสิ่งที่อยากให้เป็น โดยใช้ทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัวกับทุกขั้นตอนและกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา (วัชรินทร์ วุฒิธณฤทธิ, 2560)</p>

แนวคิดหลัก/หลักการ	การนำมาประยุกต์ในการให้คำปรึกษาครอบครัว
<p>5. การยุติบริการ</p> <p>เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการให้การปรึกษา วิธีการปฏิบัติในขั้นตอนที่ผู้ให้การศึกษา เอื้ออำนวยให้ผู้รับการศึกษาสรุปประเด็นที่มาปรึกษาและแนวทางแก้ไขที่จะนำไปปฏิบัติตามแผนที่กำหนดในการพบครั้งต่อไป อาจมีการทำการให้การปรึกษาต่อจนผู้ให้การศึกษาเห็นว่าปัญหาของผู้รับการศึกษาได้รับการแก้ไขและผู้รับการศึกษาที่มีความพึงพอใจหรือมีการส่งต่อในช่วงเวลาที่เหมาะสมจะทำการปิดหรือยุติบริการ</p>	<p>ครั้งที่ 4 ยุติบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้รับทราบถึงการสิ้นสุดกิจกรรม</p> <p>กิจกรรมที่ 7 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัว เล็งเห็นประสบการณ์เชิงบวกและเชิงลบที่ผ่านมา โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง โดยการใช้ทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัว และชี้้นำให้เกิดความคิดใหม่ เป็นการทำให้ผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวเห็นสิ่งที่ยากเป็นกับสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เพื่อเกิดพฤติกรรมใหม่</p> <p>กิจกรรมที่ 8 สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรม และมีการทบทวนเนื้อหากิจกรรมทั้งหมดที่ทำไป และกล่าวขอบคุณผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวเพื่อเสริมแรงทางบวกเพื่อให้คงพฤติกรรมเลิกดื่มแอลกอฮอล์ มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ไม่กลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำและดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติ</p> <p>โดยใช้การเสริมแรงทางบวก การปรับโครงสร้างทางความคิด ให้คู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภทนำไปใช้ที่บ้านและยุติกิจกรรม นัดติดตามผล อีก 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน (สมกมล อรรถทิมากุล, 2558; กิริณา อรุณ และคณะ, 2557; มานะศักดิ์ เหลือมทองกลาง, 2563; ศิวพร ไชยชนะ, 2557) โดยการสร้างความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงและคงอยู่ของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยใช้ทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัว</p>

จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ได้รู้ว่าพฤติกรรมการรับประทานยารักษาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์อยู่มีพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ (Batki et al., 2008) โดยมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ จึงขาดแรงจูงใจในการรับประทานยาและขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ อาการแสดง และวิธีการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม โดยวิธีที่จะส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นได้ คือ การให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เนื่องจากครอบครัวเป็นส่วนสนับสนุนหลักในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (อรรวรรณ ช้องต้อ, 2550) รวมทั้งครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาที่เหมาะสม (แหวดดาว วงศ์สุรประภิต, 2549) และการเสริมสร้างแรงจูงใจที่ตรงไปตรงมา เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีเป้าหมายและความมั่นใจในการรับผิดชอบและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเองในการมีพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องและควบคุมความอยากแอลกอฮอล์ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจจะพัฒนา ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ประกอบด้วย 8 กิจกรรมดังต่อไปนี้

การให้คำปรึกษาครอบครัว ตามแนวคิด จิน แบร์รี (2538)

พัฒนาโดย อูมาพร ตรังคสมบัติ (2544) จำนวน 9 กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการตกลงบริการ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 การตกลงบริการ ประกอบด้วย

การประเมินตนเอง สิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง เห็นผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์ต่อการรักษาด้วยยา รักษาอาการทางจิต

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้รับบริการ

กิจกรรมที่ 3 การสำรวจปัญหาสาเหตุ ความต้องการของผู้รับบริการ

และการให้ความรู้โรคจิตเภท ยารักษาอาการทางจิต โทษพิษภัย แอลกอฮอล์ ความอยากและตัวกระตุ้น

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 การวางแผนแก้ไข้ปัญหา ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 4-6 ขั้นตอนการวางแผนเพื่อแก้ไข้ปัญหา โดยการให้ผู้ป่วยจิตเภทและ

ครอบครัวฝึกปฏิบัติทักษะการนำไปใช้แก้้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆใน

ชีวิตประจำวันจริงโดยการเรียนรู้และจดจำผ่านตัวแบบและการซักถามข้อมูล

เพิ่มเติมในสิ่งที่สงสัยและปัญหาที่ค้างคาเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการนำไปใช้ โดย

เลือกแนวทางการแก้้ปัญหาด้วยตัวผู้ป่วยเองและการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต

กิจกรรมที่ 5 ทักษะการปฏิเสธ การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น ทักษะเทคนิคการหยุด

ความคิด

กิจกรรมที่ 6 ทักษะการจัดยาด้วยตนเอง

เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับประทานยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 การยุติบริการ ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 7 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์

โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวเล็งเห็นประสบการณ์

เชิงลบและเชิงบวกที่ผ่านมาโดยอาศัยกระบวนการกลุ่มและประสบการณ์ที่เกิด

ขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง

กิจกรรมที่ 8 สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรม

จากนั้นแจกคู่มือการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัว

พฤติกรรมกร
รับประทานยาตาม
เกณฑ์การรักษา
(Farragher, 1999)
1) การรับประทาน
ยาตามแผนการ
รักษา
2) ด้านความ
สามารถในการสังเกต
และจัดการกับอาการ
ข้างเคียงของยา

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง และมีการติดตามที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน หลังการทำกลุ่ม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ระหว่างก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว และเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ หลังการติดตามที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน (สมกมล อรรถทิมากุล, 2558; กิริณา อรุณ และคณะ, 2557; มานะศักดิ์ เหลื่อมทองกลาง, 2563; ศิวะพร ไชยชนะ, 2558) ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง

O1	X	O2	O3
----	---	----	----

โดย O1 = คะแนนพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว

O2 = คะแนนพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาหลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวหลังติดตามที่ 1 สัปดาห์

O3 = คะแนนพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาหลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวหลังติดตามที่ 1 เดือน

X = ให้การทดลองโดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก(ICD10) และใช้ แอลกอฮอล์ ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท(F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD10) และใช้ แอลกอฮอล์ ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลนารอง ซึ่งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 20 คน และสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ จำนวน 1 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่

ผู้วิจัยกำหนดไว้ โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเจาะจง โรงพยาบาลนางรอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ เนื่องจาก โรงพยาบาลนางรอง เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ยังไม่มีแผนกผู้ป่วยใน เฉพาะทางด้านการรักษาโรคจิตเภทและโรคจิตเวชอื่นๆ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนและรักษาแบบผู้ป่วยนอก ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยจิตเภทใช้แอลกอฮอล์ และมีปัญหาพฤติกรรมกรับประทานยา ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา และถูกละเลยจากครอบครัวในการพามาพบแพทย์และไม่ได้รับยาไปรับประทานต่อเนื่อง จนอาการทางจิตกำเริบและก่อความเดือดร้อนต่อชุมชน และสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลนางรอง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 เมษายน 2564 พบว่าพบผู้ป่วยจิตเภทชุมชนที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 753 คน มีความชุกของการใช้แอลกอฮอล์ ร้อยละ 15 (สถิติผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลนางรอง, 2564) ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงและส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ย่างยากซับซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆและขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรง โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและมีประวัติการใช้แอลกอฮอล์ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
2. อายุ 20-59 ปี
3. เป็นผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในภาวะอาการสงบ จากแบบประเมินอาการทางจิต BPRS ไม่เกิน 36 คะแนน
4. มีคะแนนพฤติกรรมกรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง
5. สมารถใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา สามารถเข้าร่วมและเต็มใจเข้าร่วมโปรแกรมผลของการให้คำปรึกษาครอบครัว
6. สามารถพูดหรือสื่อสารภาษาไทยได้
7. สามารถอ่านหนังสือออก เขียนได้

เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยจิตเภทออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. มีการเจ็บป่วยหนักหรืออาการทางจิตกำเริบ จนเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรม
2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยขอถอนตัวออกจากกรวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือกฎหมายและทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติ ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และช่วยเหลือผู้ป่วยใน การดำรงชีวิตประจำวันสม่ำเสมอและต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือนโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆ

2. ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 20 ปีขึ้นไป
3. สามารถพูดหรือสื่อสารภาษาไทยได้
4. สม่ครใจ ยินยอมให้ความร่วมมือ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

**เกณฑ์ในการคัดเลือกรอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทออกจากกลุ่มตัวอย่าง
(Exclusion Criteria)**

1. ครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้เกิน 1 ครั้ง
2. มีปัญหาได้รับการวินิจฉัยทางจิตเวช เช่น ภาวะโรคจิตและซึมเศร้า เป็นต้น

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างยึดหลักการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยกึ่งทดลอง คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 14 คน (Burn & Glove, 2005) เพื่อให้การกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ซึ่งสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด และป้องกันการไม่มาเข้าร่วมการทดลอง การวิจัยนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 20 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคจิตเภทและใช้แอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ โรงพยาบาลนางรอง และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 20 ครอบครัว ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างเพื่อขอการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และผู้วิจัยรจนได้รับการอนุมัติจริยธรรมให้ดำเนินการระบวนการวิจัยจากคณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ดังหนังสืออนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ภาคผนวก)
2. หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลนางรอง เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย จากนั้นดำเนินการติดต่อประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รวมทั้งการดำเนินงานในการวิจัย และหัวหน้างานสารสนเทศ เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อในทะเบียนผู้ป่วย โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยพร้อมทั้งประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างว่าเป็นไปตามเกณฑ์กำหนดการวิจัยหรือไม่
3. เตรียมความพร้อมผู้ช่วยผู้วิจัย และคัดเลือกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ตามเกณฑ์การคัดเข้า
4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินอาการทางจิต(Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) โดยเลือกผู้ป่วยที่มีคะแนนไม่เกิน 36 คะแนน แสดงว่ามีอาการทางจิตสงบ

5. ทำการคัดเลือกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผ่านการคัดกรองแล้ว และทำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีคะแนนอยู่ในช่วง 2.50 – 3.49 คือ ระดับปานกลางลงไป

6. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก เพื่อเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ พร้อมทั้งอธิบายเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย วัตถุประสงค์และการดำเนินงานในการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

7. ทั้งนี้ในการแบ่งกลุ่มตัวอย่างจะมีการกำหนดรหัสในการประเมินผลก่อนและหลังการทดลองเพื่อป้องกันการเกิดอคติในการประเมินผลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติจริยธรรมให้ดำเนินกระบวนการวิจัยจากคณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ตั้งหนังสืออนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ภาคผนวก) โดยก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ยื่นเอกสารเสนอโครงร่างเพื่อขอการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และผู้วิจัยรองจนได้รับการอนุมัติจริยธรรมให้ดำเนินกระบวนการวิจัยจากคณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยครบถ้วน

ผู้วิจัยจะทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และการสุ่มตัวอย่าง เพื่อเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาและขั้นตอนของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมมีการระบุไว้ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยนั้นกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆในการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยต่างๆที่เกิดขึ้น จากผู้วิจัยได้โดยตรง และเน้นย้ำว่าข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะปกปิดเป็นความลับ การนำเสนอ จะมีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น โดยจะไม่มีเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 4 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต ฉบับภาษาไทย (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่างในช่วง 1 สัปดาห์ ก่อนเข้าร่วมการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย พัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham (1962) มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุงภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2549) แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีระดับคะแนน ตั้งแต่ 1-7 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การให้คำปรึกษาครอบครัว
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดยสรินทร เขียวโสธร (2545) เพื่อให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ก่อนและหลังการทดลอง
4. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของสุนิสา สุขตระกูล (2559) เพราะผู้ติดแอลกอฮอล์เป็นผู้ที่มีความต้องการการบริการโรคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น มีอาการขาดแอลกอฮอล์หากหยุดดื่ม มีความรู้สึกอยากดื่มอย่างมาก ขาดความสามารถในการควบคุมการบริโภค และยังคงบริโภคต่อเนื่องแม้ทราบว่าเกิดผลกระทบทางด้านลบ และเป็นอันตรายต่อร่างกาย นอกจากนี้ยังมีผลกระทบด้านอื่น ได้แก่ปัญหาบุคคลจรจัด (สมบัติ ตรีประเสริฐสุข, 2550) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ยังคงบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำอย่างต่อเนื่องที่ได้รับความสนใจศึกษาในระยะที่ผ่านมา คือ ความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (Leggio, 2009; อัจฉราพร นัตสาสาร, 2548) อ่างถึงใน (ศิวัชร ไชยชนะและคณะ, 2017; ศิวพร ไชยชนะ, 2558)

โดยเครื่องมือแต่ละชุดมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต ฉบับภาษาไทย (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่างในช่วง 1 สัปดาห์ ก่อนเข้าร่วมการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย พัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham (1962) มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุงภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2549) มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .86 แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (somatic concern) อาการวิตกกังวล (anxiety) การแยกตัวทางอารมณ์

(emotional withdrawal)ความคิดสับสน (conceptual disorganization)ความรู้สึกผิด (guilt) ความตึงเครียด (tension)ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (mannerisms and posturing)ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง (grandiosity)การซึมเศร้า (depression) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility)ความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย (suspiciousness/persecution) อาการประสาทหลอน (hallucination behavior) อาการเคลื่อนไหวช้า (motor retardation) การไม่ร่วมมือ (uncooperativeness)เนื้อหาความคิดผิดปกติ (unusual thought content)การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunted affect) อาการตื่นตัว กระวนกระวาย (excitement)อาการไม่รู้เวลา สถานที่และบุคคล (disorientation) (ดังรายละเอียดในภาคผนวก) ระดับคะแนนมีตั้งแต่ 1-7 คะแนนดังนี้ คะแนน 1 หมายถึง ไม่มีอาการ คะแนน 2 หมายถึง สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้างแต่อยู่ในเกณฑ์ปกติ คะแนน 3 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย คะแนน 4 หมายถึง มีอาการปานกลาง คะแนน 5 หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง คะแนน 6 หมายถึง มีอาการรุนแรง คะแนน 7 หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale)

การแปลผล มีดังนี้

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน มีอาการระดับน้อย

ระดับคะแนน 18- 36 หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับน้อย

ระดับคะแนนมากกว่า 36 หมายถึง มีอาการทางจิตระดับมาก

สำหรับการวิจัยครั้งนี้จะมีการใช้แบบประเมินอาการทางจิต BPRS ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งต้องมีระดับคะแนนไม่เกิน 36 คะแนน ซึ่งถ้าพบผู้ป่วยที่มีคะแนน BPRS > 36 คะแนน ผู้วิจัยจะทำการประเมินสภาพจิตใจและการบำบัดเบื้องต้น จากนั้นจะได้ดำเนินการประสานงานเพื่อส่งต่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช แพทย์ หรือจิตแพทย์ต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การให้คำปรึกษาครอบครัว

โดยใช้แนวคิดและกระบวนการของการให้คำปรึกษาครอบครัว ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัว กำหนดการศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมการให้คำปรึกษาครอบครัว พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยเน้นพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

2. การให้คำปรึกษาครอบครัว ผู้ศึกษาใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) โดยใช้กระบวนการและทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัว ที่เน้นการให้คำปรึกษาครอบครัวโดยกิจกรรมในการศึกษาครั้งนี้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กับ การให้คำปรึกษาต่อพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ แอลกอฮอล์ โดยกิจกรรมในการศึกษาครั้งนี้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา การให้คำปรึกษาครอบครัว การใช้ แอลกอฮอล์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมมารับประทาน ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม 4 สัปดาห์ สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-5 กิจกรรม นานครั้งละ 45- 60 นาที รวมการดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 4 สัปดาห์ละ ครั้ง จำนวน 4 สัปดาห์ และวัดซ้ำที่ 1 สัปดาห์ โดยทุกขั้นตอนของการวิจัย ผู้วิจัยได้ วางแผนร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งมีรายละเอียดของการทำงานกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการตกลงบริการ

สาระสำคัญ

เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและพยาบาล เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูล ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม (Core, 1997) และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นได้ โดยจะมีการหาปัญหาที่ผ่านมาที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ทราบประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง มีการ ตั้งเป้าหมายร่วมกันซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักจะทำให้ทราบถึง ปัญหาและสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อมารับประทานยา สามารถแก้ไขเพื่อให้มีพฤติกรรมมารับประทาน ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น การใช้แอลกอฮอล์ลดลง โดยครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมทุก ขั้นตอน โดยใช้กระบวนการและทักษะให้คำปรึกษาครอบครัว

ครั้งที่ 2 การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้รับบริการ

สาระสำคัญ

เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นหลังแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการของตนเอง มีเป้าหมาย เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ อาการแสดง ปัญหา ความต้องการ และ แนวทางการรักษาโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก มี ความเข้าใจถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง แอลกอฮอล์ ความอยากและตัวกระตุ้นที่ส่งผลกระทบต่อ พฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาที่ลดลง เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการอาการแสดง ความต้องการของตนเองและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก วิธีสังเกต และประเมิน อาการด้วยตนเองและตอบสนองพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ตลอดจนแนวทางการ รักษาของผู้ป่วยมากขึ้นอย่างถูกต้องโดยเอาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เคยเกิดขึ้นมาเป็นบทเรียน ในการดำเนินการตามเป้าหมายร่วมกันในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระหว่างครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแล หลักและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ทำให้เกิดความตั้งใจหยุดดื่มแอลกอฮอล์ สามารถหลีกเลี่ยง ตัวกระตุ้นและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น

ครั้งที่ 3 การวางแผนการแก้ไขปัญหา

สาระสำคัญ

กิจกรรมกลุ่มเกี่ยวกับการวางแผนการแก้ไขปัญหา โดยการให้ครอบครัวและผู้ป่วยฝึกทักษะที่จำเป็นด้วยกันเพื่อคอยส่งเสริมสนับสนุนกันด้วยการใช้ตัวแบบและบทบาทสมมติ เกี่ยวกับการฝึกทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ทักษะการปฏิเสธและมีการฝึกทักษะการปฏิเสธ การจัดการและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น เทคนิคการหยุดความคิด และการฝึกทักษะการหยุดความคิด การฝึกทักษะการจัดการด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการจดจำลักษณะของตัวแบบเทียบเคียงกับภาพตนเองจากการเห็นสิ่งที่ตัวแบบได้รับแล้วแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้นในซึ่งการจัดการอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ทักษะการปฏิเสธ และมีการฝึกทักษะการปฏิเสธ การจัดการและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น เทคนิคการหยุดความคิด ซึ่งส่งต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก มีความรู้ ลดละการหยุดดื่มแอลกอฮอล์และมีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้นและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

ครั้งที่ 4 ยุติบริการ

สาระสำคัญ

กิจกรรมกระตุ้นให้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์เล่าถึงประสบการณ์เชิงบวกและเชิงลบที่ผ่านมารวมการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้แรงจูงใจในการรักษาลดลง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักทราบและเข้าใจว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาหลักทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา เกิดปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น โดยเรียนรู้จากกิจกรรมทั้งหมดและเกิดมุมมองใหม่ มีความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักคอยเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมคือการเลิกดื่มแอลกอฮอล์และรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา พร้อมให้คงพฤติกรรมนั้นไว้ และป้องกันการกำเริบกลับไปใช้ซ้ำ

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(Content Validity) ผู้วิจัยนำการให้คำปรึกษาครอบครัวที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย แผนกิจกรรมการให้คำปรึกษาครอบครัว และคู่มือการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อ ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา หลังตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความถูกต้องเหมาะสม กับการศึกษาวิจัย ปรับแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยหาความตรงของเนื้อหา จากการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก) เพื่อประเมินความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษา

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้คำแนะนำ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยถือความเห็นที่ตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้กิจกรรมต่างๆ มีเนื้อหาถูกต้อง ครบคลุม ชัดเจนและภาษาที่เหมาะสมอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ไขรายละเอียดในแต่ละกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการตกลงบริการ

กิจกรรมที่1 ประเมินตนเองผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ปัญหา สิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง การวางแผนอย่างเป็นรูปธรรม และประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

เพิ่มเนื้อหา

1. เนื้อหากลุ่มใหญ่ทุกครอบครัวได้
2. เวลาที่ใช้ทำกิจกรรมไม่ควรเกิน 45-60 นาที
3. เสนอให้เรียงหัวข้อกิจกรรมใหม่ เพื่อสร้างความตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถวางแผนเป้าหมายได้ตรงตามสภาพปัญหาของสมาชิกแต่ละคนได้ เช่น 1) ผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์ต่อการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต 2) เป้าหมายที่ต้องการเปลี่ยน และ 3) ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง

4. การให้คำปรึกษาครอบครัวที่เน้นพฤติกรรมและการรู้คิด (Behavior and Cognitive Family Counseling) เป้าหมายในการให้คำปรึกษาครอบครัวที่เน้นพฤติกรรมและการรู้คิด คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยให้สมาชิกครอบครัวได้ปรับความคิด มีความตระหนักและเห็นประโยชน์ เห็น ความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย

5. ปรับเนื้อหาในโปรแกรมฯ เขียนให้ชัดเจน ให้เห็นถึงกระบวนการที่จะนำไปสู่การบรรลุผลของกิจกรรม เช่น family counseling มี 5 ชั้น ในกิจกรรมควรเห็นทุกชั้นขั้นตอน (family counseling)
 - ชั้น 1 เริ่มต้นการให้คำปรึกษา (Attending) ชั้น 2 การสำรวจปัญหา (Exploration) ชั้น 3 ทำความเข้าใจปัญหา (Understanding) ชั้น 4 ตั้งเป้าหมายและดำเนินการแก้ปัญหา (Action) ชั้น 5 ยุติการให้คำปรึกษา (Termination)

ครั้งที่ 2 การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้รับบริการ

ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยารักษาอาการทางจิต โทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ ความอยากและตัวกระตุ้น

กิจกรรมที่2 การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการ

เพิ่มเนื้อหา

1. เป็นการวางเป้าหมายมากกว่าสัญญาจะดีกว่า เพราะทั้ง 7 ข้อในสัญญาทำได้ยาก อาจจะไม่ได้รับความร่วมมือในข้อ 6, 7
2. ควรเพิ่มกิจกรรมที่แสดงให้เห็นถึงบทบาทของครอบครัวที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพราะในคู่มือฯ ผู้วิจัยมุ่งเน้นที่การให้ความรู้มากกว่า จะเป็นการฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหาและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ความอยากและตัวกระตุ้น มีเพียงการให้ความรู้ แต่ไม่ได้ฝึกประเมินระดับแรงจูงใจของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ประเมินความพร้อมในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
3. ปรับเนื้อหา (กิจกรรมที่ 2 การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการและทำสัญญา) ให้ดำเนินการตามกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว

กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยารักษาอาการทางจิต โทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ ความอยากและตัวกระตุ้น

เพิ่มเนื้อหา

1. ปรับเนื้อหา (กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เกี่ยวกับโรคจิตเภท ยารักษาอาการทางจิต โทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ ความอยากและตัวกระตุ้น) ให้ดำเนินการตามกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว

ครั้งที่ 3 การวางแผนการแก้ไขปัญหา โดยให้ครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยฝึกทักษะที่จำเป็นด้วยกันเพื่อคอยสนับสนุนเสริมสร้างแรงใจกันโดยใช้ตัวแบบและบทบาทสมมติ ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต

เพิ่มเนื้อหา

1. ปรับกิจกรรมจากรูปแบบการให้ความรู้ เป็นการให้คำปรึกษา และให้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริงในผู้ป่วย โดยใช้เทคนิค Family Counseling เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจ จึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมดีขึ้นได้

2. ปรับเนื้อหา (กิจกรรมที่ 4 ทักษะการจัดการกับผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต) ให้ดำเนินการตามกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว

กิจกรรมที่ 5 ทักษะการปฏิเสธ การจัดการและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น เทคนิคการหยุดความคิด

เพิ่มเนื้อหา

1. ให้มีการทำบทบาทสมมติ ฝึกปฏิบัติทักษะจริง จึงจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม
2. เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญ ควรฝึกทักษะให้สามารถปฏิบัติได้จริงในเรื่องการลดละเลิกแอลกอฮอล์

3. ปรับเนื้อหา (กิจกรรมที่ 5 ทักษะการปฏิเสธ การจัดการและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น เทคนิคการหยุดความคิด) ให้ดำเนินการตามกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว

กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการจดจำด้วยตนเอง

เพิ่มเนื้อหา

1. ประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว และมีการทำบทบาทสมมติ ฝึกปฏิบัติทักษะจริง จึงจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม

2. กิจกรรมนี้ฝึกจดจำจริงของตัวผู้ป่วยเอง และให้ญาติติดตามประเมิน มาสรุปผล ประเด็นปัญหาในกลุ่ม

3. ปรับเนื้อหา (กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการจดจำด้วยตนเอง) ให้ดำเนินการตามกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว

ครั้งที่ 4 การยุติบริการ ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 7 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวสังเกตเห็นประสบการณ์เชิงบวกและเชิงลบที่ผ่านมา

เพิ่มเนื้อหา

1. ปรับเวลากิจกรรมประมาณ 45-60 นาที

2. ปรับเนื้อหา (กิจกรรมที่ 7 กระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวสังเกตเห็นประสบการณ์เชิงบวกและเชิงลบที่ผ่านมา) ให้ดำเนินการตามกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว

กิจกรรมที่ 8 สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมทั้งหมด

เพิ่มเนื้อหา

1. ให้ดำเนินการตามกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว

หลังจากปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ โรงพยาบาลนางรอง กลุ่มละ 5 ครอบครัว โดยใช้ การให้คำปรึกษาครอบครัวทั้ง 8 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำผลของการให้คำปรึกษาไปใช้ ความถูกต้องชัดเจนของภาษาที่ใช้ ระยะเวลา ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้ระหว่างการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม หลังจากการทดลองใช้การให้คำปรึกษาครอบครัว พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างดี เข้าใจเนื้อหากิจกรรมต่างๆ แต่ต้องได้รับการอธิบายและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักช่วยในการทวนคำถาม และต้องกระตุ้นในการแสดงความคิดเห็นค่อนข้างมาก แต่ลักษณะคำถามในใบกิจกรรมที่ 1.1 ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักบางรายไม่เข้าใจว่าผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์จะเกี่ยวข้องกับยารักษาอาการทางจิตอย่างไร และใบกิจกรรมที่ 3.5

ฝึกทักษะการจัดยาด้วยตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักบางรายไม่เข้าใจชื่อยาที่เป็นภาษาอังกฤษ ผู้วิจัยต้องมีการอธิบาย และชี้แนะเพิ่มเติม โดยเฉพาะในช่วงกิจกรรมที่ 1 ซึ่งต้องสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเกิดความไว้วางใจที่จะรับฟัง และเปิดใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและผู้ป่วยยังไม่คุ้นชินกับลักษณะคำถามต่างๆ เมื่อผู้วิจัยมีการอธิบายยกตัวอย่างประกอบและฝึกทำใบงาน ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักจึงมีความเข้าใจมากขึ้นและสามารถร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง โดยระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 60 นาที ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมจนครบ 8 กิจกรรม ผู้วิจัยจึงได้นำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งเพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ พร้อมนำไปใช้มากที่สุด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ความรู้สึกถึงผลกระทบที่ได้รับจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ประวัติการใช้แอลกอฮอล์ ผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดยสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545)

เพื่อให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลอง

แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดยสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) ซึ่งประกอบด้วย 5 ลักษณะ ได้แก่ ใช้ยาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยาเอง ใช้ยาอย่างถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา ใช้ยาตรงตามเวลา โดยหากมีการผิดพลาดไม่ควรเกินสองครั้งต่อสัปดาห์หรือติดต่อกันสองมือ และใช้ยาถูกขนาดโดยไม่ลดหรือเพิ่มยาเองโดยไม่ได้รับการปรึกษา แพทย์ ลักษณะเครื่องมือประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ข้อที่ 1-9 เป็นด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง และข้อที่ 10-18 เป็นด้านความสามารถสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ใช้วิธีการสัมภาษณ์ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราประเมินค่า 5 ระดับ เป็นข้อความทางบวกและข้อความทางลบอย่างละ 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 โดยมีรายละเอียดรายด้านดังนี้

ด้านที่ 1 ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ประกอบไปด้วยรายชื่อ ได้แก่ ข้อ 1)ท่านหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น 2)ท่านลืมรับประทานยา 3)ท่านรับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น 4)ท่านหยุดรับประทานยาโดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ 5)ท่านรับประทานยาตรงตามเวลา 6)ท่านเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง 7)ท่านรับประทานยานอนหลับเพิ่มโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง 8)ท่านรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง 9)ท่านลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง

ด้านที่ 2 ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ประกอบไปด้วย ข้อคำถาม 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, โดยมีรายละเอียดดังนี้

ข้อ 10) เมื่อท่านมีอาการผิปกติรุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที 11)เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ท่านรับประทานยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้ 12)ท่านขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษาเมื่ออาการทางจิตไม่ดีขึ้น 13)ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพในเรื่องการใช้ยา 14) เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย ท่านหยุดรับประทานยารักษาโรคจิตทันทีโดยไม่ปรึกษาแพทย์ 15) แม้มีอาการดีขึ้นแล้ว ท่านยังมารับยาสม่ำเสมอ 16)ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง 17)เมื่อยาหมด ท่านซื้อยารักษาอาการทางจิตกินเองโดยไม่ได้มาพบแพทย์ (ไม่รวมการสั่งซื้อยาทางไปรษณีย์) 18) ท่านปรึกษากับทีมสุขภาพ เมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผิปกติจากการใช้ยา

เครื่องมือนี้เป็นข้อคำถามทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ 5, 8,10,11,12,13,15,16,18 และข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ 1,2,3,4,6,7,9,14,17 มีลักษณะรายละเอียดข้อคำถามดังนี้ เป็นลักษณะคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ค่าคะแนนบวก	ค่าคะแนนลบ
เป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติสัปดาห์ละครั้ง	3	3
นานๆครั้ง	มากกว่า 1 สัปดาห์ปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2	4
ไม่เคย	ไม่ปฏิบัติเลย	1	5

การแปลผลโดยคิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อและแบ่งเป็น 5 ช่วงแล้วรวมค่าคะแนนรายด้านและรวมทุกด้านมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตรวัด 5 ระดับ โดยจัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุดเป็นค่าเฉลี่ย และความหมายดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

คะแนนเฉลี่ย

4.50-5.00

ความหมาย

มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก

3.50-4.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี
2.50-3.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง
1.50-2.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ
1.00-1.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ หาความตรงของเนื้อหา โดยการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน ให้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 4 คือ เห็นด้วยมากที่สุด จนถึงระดับ 1 คือไม่เห็นด้วย หลังจากนั้นตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา CVI ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป(อ้างอิงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้สูตรดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในครั้งนี้ พบว่า แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ตามแนวคิดของFarragher (1999) พัฒนาโดยสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) ในงานนี้มีค่าความตรงของเนื้อหา CVI = .95 ดังนั้นแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดยสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out)ในผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในแผนกจิตเวชและยาเสพติด ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนางรอง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อประเมินความชัดเจนของข้อคำถาม ระยะเวลา และนำข้อมูลมาตรวจสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)โดยค่าที่ยอมรับได้คือ ค่า .80 ขึ้นไป (Dixon, 2004) ผู้วิจัยคำนวณได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ตามแนวคิดของFarragher(1999) พัฒนาโดยสรินทร์ เชี่ยวโสธร(2545) เท่ากับ .80

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) ของ Anton, Moak and Latham (1995) ซึ่งพัฒนาโดย Sunisa Suktrakul et al, (2009) เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ตอบทำการประเมินตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ คือ 1)ใน 1 วันคุณใช้เวลาคิดถึงและนึกเห็นภาพเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์

บ่อยแค่ไหน 2) คุณคิดถึงการดื่มแอลกอฮอล์ บ่อยแค่ไหน 3) การคิดถึงหรือนึกเห็นภาพเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์รบกวนการดำเนินชีวิตหรือการทำงานของคุณ 4) การคิดถึงการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้คุณเกิดความเสียใจหรือรบกวนจิตใจของคุณ 5) คุณใช้ความพยายามมากน้อยเพียงใดที่จะต่อต้านการคิดถึงหรือพยายามที่จะมองข้ามไม่ใส่ใจต่อความอยากดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิดขึ้น (เฉพาะความพยายาม ไม่รวมถึงความสำเร็จในการควบคุมการคิดถึงการดื่ม) 6) คุณประสบความสำเร็จแค่ไหนในการหยุดยั้งหรือเบี่ยงเบนการคิดถึงการดื่มแอลกอฮอล์ 7) การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อการทำงานของงานของคุณเพียงใด มีอะไรที่คุณไม่สามารถทำได้เมื่อดื่มแอลกอฮอล์(หากขณะนี้คุณไม่ได้ทำงาน ขอให้คิดว่า การดื่มจะส่งผลกระทบต่อได้มากน้อยเพียงใดหากคุณทำงาน) 8) การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อหน้าที่ทางสังคม เช่น ก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัวหรือความสัมพันธ์กับเพื่อน 9) ในขณะที่คุณพยายามที่จะหยุดดื่มแอลกอฮอล์เมื่อคุณเกิดความอยากดื่ม คุณรู้สึกกระวนกระวายหรือหงุดหงิด 10) ความพยายามที่คุณที่จะต่อต้านการดื่มแอลกอฮอล์ (เฉพาะความพยายามที่จะต่อต้าน ไม่รวมถึงความสำเร็จในการควบคุมการดื่ม) 11) ในขณะนี้คุณอยากดื่มแอลกอฮอล์ 12) คุณควบคุมการดื่มได้ ซึ่งนิยมนำมาวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ที่ใช้แอลกอฮอล์ โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบตัวเลือกให้เลือก 5 ตัวเลือก ตั้งแต่ 0 – 4 ผลคะแนนรวมตั้งแต่ 0-4 คะแนน ซึ่งกำหนดให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเพียงเพียง 1 คำตอบ การคิดค่าคะแนนเป็นระดับการตรวจสอบความสอดคล้อง โดยในการตรวจสอบมีระดับ ของการให้คะแนนความสอดคล้อง 4 ระดับ และแปลผลได้แก่

ระดับคะแนน 4	หมายถึง	มีความสอดคล้องมากมากที่สุด
ระดับคะแนน 3	หมายถึง	ค่อนข้างมีความสอดคล้องมาก
ระดับคะแนน 2	หมายถึง	มีความสอดคล้อง
ระดับคะแนน 1	หมายถึง	มีความสอดคล้องน้อย
ระดับคะแนน 0	หมายถึง	ไม่มีความสอดคล้องเลย

เกณฑ์การกำกับการทดลอง

สำหรับการวิจัยนี้จะใช้เกณฑ์ คือ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีประวัติเคยใช้แอลกอฮอล์ ถือว่าเข้าเกณฑ์การวิจัย ซึ่งหลังเข้าการให้คำปรึกษาครอบครัว ความอยากดื่มแอลกอฮอล์ลดลง ถือว่าผ่านเกณฑ์ หากความอยากดื่มแอลกอฮอล์หลังทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง ผู้วิจัยและผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักต้องร่วมกันประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งหาแนวทางการแก้ไขเพิ่มเติมความรู้และทักษะที่บกพร่องจนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการลดลงตามเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(Content Validity Index: CVI) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือหาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย โดยการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน ให้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 4 คือ มีความสอดคล้องมาก จนถึงระดับ 0 ไม่มีความสอดคล้อง สำหรับข้อคำถามแต่ละข้อ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเห็นตรงกันในระดับ 3 และ 4 โดยค่า CVI ที่ยอมรับคือ .80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้สูตรดังนี้

CVI =
$$\frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในครั้งนี้ พบว่า แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์(The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) ของ Anton, Moak and Latham (1995) ซึ่งพัฒนาโดย Suktrakul Sunisa et al. (2009) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI = .98 ดังนั้นแบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เครื่องมือมีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยมีการปรับแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังนี้

- ปรับคำถามข้อที่ 10 จากเดิม คำว่า ต่อต้าน เปลี่ยนเป็น ปฏิเสธ

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) ในผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในแผนกจิตเวชและยาเสพติด ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนารอง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อประเมินความชัดเจนของข้อคำถาม ระยะเวลา และนำข้อมูลมาตรวจสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าที่ยอมรับได้คือ ค่า .80 ขึ้นไป (Dixon, 2004) ผู้วิจัยคำนวณได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์(The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) ของ Anton, Moak and Latham (1995) ซึ่งพัฒนาโดย Suktrakul Sunisa et al. (2009) เท่ากับ .94

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลองและระยะประเมินผลการทดลองเพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังนี้

1. ระยะเตรียมการวิจัย

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยโดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวข้องกับโปรแกรมผลของการให้คำปรึกษาครอบครัว สำหรับผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและพัฒนาทักษะ การใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อ โดยฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเพื่อให้เกิดความชำนาญก่อนนำไปใช้จริง

1.2 ผู้วิจัยสร้าง การให้คำปรึกษาครอบครัว และเตรียมเครื่องมือ และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน และมีการหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน เพื่อให้เนื้อหา มีความครอบคลุม ชัดเจน มีภาษาที่เหมาะสมในการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะผู้วิจัยศาสตร์แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุมชนที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.4 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลนางรอง เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยที่เรียบร้อยแล้วเพื่อขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา สถานที่ให้ทราบ

1.5 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนางรอง ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด เพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการใช้สถานที่สำหรับดำเนินการวิจัย

1.6 ผู้วิจัยจัดเตรียมความพร้อมของการวิจัยทั้งผู้ช่วยผู้วิจัยและเครื่องมือในการวิจัย โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือวิจัย ขั้นตอน การคัดกรองประเมินคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า

ร่วมงานวิจัย วิธีการทดลอง การประเมินก่อนหลังการทดลอง และการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยสามารถใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วยและเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

1.7 ผู้วิจัยทำการทดลองใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วยจำนวน 30 ครอบครัว พบว่าแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ตามแนวคิดของFarragher (1999) พัฒนาโดยสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) มีค่าความตรงของเนื้อหา CVI = .95 แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) ของ Anton, Moak and Latham (1995) ซึ่งพัฒนาโดย Suktrakul Sunisa et al. (2009) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI = .98

1.8 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะให้ข้อมูล ข้อมูล คำชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในหนังสือขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเริ่มจากการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่มารับบริการที่ คลินิกใกล้ใจ ซึ่งเป็นแผนกจิตเวชและยาเสพติด โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ตามแนวคิดของFarragher (1999) พัฒนาโดยสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย พัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham (1962) มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2549) จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

20 ครอบครัว โดยมีการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัย โดยกำหนดให้แต่ละคู่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก อายุระหว่าง 20-59 ปี

1.9 จากนั้นดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างจนครบจำนวน 20 ครอบครัวจากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในช่วงเช้า และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในช่วงบ่าย โดยการสุ่มเข้ากลุ่ม ไม่เรียงตามลำดับก่อนหลัง แต่ละกลุ่มดำเนินการโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวเหมือนกัน โดยมีการปกปิดข้อมูลไม่ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 20 ครอบครัวอยู่ในกลุ่มใด

2.0 ผู้ช่วยผู้วิจัยดำเนินการสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของFarragher (1999) พัฒนาโดยสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) และประเมินความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์(The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) ของ Anton, Moak and Latham (1995) ซึ่งพัฒนาโดย Suktrakul Sunisa et al. (2009) และประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย พัฒนาขึ้น โดย Overall and

Gorham (1962) มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุมภัก กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2549) เพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1.1 หลังจากกลุ่มทดลองลงชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้ง (รักษาทางจิตเวช) บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ความรู้สึกถึงผลกระทบที่ได้รับจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ประวัติการใช้แอลกอฮอล์ผู้ดูแลหลักชื่อ คณะแผนประเมินอาการทางจิตBPRS และประเมินตนเองโดยใช้ประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของFarragher (1999) พัฒนาโดยสรินทร เชี่ยวโสธร (2545) และประเมินความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) ของ Anton, Moak and Latham (1995) ซึ่งพัฒนาโดย Suktrakul Sunisa (2009)

2.1.2 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในแผนกคลินิกฟ้าใส ซึ่งเป็นแผนกจิตเวชและยาเสพติด แผนกผู้ป่วยนอกโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 ครอบครัว เริ่มดำเนินกิจกรรมโดยให้เข้าร่วมการให้คำปรึกษาครอบครัว ณ แผนกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลนางรอง ครั้งละ 45-60 นาที จนครบ 8 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2-5 กิจกรรม ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม ผู้วิจัยทำการกำกับทดลองโดยใช้แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์(The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) ของ Anton, Moak and Latham (1995) ซึ่งพัฒนาโดย Suktrakul Sunisa et al. (2009)

2.1.3 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ได้แก่ 1 สัปดาห์ และครั้งที่ 2 ได้แก่ 1 เดือน หลังสิ้นสุดการทดลอง โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดยสรินทร เชี่ยวโสธร (2545) (Post-test) และผู้วิจัยได้มอบคู่มือผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

ตารางที่ 2 กำหนดการดำเนินกิจกรรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ณ แผนกจิตเวชและยาเสพติด
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรอง

ครั้งที่	กิจกรรม	กลุ่ม	วันที่	เวลา/น.
1	ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและ ตกลงบริการ	ครอบครัวที่ 1-10	ศุกร์ที่ 19พย.64	09.30-10.30
		ครอบครัวที่ 11-20	ศุกร์ที่ 19พย. 64	13.30-14.30
2	ครั้งที่ 2 การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้รับบริการ	ครอบครัวที่ 1-10	ศุกร์ที่ 26 พย.64	09.30-10.30
		ครอบครัวที่ 11-20	ศุกร์ที่ 26พย. 64	13.30-14.30
3	ครั้งที่ 3 การวางแผนการแก้ไขปัญหา	ครอบครัวที่ 1-10	ศุกร์ที่ 3 ธค. 64	09.30-10.30
		ครอบครัวที่ 11-20	ศุกร์ที่ 3 ธค. 64	13.30-14.30
4	ครั้งที่ 4 การยุติบริการ	ครอบครัวที่ 1-10	ศุกร์ที่ 10ธค. 64	09.30-10.30
		ครอบครัวที่ 11-20	ศุกร์ที่ 10ธค. 64	13.30-14.30
5	ติดตามผลการทดลองครั้งที่ 1 1 สัปดาห์หลังสิ้นสุดกิจกรรม	ครอบครัวที่ 1-10	ศุกร์ที่ 17ธค. 64	09.30-10.30
		ครอบครัวที่ 11-20	ศุกร์ที่ 17ธค. 64	13.30-14.30
6	ติดตามผลการทดลองครั้งที่ 2 1 เดือนหลังสิ้นสุดกิจกรรม	ครอบครัวที่ 1-10	ศุกร์ที่ 7 มค. 65	09.30-10.30
		ครอบครัวที่ 1-10	ศุกร์ที่ 7 มค. 65	13.30-14.30

โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และกิจกรรมที่ 2 การตกลงบริการ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเวชชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก

ระยะเวลา 45- 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม ให้เกิดความไว้วางใจ
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกถึงวัตถุประสงค์และรูปแบบการดำเนินกิจกรรมได้
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถประเมินตนเอง ผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์ต่อการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตได้
4. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกถึงปัญหา สิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงได้

5. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกถึงสิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง และการวางแผนอย่างเป็นรูปธรรม
6. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกถึงแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 สมาชิกกลุ่มทุกคนสามารถ

1. เกิดความไว้วางใจพยาบาลและสมาชิกกลุ่มและให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่ม
2. บอกถึงวัตถุประสงค์และรูปแบบการดำเนินกิจกรรมได้ถูกต้อง
3. บอกการประเมินตนเอง ผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์ต่อการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตได้ถูกต้อง
4. บอกถึงปัญหา สิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงได้ถูกต้อง
5. บอกถึงสิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง และการวางแผนอย่างเป็นรูปธรรมได้ถูกต้อง
6. บอกถึงแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ถูกต้อง

สาระสำคัญ

เนื่องจากการพบกันครั้งแรก การสร้างสัมพันธ์ภาพเป็นกิจกรรมที่พยาบาลต้องปฏิบัติเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะช่วยให้กระบวนการกลุ่มเป็นไปอย่างราบรื่น ทำให้เกิดความไว้วางใจ เปิดเผยความคิด ความรู้สึกและร่วมมือในการค้นหาปัญหา นำไปสู่การกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการแก้ปัญหา โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีจะต้องมีขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมและเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันในการค้นหาปัญหา ประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันและดำเนินกิจกรรมกลุ่มจนบรรลุวัตถุประสงค์และแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย การชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้ข้อมูล

กิจกรรม การสร้างสัมพันธ์ภาพ

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม หันหน้าหาเข้าหากัน ผู้วิจัยกล่าวทักทายและต้อนรับสมาชิกด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่อบอุ่นยิ้มแย้มแจ่มใส เช่น “สวัสดีค่ะ สมาชิกทุกท่าน พยาบาลมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่สมาชิกทุกท่านมาเข้าร่วมกลุ่มในวันนี้” จากนั้นแนะนำตัวเองและบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่ม
2. ให้สมาชิกกลุ่มสร้างความคุ้นเคย โดยให้สมาชิกหยิบแผ่นกระดาษแผ่นสีขาวที่ผู้วิจัยได้เตรียมไว้ให้คนละ 1 แผ่น พร้อมปากกา จากนั้นให้สมาชิกเขียนชื่อตัวเอง ชื่อจริง ชื่อเล่น
3. ให้สมาชิกแต่ละคนพร้อมครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักลุกขึ้นออกมาแนะนำตนเองให้สมาชิกคนอื่น ๆ รู้จักและนำกระดาษแผ่นไว้บริเวณที่กำหนด อธิบายกฎกติกาการเข้ากลุ่ม ระยะเวลาการดำเนินกลุ่ม
4. ผู้นำกลุ่มอธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมโปรแกรม ประโยชน์ที่สมาชิกกลุ่มจะได้รับ พร้อมมอบตารางนัดหมายและคู่มือในการทำกิจกรรมแก่สมาชิกกลุ่มเป็นรายบุคคล

5. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัยในการเข้ากลุ่ม พร้อมอธิบายข้อซักถาม

6. ผู้นำกลุ่มเริ่มพูดคุยเข้าสู่กระบวนการกลุ่มถึงประสบการณ์การมีผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์ต่อการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตที่ผ่านมา และให้สมาชิกในกลุ่มและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักแสดงความคิดเห็น เพิ่มเติมตามใบกิจกรรมที่ 1.1

7. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัย
8. ผู้นำกลุ่มเริ่มพูดคุยปัญหา สิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง และให้สมาชิกในกลุ่มและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักแสดงความคิดเห็นตามใบงานที่

1.2

9. นำกลุ่มเริ่มพูดคุยสิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงและการวางแผนอย่างเป็นรูปธรรมและให้สมาชิกในกลุ่มและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักแสดงความคิดเห็นตามใบงานที่ 1.3

10. นำกลุ่มเริ่มพูดคุยถึงแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและให้สมาชิกในกลุ่มและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักแสดงความคิดเห็นตามใบงานที่ 1.4 พร้อมทั้งข้อสรุปให้เห็นถึงความเชื่อมโยงถึงประสบการณ์การมีผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์ต่อการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตที่ผ่านมาพร้อมทั้งความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปิดกลุ่มและนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถาม
 2. สมาชิกสามารถอธิบายถึงประสบการณ์การผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์ต่อการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตของตนเองได้
 3. สมาชิกสามารถอธิบายความสำคัญถึงปัญหา สิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้
 4. สมาชิกสามารถบอกถึงสิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง และการวางแผนอย่างเป็นรูปธรรมได้ถูกต้อง
 5. สมาชิกสามารถบอกถึงแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ถูกต้อง
- ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในครั้งนี้ พบว่า

ช่วงที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพในกลุ่มระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักคนอื่นๆ พบว่า ผู้ป่วยยังไม่กล้าที่จะพูดคุย นั่งเงียบเป็นส่วนใหญ่ เมื่อผู้วิจัยเริ่มพูดคุยแนะนำตัว พูดคุยเรื่องทั่วไปตามกระบวนการกลุ่ม มีการสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่นผ่อนคลาย และบอกถึงการพูดคุยในวันนี้จะมีการรักษาความลับและใช้เพื่อการรักษาเท่านั้น ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักบางส่วนเริ่มผ่อนคลายมากขึ้น โดยสังเกตได้จากการพูดคุย สีหน้า ท่าทางขณะเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และในขณะที่สมาชิกกลุ่มส่วนหนึ่งยังเงียบและนั่งฟังอย่างตั้งใจ เมื่อผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้นำกลุ่มมีการกระตุ้นถามเป็นรายบุคคลสมาชิกกลุ่มก็สามารถตอบคำถาม

ได้และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี ซึ่งสมาชิกกลุ่มมีความยินดีในการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม

จากการที่สมาชิกกลุ่มซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักพบว่า สมาชิกกลุ่มทุกคนให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมดี มีการซักถามข้อสงสัยระหว่างการประชุม ส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มที่ดีและเป็นมิตร สามารถบอกถึงวัตถุประสงค์การทำกิจกรรมกลุ่มได้

ช่วงที่ 2 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์ต่อการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตของตนเอง ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้นำกลุ่มได้อธิบายถึงผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์ที่มีผลกระทบต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงสาเหตุผู้ป่วยส่วนใหญ่จะยังไม่ค่อยเข้าใจในวิธีการและกระบวนการทบทวนประสบการณ์ของตนเอง ผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักจะนั่งเงียบเป็นส่วนใหญ่ และมีบางส่วนที่ซักถามข้อสงสัย เมื่อผู้วิจัยได้อธิบายเพิ่มพร้อมยกตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นและทวนซ้ำ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักทำใบกิจกรรมที่ 1.1 แบบประเมินตนเอง ผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์ต่อการรักษา ด้วยยารักษาอาการทางจิตจากประสบการณ์ที่ผ่านมา โดยใช้การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกิจกรรมร่วมกัน ผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักจึงเริ่มเข้าใจกระบวนการสำรวจเรียนรู้เกี่ยวกับผลกระทบของแอลกอฮอล์และอาการทางจิตที่เกิดขึ้นจากการใช้แอลกอฮอล์ ซึ่งประเมินได้จากใบกิจกรรม

ลำดับต่อมาผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้นำกลุ่มได้ให้ความรู้ถึงแอลกอฮอล์ ผลกระทบของแอลกอฮอล์ที่มีผลต่อยารักษาอาการทางจิตตามใบกิจกรรมที่ 1.1 โดยส่วนใหญ่มีผลกระทบสำคัญดังต่อไปนี้

- “ใช้แอลกอฮอล์แล้วไม่ยอมรับประทานยารักษาอาการทางจิต ทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา”
- “ใช้แอลกอฮอล์ร่วมกับการรับประทานยารักษาอาการทางจิต”
- “หงุดหงิดก้าวร้าว มีอาการหวิวประสาหลอน ทำงานไม่ได้ ครอบครัวเดือดร้อน”
- “ใช้แอลกอฮอล์แล้วเพื่อนในกลุ่มยอมรับ จึงใช้แอลกอฮอล์เพื่อเข้าสังคมจนหยุดไม่ได้”
- แต่ผู้ป่วยยังไม่คิดว่าการใช้แอลกอฮอล์จะเป็นสิ่งสำคัญหรือเป็นปัญหาหลัก “ใครๆก็ดื่ม”

ช่วงที่ 2 ได้อธิบายความสำคัญถึงปัญหา สิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้ โดยให้สมาชิกกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักได้ทราบถึงปัญหา สิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง และประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงของตนเองที่ผ่านมา โดยให้สมาชิกกลุ่มสำรวจตามใบกิจกรรมที่ 1.2 ซึ่งผู้ป่วยสามารถบอกถึงปัญหาเกิดขึ้นกับตนเองได้ คือดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการรับประทานยารักษาอาการทางจิต สิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงคือ เลิกดื่มแอลกอฮอล์ และประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ คือ ทำให้การรักษาอาการทางจิตได้ผลดี สุขภาพแข็งแรง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีวิธีการหลีกเลี่ยงการใช้

แอลกอฮอล์ โดยการนอนหลับ การไม่ได้ไปหาเพื่อน ไม่มีเงิน บางส่วนบอกว่าไม่ได้ทำอะไร แค่อยู่นเฉยๆ รับประทานอาหารให้อิ่ม

ช่วงที่ 2 ได้อธิบายความถึงสิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงและการวางแผนอย่างเป็นรูปธรรม โดยให้ผู้ป่วยสำรวจตนเองตามใบกิจกรรมที่ 1.3 สิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงและการวางแผนอย่างเป็นรูปธรรมตามประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งผู้ป่วยสามารถบอกสิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ โดยสามารถจัดลำดับความรุนแรงได้จากมากไปหาน้อย คือ อยากหยุดการใช้แอลกอฮอล์เพราะ อยากใช้ชีวิตปกติและหายจากโรคจิตเภทหรือดีขึ้น อยากรับประทานยาต่อเนื่องตามเกณฑ์การรักษาเพราะที่ผ่านมาเมื่อใช้แอลกอฮอล์แล้วส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันคือไม่อยากรับประทานยาและอาการทางจิตกำเริบและเกิดปัญหาครอบครัว เป็นต้น

ช่วงที่ 3 ผู้วิจัยได้ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกกลุ่มซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักทบทวนและสำรวจตนเองตามใบกิจกรรมที่ 1.4 แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งผู้ป่วยสามารถประเมินแรงจูงใจของตนเองจากประสบการณ์ที่ผ่านมาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง โดยสามารถจัดลำดับความสำคัญของแรงจูงใจได้ คือ เลิกใช้แอลกอฮอล์เพื่อตนเอง เพื่อครอบครัว มีเงิน และเพื่อให้เกิดพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา และให้อธิบายว่าแรงจูงใจดังกล่าวเกิดผลดีต่อตนเองคือ มีสุขภาพที่ดีขึ้น สุขภาพแข็งแรง ครอบครัวได้แก่ทำให้ครอบครัวสงบสุข รักใคร่กัน ไม่อยากพูดคุยกับใครทำให้เกิดปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง แรงจูงใจอีกอย่างคือจะมีเงินเก็บมากขึ้นไม่ต้องใช้เงินในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากขึ้น เพื่อให้เกิดพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดี เนื่องจากที่ผ่านมาการใช้แอลกอฮอล์ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากรับประทานยารักษาอาการทางจิต ขาดยาบางมื้อส่งผลให้การรักษาไม่ได้ผล มีปัญหาพฤติกรรมรับประทานยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

ครั้งที่ 2 การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้รับบริการ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 3 การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้รับบริการ และการวางแผนเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกัน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเข้าใจปัญหา สาเหตุ ความต้องการของตนเองได้ถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักมีการวางแผนเป้าหมายร่วมกันว่าจะเลิกดื่มแอลกอฮอล์และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักมีความรู้ที่ถูกต้องเรื่อง โรคจิตเภท

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2 สมาชิกกลุ่มทุกคนสามารถทุกคนสามารถ

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเข้าใจปัญหา สาเหตุ ความต้องการของตนเองได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักมีการวางแผนเป้าหมายร่วมกันว่าจะเลิกดื่มแอลกอฮอล์และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง
3. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักมีความรู้ที่ถูกต้องเรื่องโรคจิตเภท ทั้งสาเหตุ อาการ อาการแสดงและการรักษา

สาระสำคัญ

เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นหลังจากแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากผลกระทบจากการใช้แอลกอฮอล์ มีการสำรวจปัญหา สาเหตุและความต้องการซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เข้าใจถึงปัญหา สาเหตุและความต้องการได้ถูกต้อง มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการปัญหาโดยมีการวางแผนเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก เพื่อให้เกิดความตั้งใจว่าจะหยุดดื่มแอลกอฮอล์และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งเป็นการวางแผนเป้าหมายร่วมกัน อย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร เกิดความเข้าใจโรค สาเหตุ ปัญหา ความต้องการ และแนวทางการรักษาของผู้ป่วยมากขึ้นโดยวิธีที่มุ่งเน้นไปที่การปรับประสบการณ์ของผู้ป่วย เพราะการที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ ต้องอาศัยการเรียนรู้ที่ถูกต้อง

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม ก้นหน้าเข้าหากัน กล่าวทักทายและต้อนรับสมาชิกด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่อบอุ่นเป็นมิตร จากนั้นแนะนำตนเองและบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มเข้าสู่กระบวนการกลุ่มบอกวัตถุประสงค์การทำกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ อธิบายกติกากการเข้ากลุ่ม ระยะเวลาการดำเนินการกลุ่ม

3. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ถึงความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุ ความต้องการ โรคจิตเภทตามความเป็นจริงของตนเองตามใบกิจกรรมที่

2.1 การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการ การวางแผนเป้าหมายและการเปลี่ยนแปลง

4. ผู้นำกลุ่มสรุปถึงปัญหา สาเหตุ ความต้องการของแต่ละบุคคล และให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

5. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ปัญหา สาเหตุ อาการ การรักษา ความต้องการ และการวางแผนเป้าหมายร่วมกันว่าจะหยุดใช้แอลกอฮอล์ และมีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา

ตามใบกิจกรรมที่ 2.1 การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการ การวางแผนเป้าหมายและการเปลี่ยนแปลง

6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกอธิบายถึงความเข้าใจของตนเองต่อปัญหา สาเหตุ ความต้องการ การวางแผนเป้าหมายและการเปลี่ยนแปลงเป็นสายลักษณะอักษร

7. ผู้นำกลุ่มสรุปเกี่ยวกับโรคจิตเภท ปัญหา สาเหตุ อาการ ความต้องการและการวางแผนเป้าหมายร่วมกันว่าจะหยุดใช้แอลกอฮอล์ และมีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วย 5 ลักษณะ ได้แก่ ใช้น้ำอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยาเอง ใช้น้ำอย่างถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา ใช้น้ำตรงตามเวลาโดยหากมีการผิดพลาดไม่ควรเกินสองครั้งต่อสัปดาห์หรือติดต่อกันสองมื้อ และใช้น้ำถูกขนาดโดยไม่ลดหรือเพิ่มยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

8. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มสอบถามข้อสงสัย สรุปผลการทำกิจกรรมของสมาชิก

9. หลังจากสมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทแล้ว ลำดับถัดไปเป็นการสร้างปรับความเข้าใจ นำไปสู่การมีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง

10. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มสอบถามข้อสงสัย สรุปผลของการทำกิจกรรมของสมาชิก กล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือ ปิดกลุ่มและนัดหมายสมาชิกในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและร่วมตอบคำถาม

2. สมาชิกกลุ่มสามารถอธิบายถึงปัญหา สาเหตุ ความต้องการ และการวางแผนเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกันได้ถูกต้อง

3. สมาชิกกลุ่มสามารถอธิบายถึงโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ และแนวทางการรักษาได้อย่างถูกต้อง

ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในครั้งนี้ พบว่า หลังจากที่มีผู้ป่วยได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับ ปัญหา สาเหตุ ความต้องการ และการวางแผนเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกันแล้ว

ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักบอกได้ว่าโรคจิตเภท คืออะไรและปัญหาสาเหตุที่ผ่านมาจากกรณีปัญหาพฤติกรรมมารับประทานยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์คือปัญหาอาการทางจิตกำเริบ สาเหตุ การดื่มแอลกอฮอล์และไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ความต้องการเลิกดื่มแอลกอฮอล์และรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และตระหนักถึงการวางแผนร่วมกันในการลดละเลิกการใช้แอลกอฮอล์เพื่อการมีพฤติกรรมมารับประทานยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาตามใบกิจกรรมที่ 2.1 ได้แก่

ตารางที่ 3 เป้าหมาย

เป้าหมาย
<p>ฉันตั้งเป้าหมายว่า ฉันจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ให้สำเร็จ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ใช้อย่างต่อเนื่อง รับประทานยาทุกมื้อตามแผนการรักษาของแพทย์โดยไม่หยุดยาเอง หรือไม่ใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีอาการผิดปกติเท่านั้น 2. ใช้อย่างถูกต้องตามวัตถุประสงค์ 3. ใช้อย่างถูกเวลา ตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. ใช้อย่างถูกปริมาณ โดยไม่ใช้ในปริมาณที่มากกว่าหรือน้อยกว่าแผนการรักษาของแพทย์ 5. สังเกตและจัดการกับผลข้างเคียงของยาได้ 6. เลิกดื่มแอลกอฮอล์อย่างเด็ดขาด

ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการรับประทานยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาได้ถูกต้องอย่างน้อย 3 ข้อ คือ ใช้อย่างต่อเนื่อง รับประทานยาทุกมื้อตามแผนการรักษาของแพทย์โดยไม่หยุดยาเอง หรือไม่ใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีอาการผิดปกติเท่านั้น ใช้อย่างถูกเวลา ตามแผนการรักษาของแพทย์ ใช้อย่างถูกปริมาณ โดยไม่ใช้ในปริมาณที่มากกว่าหรือน้อยกว่าแผนการรักษาของแพทย์ และเลิกดื่มใช้แอลกอฮอล์อย่างเด็ดขาด ซึ่งการที่ผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักอธิบายถึงวิธีการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาได้ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเห็นความสำคัญของการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาและการทำกลุ่ม และผู้ป่วยยังสามารถระบุผลข้างเคียงของการรับประทานยารักษาอาการทางจิตได้ถูกต้อง ซึ่งจากกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรับประทานยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา และตั้งเป้าหมายรวมทั้งตระหนักในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น

กิจกรรม

1. เริ่มต้นการให้คำปรึกษา(Attending) การสร้างสัมพันธภาพ(ใช้เวลา 10 นาที)
พยาบาลผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยให้สมาชิกในกลุ่มนั่งเป็นรูปตัวยู หันหน้าเข้าหากัน หลังจากนั้น เริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย พูดคุยกับสมาชิกในกลุ่มเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป แนะนำตัวเองกับสมาชิกในกลุ่ม ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร จริงใจ แสดงถึงแสดงถึงการยอมรับในตัวผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเกิด ความรู้สึกไว้วางใจและมีความเต็มใจในการเปิดเผยข้อมูลของตนเองที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนิน กิจกรรมกลุ่มในระยะต่างๆ

2. พยาบาลผู้วิจัยกล่าวชี้แจงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ (ใช้เวลา 10 นาที)

3. การสำรวจปัญหา (Exploration) พยาบาลกล่าวถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการไม่รับประทาน ยาตามเกณฑ์การรักษา สาเหตุ และความต้องการ

4. พยาบาลผู้วิจัยแจกใบกิจกรรมที่ 2.1 การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการและการ วางเป้าหมายร่วมกันว่าจะเลิกดื่มแอลกอฮอล์และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาแก่ผู้ป่วย จิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัว

5. พยาบาลชี้แจงรายละเอียดในการทำกิจกรรม หลังจากนั้นให้สมาชิกกลุ่มวางเป้าหมาย ร่วมกันว่าจะเลิกดื่มแอลกอฮอล์และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและประเมินความ พร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การประเมินผล

ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในครั้งนี้พบว่า หลังจากที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และ ครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักสามารถบอกได้ว่าโรคจิตเภทคืออะไร สาเหตุ อาการและอาการแสดงและวิธีการรวมถึง ความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยสังเกตจากพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมในการซักถาม และแสดงความคิดเห็น

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวสามารถสำรวจปัญหาสาเหตุ และความต้องการและมีการวางเป้าหมายร่วมกันว่าจะเลิกดื่มแอลกอฮอล์และมีพฤติกรรมการใช้ ยาตามเกณฑ์การรักษา
2. “จะเลิกดื่มแอลกอฮอล์เพราะดื่มที่ไร ยาวต่อเนื่อง ไม่อยากกินยา”
3. “จะเลิกเพื่อครอบครัว เพื่อตัวเอง เขาลำบากกับผมมาเยอะ”

4. ปัญหาคือ “เพื่อนเรียก ถ้าไม่ดื่มแอลกอฮอล์ กลัวเพื่อนโกรธ” แก้ไขโดย “บอกเพื่อนตามตรงว่าเรากำลังรักษาโดยการรับประทานยารักษาอาการทางจิต ถ้าดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้การรักษาไม่ได้ผล”

กิจกรรมที่ 3 ประกอบด้วยกิจกรรม ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยารักษาอาการทางจิต โทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ ความอยากและตัวกระตุ้น

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ความรู้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา
2. เพื่อให้ความรู้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เกี่ยวกับยารักษาอาการทางจิต
3. เพื่อให้ความรู้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เกี่ยวกับ โทษพิษภัยของแอลกอฮอล์
4. เพื่อให้ความรู้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เกี่ยวกับความอยากและตัวกระตุ้น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 3 สมาชิกกลุ่มทุกคนสามารถ

1. บอกถึงโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา ได้ถูกต้อง
2. บอกเกี่ยวกับยารักษาอาการทางจิตได้ถูกต้อง
3. บอกเกี่ยวกับ โทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ ได้ถูกต้อง
4. บอกเกี่ยวกับความอยากและตัวกระตุ้นได้ถูกต้อง

สาระสำคัญ

เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นหลังจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการของตนเอง มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการอาการประสบการณ์ทางลบที่เกิดจากใช้แอลกอฮอล์ เพื่อให้เข้าใจสาเหตุ อาการ การรักษา โดยการให้ข้อมูลและความรู้ที่ถูกต้องเรื่องโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีความเข้าใจถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการอาการทางจิต อาการเตือนและแนวทางการรักษาของผู้ป่วยมากขึ้น รวมทั้งโทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ ความอยากและตัวกระตุ้น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทเป็นวิธีมุ่งเน้นไปที่การปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย เพราะการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ ต้องอาศัยการเรียนรู้ที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่และครอบครัวตระหนักรู้และ

เห็นความสำคัญในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์และมีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาและหลีกเลี่ยงการเสพติด

กิจกรรม

1. การสร้างสัมพันธภาพ(ใช้เวลา 10 นาที) พยาบาลผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยให้สมาชิกในกลุ่มนั่งเป็นรูปตัวยู หันหน้าเข้าหากัน หลังจากนั้นเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย พูดคุยกับสมาชิกในกลุ่มเกี่ยวกับเรื่องต่างๆไป แนะนำตัวเองกับสมาชิกในกลุ่ม ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร จริงใจ แสดงถึงแสดงถึงการยอมรับในตัวผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกไว้วางใจและมีความเต็มใจในการเปิดเผยข้อมูลของตนเองที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในระยะต่อไป

2. พยาบาลผู้วิจัยกล่าวชี้แจงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ (ใช้เวลา 10 นาที)

3. พยาบาลกล่าวถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา สาเหตุและความต้องการ

4. พยาบาลผู้วิจัยแจกใบกิจกรรมที่ 2.1 การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการและการวางแผนร่วมกันว่าจะเลิกดื่มแอลกอฮอล์และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัว

3. พยาบาลชี้แจงรายละเอียดในการทำกิจกรรม หลังจากนั้นให้สมาชิกกลุ่มวางแผนร่วมกันว่าจะเลิกดื่มแอลกอฮอล์และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

5. พยาบาลให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา

6. พยาบาลให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคจิตเภทในใบกิจกรรมที่2.2

7. พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับยารักษาอาการทางจิตได้ ตามใบความรู้ที่ 2.3 ยารักษาอาการทางจิต

8. พยาบาลให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคจิตเภทในใบกิจกรรมที่2.3

9. พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ ตามใบความรู้ที่ 2.4 โทษพิษภัยของแอลกอฮอล์

10. พยาบาลให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ และทำในใบกิจกรรมที่ 2.4

11. พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับตัวกระตุ้นตามใบความรู้ที่ 2.5 ความอยากและตัวกระตุ้น

12. พยาบาลให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวกระตุ้นได้และทำในใบกิจกรรมที่2.5

13. พยาบาลเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัยในการดำเนินกิจกรรม
14. พยาบาลผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มทำใบกิจกรรม และสรุปกิจกรรมพร้อมสรุปการวางเป้าหมาย และประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้สมาชิกกลุ่มฟัง
15. พยาบาลผู้วิจัยพูดสรุปกิจกรรมทั้งหมดให้สมาชิกฟัง พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถาม และนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นจนลดจนการซักถามปัญหาต่างๆ ผลการประเมินพบว่า

พบปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

ปัญหาเรื่องการรับประทานยารักษาโรคจิต เช่น รับประทานแล้วง่วงนอน ปากแห้งคอแห้ง แก้ไขปัญหาโดยการจิบน้ำบ่อยๆ

สังเกตจากพฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถาม

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวมีการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคจิตเภท
3. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับยารักษาอาการทางจิตได้
4. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวมี

การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคจิตเภท

5. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของแอลกอฮอล์
6. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัว สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโทษ

พิษภัยของแอลกอฮอล์

7. สมาชิกกลุ่มมีความรู้ความรู้อันเกี่ยวกับตัวกระตุ้น
8. สมาชิกกลุ่มมีการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวกระตุ้นได้
9. สมาชิกกลุ่มมีการซักถามข้อสงสัยในการดำเนินกิจกรรม

ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในครั้งนี้พบว่า หลังจากที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักสามารถบอกได้ว่าโรคจิตเภทคืออะไร สาเหตุเกิดจากอะไร อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภทคืออะไร โดยเฉพาะอาการที่เกิดขึ้นจากการอาการทางจิต โดยผู้ป่วยสามารถแยกแยะอาการได้ ดังใบความรู้ที่ 2.2 ซึ่งอาการที่เจอมากคือ หูแว่ว ประสาทหลอน พูดคุยคนเดียวหรือเก็บตัว ความรู้ทั่วไปโรคจิตเภท และมีความรู้เรื่อง โทษพิษภัยแอลกอฮอล์ ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจและสังคม ความอยากและตัวกระตุ้นทั้งตัวกระตุ้นภายใน ได้แก่ อารมณ์เหงา ความหิว ความโกรธ และตัวกระตุ้นภายนอก ได้แก่ มีเพื่อนมาหา มีเงิน งานสังคม และใช้แอลกอฮอล์

แล้วรับประทานอาหารได้ และทำงานได้ พร้อมทั้งสามารถสำรวจตัวกระตุ้นของตนเองได้ว่าตัวกระตุ้นทั้งภายนอกและภายในจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์จะกลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำได้ ซึ่งวิธีการที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เลือกได้แก่ การปฏิเสธ การเดินหนี การไม่เก็บเงินสดไว้กับตัว การหลีกเลี่ยงงานสังคมสังสรรค์และตระหนักว่าตนเองกำลังเจ็บป่วย

ครั้งที่ 3 การวางแผนการแก้ไขปัญหา

เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งโดยให้ครอบครัวและผู้ป่วยมีการวางแผนแก้ไขปัญห และฝึกทักษะที่จำเป็นด้วยกันเพื่อคอยส่งเสริมสนับสนุนกันด้วยการใช้ตัวแบบและบทบาทสมมติ การฝึกทักษะการจัดการกับผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ทักษะการปฏิเสธ การจัดการและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น เทคนิคการหยุดความคิด การฝึกทักษะการจดจำด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกถึงการจัดการอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตและรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. บอกการจัดการอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตและรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาได้ถูกต้อง

สาระสำคัญ

กิจกรรมการจัดการกับอาการข้างเคียงการวางแผนการแก้ไขปัญห โดยให้ครอบครัวและผู้ป่วยฝึกทักษะที่จำเป็นด้วยกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตได้

กิจกรรม

1. การสร้างสัมพันธ์ภาพ(ใช้เวลา 10นาที) พยาบาลผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพโดยให้สมาชิกในกลุ่มนั่งเป็นรูปตัวยู หันหน้าเข้าหากัน หลังจากนั้นเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย พูดคุยกับสมาชิกในกลุ่มเกี่ยวกับเรื่องต่างๆไป แนะนำตัวเองกับสมาชิกในกลุ่ม ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร จริงใจ แสดงถึงแสดงถึงการยอมรับในตัวผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกไว้วางใจและมีความเต็มใจในการเปิดเผยข้อมูลของตนเองที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในระยะต่อไป

2. การสำรวจปัญหา(Exploration)ปัญหาที่เจอจากการมีพฤติกรรมมารับประทานยาที่ไม่เหมาะสมคือ การขาดความรู้เรื่องอาการข้างเคียงของยา ทักษะการปฏิเสธ การจัดการและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น เทคนิคการหยุดความคิดและการขาดทักษะการจัดยาด้วยตนเอง

3. ทำความเข้าใจ (Understanding)พยาบาลผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการจัดการอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตและรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาตามใบความรู้ที่ 3.1

4. พยาบาลผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเรื่องการจัดการอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตและรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา หลังจากนั้นให้สมาชิกกลุ่มทำใบกิจกรรมที่ 3.1 ทักษะการจัดการอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต

5. เปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนปัญหาของตนกับเพื่อน และให้เพื่อนช่วยเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา

6. ตั้งเป้าหมายและดำเนินการ พยาบาลผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มทำใบกิจกรรม และสรุปกิจกรรม พร้อมสรุปการจัดการอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตและรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาได้ถูกต้องให้สมาชิกกลุ่มฟัง

7. ยุติการให้คำปรึกษา (Termination) พยาบาลผู้วิจัยหยุดสรุปกิจกรรมทั้งหมดให้สมาชิกฟัง พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถาม และนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

8. พยาบาลเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัยในการดำเนินกิจกรรม

9. นัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นจนลดจนการซักถามปัญหาต่างๆ ผลการประเมินพบว่าพบปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

1. ปัญหาเรื่องการรับประทานยารักษาโรคจิต เช่น รับประทานแล้วง่วงนอน ปากแห้งคอแห้ง แก้ไขปัญหาโดยการจิบน้ำบ่อยๆ ถ้ามีอาการผิดปกติมาก ก็ไปพบแพทย์

2. “รับประทานยาแล้วรับประทานอาหารได้มาก น้ำหนักขึ้น” แก้ไขโดย “ออกกำลังกายลดอาหารมัน”

กิจกรรมการฝึกทักษะการรับประทานยาที่ถูกต้องตามแผนการรักษา การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต โดยการให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัว แลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับประทานยาตามแผนการรักษาและอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต จิตเวชของตนเอง และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น นำปัญหามาจำลองสถานการณ์และฝึกการจัดการยาเกิดการเรียนรู้การรับประทานยาที่ถูกต้องรวมถึงการจัดการอาการข้างเคียงจากยาที่ถูกต้องนำไปวางแผนการใช้ยาของตนเองได้

กิจกรรมที่ 5 ทักษะการปฏิเสธ การจัดการและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น เทคนิคการหยุดความคิด

เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งโดยให้ครอบครัวและผู้ป่วยมีการวางแผนแก้ไขปัญหา และฝึกทักษะที่จำเป็นด้วยกันเพื่อคอยส่งเสริมสนับสนุนกันด้วยการใช้ตัวแบบและบทบาทสมมติ ทักษะการปฏิเสธ การจัดการและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น เทคนิคการหยุดความคิด การฝึกทักษะการจัดการด้วยตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกถึงทักษะการปฏิเสธได้
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกถึงทักษะการจัดการและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นได้
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกถึงเทคนิคการหยุด ความคิดและควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. บอกทักษะการปฏิเสธได้ถูกต้อง
2. บอกการจัดการและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นได้ถูกต้อง
3. บอกเทคนิคการหยุดความคิดและควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้ถูกต้อง

สาระสำคัญ

กิจกรรมการวางแผนการแก้ไขปัญหาเป็นการฝึกทักษะร่วมกันโดยเอาจากประสบการณ์ของตนเองมาใช้ผนวกกับความรู้ที่ถูกต้องเรื่องทักษะการปฏิเสธ การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นและเทคนิคการหยุดความคิดและควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้ครอบครัวและผู้ป่วยฝึกทักษะที่จำเป็นด้วยกัน นำปัญหามาจำลองสถานการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการและสามารถประยุกต์ใช้ได้ โดยฝึกจัดการในแต่ละทักษะเช่น ทักษะการปฏิเสธ ใช้วิธีการปฏิเสธ การเดินหนี และการไม่เข้าไปในที่เสียงหรืองานสังคม การจัดการและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น เช่นตัวกระตุ้นภายนอกภายใน เทคนิคการหยุด เช่นการตีหนังยาง การนั่งสมาธิ การหากิจกรรมอื่นทำและดูหนังฟังเพลง เป็นการฝึกปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับตัวกระตุ้น การหลีกเลี่ยงในสถานการณ์เสียง รวมทั้งการใช้เทคนิคการหยุดความคิดเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้ และมีทักษะในการจัดการ โดยการจัดการให้ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา และครอบครัวคอยส่งเสริมสนับสนุนเสริมสร้างแรงใจให้ผู้ป่วยมีการจัดการรับประทานอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีและต่อเนื่องโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

กิจกรรม

1. เริ่มต้นการให้คำปรึกษา(Attending) พยาบาลผู้วิจัย สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยเรื่องทั่วไป พยาบาลผู้วิจัยให้สมาชิกแนะนำตัว
2. สำรวจปัญหา(Exploration)พบปัญหาการขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท โทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ ความอยากและตัวกระตุ้น
3. ทำความเข้าใจ(Understanding) พยาบาลผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคจิตเภทในใบกิจกรรมที่2.3
4. พยาบาลผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ ตามใบความรู้ที่ 2.4 โทษพิษภัยของแอลกอฮอล์
5. พยาบาลผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ และทำในใบกิจกรรมที่2.4
6. พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับตัวกระตุ้นตามใบความรู้ที่ 2.5 ความอยากและตัวกระตุ้น
7. ตั้งเป้าหมายและดำเนินการ พยาบาลผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มทำใบกิจกรรม และสรุปกิจกรรม พร้อมสรุปการวางเป้าหมาย และประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้สมาชิกกลุ่มฟัง ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม
8. ยุติการให้คำปรึกษา (Termination) พยาบาลผู้วิจัยพูดสรุปกิจกรรมทั้งหมดให้สมาชิกฟัง พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถาม และนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป
9. พยาบาลเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัยในการดำเนินกิจกรรม
10. นัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในครั้งนี้ พบว่า ผู้วิจัยได้ให้สมาชิกกลุ่มซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักสำรวจปัญหาการใช้ยาตามเกณฑ์ที่สำคัญที่เกิดขึ้นกับตนเอง อาการข้างเคียงและวิธีการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองส่วนใหญ่ คือ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด จึงไม่ได้ยามารับประทานอย่างต่อเนื่อง คิดว่าตนเองหายแล้ว เนื่องจากอาการดีขึ้น มีการใช้แอลกอฮอล์ทำให้แรงแรงใจในการรักษาลดลง และที่สำคัญคือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา เช่น ง่วงนอน น้ำลายไหล ชากรรไกรแข็ง น้ำหนักขึ้นเยอะ ลื่นแข็ง เป็นต้น ผู้วิจัยจึงให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตและฝึกทักษะการจัดการโดยใช้เหตุการณ์สมมติจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วย เพราะ

เมื่อผู้ป่วยมีความรู้และมีทักษะในการจัดการอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตผู้ป่วยจะสามารถแก้ไขได้ เช่นพบปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

1. ปัญหาเรื่องความเครียดที่ต้องมาเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและรับประทานยายาวนาน แก้ไขโดยให้กำลังใจ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวและการรักษาตัวต่อเนื่อง
2. ปัญหาเรื่องการรับประทานยารักษาโรคจิต เช่น รับประทานแล้วง่วงนอน ปากแห้งคอแห้ง แก้ไขปัญหาโดยการจิบน้ำบ่อยๆ
3. ปัญหาเรื่องการทำงาน “ รับประทานยาแล้วง่วงนอน บางคนบ่นว่าเราขี้เกียจ ” แก้ไขโดยการอธิบายให้ญาติเข้าใจ
4. ปัญหาเรื่องตัวกระตุ่น ที่ทำให้การรักษาไม่ค่อยได้ผล ได้แก่การดื่มแอลกอฮอล์ แก้ไขโดยหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และเลิกคบเพื่อนที่ดื่มแอลกอฮอล์ “ หากิจกรรมอื่นทำ เลิกดื่มแอลกอฮอล์เด็ดขาด ” “ ดื่มเหล้าแล้วไม่อยากกินยาครับ ”
5. อาการง่วงนอน แก้ไขโดยให้พักผ่อนให้เพียงพอ
6. น้ำหนักขึ้น แก้ไขโดยให้รับประทานผักผลไม้ ออกกำลังกาย
7. ขากรรไกรแข็ง แก้ไขโดยรับประทานยาต่อเนื่องและไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อพิจารณาปรับการยาและการรักษา ห้ามหยุดยาเอง

กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการจัดยาด้วยตนเอง

เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยมีการวางแผนแก้ไขปัญหา และฝึกทักษะที่จำเป็นด้วยกันเพื่อคอยส่งเสริมสนับสนุนกันด้วยการใช้ตัวแบบและบทบาทสมมุติ การฝึกทักษะการจัดยาด้วยตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกถึงทักษะการจัดยาด้วยตนเองและมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. สมาชิกกลุ่มบอกทักษะการจัดยาด้วยตนเองและมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาได้

สาระสำคัญ

การวางแผนการแก้ไขปัญหา โดยการฝึกทักษะการจัดยาด้วยตนเองและมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา เป็นการให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับประทานยารักษา

อาการทางจิต และนำปัญหามาจำลองสถานการณ์และฝึกการจัดการกับการจัดยา ให้ครอบครัวและผู้ป่วยฝึกทักษะการจัดยาด้วยกัน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ การแก้ไขและจัดการปัญหาด้วยตนเอง และสามารถประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตจริง ให้สามารถจัดยารับประทานเองได้อย่างถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา โดยมีครอบครัวคอยส่งเสริมสนับสนุนเสริมสร้างแรงใจให้ผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดี ซึ่งการฝึกทักษะการจัดยาด้วยตนเองโดยการนำยาของตนเองมาจัดใส่กล่องที่จัดไว้ โดยมีการจัดยาให้ถูกต้องตามหน้าซองยา

กิจกรรม

1. เริ่มต้นการให้คำปรึกษา(Attending) พยาบาลผู้วิจัย สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยเรื่องต่างๆไป พยาบาลผู้วิจัยให้สมาชิกแนะนำตัว
2. สำรวจปัญหา(Exploration)พบปัญหาการขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องทักษะการจัดยาด้วยตนเอง บางครั้งจัดยาไม่ถูกต้องหรือให้ญาติจัดยาให้รับประทาน
3. ทำความเข้าใจ(Understanding) พยาบาลผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องทักษะการจัดยาด้วยตนเองตามใบความรู้ที่ 3.5
4. หลังจากนั้นให้สมาชิกกลุ่มฝึกทักษะการจัดยาด้วยตนเอง ตามใบกิจกรรมที่ 3.5 การฝึกทักษะการจัดยาด้วยตนเอง
5. พยาบาลผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มสรุปทักษะการจัดยาด้วยตนเอง
6. พยาบาลผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถาม
7. ตั้งเป้าหมายและดำเนินการแก้ปัญหา(Action)
8. พยาบาลผู้วิจัยกล่าวถึงการตั้งเป้าหมายและดำเนินการแก้ปัญหาต้องทำทันที โดยประยุกต์ตามความรู้และทักษะที่ฝึกปฏิบัติไป ได้แก่ทักษะการจัดยาด้วยตัวเอง
9. ยุติการให้คำปรึกษา (Termination) พยาบาลเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัยในการดำเนินกิจกรรม และ นัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ และเข้าใจเรื่องทักษะการจัดยาด้วยตนเอง ผลการประเมิน ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในครั้งนี้ พบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่กับผู้ป่วยคือ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด จึงไม่ได้รับประทานยา เพราะคิดว่าหายแล้ว และบางครั้งอ่านซองยาไม่ออก บางครั้งใช้ยาตัวไหนแล้วมีอาการข้างเคียงจะหยุดยาเอง หรือต้องให้ญาติช่วยในการจัดยาให้

พบปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

1. ปัญหาเรื่องลืมรับประทานยา แก้ไขโดยให้กำลังใจ ให้ตั้งนาฬิกาปลุกหรือญาติช่วยกระตุ้นเตือนความจำ

2. ปัญหาเรื่องการรับประทานยารักษาโรคจิต เช่น รับประทานแล้วง่วงนอน ปากแห้งคอแห้ง แก้ไขปัญหาโดยการจิบน้ำบ่อยๆ
3. ปัญหาเรื่องการอ่านซองยาไม่ออก แก้ไขโดยการอธิบายให้ญาติเข้าใจและญาติช่วยในการจัดยาให้

ครั้งที่ 4 การยุติบริการ

กิจกรรมที่ 7 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์

กิจกรรมที่ 8 สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรม

เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งกระตุ้นให้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์ เล็งเห็นประสบการณ์เชิงบวกและเชิงลบที่ผ่านมา ว่าการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้แรงจูงใจในการรักษาลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา เกิดปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น และการสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรมทั้งหมดเพื่อทบทวนเนื้อหากิจกรรมทั้งหมด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ เกิดความคิดใหม่ มีความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น ป้องกันการกลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำโดยญาติเป็นแรงใจและคอยสนับสนุนให้ความช่วยเหลือ พร้อมกล่าวขอบคุณครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

-กล่าวขอบคุณและให้กำลังใจผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัว

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกถึงประสบการณ์เชิงบวกและเชิงลบที่ผ่านมา ว่าการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้แรงจูงใจในการรักษาลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา เกิดปัญหาพฤติกรรม การรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาได้
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรมทั้งหมดได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

กิจกรรม

หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกถึงประสบการณ์เชิงบวกและเชิงลบที่ผ่านมา ว่าการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้แรงจูงใจในการรักษาลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา เกิดปัญหาพฤติกรรม การรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาได้ถูกต้อง
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรมทั้งหมดได้ถูกต้อง

สาระสำคัญ

กิจกรรมการกระตุ้นให้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์เสี่ยงเห็นประสพการณ์เชิงบวกและเชิงลบที่ผ่านมา โดยการให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวได้แลกเปลี่ยนประสพการณ์การรับประทาน การจัดการอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต และ การใช้แอลกอฮอล์ว่าการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้แรงจูงใจในการรักษาลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา เกิดปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทชุมชนที่ใช้แอลกอฮอล์เข้าใจ และครอบครัวคอยเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม คือการเลิกดื่มแอลกอฮอล์และรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา พร้อมให้คงพฤติกรรมนั้นไว้ และป้องกันอาการกำเริบและควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์และใช้ชีวิตอย่างมีความสุขกับครอบครัวในชุมชน

กิจกรรม

1. เริ่มต้นการให้คำปรึกษา(Attending) การสร้างสัมพันธภาพ(ใช้เวลา 10นาที) พยาบาลผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยให้สมาชิกในกลุ่มนั่งเป็นรูปตัวยู หันหน้าเข้าหากัน หลังจากนั้นเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย พูดคุยกับสมาชิกในกลุ่มเกี่ยวกับเรื่องต่างๆไป แนะนำตัวเองกับสมาชิกในกลุ่ม ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร จริงใจ แสดงถึงแสดงถึงการยอมรับในตัวผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกไว้วางใจและมีความเต็มใจในการเปิดเผยข้อมูลของตนเองที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในระยะต่อไป
2. การสำรวจปัญหา(Exploration) พยาบาลผู้วิจัยกล่าวถึงประสพการณ์เชิงบวกและเชิงลบที่ผ่านมา ว่าการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้แรงจูงใจในการรักษาลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา เกิดปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น
3. ทำความเข้าใจปัญหา(understanding) พยาบาลชี้แจงรายละเอียดและให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสพการณ์เชิงบวกและเชิงลบที่ผ่านมา และแจกใบงานที่ 4.1 และให้สมาชิกกลุ่มเนนการตามกิจกรรมใบงาน
4. พยาบาลชี้แจงรายละเอียดเรื่องการสรุปสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมทั้งหมดจากประสพการณ์การที่ผ่านมา และแจกใบกิจกรรมที่ 4.2 และให้สมาชิกกลุ่มเนนการตามกิจกรรมใบงาน
5. ตั้งเป้าหมายและดำเนินการแก้ปัญหา(Action) หลังจากที่สมาชิกได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่ผ่านมาอย่างต่อเนื่อง พยาบาลผู้ช่วยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดแบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์และให้สมาชิกทำแบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์

6. พยาบาลชี้แจงรายละเอียดแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และนัดสมาชิกกลุ่มที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน เพื่อติดตามประเมินผลแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา

7. พยาบาลเปิดโอกาสให้สมาชิกได้สอบถามและตอบคำถามด้วยท่าที่เป็นมิตร

8. ยุติการให้คำปรึกษา(Termination) พยาบาลกล่าวขอบคุณผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัว พร้อมให้กำลังใจและกล่าวปิดกิจกรรม

การประเมินผล

ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในครั้งนี้ พบว่า ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวเล็งเห็นประสบการณ์เชิงบวกและเชิงลบที่ผ่านมา ซึ่งประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ และเข้าใจเรื่องทักษะการจัดการชีวิตด้วยตนเอง ผลการประเมินพบว่า พบปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

1. ปัญหาเรื่องประสบการณ์การดื่มแอลกอฮอล์แล้วไม่ยอมรับประทานยา แล้วมีอาการทางจิตเกิดขึ้น แก้ไขโดยหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และรับประทานยารักษาอาการทางจิตต่อเนื่อง

2. ปัญหาเรื่องการรับประทานยารักษาโรคจิต เช่น รับประทานแล้วง่วงนอน ปากแห้งคอแห้ง แก้ไขปัญหาโดยการจิบน้ำบ่อยๆ

3. ปัญหาเรื่องการอ่านของยาไม่ออก แก้ไขโดยการอธิบายให้ญาติเข้าใจและญาติช่วยอ่านและดูแลผู้ป่วยช่วงจัดยา

และสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรม คือ สมาชิกกลุ่มมีการประเมินตนเองและทราบผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ปัญหา สิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง มีการวางแผนอย่างเป็นรูปธรรม และมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม มีการสำรวจปัญหา สาเหตุ ทราบความต้องการของตน และได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภท สามารถวางแผนเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกันได้ และมีความรู้เรื่องยารักษาอาการทางจิตทางการรักษา การจัดการอาการข้างเคียง โทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ว่าการใช้แอลกอฮอล์ทำให้ผลการรักษาด้วยยาไม่ได้ผล มีอาการทางจิตกำเริบและเกิดปัญหาความเบื่อหน่าย ไม่อยากรับประทานยารวมทั้งปัญหาครอบครัวและสังคม มีความรู้เรื่องความอยากและตัวกระตุ้นทั้งตัวกระตุ้นภายนอก เช่น คน สถานที่ เพื่อน งานเลี้ยง เงิน และตัวกระตุ้นภายใน เช่น ความเหงา เบื่อความอยาก โกรธ เป็นต้น แก้ไขโดยการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นและควบคุมความอยากภายใน โดยใช้ทักษะเทคนิคการหยุดความคิดและควบคุมความอยากแอลกอฮอล์ เช่น การหลีกเลี่ยง การปฏิเสธ การหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยง มีการวางแผนการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรมและองค์รวม ภาย จิตสังคมโดยมีครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยฝึกทักษะที่จำเป็นด้วยกันเพื่อ คอยสนับสนุนและ

เสริมสร้างแรงใจ มีทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต เช่น ปากแห้งให้จิบน้ำบ่อยๆ ง่วง ให้นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงการขับรถหรือยานพาหนะ น้ำหนักขึ้นให้ออกกำลังกายและรับประทานผักผลไม้ ปากแข็ง ลิ้นแข็ง ให้ไปพบแพทย์ ห้ามหยุดยาเอง สามารถจัดยาด้วยตนเองได้ โดยมีครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักคอยช่วยสนับสนุนประคองเรื่องยาและการพาไปพบแพทย์ตามนัด รวมทั้งตระหนักและเล็งเห็นประสบการณ์เชิงบวก เช่นไม่ใช้แอลกอฮอล์ร่วมกับการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาแล้วอาการทางจิตดีขึ้น มีความสุข และเชิงลบที่ผ่านมา เช่น ใช้แอลกอฮอล์แล้วมีอาการทางจิตกำเริบ เปื่อหน่าย ไม่อยากรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด แรงจูงใจในการรักษาลดลง เป็นภาระและค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น เกิดปัญหาทะเลาะกันในครอบครัว โดยยึดเอาความรู้และทักษะสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมทั้งหมดมาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตและปฏิบัติตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดี มีการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา สามารถควบคุมความอยากแอลกอฮอล์ได้

2.2. การกำกับการทดลอง ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินโดยใช้เครื่องมือกำกับการทดลอง หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมที่ 8 ทันที โดยใช้แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) ของ Anton, Moak and Latham (1995) ซึ่งพัฒนาโดย Suktrakul Sunisa et al. (2009) ซึ่งกำหนดให้ระดับคะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์ลดลง ซึ่งจากการประเมินพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์ลดลงทั้ง 19 คน เพิ่มขึ้น 1 คน ดังนั้น จึงถือว่าผู้ป่วยได้รับกิจกรรมตามกิจกรรมครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจำแนกรายข้อ (n=20) ก่อนทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คะแนนรายข้อ ความอยากดื่มแอลกอฮอล์	ก่อนการทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D
ความอยากดื่มข้อที่ 1	2.20	1.20	1.15	1.18
ความอยากดื่มข้อที่ 2	2.25	1.25	0.75	0.91
ความอยากดื่มข้อที่ 3	1.95	1.10	0.55	1.00
ความอยากดื่มข้อที่ 4	1.85	0.99	0.65	0.67
ความอยากดื่มข้อที่ 5	1.65	1.04	0.40	0.60
ความอยากดื่มข้อที่ 6	1.55	1.15	0.70	0.80
ความอยากดื่มข้อที่ 7	1.70	0.98	0.50	1.05
ความอยากดื่มข้อที่ 8	1.85	1.04	0.80	0.89
ความอยากดื่มข้อที่ 9	1.50	1.28	0.65	0.49
ความอยากดื่มข้อที่ 10	1.60	1.14	0.85	1.04
ความอยากดื่มข้อที่ 11	1.50	0.76	0.55	0.76
ความอยากดื่มข้อที่ 12	1.60	0.88	0.70	0.80

จากตารางที่ 4 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว มีความแตกต่างกัน โดยคะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ลดลงทุกข้อ ยกเว้นข้อ 7 ซึ่งถามว่า การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อการทำงานของ คุณเพียงใด มีอะไรที่คุณไม่สามารถทำได้เมื่อดื่มแอลกอฮอล์ (หากขณะนี้คุณไม่ได้ทำงาน ขอให้คุณคิดว่า การดื่มจะส่งผลกระทบต่อได้มากน้อยเพียงใดหากคุณทำงาน) พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนที่สูงขึ้น

ตารางที่ 5 คะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย จำแนกรายบุคคล

คนที่	ก่อนทดลอง	หลังการทดลองทันที	การแปลผลความอยากดื่มแอลกอฮอล์
1	28	25	ลดลง
2	15	7	ลดลง
3	17	18	เพิ่มขึ้น
4	33	7	ลดลง
5	12	3	ลดลง
6	29	2	ลดลง
7	12	4	ลดลง
8	38	9	ลดลง
9	25	6	ลดลง
10	17	15	ลดลง
11	9	8	ลดลง
12	29	7	ลดลง
13	20	11	ลดลง
14	16	7	ลดลง
15	26	4	ลดลง
16	37	5	ลดลง
17	7	2	ลดลง
18	23	6	ลดลง
19	11	7	ลดลง
20	20	12	ลดลง

จากตารางที่ 5 พบว่า หลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวคะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทลดลงกว่าก่อนเข้ารับการให้คำปรึกษาทุกคน ยกเว้นคนที่ 3 ที่มีคะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น จากก่อนทดลอง 17 คะแนน หลังทดลอง เพิ่มขึ้นเป็น 18 คะแนน และผู้วิจัยได้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวได้ร่วมกันค้นหา สาเหตุ ให้คำแนะนำและความรู้เพิ่มเติม

3. ระยะการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยผู้วิจัย โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำ ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายและชี้แจงรายละเอียด การตอบแบบสอบถามให้ผู้ช่วยผู้วิจัยที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เข้าใจวิธีการและข้อมูลที่ต้องการรวบรวม เพื่อให้ข้อมูลที่ทำการเก็บมีความถูกต้อง ครบถ้วน และปราศจากความลำเอียง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ช่วยผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) ในวันที่ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. หลังสิ้นสุดการทดลองกิจกรรมที่ 8 แล้ว ผู้ช่วยผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันทีโดยใช้แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และเก็บรวบรวมผล
3. หลังสิ้นสุดการทดลองที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน ผู้ช่วยผู้วิจัยทำการวัดพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา เพื่อติดตามพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา หลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นหรือไม่และดูประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาและความคงอยู่ของพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาต่อเนื่อง ผู้ช่วยผู้วิจัยทำการวัดพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง (Post-test) และให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกเกี่ยวกับการเข้าร่วมกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง (Post-test) และให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกเกี่ยวกับการเข้าร่วมกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาครอบครัว
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดดำเนินการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

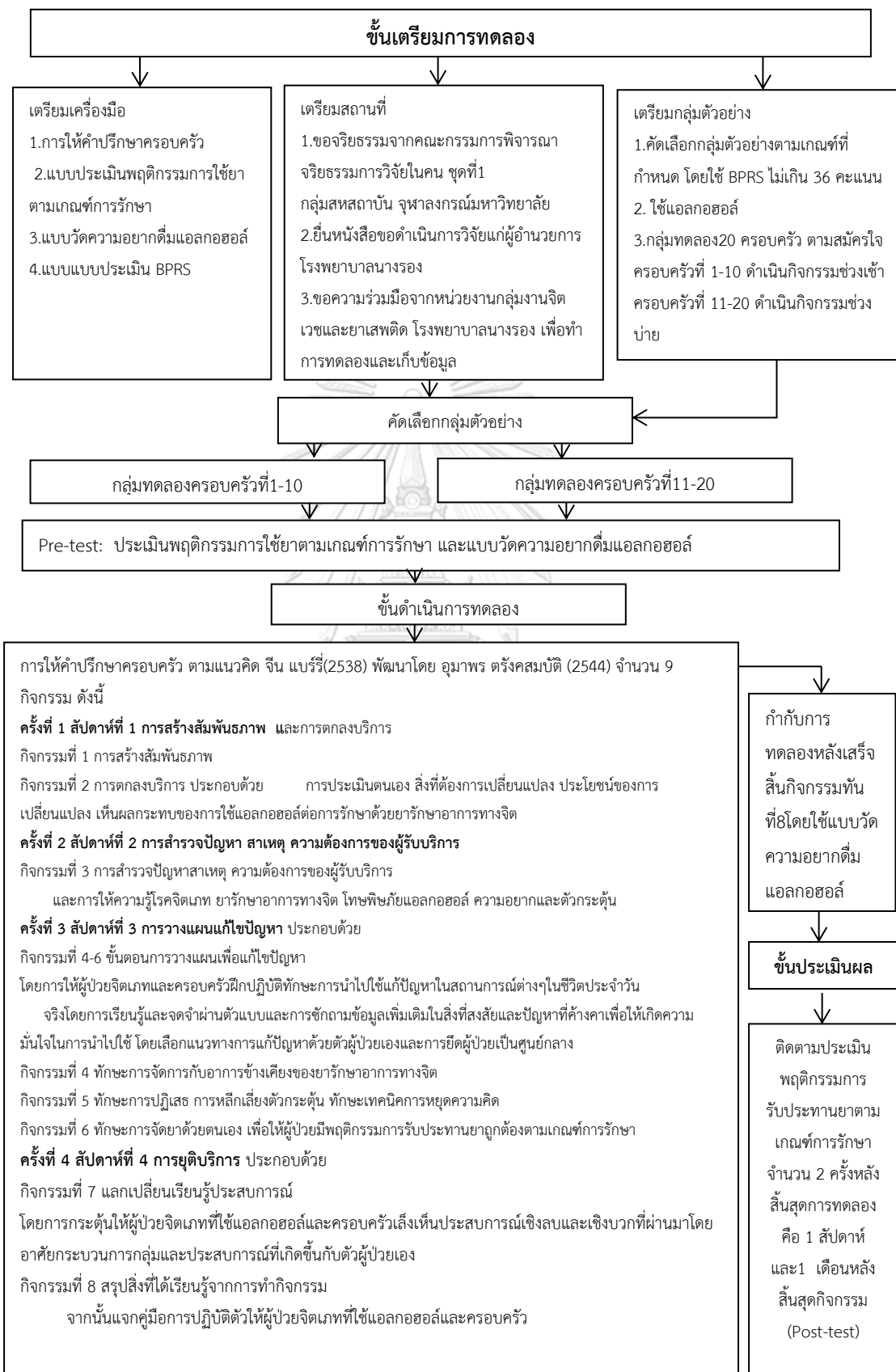
1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และคะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่ม ทดลอง ก่อน หลังให้คำปรึกษา และระยะติดตาม 1 เดือน โดยใช้สถิติ One-way Repeated Measure ANOVA และใช้ Post hoc analysis ด้วยวิธีของ Bonferroni ในกรณีข้อมูลแจกแจงปกติ แต่ถ้าข้อมูลไม่มีการกระจายแบบปกติ จะใช้สถิติ Friedman test และทดสอบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธี Wilcoxon Signed Ranks Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ระหว่างก่อนและติดตามหลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงอายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ICD10 ใช้แอลกอฮอล์ และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ที่มาเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ครอบครัว โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก จากการศึกษาแบบเจาะจง โดยมีการวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลองทันที และมีการประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา หลังการทดลองที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน (The Pre-test-Post-test One Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายโดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่รักษาทางจิตเวชในโรงพยาบาล ผลกระทบที่ได้รับจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ผู้ดูแลหลัก (การจัดเก็บข้อมูลเป็นช่วงข้อมูล)

ข้อมูลทั่วไป	ทั้งหมด (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	6	30.0
ชาย	14	70.0
อายุ (ปี)		
20-29 ปี	8	40.0
30-39 ปี	5	25.0
40-49 ปี	7	35.0
Min = 20 ปี Max = 49 ปี $\bar{x} = 34.15$		
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
1-2 ปี	5	25.0
3-5 ปี	5	25.0
6-10 ปี	2	10.0
มากกว่า 10 ปี	8	40.0
จำนวนครั้งที่รักษาทางจิตเวชในโรงพยาบาล		
0	2	10.0
1	4	20.0
2	6	30.0
≥3	8	40.0
ผลกระทบที่ได้รับจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต		
มาก	1	5.0
ปานกลาง	14	70.0
น้อย	5	25.0

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 70 มีอายุ 20-29 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยมากกว่า 10 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 จำนวนครั้งที่รักษาทางจิตเวชในโรงพยาบาล ≥3 จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ผลกระทบที่ได้รับจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ระดับปานกลางจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ผู้ดูแลหลัก เป็นสามี-ภรรยา จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 และบิดา-มารดา ในจำนวนที่เท่ากันคือ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 (ตามลำดับ)

ตารางที่ 7 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก

ข้อมูลทั่วไป	ทั้งหมด (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	17	85
ชาย	3	15
อายุ (ปี)		
20-29 ปี	8	40
30-39 ปี	5	25
40-49 ปี	6	30
50-59 ปี	1	5
Min = 20 ปี Max = 59 ปี $\bar{x} = 33.65$		
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์		
1-2 ปี	2	10
3-5 ปี	6	30
6-10 ปี	9	45
มากกว่า 10 ปี	3	15
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์		
สามี	2	10
ภรรยา	4	20
บิดา	1	5
มารดา	5	25
พี่สาว	3	15
พี่ชาย	1	5
น้องสาว	1	5
หลานสาว	2	10
พี่สะใภ้	1	5

จากตารางที่ 7 พบว่าครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 85 และเพศชาย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15 อายุครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ช่วงอายุมากที่สุดคือ 20-29 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 40-49 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 และช่วงอายุ 30-39 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 25 และช่วง

อายุ 50-59 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ 6-10 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45 รองลงมา คือ 3-5 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมา คือ มากกว่า 10 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15 และ ระยะเวลาดูแล 1-2 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ตามลำดับ ได้แก่มารดา จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 25 รองลงมา คือ ภรรยา จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 20 รองลงมาได้แก่ พี่สาว จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15 และ หลานสาวกับสามี ในจำนวนที่เท่ากัน คือ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10 และบิดา พี่ชาย น้องสาว พี่สะใภ้ ในจำนวนที่เท่ากัน คือ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5 สรุปว่าครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักมากที่สุด คือมารดา และน้อยที่สุดคือ บิดา พี่ชาย น้องสาว พี่สะใภ้ ตามลำดับ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างก่อนได้รับคำปรึกษาครอบครัว หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (n=20) และ 1 เดือน (n=20)

Time	พฤติกรรมกร รับประทานยา		Time	พฤติกรรมกร รับประทานยา		Difference		p-value
	\bar{X}	S.D		\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	
	รวมพฤติกรรมกรรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา							
ก่อน	2.58	0.29	หลัง 1 สัปดาห์	4.56	0.55	1.99	0.68	<0.001*
			หลัง 1 เดือน	4.81	0.12	2.24	0.30	<0.001*
หลัง1สัปดาห์	4.56	0.55	หลัง 1เดือน	4.81	0.12	0.25	0.59	0.016*

p-value from Friedman Test and Post Hoc Multiple Comparisons: Wilcoxon Signed Ranks Test, * significant at the 0.05 level

จากตารางที่ 8 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมพฤติกรรมกรรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว 1 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ โดยหลังให้คำปรึกษาคะแนนพฤติกรรมกรรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา(4.81±0.12) เพิ่มขึ้นจาก ก่อนได้รับการปรึกษา (2.58±0.29) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.99±0.68 คะแนน ส่วนระยะติดตามต่อเนื่อง 1 เดือน (4.81±0.12) ก็มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ก่อนให้คำปรึกษาเท่ากับ 2.24±0.30 คะแนน ($p < 0.001$)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ระหว่างก่อนได้รับคำปรึกษาครอบครัว หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (n=20) และ 1 เดือน (n=20)

Time	พฤติกรรมกร รับประธานยา		Time	พฤติกรรมกร รับประธานยา		Difference		
	\bar{X}	S.D		\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	
	ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา							
ก่อน	2.78	0.34	หลัง 1 สัปดาห์	4.71	0.68	1.93	0.64	<0.001*
			หลัง 1 เดือน	4.83	0.19	2.05	0.42	<0.001*
หลัง 1 สัปดาห์	4.71	0.68	หลัง 1 เดือน	4.83	0.19	0.12	0.72	0.784

p-value from Friedman Test and Post Hoc Multiple Comparisons: Wilcoxon Signed Ranks Test, * significant at the 0.05 level

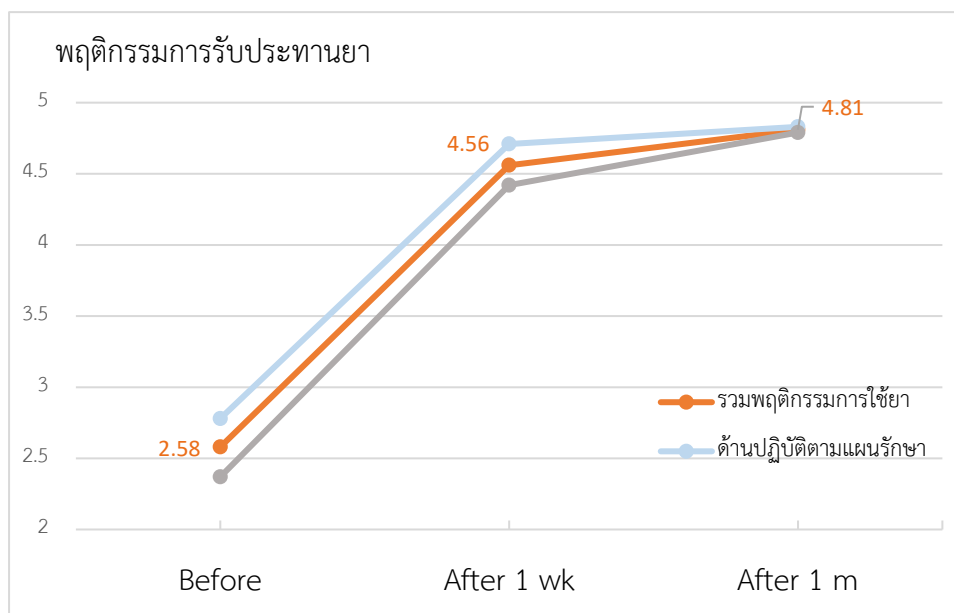
จากตารางที่ 9 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ระหว่างก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว 1 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ โดยหลังให้คำปรึกษาคะแนนพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา (4.83 ± 0.19) เพิ่มขึ้นจาก ก่อนได้รับการปรึกษา (2.78 ± 0.34) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.93 ± 0.64 คะแนน ส่วนระยะติดตามต่อเนื่อง 1 เดือน (4.83 ± 0.19) ก็มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ก่อนให้คำปรึกษาเท่ากับ 2.05 ± 0.42 คะแนน ($p < 0.001$)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมด้านการความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาระหว่างก่อนได้รับคำปรึกษาครอบครัวหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (n=20) และ 1 เดือน (n=20)

Time	พฤติกรรมกร รับประทานยา		Time	พฤติกรรมกร รับประทานยา		Difference		
	\bar{X}	S.D		\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	
	ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา							
ก่อน	2.37	0.40	หลัง 1 สัปดาห์	4.42	0.49	2.05	0.78	<0.001*
			หลัง 1 เดือน	4.79	0.16	2.43	0.39	<0.001*
หลัง 1 สัปดาห์	4.42	0.49	หลัง 1 เดือน	4.79	0.16	0.38	0.53	0.002*

p-value from Friedman Test and Post Hoc Multiple Comparisons: Wilcoxon Signed Ranks Test, * significant at the 0.05 level

จากตารางที่ 10 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ระหว่างก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว 1 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ โดยหลังให้คำปรึกษาคะแนนพฤติกรรมด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา (4.42 ± 0.49) เพิ่มขึ้นจาก ก่อนได้รับการปรึกษา (2.37 ± 0.40) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.05 ± 0.78 คะแนน ส่วนระยะติดตามต่อเนื่อง 1 เดือน (4.79 ± 0.16) ก็มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนให้คำปรึกษาเท่ากับ 2.43 ± 0.39 คะแนน ($p < 0.001$)



ภาพที่ 3 พฤติกรรมการรับประทานยา

จากภาพที่ 3 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว 1 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ โดยหลังให้คำปรึกษาคะแนนพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา (4.81 ± 0.12) เพิ่มขึ้นจาก ก่อนได้รับการปรึกษา (2.58 ± 0.29) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.99 ± 0.68 คะแนน ส่วนระยะติดตามต่อเนื่อง 1 เดือน (4.81 ± 0.12) ก็มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ก่อนให้คำปรึกษาเท่ากับ 2.24 ± 0.30 คะแนน ($p < 0.001$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ระหว่างก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว 1 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ โดยหลังให้คำปรึกษาคะแนนพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา (4.83 ± 0.19) เพิ่มขึ้นจาก ก่อนได้รับการปรึกษา (2.78 ± 0.34) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.93 ± 0.64 คะแนน ส่วนระยะติดตามต่อเนื่อง 1 เดือน (4.83 ± 0.19) ก็มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ก่อนให้คำปรึกษาเท่ากับ 2.05 ± 0.42 คะแนน ($p < 0.001$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ระหว่างก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว 1 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ โดยหลังให้คำปรึกษาคะแนนพฤติกรรมด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา (4.42 ± 0.49) เพิ่มขึ้นจาก ก่อนได้รับการปรึกษา (2.37 ± 0.40) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.05 ± 0.78 คะแนน ส่วนระยะติดตามต่อเนื่อง 1 เดือน (4.79 ± 0.16) ก็มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ก่อนให้คำปรึกษาเท่ากับ 2.43 ± 0.39 คะแนน ($p < 0.001$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังสิ้นสุดการทดลอง (One Group Pretest-Posttest design) ที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน (สมกมล อรรถทิมากุล, 2558; กิริณา อรุณ และคณะ, 2557; มานะศักดิ์ เหลื่อมทองกลาง, 2563, ศิวะพร ไชยชนะ, 2557) เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ตัวแปรต้น คือ การให้คำปรึกษาครอบครัว ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการให้คำปรึกษาครอบครัวและวัดซ้ำที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวหลังวัดซ้ำที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD10) และใช้แอลกอฮอล์ ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD10) และใช้แอลกอฮอล์ ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลนารอง ซึ่งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 20 คน และสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ จำนวน 1 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 4 ชุด ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต ฉบับภาษาไทย (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) ใช้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในช่วง 1 สัปดาห์ ก่อนเข้าร่วมการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย พัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham (1962) มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุมภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ (2549)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คือ การให้คำปรึกษาครอบครัว ประกอบด้วย 8 กิจกรรม เป็นรายกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง 1 สัปดาห์ต่อครั้ง ครั้งละ 2-3 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินการ กิจกรรมละ 45-60 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และติดตามหลังเข้ากิจกรรมจำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ได้แก่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือนหลังเข้ากิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 การตกลงบริการ ประเมินตนเองผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ปัญหา สิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง การวางแผนอย่างเป็นรูปธรรม และประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 3 การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการ และ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยารักษาอาการทางจิต โทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ ความอยากและตัวกระตุ้น

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต

กิจกรรมที่ 5 ทักษะการปฏิเสธ การจัดการและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น เทคนิคการหยุดความคิด

กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการจัดการด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 7 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์

กิจกรรมที่ 8 สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมทั้งหมด

โดยเครื่องมือชุดนี้ ผู้วิจัยได้แก้ไขตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองจำนวน 5 ครอบครัว แล้วมีการปรับปรุงแก้ไขให้เครื่องมือมีความสมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของ Farragher(1999) ซึ่งมีการพัฒนาโดยสรินทร เชี่ยวโสธร(2545)เพื่อให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลอง

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วยเพศ อายุ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนถึง

ปัจจุบัน จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ความรู้สึกถึงผลกระทบที่ได้รับจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ประวัติการใช้แอลกอฮอล์ ผู้ดูแลหลัก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3.2 แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดยสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) เพื่อให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลอง แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดยสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) ซึ่งประกอบด้วย 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) ไข้ยาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยาเอง 2) ไข้ยาอย่างถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา 3) ไข้ยาตรงตามเวลา โดยหากมีการผิดพลาดไม่ควรเกินสองครั้งต่อสัปดาห์หรือติดต่อกันสองมือ และไข้ยาถูกขนาดโดยไม่ลดหรือเพิ่มยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ลักษณะเครื่องมือประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการไข้ยา 2 ด้าน คือ 1) การปฏิบัติตามแผนการรักษา 9 ข้อ 2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา 9 ข้อ การปฏิบัติตามแผนการรักษา ประกอบไปด้วย 1) ท่านหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น 2) ท่านลืมรับประทานยา 3) ท่านรับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น 4) ท่านหยุดรับประทานยาโดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ 5) ท่านรับประทานยาตรงตามเวลา 6) ท่านเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง 7) ท่านรับประทานยานอนหลับเพิ่มโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง 8) ท่านรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง 9) ท่านลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง

ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ประกอบไปด้วย

10) เมื่อท่านมีอาการผิดปกติรุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที 11) เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ท่านรับประทานยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้ 12) ท่านขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษาเมื่ออาการทางจิตไม่ดีขึ้น 13) ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพในเรื่องการไข้ยา 14) เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย ท่านหยุดรับประทานยา รักษาโรคจิตทันทีโดยไม่ปรึกษาแพทย์ 15) แม้มีอาการดีขึ้นแล้ว ท่านยังมารับยาสม่ำเสมอ 16) ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง 17) เมื่อหายหมด ท่านซื้อยารักษาอาการทางจิตกินเองโดยไม่ได้มาพบแพทย์ (ไม่รวมการสั่งซื้อยาทางไปรษณีย์) 18) ท่านปรึกษากับทีมสุขภาพ เมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติจากการไข้ยา ตรวจได้ค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) CVI = .95 และค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .80

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) ของ Anton, Moak and Latham (1995) ซึ่งพัฒนาโดย Suktrakul Sunisa, (2009) เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ตอบทำการประเมินตนเอง มีข้อความทั้งหมด 12 ข้อ โดยถือความสอดคล้องของความอยากดื่มแอลกอฮอล์เป็นเกณฑ์ในการประเมินผล

อาการของผู้ป่วยหลังดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นทั้ง 8 กิจกรรม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) $CVI = .98$ และค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ $.94$

วิธีดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในแผนกผู้ป่วยนอกร่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและพัฒนาทักษะการใช้การให้คำปรึกษาครอบครัว โดยฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก เพื่อให้เกิดความชำนาญก่อนนำไปใช้จริง

1.2 ผู้วิจัยสร้าง การให้คำปรึกษาครอบครัว และเตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน และมีการหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน เพื่อให้เนื้อหามีความครอบคลุม ชัดเจน มีภาษาที่เหมาะสมในการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหาร คณะผู้วิจัยศาสตร์แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.4 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลนางรอง เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยที่เรียบร้อยแล้วเพื่อขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา สถานที่ให้ทราบ

1.5 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนางรอง ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด เพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการใช้สถานที่สำหรับดำเนินการวิจัย

1.6 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ขั้นตอนวิธีการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูล มีการอธิบายการใช้แบบประเมินพฤติกรรม การรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา การใช้แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมทั้งคู่มือการใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) เพื่อประเมินคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัย และการประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ป่วยจำนวน 30 คน พบว่า การใช้แบบประเมินพฤติกรรม การรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของ Farragher(1999) พัฒนาโดยสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .80 แบบประเมินอาการทางจิต(Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .86

1.7 ผู้วิจัยพร้อมคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 20 ครอบครัว แล้วแบ่งเป็น 10 ครอบครัวต่อกลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในช่วงเช้า และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในช่วงบ่าย ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ครอบครัว

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 หลังจากสมาชิกกลุ่มได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ความรู้สึกถึงผลกระทบที่ได้รับจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ประวัติการใช้แอลกอฮอล์ ผู้ดูแลหลัก และประเมินตนเองโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ตามแนวคิดของFarragher(1999) พัฒนาโดยสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) (Pre-test)

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง การให้คำปรึกษาครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรอง กลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 ครอบครัว กลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในช่วงเช้า กลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในช่วงบ่าย เริ่มดำเนินกิจกรรมโดยให้การให้คำปรึกษาครอบครัว ณ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรอง ครั้งละ 45-60 นาที จนครบ 8 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ผู้ช่วยผู้วิจัยทำการกำกับทดลองทันทีโดย

ใช้แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์(The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) ของ Anton, Moak and Latham (1995) ซึ่งพัฒนาโดย Suktrakul Sunisa et al., (2009) (Post-test)

2.3 ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน ผู้วิจัยทำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดยสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) (Post-test)

3. ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยผู้วิจัย โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายและชี้แจง การตอบแบบสอบถามให้ผู้ช่วยผู้วิจัยที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เข้าใจวิธีการ และข้อมูลที่ต้องการรวบรวม และดำเนินการตรวจสอบข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลที่ทำการเก็บมีความถูกต้อง ครบถ้วน และปราศจากความลำเอียง

การทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ช่วยผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของ Farragher(1999) พัฒนาโดยสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) ในวันที่ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2. หลังดำเนินการทดลองเสร็จสิ้น ผู้ช่วยผู้วิจัยดำเนินการกำกับการทดลองทันทีด้วยแบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) ของ Anton, Moak and Latham (1995) ซึ่งพัฒนาโดย Suktrakul Sunisa, (2009)

3. หลังจากผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินแบบสอบถามเสร็จ จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียด และนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งใน 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน หลังเสร็จสิ้นการทดลอง เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดยสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) (Post-test) และให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึกเกี่ยวกับการเข้าร่วม การให้คำปรึกษาครอบครัว เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัย และสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่เข้าร่วมกิจกรรม

4. ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมดให้สมบูรณ์ ครบถ้วน ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และคะแนนความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่ม ทดลอง ก่อน หลังให้คำปรึกษา และระยะติดตาม 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน โดยใช้สถิติ One-way Repeated Measure ANOVA และใช้ Post hoc analysis ด้วยวิธีของ Bonferroni ในกรณีข้อมูลแจกแจงปกติ

3. แต่ถ้าข้อมูลไม่มีการกระจายแบบปกติ จะใช้สถิติ Friedman test และทดสอบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธี Wilcoxon Signed Ranks Test

4. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการให้คำปรึกษารอบครัวที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือนหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย จำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 70 และเพศหญิงร้อยละ 30.0 มีอายุ 20-29 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยมากกว่า 10 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 จำนวนครั้งที่รักษาทางจิตเวชในโรงพยาบาล ≥ 3 จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ผลกระทบที่ได้รับจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ระดับปานกลางจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ผู้ดูแลหลัก เป็นสามี-ภรรยา จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 และบิดา-มารดา ในจำนวนที่เท่ากันคือ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 (ตามลำดับ)

ผลจากการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายได้ดังนี้ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เพศชายมากกว่าเพศหญิง คือร้อยละ 70 และร้อยละ 30 สอดคล้องกับเพศชายมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.4 เท่า (ศิริจิต สุทธจิตต์ และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับเอกสารของกรมสุขภาพจิต (2560) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วโลกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70 เช่นเดียวกับการศึกษาของ จีระพรรณ สุริยงค์, กิตติศักดิ์ วิบูลมา, พิมพาภรณ์ แก้วมา, มธุริน คำวงศ์ปิ่น และเดชาทำดี (2557) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติดแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาร้อยละ 18.5 พบในผู้ป่วยจิตเภทชายสูงกว่าผู้ป่วยจิต

เภทหญิง ซึ่งปัญหา สำคัญประการหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภทชายในชุมชน คือ มีเป็นการใช้แอลกอฮอล์มากที่สุด คือ ร้อยละ 34-35.6

อายุที่พบมากช่วง 20-29 ปี ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มมีการเจ็บป่วยตั้งแต่วัยรุ่น จึงขาดทักษะทางสังคมและสามารถแสดงบทบาททางสังคมที่เหมาะสมกับอายุได้ (Ikebuchi, 2006) จากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้เริ่มดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี ซึ่งยังอยู่ในวัยเรียนจนถึงวัยเริ่มต้นทำงาน เกิดปัญหาเซาว์ปัญญาลดลงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ (อ้างใน ศิริโสภาคย์ บุรพาเดชะ, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทั้งหมดเริ่มนับอายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ซึ่งพบว่าช่วงอายุ 20-24 ปี (วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2561) เป็นช่วงอายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ

ระยะเวลาที่เจ็บป่วยมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 สอดคล้องกับ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีระยะเวลาความเจ็บป่วยอยู่ที่ 6-10 ปี ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยที่ระยะเวลานาน อาการแสดงออกของโรคมักแสดงออกในกลุ่มอาการทางลบ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2555) และผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์จะมีปัญหาซับซ้อนมากกว่า ผู้ป่วยจิตเภททั่วไป (Manning et al., 2007, 2009) เนื่องจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์มีผลทำให้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงาน จนทำให้กระบวนการ รู้คิดเกิดความบกพร่องมากขึ้น (Faltz & Sellin, 2005; Manning et al., 2007) ส่งผลให้เกิดความพร่องใน การทำหน้าที่ทางสังคมมากขึ้นกว่าผู้ป่วยจิตเภท ทั่วไป ซึ่งถือเป็นผลกระทบที่มีความสำคัญมากที่สุด ต่อการดำรงชีวิตในชุมชน (Salyers & Mueser, 2001)

จำนวนครั้งที่รักษาทางจิตเวชในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในด้วยอาการทางจิตมากกว่า ≥ 3 ครั้ง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีพฤติกรรมมารับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ (Batki et al., 2008) นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านกระบวนการ คิด การตัดสินใจ การวางแผน ตลอดจนมีความยับยั้งชั่งใจที่น้อยลง จนนำไปสู่การเกิดพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรงตามมา (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556; จีระพรรณ สุริยงค์ และคณะ, 2557; Green et al., 2007) พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลต่อการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต คืออาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ ข้างเคียงจากการใช้ยาเพื่อรักษาอาการทางจิต โดยเฉพาะ Tardive Dyskinesia ได้ในอัตราที่สูง (Hughes, 2009) ซึ่งส่งผลให้การรักษาด้วยยา มีประสิทธิภาพ น้อยลง (McCann, Boardman, and Clark, 2008; Hughes, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาใน ประเทศไทยพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์จะประสบปัญหาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยา (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และนารัต เกษตรทัต, 2550) จะมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือน (Bradizza et al., 2009)

ผลกระทบที่ได้รับจากการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตปานกลาง มีผลกระทบในระดับปานกลางจำนวน 14 คิดเป็นร้อยละ 70.0 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอาการข้างเคียงจากยาส่งผลต่อการไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา (Saboo et al., 2015) และผลข้างเคียงของยา มีผลโดยตรงต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ลดลง (Marder, 2003)

ผู้ดูแลหลัก ได้แก่ครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ได้แก่ สามี-ภรรยา จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 และบิดา-มารดา จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 สอดคล้องกับครอบครัวต้องมีบทบาทสำคัญในการช่วยดูแลและรับผิดชอบทำหน้าที่ แทนผู้ป่วยจากบทบาทหน้าที่เดิม (กัญญา ศรีตะวัน, รัชนิกร อุปเสน, 2019) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความเกี่ยวพันโดยตรงทางสายเลือดกับผู้ป่วย เช่น เป็นบิดามารดา พี่น้อง หรือบุตร และคู่ชีวิตของผู้ป่วย (สุนทรีย์ภรณ์ ทองไสย, 2558) ที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจภายใต้ความสัมพันธ์ที่เกิดจากความรักความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย (Lawn & McMahon, 2014) จากการศึกษาของเทียนทอง หาระบุตร (2555) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยพบร้อยละ 16 เป็นสามีร้อยละ 8.3 และเป็นภรรยาร้อยละ 7.7

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์ของการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังการได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว

ผลการวิจัยพบว่า

พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว 1 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ โดยหลังให้คำปรึกษาคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (4.81 ± 0.12) เพิ่มขึ้นจาก ก่อนได้รับการปรึกษา (2.58 ± 0.29) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.99 ± 0.68 คะแนน

ระยะติดตามต่อเนื่อง 1 เดือน (4.81 ± 0.12) ก็มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ก่อนให้คำปรึกษาเท่ากับ 2.24 ± 0.30 คะแนน ($p < 0.001$) ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวสูงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง **ด้านที่ 1 การรับประทานยาตามแผนการรักษา** คือ การรับประทานยาถูกต้อง ซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ (1) การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (2) ไม่หยุดยาเอง (3) การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ (4) การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกันหรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ และ (5) ใช้ยาถูกขนาดโดยไม่ลดหรือเพิ่มขนาดเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

ด้านที่ 2 ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ (1) การประเมินอาการข้างเคียงจากยา (2) การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา และ (3) การบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้แก่ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง และกิจกรรมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น ได้แก่ ทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัว คือ 1) ทักษะการใส่ใจ 2) ทักษะการนำ 3) ทักษะการถาม 4) ทักษะการเงี่ย 5) ทักษะการสะท้อนกลับ 6) การซื่อสัตย์/การทวนความ 7) ทักษะการให้กำลังใจ 8) ทักษะการสรุปความ 9) ทักษะการให้ข้อมูลและคำแนะนำ 10) ทักษะการชี้ผลที่ตามมา และขั้นตอนกระบวนการ ให้คำปรึกษาครอบครัว ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การตกลงบริการ 3) การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการผู้รับบริการ 4) การวางแผนแก้ไขปัญหา 5) การยุติบริการ ซึ่งกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว (process of counseling) มุ่งเน้นปฏิสัมพันธ์เชิงบำบัดระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการรู้จัก เข้าใจตนเองและสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริง สามารถตั้งศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนเองออกมาใช้ในการแก้ไขปัญหาจนเกิดกระบวนการเรียนรู้ เกิดวุฒิภาวะ และการเจริญเติบโตงอกงาม (เงิน แบร์รี่, 2538; อนุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีอย่างต่อเนื่อง

การสร้างสัมพันธภาพ

การสร้างสัมพันธภาพเป็นหัวใจสำคัญของการให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษาด้วยการใช้เทคนิคและทักษะต่างๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเกิดความรู้สึกไว้วางใจ (trust) ปลอดภัย (safe) และเชื่อมั่น (confidence) ต่อกระบวนการช่วยเหลือโดยคำนึงถึงสัมพันธภาพและบริบทของครอบครัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ กล่าวเปิดเผยเล่าเรื่อง สิ่งที่ทำให้ทุกขใจให้สมาชิกครอบครัวได้รับรู้ปัญหาาร่วมกัน (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2553; อนุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544; กมล โพธิเย็น, 2021) และเน้นย้ำในการรักษาความลับและเรื่องราวด้านบวก ส่งผลให้ผู้ป่วยจิต

เภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ใช้คำปรึกษาและมีความมั่นใจในการเปิดเผยเรื่องราวมากขึ้น

การตกลงบริการ โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว (จิ้น แบร์รี, 2538; อุมภาพร ตรังคสมบัติ, 2544) จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัว 1) ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการให้คำปรึกษา และ 2) รับทราบเข้าใจปัญหาว่าการใช้แอลกอฮอล์ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีปัญหาไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา เกิดอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตมากขึ้นและเกิดปัญหากับครอบครัว และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากและซับซ้อนขึ้น ร่วมกำหนดข้อตกลงบริการ ได้แก่การหยุดใช้แอลกอฮอล์ มีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ทั้งการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต และส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความตระหนักในข้อตกลงเกิดแรงจูงใจและเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ดีขึ้น (จิ้น แบร์รี, 2538; อุมภาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้รับบริการ การให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้สำรวจปัญหา สาเหตุ และความต้องการของผู้รับบริการจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัว เข้าใจถึงปัญหา สามารถค้นหาสาเหตุ ความต้องการ และแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้ มีความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยารักษาอาการทางจิต แอลกอฮอล์ ความอยากและตัวกระตุ้น รวมทั้งมีการวางเป้าหมายเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกัน เป็นลายลักษณ์อักษร ถึงความตั้งใจว่าจะหยุดดื่มแอลกอฮอล์และมีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา (จิ้น แบร์รี, 2538; อุมภาพร ตรังคสมบัติ, 2544) และส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมมารับประทานยาดีขึ้น สามารถควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้

ทักษะการจัดการกับผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว (จิ้น แบร์รี, 2538; อุมภาพร ตรังคสมบัติ, 2544) จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตได้ ทั้งด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาและด้านการสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงของยา และสามารถประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวันกรณีที่พบอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น ซึ่งสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยารักษาอาการทางจิต คือการขาดความรู้และไม่สามารถทนกับอาการข้างเคียงของยาจิตเวชได้(ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ซึ่งผลข้างเคียงของยามีผลโดยตรงต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทรวมถึงการคงอยู่ในระบบ(Marder, 2003) และมีพฤติกรรมมารับประทานยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาได้มากขึ้น

ทักษะการปฏิเสธ โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว (จิ้น แบร์รี, 2538; อุมภาพร ตรังคสมบัติ, 2544) จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีทักษะ และสามารถจัดการและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นได้ โดยใช้เทคนิคการหยุดความคิด ซึ่งเป็นการฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ ซึ่งการ

ช่วยเหลือผู้ติดแอลกอฮอล์ในกลุ่มนี้เน้นที่การค้นหาสิ่งกระตุ้นและหาวิธีจัดการกับสิ่งกระตุ้นเหล่านั้น เพื่อหยุดพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ (Niaura, 2000) และสามารถควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (craving) ได้ (Skinner & Aubin, 2010) โดยมีครอบครัวเป็นแรงใจช่วยสนับสนุน ดูแล พุดคุย ให้กำลังใจ จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์สามารถจัดการ หลีกเลียงตัวกระตุ้นและควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างยาวนานต่อเนื่อง และการปฏิบัติตามแผนการรักษามากขึ้น

การฝึกทักษะการจดจำด้วยตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีความรู้เรื่องยา และมีทักษะในการจดจำที่ถูกต้องตามพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ใน 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 2) ไม่หยุดยาเอง 3) การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ 4) การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ และ 5) ใช้ยาถูกขนาด โดยไม่ลดหรือเพิ่มขนาดเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ (Farragher, 1999) โดยการเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างถูกต้อง และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Green et al., 2007) ซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน (Barrowclough, 2001) และมีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา และเกิดความตระหนักในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ เป็นกิจกรรมกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัว เล็งเห็นประสบการณ์เชิงบวกและเชิงลบที่ผ่านมา โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว (จิน แบร์รี, 2538; อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ร่วมกับกระบวนการกลุ่มและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวเห็นสิ่งที่อยากเป็นกับสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และเกิดพฤติกรรมใหม่โดยการเปรียบเทียบประสบการณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบที่ผ่านมาและเกิดความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ดีขึ้น รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาและควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้

สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จาก จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัว มีการทบทวนเนื้อหากิจกรรมทั้งหมดที่ทำไปและเกิดความเข้าใจมากขึ้น และมีการซักถามให้แน่ใจ กระจำ และเกิดความมั่นใจ ในการประยุกต์ใช้ในการดำรงชีวิตในชุมชน ให้ปราศจากการใช้แอลกอฮอล์ มีพฤติกรรมมารับประทานยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้ และเกิดสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและทีมงานด้านสุขภาพ และกล่าวขอบคุณผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวเพื่อเสริมแรงทางบวกเพื่อให้คงพฤติกรรมมีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ไม่กลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำและดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติ และให้คู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภทนำไปใช้ที่บ้านและยุติกิจกรรม นัดติดตามผล อีก 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน (สมกมล อรรถทิมากุล, 2558; กิริณา อรุณ และคณะ, 2557; มานะศักดิ์ เหลือมทองกลาง, 2563; ศิวพร ไชย

ชนะ, 2557) จะช่วยให้สร้างความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงและคงอยู่ของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยใช้ทักษะการให้คำปรึกษารอบครัว

สรุปการให้คำปรึกษารอบครัวเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่อง (จิน แบร์รี, 2538; จิน แบร์รี, 2549; อูมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) มีขั้นตอนและทักษะที่ชัดเจนซึ่งจะช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาให้ดีขึ้น และควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การทำกิจกรรมกลุ่มให้คำปรึกษารอบครัว พยาบาล จะต้องเป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ และยารักษาอาการทางจิต รวมทั้งทักษะในการทำกลุ่มบำบัด เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมการให้คำปรึกษารอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุด

2. ควรมีการนำการให้คำปรึกษารอบครัวในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้แอลกอฮอล์ ไปใช้อย่างต่อเนื่อง โดยครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมในการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาที่ต่อเนื่องยั่งยืน

3. ด้านการศึกษาควรมีการศึกษาติดตามผลของการให้คำปรึกษารอบครัวเพื่ออย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมและประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษารอบครัวที่ผู้ป่วยนำไปใช้จริงเมื่อกลับในชุมชนว่ามีความเหมาะสมต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา และสามารถควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้เพียงใด

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆในชุมชนที่มีการใช้แอมเฟตามีนร่วมเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษารอบครัวที่ผู้ป่วยนำไปใช้จริงเมื่อกลับสู่ชุมชนว่ามีความเหมาะสมต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา และสามารถควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้เพียงใด

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *รายงานประจำปี*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2556). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2556*. กรุงเทพมหานคร: บางกอกบลิ๊อก.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สถานการณ์และแนวโน้มความเจ็บป่วยทางจิตคนไทย*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รายงานประจำปี*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรสถานบริการปฐมภูมิ*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *รายงานประจำปี*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *รายงานประจำปี*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สถิติประจำปีโรงพยาบาลจิตเวชกรมสุขภาพจิต*. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *คู่มือการให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราในโรงพยาบาลจิตเวช ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1*. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.
- กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2555). *สถิติผู้รับ บริการ*. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
- กมล โพธิ์เย็น. (2021). การให้การปรึกษาทางจิตวิทยา: เครื่องมือสำคัญในการแก้ปัญหาผู้เรียน. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย ศิลปากร*, 19(2), 11-27.
- กฤตยา แสงวงทรัพย์. (2557). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการ*

ตี๋มสุราของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนที่มีปัญหาการตี๋มแอลกอฮอล์. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กาญจนา สุทธิเนียมและคณะ. (2547). การศึกษา ความชุกของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วย โรคจิตที่
เข้ารับการรักษาในสถาบัน จิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. การประชุม วิชาการสุขภาพจิต
นานาชาติ ครั้งที่ 13 (สิงหาคม 2547): หน้า 161.

กัลยาณี โนนินทร์.(2542). การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน.
เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จินตนา ยูนิพันธ์ และคณะ. (2541). ความต้องการบริการสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วยจิตเวชใน
โรงพยาบาล: มุมมองของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตปี 2541.
กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.

จิราพร ชมพิกุล และคณะ. (2552). สัมพันธภาพในครอบครัวไทย. นครปฐม: เอ็น แอนด์ เอ็น ก๊อปปี
แอนด์ พริ้นติ้ง.

จินแปร์. (2538). คู่มือการฝากทักษะให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิระพรรณ สุริยงค์, กิตติศักดิ์ วิบูลมา, พิมพ์ภรณ์ แก้วมา, มจริน คำวงศ์ปิ่น, และเดชา ทำดี. (2557).
ความชุกของปัญหาการตี๋มสุราในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 22(1), 38-
47.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพจันทรสุข, ศุภรีใจ เจริญสุข.(2556). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับ
ปรับปรุง). นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวง
สาธารณสุข,
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชวนนท์ จันทรสุข.(2562). ผลของการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อพฤติกรรม
การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท.วารสารพยาบาลทหารบก.กรุงเทพฯ:
2(3) พฤษภาคม-สิงหาคม.หน้า170-177.

ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). ความรู้สึทางอารมณ์และความต้องการคำแนะนำ: กรณีศึกษา
ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 14(2), 30-39.

ฐิตินันท์ อ้วนล่า, สุนิดา ปรีชาวงษ์, & รัชนิกร อุปเสน. (2019). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการ
โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการ
พยาบาลจิตเวชและสุขภาพ จิต, 33(3), 56-67.

ทูลภา บุปผาสังข์. (2545). ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการเป็นซ้ำของผู้ที่เป็น
โรคจิต. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช
คณะพยาบาล ศาสตร์มหาวิทาลัยเชียงใหม่.

- ทวิพร วิสุทธีมรรค. (2544). *เภสัชวิทยาของยาและสารเสพติด*. ใน วิโรจน์ วีระชัย, อังกูร ภัทรากกร, ลำชา ลักขณาภินชัช, ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์, และนิภา ณีสกุล (บรรณาธิการ), *ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด* (หน้า 84 – 109). กรุงเทพมหานคร: วัชรอินเตอร์พรีนติ้ง จำกัด.
- เทอดศักดิ์ เดชคง.(2548). *คู่มือการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์*. กรุงเทพฯ : ชมรมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ทิพาวดี เอมะวรรณนะ. (2547). *จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธงรบ เทียนสันต์. (2556). *ผลของโปรแกรมการให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธงรบ เทียนสันต์, เพ็ญญาแดงต่อมยุทธ์. (2558). *ผลของโปรแกรมการให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน*. *JOURNAL OF THE POLICE NURSES*, 7(1), 104-116.
- นุชณี เอี่ยมสะอาด.(2017). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดยา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ปทุมธานี: หน้า120-134.
- นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และนารัต เกษตรทัต. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(4), 412-418.
- นฤมล พระใหญ่, สิทธิพร ครามานนท์, & ภาสกร คุ่มศิริ. (2021). *การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: บทความฟื้นฟูวิชาการ*. *วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย (Online)*, 52(1), 62-74.
- นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนสราญรมย์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชา เภสัชกรรม, คณะเภสัชศาสตร์, จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
- นภาพรณ พิงเศศสุนทร.(2553). *ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแล ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2555). *บทความฟื้นฟูวิชาการ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดสุราในสถานบำบัดรักษายาเสพติดของรัฐ*. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 12 (3), 589-598.
- นริสา วงศ์พนารักษ์, สายสมร เฉลยกิตติ. (2561). *บทบาทของพยาบาลในการให้การปรึกษาผู้ติดยา*

เสพติด. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(1), 16-23.

เทียนทอง ทาระบุตร. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับ พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2555.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 4.

กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

บุญศิริ จันศิริมงคล, สาวิตรี สุริยะฉาย, หทัยชนนี บุญเจริญ, กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, สรสร จวงษ์, และอุจน์จิตร คุณารักษ์. (2556). โคร่วมจิตเวชของผู้ป่วยในจิตเวชที่มีปัญหา การดื่มสุรา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(2), 76-87.

ปฐมพร เขียวบุตร. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย*. การศึกษาค้นคว้าด้วย ตนเอง ส.ม. สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ปริทรรศน์ ศิลปกิจ และพันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552). *แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT: แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ*. ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 2. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนา ระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ.

ประคอง วรรณสุด. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ. (2555). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ผลทิพย์ปานแดง. (2547). *ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหา บัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

พระมหาถาวร ถาวโร. (2021). การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 6(2), 61-68.

พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, บรรณาธิการ.(2549). *ตำราจิตเวชศาสตร์ การติดยาเสพติด*. กรุงเทพฯ : สำนักงบประมาณความช่วยเหลือด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (NAS).

พรินทร ปีนสุภา.(2560). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขา การพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิเชษฐ์ อดุมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- พิชัย แสงชัยชาญ และคณะ.(2553). *การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา*. กรุงเทพมหานคร: วนิดาการพิมพ์.
- พัชรินทร์ เจริญผล, โสภิตา แสงอ่อน, & พัทธรินทร์ นินทจันทร์. (2562). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(2),29-46.
- เพ็ญพักต์ ดารากร ณ อยุธยา. (2556). ความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีโรคร่วมทางจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 27(1).มกราคม-เมษายน1-15.
- พุดธิชาดา จันทะคุณ. (2556). *ผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดแอลกอฮอล์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญประภา มะลาไวย์. (2550). *การพัฒนาโครงการกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขา วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พันธุ์ธนา กิตติรัตน์ไพบูลย์, บรรณาธิการ. (2554). *คู่มือสำหรับผู้อบรม: การดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ ฉบับปรับปรุง 2554*. มาตรการที่ 1: มาตรการการคัดกรอง ปัญหาการดื่มสุราและบำบัดแบบสั้น. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พันธุ์ธนา กิตติรัตน์ไพบูลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ.(2549). *แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช*. เชียงใหม่ : ไอแอมออเกโนเซอร์แอนด์แอ็ดเวอร์ไทซิง.
- ไพรัตน์ พลภุชชาติคุณากร. (2534). *จิตเวชศาสตร์ เล่ม1*. เชียงใหม่ : โครงการตำรา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มณฑิรา จารุเพ็ง. (2558). *ครอบครัวศึกษาและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น.
- มันทนา กิตติพิรชล. (2551). การศึกษาความสัมพันธ์ของการดื่มสุรา การติดสุรา ต่ออาการทางคลินิกและขนาดยาที่ใช้ในการ รักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. *วารสารแพทย์ประจำบ้านปีที่ 3 สถาบันจิตเวชศาสตร์เจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต*.ม.ย. 2548 – ม.ค. 2551
- มารศรี ปาณิวัตร. (2548). *บทบาทพยาบาลจิตเวช ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาศิบัติ*. กรุงเทพมหานคร:คณะ

แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2552). *โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ*. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพฯ: ปียอยด์ เอนเทอร์ไพรซ์.

มานะศักดิ์ เหลื่อมทองกลาง, & เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2020). ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(1), 163-178.

เมธินันท์ ภิญโญชน. (2539). *การให้คำปรึกษาครอบครัวเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

มันทนา กิตติพิรชล. (2551). การศึกษาความสัมพันธ์ของการดื่มสุราการติดสุราต่ออาการทางคลินิกและขนาดยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย จิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, 2(1), 25-35.

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย.

รามาธิบดีพยาบาลสาร, 2 (มกราคม-เมษายน 2539): 84-92

รัชนิ อุทัยพันธ์. (2555). ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัชนิกร อุปเสน, วีรพล แสงปัญญา. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ร่วมกับสัมพันธ์ภาพบำบัดต่อสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. ปีที่ 34(2) พฤษภาคม – สิงหาคม. หน้า 57-76, 2563

โรงพยาบาลนางรอง. (2564). สถิติผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลนางรอง. คอมพิวเตอร์ระบบHosXp.

ลักษณา พานิชสรณ์.(2557). ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

แหวดดาว วงศ์สุรประภิต. (2549). *การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกล่ามโซ่: กรณีศึกษา*. กลุ่มงานสังคมศาสตร์ โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต.

วิโรจน์ วีระชัย และคณะ. (2544). ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ: วชิระอินเตอร์พรีนติ้ง.

ศิริจิต สุทธิจิตต์ และมานิต ศรีสุรภานนท์. (2552). โรคจิตเภท: ระบาดวิทยาและการรักษา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(1), 21-37.

ศิวะพร ไชยชนะ, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, & สุนิศาสุตระกุล. (2017). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภค

เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ THE EFFECT OF EDUCATIVE-SUPPORTIVE PROGRAM EMPHASIZING ALCOHOL CRAVING CONTROL ON ALCOHOL BEVERAGE CONSUMPTION IN PERSONS WITH. *วารสาร การพยาบาล จิตเวช และสุขภาพจิต*, 31(1), 104-118.

ศรินยา บุนนาค และ อำนวย อินทสโร. (2552). รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นนักดื่มสุราของนักศึกษาชายมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

ศุภย์บำบัดรักษาเยาเสพติดขอนแค้น. (2546). แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ติดสุรา. ขอนแค้น:เพ็ญพริ้นดิ่งสดีไส คัมทรพ์ยอนันต์. (2554). *คู่มือครอบครัวบำบัดสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านครอบครัวและเด็ก*.

กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สมกมล อรรถทิมากุล, & อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2015). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลกับการลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน THE EFFECT OF FAMILY COUNSELING PROGRAM ON BURDEN OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(2), 64-76.

สรินทร เชี่ยวโสธร. (2545). *ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สิริกัทร โสดีถียาภย์, ธัญญภัสร์ ศิริธันรารोजना.(2560). รูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัว. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 4(3) กันยายน-ธันวาคม. กรุงเทพฯ: หน้า 282-290.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). *ตำราเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่3).

กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์ พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 2).

กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมภพ เรื่องตระกูล.(2548).*ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์
สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. *วารสารกองการพยาบาล*, 42(3), 159-168.

สายรุ่ง จันทรเส็ง. (2548). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลอุดรดิตต์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและ การพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุกมา แสงเดือนฉาย, วันเพ็ญ ใจปทุม, สำเนา นิลบรรพ์. และสุวภัทร คงหอม, คู่มือโปรแกรมการ

- บำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเมแทบอลิซึม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
แห่งประเทศไทย; 2557
- สุนิศา สุขตระกูล. (2018). ความอยากดื่มแอลกอฮอล์: การประเมิน. *Journal of The Royal Thai
Army Nurses, 19*, 31-40.
- สายสมร เกลยกิตติ, & ทิพย์ฉิมพร เกษโกมล. (2015). การให้บริการปรึกษาทางสุขภาพ: การพัฒนา
คุณภาพบริการพยาบาล. *JOURNAL OF THE POLICE NURSES, 7(1)*, 253-262.
- สาวิตรี อัจฉรงค์กรชัย. (2552). การทบทวนองค์ความรู้เรื่องการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุรา.
เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- หทัยวัน สนั่นเอื้อ. (2551). การใช้สารเสพติดใน ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในหอ ผู้ป่วยจิต
เวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสาร โรงพยาบาลร้อยเอ็ด, 16(1)*, 12-19.
- หทัยรัตน์ มุลารัตน์เสถียร. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้าน
โรคจิตของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ปริญญาเภสัชศา
สตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการเภสัชกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การให้บริการปรึกษาทางสุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคม สำหรับโรค
ซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 4).
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรวรรณ ฮ่องต้อ. (2550). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ
รักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนันตริ สมิทธีราเศรษฐ์. (2560). การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต
เภท. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*. กรุงเทพฯ:
11(3) ประจำเดือนกันยายน-ธันวาคม 2560; 43-56.
- อรุณรัตน์ คำสอนทา. (2559). *ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อ
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- อรุณรัตน์ คำสอนทา, ยุพิน อังสุโรจน์, & สุนิศา สุขตระกูล. (2019). ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ

ในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 46(2), x-xx.

อัจฉราพร นัตสาสาร. (2548). สาเหตุของการกลับไปเสพยาของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาจากศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล ศาสตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2542). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพฯ: ชันต้า การพิมพ์.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว (*Family therapy of family counseling*). กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยและบำบัดครอบครัว.

ภาษาอังกฤษ

Acosta FJ, Bosch E, Sarmiento G, Juanes N, Caballero-Hidalgo A, Mayans T. Evaluation of noncompliance in schizophrenia patients using electronic monitoring (MEMS) and its relationship to sociodemographic, clinical and psychopathological variables. *Schizophr Res.* 2009;107(2-3):213-7.

American Psychological Association. (1956). *Division of Counseling Psychology, Committee on Definition.*(1956). Counseling psychology as a specialty. *American Psychologist*, 11, 282-285.

American Psychiatric Association [APA]. (2000). ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-IV-TR]*** (4th ed.). Washington, DC: Author.

Anton RF, Moak DH, Latham P. The Obsessive Compulsive Drinking Scale: a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior. *Alcoholism, clinical and experimental research.* 1995;19(1):92-9.

Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., et al. (2002). Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. *Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs*, 97, 1329-1337.

Baker, A. L., Hiles, S. A., Hide, T. L., & Lubman, D. I. (2012). A systematic review

- of psychological intervention for excessive alcohol consumption among people with psychotic disorder. *Acta psychiatrica scandinavica*, 126, 243-255.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R., et al. (2001). Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing, Cognitive Behavior Therapy, and Family Intervention for patients With Comorbid Schizophrenia and substance Use Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158,1706-1713.
- Batki, S.L., Leontieva, L., Dmmock, J.A., & Ploutz-Synder, R. (2008). Negative symptoms are Associated with less alcohol use, craving, and “high” in alcohol dependent patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 105, 201–207.
- Barbee, J.G.; Clark, P.D.; Crapanzano, M.S.; Heintz, G.C.; and Kehoe, C.E. Alcohol and substance abuse among schizophrenia patients presenting to an emergency psychiatric service. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177:400-407, 1989.
- Boyd, M. A. (2012). *Psychiatric nursing contempolary practice*. 5 th ed. America: Wolter Kluwer Health.
- Bradizza C, Maisto S, Vincent P, Stasiewicz P, Connors G, Mercer N. Predicting Post-Treatment-Initiation Alcohol Use Among Patients With Severe Mental Illness and Alcohol Use Disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2009;77:1147-58.
- Bressington, D., Mui, J. & Gray, R. (2012). Factors associated with antipsychotic Medication adherence in community-based patients with schizophrenia in Hong Kong. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22, 35-46.
- Burns, N. and Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization*. 5th Ed. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Cantor-Graae E, Nordstrom LG, McNeil TF. Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophrenia Research*. 2001;48(1):69-82.
- Chandra, I. S., Kumar, K. L., Reddy, M. P., & Reddy, C. M. P. (2014). Attitudes toward medication and reasons for non-compliance in patients with schizophrenia. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36, 294-298.
- Chow, S.-C., Shao, J., & Wang, H. (2003). Sample Size Calculations in Clinical Research

- (2nd ed.). Chapman & Hall/CRC; 51 p.
- Coldham E, Addington J, Addington D. Medical adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2002;106:286-90.
- Councill I, McDonald R, Velikovich L. *What's great and what's not: Learning to classify the scope of negation for improved sentiment analysis*. 2010:51-9.
- De leo, D., Cerin, E., Spathonis, K., and Burgis, S. H. (2005). Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: Prevalence, suicidal process, and help-seeking behavior. *Journal of Affective Disorders*, 86, 215-224.
- Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. *Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence*. *Crisis*. 2004;25(4):147-55.
- DiClemente RJ, Wingood GM, Crosby RA, et al. Prevalence, Correlates, and Efficacy of Selective Avoidance as a Sexually Transmitted Disease Prevention Strategy Among African American Adolescent Females. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008;162(1):60-65.
- Dimeff LA, Marlatt GA. Preventing relapse and maintaining change in addictive behaviors. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1998;5(4):513-25.
- Dixon, L. (1999). Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: Prevalence and impact on outcomes. *Schizophrenia Research*. 35: S93-S100.
- Drake, R. and Mueser, K. T. (2002). Co-Occurring alcohol use disorder and schizophrenia. *Alcohol research and health* 26: 99-102.
- Drake RE, Osher FC, Wallach MA. Alcohol use and abuse in schizophrenia. A prospective community study. *The Journal of nervous and mental disease*. 1989;177(7):408-14.
- Fagan, R. (2006). Counseling and treating adolescents with alcohol and other substance use problems and their families. *The family journal*, 14(4), 326-333.
- Faltz, B.G., & Sellin, S.C. (2005). In Mary Ann Boyd. Editor. Issue in Dual Disorders. *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. *Irish Medication Journal*, 92(6), 1-3.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: Research,*

- theory and practice (5thed.)*. New Jersey: Upper Saddle River.
- Forgatch, M. S., & Patterson, G. R. (1998). Behavioral family therapy.
- Gregg, L., Barrowclough, C., & Haddock, G. (2007). Reasons for increased substance use in psychosis. *Clinical Psychology Review*, 27, 494-510.
- Gillmer, T. P., Dolder, C. R., Lacro, J. P., Folsom, D. P., Lindamer, L., Garcia, P., & Jeste, D. V. (2004). Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatric*, 161(4), 692-699.
- Glenn R Marland, Val Sharkey. Depot neuroleptics, schizophrenia and the role of the nurse: is practice evidence based? A review of the literature. *MedicinePublished in Journal of advanced nursing* 1999 DOI:10.1046/j.1365-2648.1999.01227.
- Gregg, L., Haddock, G., & Barrowclough, C. (2009). *Self-reported reasons for substance use in schizophrenia: a Q methodological investigation*. *Mental Health and Substance Use: dual diagnosis*, 2(1), 24-39
- 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.
- Gournay K. Role of the community psychiatric nurse in the management of schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2000;6:243-9.
- Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh D. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2005;40:899-904.
- Halter, Margaret J. Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A *Clinical Approach*. 7th ed. St. Louis, Mo.: Elsevier, 2014. Print.
- Haynes, R. b., Yao, X., Degani, A., Kripalani, S., Garg, A. X., & McDonald, H. P. (2005). Intervention for enhancing medication adherence (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000011.
- Hegde, S., Rao, S. L., & Raguram, A. (2007). Integrated Psychological Intervention for Schizophrenia. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 11(2),5-18.
- Heinz, A., Mann, K, Weinberger, D.R., & Goldman, D. (2001). Serotonergic dysfunction,

- negative mood states, and response to alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25(4), 487-495.
- Hou, S. Y., Ke, C. L. K., Su, Y. C., Lung, F. W., & Huang, C. J. (2008). Exploring the burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(5), 508-514.
- Hughes, E. (2009). Dual Diagnosis: An integrated approach to care for people with co-occurring mental health and substance use problems. In R. Newell & K. Gournay (Eds.), *Mental health nursing an evidence-based approach* (pp. 131-150). London: Churchill living stone.
- Ikebuchi, E. (2006). Support of love, marriage, and childcare of persons with schizophrenia. *Japanese Journal of Psychiatric Treatment*, 21, 95-104.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). Synopsis of psychiatry: Behavioral science/*clinical psychiatry*. (8th ed.). The United States of America: Williams & Wilkins.
- Lawn, S., & McMahon, J. (2014). The importance of relationship in understanding the experiences of spouse mental health carers. *Qualitative Health Research*, 24(2), 254-266.
- Lapham, S.C., et al., (1998). ***Prevalence of alcohol problems among emergency room patient in Thailand***. *Addiction*, 93 (8), 1231-1239.
- Lotrakul M, Sukanit P. editors. *Ramathibodi's essential of psychiatry*. 2nd ed. Bangkok: Beyond, Enterprise: 2005.(in Thai).
- Leggio, C., Galantini, L., Konarev, P. V., & Pavel, N. V. (2009). Urea-induced denaturation process on defatted human serum albumin and in the presence of palmitic acid. *The Journal of Physical Chemistry B*, 113(37), 12590-12602.
- Marder S, McQuade R, Stock E, Kaplita S, Marcus R, Safferman A, et al. Aripiprazole in the treatment of schizophrenia: safety and tolerability in short-term, placebo-controlled trials. *Schizophrenia research*. 2003;61:123-36.
- Mamo, E. S., Gelaw, B. K., Tegegne, G. T., Alemu, T. N., & Legese, K. (2014). Medication adherence among patients with schizophrenia treated with antipsychotics at Adama Hospital, East Shoa Zone, Orimia Regional State. *Indo American Journal of Pharmaceutical Research*, 4(8), 3447-3454.

- Marder, S. R., Glynn, S. M., Wirshing, W. C., Ross, D., Widmark, C., Mintz, J. et al. (2003). Maintenance treatment of schizophrenia with risperidone haloperidol: 2-year outcomes. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1405-1412.
- Marland GR. Atypical neuroleptics: autonomy and compliance? *Journal of advanced nursing*. 1999;29(3):615-22.
- Margolese H, Malchy L, Negrete J, Tempier R, Gill K. *Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and schizoaffective disorder: Levels and consequences*2003. 44- p.
- Maneesakorn et al. (2007). An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *Journal of Clinical Nursing* 16, 1302-1312.
- McAdams H. *The Effects of a Motivational Interview on Adherence to Recommended Outpatient Aftercare Treatment*. 2016(10109487). Available from Pro Quest Dissertations & Theses Global.
- McCann, T. V., Clark, E., & Lu, S. (2009). Subjective side effect of antipsychotics and medication adherence in people with schizophrenia. *Journal of Advance Nursing*, 65(3), 534 - 543.
- Martio, S., Carroll, K., & Kostas, D. (2002). Dual Diagnosis motivational intervention:A modification of motivational interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 297-308.
- Michael P. Nichols, College of William and Mary Richard C. Schwartz.(2007). *Essentials of Family Therapy*, 3rd Edition.
- Miller, W. R., Rollnick, S., & Conforti, K. (2002). Motivational Interviewing, 2nd edn: Preparing people for change. *New York (NY): Guilford Publications*.
- Mohamed, S., Bondi, M. W., Kasckow, J. W., Golshan, S., and Jeste, D. V. (2006). Neurocognitive functioning in dually diagnosed middle aged and elderly patients with alcoholism and schizophrenia. *International journal of geriatric psychiatry* 21: 711-718.
- Mueser, K. T., and McGurk, S. R.(2004). Schizophrenia. *The Lancet* 363: 2063-2072.
- Munro T, Edward KL.Mental illness and substance use:An Australian

- perspective. *International Journal of mental Health Nursing* 2008;17:255-260.
- Novick, D., Haro, J. M., Duarez, D., Perez, V., Dittmann, R.W., and Haddad, P. M. (2010). Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Research* 173 (2): 109-113.
- Norton, N., Williams, H. Y., & Owen, M. J. (2006). *An update on the genetics of schizophrenia*. *Current Opinion in psychiatry*, 19, 158-164.
- Oehl M, Hummer M. (2000). Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatrica Scand* 2000; (407)83-6.
- Overall, J.E., & Gorham, D.R. (1962). *Brief Psychiatric Rating Scale*. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Polit, D.F., Beck, T.B. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7 th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins.
- Prochaska, J. O., & Diclmente, C. C. (1997). *In search of how people change: applications to addictive behaviors in Addictive behaviors: Reading on Etiology, Prevention, and Treatment*. Edited by Marlatt, G. A, & VadenBos, G. R. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Razali, M. S., and Yahya, H. (1995). Compliance with treatment in schizophrenia: a drug intervention program in a developing country. *ACTA Psychiatrica Scandinavica* 91 (5): 331-335
- Razali, S. M., & Yusoff, M. Z. (2014). Medication adherence in schizophrenia. A comparison between outpatients and relapse cases. *East Asian Arch Psychiatry*, 24, 68-74.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., et al. (1990). Comorbidity of mental disorder with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Reinhard SC, Horwitz AV. Caregiver burden: Differentiating the content and consequences of family caregiving. *Journal of Marriage and the Family*. 1995;57(3):741-50.
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). *What Is Motivational Interviewing? Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.

- Razali, S. M., & Yusoff, M. Z. (2014). *Medication adherence in schizophrenia. A comparison between outpatients and relapse cases. East Asian Arch Psychiatry, 24, 68-74.*
- Saboo, A. V., Deshmukh, P. S., & Deshmukh, S. B. (2015). Study on non-compliance in patients of schizophrenia. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences, 4(47), 8112-8118.*
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: *Behavioral Sciences and clinical psychiatry* (10th ed.). Philadelphia: Williams & Wilkins. New York.
- Salyers, M. P., & Mueser, K. T. (2001). Social functioning, psychopathology, and medication side effects in relation to substance use and abuse in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 48, 109-123.*
- 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.
- Skinner, M.D., and Aubin, J. (2010). Craving's place in addiction theory: Contribution of the major models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews 34: 606-623.*
- Suriyoung J, Viboonma K, Keawma P, Khamwongpin M, Tamdee D, Prevalence of alcohol use disorder of schizophrenic patients. *Journal of Mental Health of Thailand. 2014; 22(1). 38-47. (in Thai)*
- Talamo, A., Centorrino, F., Tondo, L., Dimitri, A., Hennen, J., & Baldessarini, R.J. (2006). Comorbid substance-use in schizophrenia: Relation to positive and negative symptoms. *Schizophrenia Research. 86, 251-255.*
- Videbeck, S. L. (2014). *Psychiatric mental health nursing.* 6th Ed. China: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.
- Webrock, T., Czesnik, D., and Malchow, B. (2011). Schizophrenia and comorbid substance abuse-pathophysiological and therapeutic approaches. In M. S. Ritsner (ed), *Handbook of schizophrenia spectrum disorder*, pp. 231-235. New York: Springer Science Business.
- World Health Organization. (2001). *The alcohol use disorders identification test*

guidelines for use in primary care. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse.

World Health Organization.(2011). *Schizophrenia. What is schizophrenia.* [online]
Available from: www.who.int/mental_health/management/Schizophrenia/[2019, August 20].





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. แพทย์หญิงวันรวี พิมพัรัตน์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบุรีรัมย์
2. ดร.สุดาพร สถิตยुทธการ	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิทยา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. พ.ท.หญิง ดร. สรินทร เชี่ยวโสธร	อาจารย์ภาควิชาสุขภาพจิตและการ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
4. นางอำพัน หิรัญอุทก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาจิตเวชและสุขภาพจิต)
5. นางปราณีต ชุ่มพุทรา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาจิตเวชและสุขภาพจิต)



การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity index CVI)

คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

$$CVI = .95$$

2. ความตรงเชิงเนื้อหาแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ตามเกณฑ์การรักษา

$$CVI = 17.2/18 = .95$$

3. ความตรงเชิงเนื้อหาแบบวัดความอยากดื่ม แอลกอฮอล์

$$CVI = 11.2/12 = .93$$



การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

Reliability**Scale: ALL VARIABLES****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.

1. แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

Reliability**Scale: ALL VARIABLES****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
.805	18

2. แบบวัดความอยากดื่ม แอลกอฮอล์

Reliability Scale: ALL VARIABLES

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
.947	12

3. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS)

Reliability Scale: ALL VARIABLES

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
.862	18



เลขที่แบบสอบถาม.....

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล(สำหรับผู้ป่วยจิตเภท)

คำชี้แจง: โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วใส่เครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน และเติมข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านลงในช่องว่างที่เว้นไว้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

1. เพศ () 1.หญิง () 2. ชาย
2. อายุ () 1. 20-29 ปี () 2. 30-39 ปี () 3. 40-49 ปี () 4. 50-59 ปี
3. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน
() 1.น้อยกว่า 1 ปี () 2. 1-2 ปี () 3. 3-5 ปี () 4. 6-10 ปี () 5.มากกว่า 10ปี
4. จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....ครั้ง (รักษาทางจิตเวช)
5. บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() 1. สามี-ภรรยา () 2. บุตร () 3.บิดา-มารดา () 4.พี่-น้อง () 5.ญาติ () 6.อื่นๆ.....
6. ความรู้สึกถึงผลกระทบที่ได้รับจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต
() 1.มาก () 2.ปานกลาง () 3.น้อย
7. ประวัติการใช้แอลกอฮอล์
() 1.เคยใช้ ระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง.....) () 2. ไม่เคยใช้
8. ผู้ดูแลหลักชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....
9. เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
10. คะแนนประเมินอาการทางจิต(Brief Psychiatric Rating Scale(BPRS)).....คะแนน
(เฉพาะผู้วิจัยตอบเท่านั้น)

เลขที่แบบสอบถาม.....

ชุดที่3 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีจำนวน 18 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษา และการสังเกตและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา นับตั้งแต่ที่ท่านได้รับการรักษาด้วยยาจนถึงปัจจุบัน ขอให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อความ และเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด

เป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน
บางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติบางครั้ง ประมาณเดือนละครั้ง
นานๆครั้ง	หมายถึง	นานๆ ปฏิบัติสักครั้งหนึ่ง
ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา					
1.ท่านหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น					
2.ท่านลืมรับประทานยา					
3.ท่านรับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น					
4.ท่านหยุดรับประทานยาโดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ					
5.ท่านรับประทานยาตรงตามเวลา					
6.ท่านเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง					
7.ท่านรับประทานยานอนหลับเพิ่มโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง					
8.ท่านรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง					
9.ท่านลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง					
ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา					
10.เมื่อท่านมีอาการผิดปกติรุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที					
11.เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ท่านรับประทานยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้					

ข้อความ	เป็น ประจำ	บ่อย ครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ เคย
12. ท่านขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษาเมื่ออาการทางจิตไม่ดีขึ้น					
13. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพในเรื่องการใช้ยา					
14. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย ท่านหยุดรับประทานยารักษาโรคจิตทันทีโดยไม่ปรึกษาแพทย์					
15. แม้มีอาการดีขึ้นแล้ว ท่านยังมารับยาสม่ำเสมอ					
16. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง					
17. เมื่อยาหมด ท่านซื้อยารักษาอาการทางจิตกินเอง โดยไม่ได้มาพบแพทย์ (ไม่รวมการสั่งซื้อยาทางไปรษณีย์)					
18. ท่านปรึกษากับทีมสุขภาพ เมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติจากการใช้ยา					

เลขที่แบบสอบถาม.....

ชุดที่ 4 แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์**(The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS)**

คำชี้แจง: คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการดื่มและความพยายามในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของคุณ กรุณาทำเครื่องหมาย x ลงบนตัวเลขหน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของคุณมากที่สุด

1. ใน 1 วันคุณใช้เวลาคิดถึงและนึกเห็นภาพเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์บ่อยแค่ไหน
 - (0) ไม่เลย
 - (1) น้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน
 - (2) 1 – 3 ชั่วโมงต่อวัน
 - (3) 4 – 8 ชั่วโมงต่อวัน
 - (4) มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน
2. คุณคิดถึงการดื่มแอลกอฮอล์ บ่อยแค่ไหน
 - (0) ไม่เลย
 - (1) ไม่เกิน 8 ครั้งต่อวัน
 - (2) มากกว่า 8 ครั้งต่อวัน แต่ใช้เวลาคิดถึงแต่ละครั้งไม่นานมากนัก
 - (3) มากกว่า 8 ครั้งต่อวัน และคิดถึงวนเวียนอยู่เกือบตลอดเวลา
 - (4) คิดถึงบ่อยมากที่สุดจนไม่สามารถนับได้
3. การคิดถึงหรือนึกเห็นภาพเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์รบกวนการดำเนินชีวิตหรือการทำงานของ
คุณ
 - (0) ไม่เลย
 - (1) เล็กน้อยไม่กระทบการดำเนินชีวิตและการทำงาน
 - (2) รบกวนอย่างแน่นอนแต่สามารถจัดการได้
 - (3) รบกวนและก่อให้เกิดปัญหา
 - (4) รบกวนและก่อให้เกิดปัญหาอย่างมาก
4. การคิดถึงการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้คุณเกิดความเสียใจหรือรบกวนจิตใจของคุณ
 - (0) ไม่เลย
 - (1) เล็กน้อยและไม่รบกวนจิตใจมากนัก
 - (2) พอสมควรเกิดขึ้นบ่อยรบกวนจิตใจบ้างแต่ยังจัดการได้
 - (3) มาก เกิดขึ้นบ่อยมากและรบกวนจิตใจมาก
 - (4) รุนแรงมาก เกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา และทำให้เสียใจจนทำอะไรไม่ได้

5. คุณใช้ความพยายามมากน้อยเพียงใดที่จะต่อต้านการคิดถึงหรือพยายามที่จะมองข้ามไม่ใส่ใจต่อความอยากดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิดขึ้น (เฉพาะความพยายาม ไม่รวมถึงความสำเร็จในการควบคุมการคิดถึงการดื่ม)

(0) ไม่ต้องใช้ความพยายามต่อต้านเพราะคิดถึงการดื่มน้อยมาก

(1) พยายามต่อต้านเป็นบางครั้ง

(2) พยายามต่อต้านเป็นส่วนใหญ่

(3) ใช้ความพยายามอย่างมากและต่อต้านได้ยาก

(4) ไม่สามารถใช้ความพยายามต่อต้านการคิดถึงการดื่มได้เลย

6. คุณประสบความสำเร็จแค่ไหนในการหยุดยั้งหรือเบี่ยงเบนการคิดถึงการดื่มแอลกอฮอล์

(0) หยุดความคิดได้สำเร็จ

(1) หยุดความคิดได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามอย่างมาก

(2) เป็นบางครั้งที่สามารถหยุดความคิดได้สำเร็จ

(3) น้อยครั้งที่สามารถหยุดความคิดได้และทำได้อย่างลำบาก

(4) น้อยครั้งที่สามารถหยุดความคิดได้และทำได้เพียงชั่วขณะเดียว

7. การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อการทำงานของของคุณเพียงใด มีอะไรที่คุณไม่สามารถทำได้เมื่อดื่มแอลกอฮอล์(หากขณะนี้คุณไม่ได้ทำงาน ขอให้คุณคิดว่า การดื่มจะส่งผลกระทบต่อมากน้อยเพียงใดหากคุณทำงาน)

(0) ไม่มีผลกระทบ ยังทำงานได้ตามปกติ

(1) มีบ้างเล็กน้อย แต่ยังไม่เกิดปัญหา

(2) มีอย่างแน่นอน แต่ยังสามารถจัดการกับปัญหาได้

(3) ส่งผลกระทบอย่างมาก

(4) การดื่มทำให้คุณไม่สามารถทำงานได้

8. การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อหน้าที่ทางสังคม เช่น ก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัวหรือความสัมพันธ์กับเพื่อน

(0) ไม่เลย ทุกอย่างปกติ

(1) เล็กน้อย แต่ยังทำหน้าที่ได้ตามปกติ

(2) มีผลกระทบ แต่ยังสามารถจัดการได้

(3) มีผลกระทบอย่างมาก

(4) การดื่มทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้

9. ในขณะที่คุณพยายามที่จะหยุดดื่มแอลกอฮอล์เมื่อคุณเกิดความอยากดื่มคุณรู้สึกกระวนกระวายหรือหงุดหงิด

- (0) ไม่เลย
- (1) เล็กน้อย
- (2) มาก แต่สามารถจัดการได้
- (3) มากจนเห็นได้ชัด
- (4) มากที่สุดจนไม่สามารถทำอะไรได้

10. ความพยายามที่คุณที่จะต่อต้านการดื่มแอลกอฮอล์ (เฉพาะความพยายามที่จะต่อต้านไม่รวมถึงความสำเร็จในการควบคุมการดื่ม)

(0) คุณดื่มน้อยมากจึงไม่จำเป็นต้องต่อต้านแต่อย่างใด แต่ถ้าดื่มเมื่อไรคุณสามารถควบคุมปริมาณการดื่มของคุณได้

- (1) พยายามต่อต้านการดื่มเป็นส่วนใหญ่
- (2) พยายามต่อต้านการดื่มบ้าง
- (3) พยายามต่อต้านการดื่มเล็กน้อย
- (4) ไม่ได้พยายามที่จะต่อต้านการดื่มและเต็มใจที่จะดื่ม

11. ในขณะที่คุณอยากดื่มแอลกอฮอล์

- (0) ไม่อยากเลย
- (1) มีบ้างที่อยากดื่ม
- (2) อยากดื่ม
- (3) อยากดื่มมากที่สุด
- (4) อยากดื่มมากจนควบคุมไม่ได้

12. คุณควบคุมการดื่มได้

- (0) ควบคุมได้อย่างแน่นอน
- (1) ควบคุมได้
- (2) ควบคุมได้ยาก
- (3) ควบคุมได้อย่างยากลำบาก และทำได้เพียงแค่ถ่วงเวลาเริ่มดื่มให้ช้าลง
- (4) ควบคุมได้น้อยมาก และทำได้เพียงชั่วขณะเท่านั้น

คะแนนรวม.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

ชุดที่ 5 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกร่วมตัวอย่าง
แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

ชื่อผู้ป่วย.....ผู้ประเมิน.....วัดป.....

ลำดับที่	อาการและอาการแสดง	คะแนน
1	ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (somatic concern)	
2	อาการวิตกกังวล (anxiety)	
3	การแยกตัวทางอารมณ์ (emotional withdrawal)	
4	ความคิดสับสน (conceptual disorganization)	
5	ความรู้สึกผิด (guilt)	
6	ความตึงเครียด (tension)	
7	ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (mannerisms and posturing)	
8	ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง (grandiosity)	
9	การซึมเศร้า (depression)	
10	ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility)	
11	ความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย (suspiciousness/persecution)	
12	อาการประสาทหลอน (hallucination behavior)	
13	อาการเคลื่อนไหวช้า (motor retardation)	
14	การไม่ร่วมมือ (uncooperativeness)	
15	เนื้อหาความคิดผิดปกติ (unusual thought content)	
16	การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunted affect)	
17	อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (excitement)	
18	อาการไม่รู้เวลา สถานที่และบุคคล (disorientation)	
รวมคะแนน		

ระดับคะแนนที่ให้

1. ไม่มีอาการ 2. สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้างแต่อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3. มีอาการเล็กน้อย
 4. มีอาการปานกลาง 5. มีอาการค่อนข้างรุนแรง 6. มีอาการรุนแรง 7. มีอาการรุนแรงมาก

มีการแปลผลตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนนไม่เกิน 36 คะแนน จึงถือว่าไม่มีอาการทางจิต(มานิต, ม.ป.ป.) และคัดเข้ากลุ่มทดลอง



หลักฐานการได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	058
วันที่	11 ก.พ. 63
เวลา	14.05 น.
ผู้รับ	Yam/Dr/1

เรื่อง ขอบหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวกุลยาณีขงศ วงหนูพะเนา รหัสประจำตัว 6077331136
นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ที่อยู่ปัจจุบัน 20 ถนนศรีกรุงเจริญ ตำบลนางรอง
อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ รหัสไปรษณีย์ 31110 โทรศัพท์ 064-5429956 Email: cpkunlaya@gmail.com

หัวข้อวิทยานิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การ
รักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2559

ลงนาม ผู้ยื่นคำร้อง
(นางสาวกุลยาณีขงศ วงหนูพะเนา)
31 / 24 / 63

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เห็นชอบ	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ เห็นชอบ
ลงนาม (ดร.สุนิศา สุขตระกูล) 31 / 24 / 63	ลงนาม (ดร.สุนิศา สุขตระกูล) 31 / 24 / 63

อนุญาต
.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
31 / 24 / 63

30
11 ก.พ. 63
.....
11 ก.พ. 63

หลักฐานการได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	OS
วันที่	3 ก.พ. 63
เวลา	14.15 น.
ผู้รับ	[Signature]

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวกุลยามิขพงศ วงหนูพะเนา รหัสประจำตัว 6077331136
นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ที่อยู่ปัจจุบัน 20 ถนนศรีจุเรฎู ตำบลนางรอง
อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ รหัสไปรษณีย์ 31110 โทรศัพท์ 064-5429956 Email: cpkunlaya@gmail.com

หัวข้อวิทยานิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การ
รักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ พ.ท.หญิง ดร.สรินทร เชี่ยวโสธร
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2545

ลงนาม ผู้ยื่นคำร้อง

(นางสาวกุลยามิขพงศ วงหนูพะเนา)

31 / 2 / 63

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ 164800	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ
ลงนาม [Signature] (ดร. วิภาดา งามวิจิตร)	ลงนาม [Signature] (ดร. อร. วิภาดา งามวิจิตร)
31 / 2 / 63	3 / 2 / 63

อนุญาต
[Signature]
(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
..... /

20
3 ก.พ. 63
[Signature]
103 ก.พ. 2563



ภาคผนวก ฉ

เอกสารขอทดลองใช้เครื่องมือและเอกสารขอเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ที่ อร 64.11/00061

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

27 มกราคม 2564

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้ปัสติดำเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนางรอง
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกุลยาธิชพงศ์ วงษ์พะเนาว์ ปัสติดำปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามเกณฑ์การศึกษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ แอลกอฮอล์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชนิกร อุดเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ โค้ดขอความอนุเคราะห์ให้ปัสติดำเป็นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0- F20.9) ตามเกณฑ์ ICD10 ใช้แอลกอฮอล์ และ ครอบครัว อาศัยอยู่ในชุมชน และมารับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรอง จำนวน 20 ครอบครัว โดยใช้การให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การศึกษา แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และแบบ ประเมินอาการทางจิต ฉบับภาษาไทย (BPRS) ทั้งนี้ปัสติดำจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกุลยาธิชพงศ์ วงษ์พะเนาว์ ดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หรือเป็นอย่างไรว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ศรีวัย)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนงานฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาปัสติดำ

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 02-218-1151, 08-1955-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชนิกร อุดเสน โทร. 02-218-1150

นางสาวกุลยาธิชพงศ์ วงษ์พะเนาว์ โทร. 064-342-9936

E-mail: cpkunlaye@gmail.com



ที่ ตว 64.11/ 00062

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศัลพรราช ชั้น 11
ถนนพหลโยธิน แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

27 มกราคม 2564

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บันทึกดำเนินการทดสอบใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของเรา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โฉนดร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกุศลาณีชพงษ์ วงหนูพะเนาว์ นิสิตชั้นปริญญาโทศึกษาศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามเกณฑ์การรักษของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ แอลกอฮอล์" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชัยกร อุดมสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ โฉนดขอความอนุเคราะห์ให้บันทึกดำเนินการทดสอบใช้เครื่องมือวิจัย ในผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงอายุ 20-39 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0- F20.9) ตามเกณฑ์ ICD10 ใช้แอลกอฮอล์ และ ครอบครัว อาศัยอยู่ในชุมชน และมารับบริการในสถานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของเรา จำนวน 3 ครอบครัว โดยการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และแบบประเมินอาการทางจิต ฉบับภาษาไทย (BPRS) ทั้งนี้มีติดจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดสอบใช้ เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกุศลาณีชพงษ์ วงหนูพะเนาว์ ดำเนินการทดสอบใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทั้งนี้เป็นอย่างยิ่งว่าจะ ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิศักดิ์ ศรีนิ่ม)
รองคณบดี

ปฏิบัติภารกิจแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนงานวิจัย
ส่วนวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ที่สนใจ

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 02-218-1151, 08-1955-9791 E-mail: fonboingchula.ac.th
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิชัยกร อุดมสน โทร. 02-218-1150
นางสาวกุศลาณีชพงษ์ วงหนูพะเนาว์ โทร. 064-542-9956
E-mail: cpkunleya@gmail.com

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขอให้ออกหนังสือขอตกลงใช้เครื่องมือการวิจัย

ชื่อ-สกุล รหัสนิสิต

โทรศัพท์มือถือ	0	6	4	5	4	2	9	9	5	6	ประกาศหัวข้อ ฉบับที่	2	/	2	5	6	2	หน้า	1
E-MAIL: cpkunlaya@gmail.com																			



ทำหนังสือถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนารอง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 25 ครอบครัว
	กลุ่มตัวอย่าง 20 ครอบครัว
	Tryout 5 ครอบครัว

เครื่องมือทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษ
3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์
4. เครื่องมือคิดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินอาการทางจิตฉบับภาษาไทย(BPRS)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงอายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0- F20.9) ตามเกณฑ์ ICD10 ใช้แอลกอฮอล์ และครอบครัว อาศัยอยู่ในชุมชน และมารับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนารอง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ครอบครัว มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกและคัดออก

หมายเหตุ - ชื่อเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย / ชื่อกลุ่มตัวอย่าง ที่จะนำไปใช้ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จะต้องตรงตามข้อมูลที่ระบุในโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ

นิสิตลงนาม  (นางสาวกุลชานิชพงษ์ วงบุญพะเนาว์) _____ / _____ / _____	อาจารย์ที่ปรึกษาลงนาม  (ผศ.ดร.รัชนิกา ยูโปง) _____ / _____ / _____
---	--

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขอให้ออกหนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ชื่อ-สกุล รหัสบัณฑิต

โทรศัพท์มือถือ	0 6 4 5 4 2 9 9 5 6	ประกาศหัวข้อ ฉบับที่	2 / 2 5 6 2	หน้า	1
E-MAIL: cpkunlaya@gmail.com					

ทำหนังสือถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนางรอง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ครอบครัว

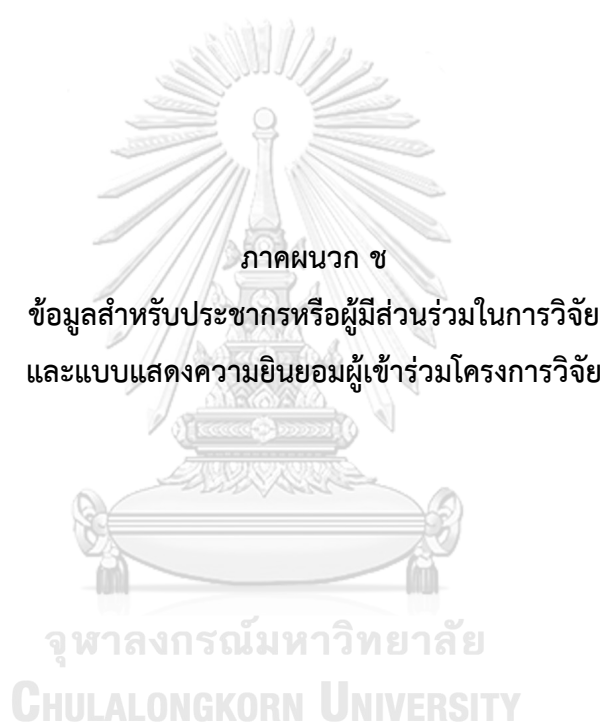
เครื่องมือทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์
4. เครื่องมือคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินอาการทางจิตฉบับภาษาไทย(BPRS)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงอายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0- F20.9) ตามเกณฑ์ ICD10 ใช้แอลกอฮอล์ และครอบครัว อาศัย อยู่ในชุมชน และมารับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ครอบครัว มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกและคัดออก

หมายเหตุ - ชื่อเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย / ชื่อกลุ่มตัวอย่าง ที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จะต้องตรงตามข้อมูลที่ระบุในโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ

บัณฑิตลงนาม  (นางสาวกุลยาณีชีพสง วัฒนุชประเสริฐ) _____ / _____ / _____	อาจารย์ที่ปรึกษาลงนาม  (อ.ศ.ดร.จิตนिर ชูปลาน) _____ / _____ / _____
--	---



ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

ชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาวกุลยาณิชพงษ์ วงหนูพะเนาว์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 20 ถนนศรีภูเจริญ ต.นางรอง อ.นางรอง จ.บุรีรัมย์ 31110 โทรศัพท์ 064-5429956 Email Address: cpkunlaya@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่แน่ชัดได้ตลอดเวลา

2. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษา ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ระหว่างก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท และใช้แอลกอฮอล์ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนรับการรักษาที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และครอบครัว ในเขตความรับผิดชอบของเขตบริการสุขภาพที่ 9 ทั้งหมดจำนวน 20 ครอบครัว

4. เกณฑ์คัดเลือกสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่มตัวอย่าง

4.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและมีประวัติการใช้แอลกอฮอล์ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

4.2 อายุ 20-59 ปี

4.3 เป็นผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในภาวะอาการสงบ จากการประเมินอาการทางจิต BPRS

4.4 มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง

4.5 สัมผัสใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา สามารถเข้าร่วมและเต็มใจเข้าร่วมโปรแกรมผลของการให้คำปรึกษาครอบครัว

4.6 สามารถพูดหรือสื่อสารภาษาไทยได้

4.7 สามารถอ่านหนังสือออก เขียนได้

5. การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่มารับบริการ ณ คลินิกใกล้ใจ โรงพยาบาลนางรอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ในเขตสาธารณสุขที่ 9 รวมทั้งอาศัยอยู่ในชุมชน

5.1 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ตามแนวคิดของ Farragher(1999) พัฒนาโดยสรินทร์ เชี่ยวโสธร(2545) การรักษาว่าผู้ป่วยมีคุณสมบัติอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

5.2 เมื่อมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ ผู้ศึกษาขอความร่วมมือในการเข้าร่วมเป็นผู้ร่วมศึกษาวิจัย และอธิบายเรื่องการรักษาพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมศึกษา จากนั้นขอความร่วมมือเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

6. กระบวนการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมรายกลุ่มจำนวน 4 ครั้งๆ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-5 กิจกรรม จำนวน 8 กิจกรรม ทำกิจกรรมครั้งละ 45-60 นาที และติดตามหลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน ณ สถานที่คือแผนกจิตเวชและยาเสพติด อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรอง โดยสมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยในการทำกิจกรรมทุกกิจกรรม มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้ **ครั้งที่1** สร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ **ครั้งที่2** การสำรวจปัญหา สาเหตุความต้องการของผู้รับบริการ **ครั้งที่3** การวางแผนแก้ไขปัญหา **ครั้งที่4** การยุติบริการ และติดตามผลการทดลองครั้งที่1 ที่1 สัปดาห์ ติดตามผลการทดลองครั้งที่ 2 ที่ 1 เดือน หลังสิ้นสุดการทดลอง รวมระยะเวลาจนถึงสิ้นสุดกิจกรรมทั้งหมด 8 สัปดาห์

7. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทำด้วยการอ่านให้ฟัง โดยผู้วิจัยหลัก หรือให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอ่านด้วยตนเอง โดยแบบสอบถามผู้ป่วยเป็นผู้ตอบเองและญาติสามารถช่วยตอบได้ ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยด้วยวิธีใดๆก็ตาม หากพบว่าผู้นั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ผู้วิจัยจะดำเนินการส่งต่อแพทย์ผู้รักษาต่อไป หากต้องใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อการคัดกรองต้องได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และการยินยอมจากผู้ป่วย

8. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมวิจัย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ตามความสะดวกในการเดินทางและความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้วิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถซักถามข้อสงสัยและปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยและถอนตัวออกได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลถึงการได้รับการรักษาแต่อย่างใด

9. ระหว่างการเข้าร่วมงานวิจัย หากผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการยุติการให้สัมภาษณ์ได้ทันที โดยจะไม่เสียผลประโยชน์ใดๆ ที่พึงได้รับ และหากผู้วิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการทางจิต ระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะหยุดดำเนินการวิจัยทันทีเพื่อทำการประเมินสภาพจิตใจและการบำบัดเบื้องต้น จากนั้นจะดำเนินการประสานงานเพื่อส่งต่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช แพทย์ หรือจิตแพทย์ต่อไป การเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ในการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครบถ้วน สามารถดูแลผู้ป่วยได้ และการพัฒนา

ระบบการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในพื้นที่ปทุมธานี ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏใน รายงาน

10. หากท่านมีข้อสงสัย ให้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมและสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ นางสาวกุลยาณีชพงศ วงหนูพะเนา หมายเลขโทรศัพท์ 064-5429956 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น4 อาคารสถาบัน 2 ซอย จุฬาลงกรณ์62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 Email: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย และเข้าใจข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทุกประการแล้ว
จึงลงนามยินยอม/ยินยอมด้วยวาจา เข้าร่วมการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และได้รับเอกสารไว้ 1
ชุดแล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
(.....) (.....)

ผู้วิจัยหลัก ผู้ป่วย
วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
(.....) (.....)

พยาน ผู้ดูแล
วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย

ด้วย ข้าพเจ้า นางสาวกุลยาณิซพงศ วงหนูพะเนา กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นลักษณะของการวิจัยกึ่งทดลองที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ระหว่างระหว่างก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว ที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน ซึ่งจะมีการกระทำการทดลองการให้คำปรึกษาครอบครัว การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้จึงอาจมีการนัดหมายท่านมาอีกในภายหลัง และขอความร่วมมือจากท่านใน การตอบแบบสอบถามที่นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ซึ่งแบบสอบถามที่นำมาใช้ในการวิจัย ครั้งนี้มี ทั้งหมด 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมด 4 ชุด เป็น

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับผู้ป่วยจิตเภท)
2. แบบประเมินอาการทางจิต BPRS ฉบับภาษาไทย
- 3.แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของFarragher(1999)

พัฒนาโดยสรินทร เชี่ยวโสธร (2545)

4. แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (The Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) ตามแนวคิดสุนิศา สุขตระกูล (2559)

ส่วนที่ 2 การให้คำปรึกษาครอบครัว

ก่อนเข้าร่วมการวิจัยท่านจะได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้จากผู้วิจัยทุกครั้ง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีคุณสมบัติที่กำหนดให้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เมื่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเข้าร่วมการวิจัยแล้ว แต่ปรากฏว่ามีคุณสมบัติที่ไม่ตรงกับคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการ หรือจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการช่วยเหลือดูแล ตามแนวทางการดูแลของโรงพยาบาลที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเข้ารับบริการ การใช้เวชระเบียน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตในการดูข้อมูลในเวชระเบียน จากผู้อำนวยการและได้รับการยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยเซ็นชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย เนื่องจาก ในการวิจัยครั้งนี้มีการทดลองกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เป็นกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับ

การให้คำปรึกษาครอบครัว และการขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามของผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยเท่านั้น

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยครั้งนี้

1. เพื่อเป็นแนวทางเพื่อพัฒนา การให้คำปรึกษาครอบครัวที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้ป่วยต่อไป
2. สามารถนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ได้
3. ได้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลในการให้คำปรึกษาครอบครัวที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นแนวทางสำหรับการประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆในชุมชนต่อไป

การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือ ถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาที่จึงได้รับ

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย นางสาวกุลยาณีชวงศ วงหนูพะเนาไว้ ได้ที่ โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ โทรศัพท์ 044-633456-67 หรือโทรศัพท์มือถือ 064-5429956

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 Email: eccu@chula.ac.th

เอกสารแสดงความยินยอมโดยการบอกกล่าว

(กลุ่มผู้ป่วย/ญาติ)

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของ
.....ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย ได้รับฟังคำอธิบาย
จากนางสาวกุลยาณิซพงศ วงหนูพะเนาว่า เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย เรื่อง ผลของ
การให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้
แอลกอฮอล์

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายให้ข้าพเจ้าทราบถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์และผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัย
อย่างละเอียดตลอดจนให้เวลาในการซักถามข้อสงสัยต่างๆ จนเข้าใจ

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการสอบถาม โดยจะใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที และเข้าร่วม
กิจกรรมการให้คำปรึกษาครอบครัว จำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที รวมทั้งหมด
4 สัปดาห์ ตลอดจนขออนุญาตบันทึกเสียงในระหว่างทำกิจกรรม เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ทาง
วิชาการ เท่านั้นและจะมีการทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจและข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจาก การเป็น
อาสาสมัครโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใด ๆ ทั้งสิ้น
ทั้งนี้ สามารถติดต่อข้าพเจ้า ได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 064 5429956

ข้าพเจ้า สามารถติดต่อนางสาวกุลยาณิซพงศ วงหนูพะเนา ได้ที่ โรงพยาบาลนางรอง
จังหวัดบุรีรัมย์ โทรศัพท์ 044-633456-67 หรือโทรศัพท์มือถือ 064-5429956

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอย
จุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141
โทรสาร 0-2218-8147 Email: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม..... อาสาสมัคร (.....)ตัวบรรจง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	ลงนาม.....ผู้วิจัย (.....)ตัวบรรจง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ลงนาม.....พยาน (.....)ตัวบรรจง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	ลงนาม.....พยาน (.....)ตัวบรรจง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าไม่สามารถเขียนหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมใบนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟัง
จนเข้าใจและข้าพเจ้าได้ พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลายนิ้วมืออาสาสมัครวิจัย	ลงนาม.....ผู้วิจัย (.....)ตัวบรรจง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ลายเซ็นพยานจำนวน 2 คน ลงนาม.....พยาน (.....)ตัวบรรจง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	ลงนาม.....พยาน (.....)ตัวบรรจง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....





คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-3202, 0-2218-3049 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 267/2563

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 174.1/63 : ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวกุลยาณีซพงศ วงหนูพะเนาวิ

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ Belmont Report 1979, Declaration of Helsinki 2013, Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) 2016, มาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (มคจ.) 2560, นโยบายแห่งชาติและแนวทางปฏิบัติการวิจัยในมนุษย์ 2558 อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม อรุณ อธิวงศาโรจน์ ลงนาม อ.วิหัทธน์ มีภักดิ์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักคนประดิษฐ์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระวีพันธ์ มิ่งภักดิ์)
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

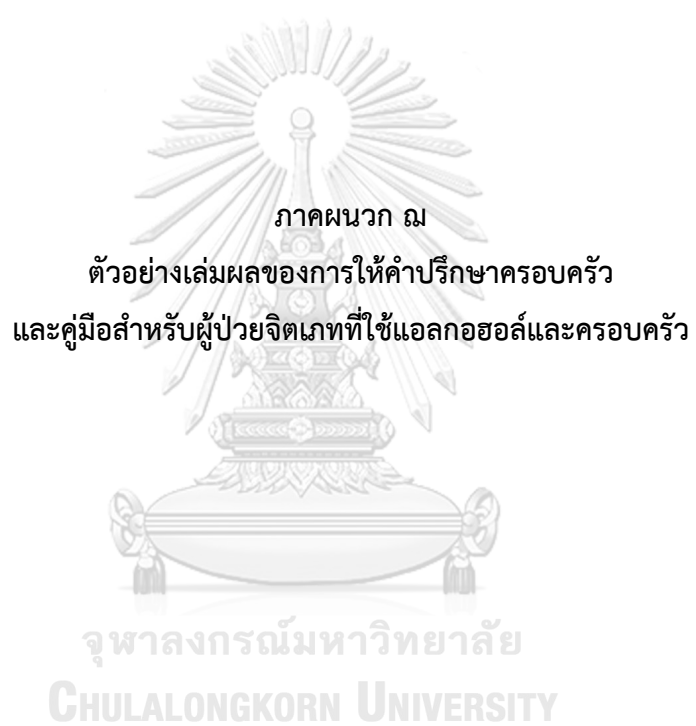
วันที่รับรอง : 18 ธันวาคม 2563 วันหมดอายุ : 17 ธันวาคม 2564

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) เอกสารข้อมูลสำหรับยื่นขอโครงการวิจัยและหนังสือแสดงความยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย 174-1/63
- 4) แบบสอบถาม 18 ธ.ค. 2563
17 ธ.ค. 2564

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. หากยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนดต้องแจ้งคณะกรรมการฯ ภายใน 2 สัปดาห์พร้อมคำชี้แจง
8. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 01-15) และบทความผลการศึกษาวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทความผลการศึกษาวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น
9. โครงการวิจัยที่มีหลายระยะ จะรับรองโครงการเป็นระยะ เมื่อดำเนินการวิจัยในระยะแรกเสร็จสิ้นแล้ว ให้ดำเนินการส่งรายงานความก้าวหน้า พร้อมโครงการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องในระดัต่อไป
10. คณะกรรมการฯ สงวนสิทธิ์ในการตรวจเยี่ยมเพื่อติดตามการดำเนินการวิจัย
11. สำหรับโครงการวิจัยจากภายนอก ผู้บริหารส่วนงาน กำกับการดำเนินการวิจัย



คู่มือการบันทึกสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว
 ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัว
 ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา
 ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์



จัดทำโดย

นางสาวกุลยาณิชพงศ วงหนูพะเนาว์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

คู่มือบันทึกกิจกรรมการให้คำปรึกษาครอบครัวสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เล่มนี้ ผู้จัดทำได้จัดทำขึ้นเพื่อการฝึกทักษะเพื่อการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาและลด ละเลิกการดื่ม แอลกอฮอล์ แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและ อาศัยอยู่ในชุมชน เพื่อให้สามารถควบคุมความอยากแอลกอฮอล์ได้ และมีพฤติกรรมการรับประทาน ยาตามเกณฑ์การรักษา

ซึ่งเนื้อหาในคู่มือประกอบไปด้วยการสำรวจปัญหา สาเหตุและความต้องการของผู้ป่วยจิต เภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัว ประเมินตนเองและสิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ประโยชน์ของการ เปลี่ยนแปลง และความรู้ทั่วไปเรื่องโรคจิตเภท การตั้งเป้าหมายร่วมกันในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลกระทบของแอลกอฮอล์ แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ยารักษาอาการทางจิต และการ จัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ทักษะการปฏิเสธ โทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ ความอยากและตัวกระตุ้น เทคนิคการหยุดความคิด ทักษะการจัดยาด้วยตนเอง และการกระตุ้นให้ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวเล็งเห็นประสบการณ์เชิงบวกและเชิงลบที่ผ่านมาว่าการใช้ แอลกอฮอล์ทำให้แรงจูงใจในการรับประทานยาตามเกณฑ์รักษาลดลง มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ และการรักษาด้วยยาไม่มีประสิทธิภาพ เพื่อกระตุ้นการนำทักษะที่ได้รับการฝึกฝนไปใช้ในสถานการณ์ จริงเมื่อกลับไปอาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งเป็นระยะที่มีความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจิตเภทจะกลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำ ได้สูงและมีปัญหากับครอบครัว

ผู้จัดทำเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือสำหรับผู้ป่วยเล่มนี้จะเป็นประโยชน์แก่ และใช้เป็นแนวทางในการ ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ให้สามารถลด ละและเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้ตามเป้าหมาย และมีพฤติกรรมในการรับประทานยาตามเกณฑ์รักษามากขึ้น

นางสาวกุลยาณิชพงษ์ วงหนูพะเนาว์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

สาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (นอกเวลาราชการ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
การให้คำปรึกษาครอบครัว	5
ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ	10
- ใบกิจกรรมที่ 1.1 ประเมินตนเอง ผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์ต่อการรักษา ด้วยยารักษาอาการทางจิต	19
- ใบกิจกรรมที่ 1.2 ปัญหา สิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง	20
- ใบกิจกรรมที่ 1.3 สิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงและการวางแผนอย่างเป็นรูปธรรม	21
- ใบกิจกรรมที่ 1.4 แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	22
ครั้งที่ 2 การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้รับบริการ	23
- ใบกิจกรรมที่ 2.1 การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการ การวางแผนเป้าหมายและการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	34
- ใบความรู้ที่ 2.2 ความรู้ทั่วไปเรื่อง โรคจิตเภท	35
- ใบกิจกรรมที่ 2.2 ความรู้เรื่อง โรคจิตเภท	38
- ใบความรู้ที่ 2.3 ยารักษาอาการทางจิต	39
- ใบกิจกรรมที่ 2.3 ยารักษาอาการทางจิต	43
- ใบความรู้ที่ 2.4 โทษพิษภัยของแอลกอฮอล์	44
- ใบกิจกรรมที่ 2.4 โทษพิษภัยของแอลกอฮอล์	46
- ใบความรู้ที่ 2.5 ความอยากและตัวกระตุ้น	47
- ใบกิจกรรมที่ 2.5 สำรวจตัวกระตุ้น	48
ครั้งที่ 3 การวางแผนการแก้ไขปัญหา	49
- ใบความรู้ที่ 3.1 อาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต	60
- ใบกิจกรรมที่ 3.1 ทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต	61
- ใบความรู้ที่ 3.2 ทักษะการปฏิเสธ	62
- ใบกิจกรรมที่ 3.2 ฝึกทักษะการปฏิเสธ	64
- ใบความรู้ที่ 3.3 การจัดการและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น	65
- ใบกิจกรรมที่ 3.3 ทักษะการจัดการและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น	67
- ใบความรู้ที่ 3.4 เทคนิคการหยุดความคิดและควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์	68
- ใบกิจกรรมที่ 3.4 ฝึกทักษะการหยุดความคิดและควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์	69
- ใบความรู้ที่ 3.5 ทักษะการจัดยาด้วยตนเอง	70
- ใบกิจกรรมที่ 3.5 ฝึกทักษะการจัดยาด้วยตนเอง	71

ครั้งที่ 4 การยุติบริการ	72
- ใบกิจกรรมที่ 4.1 กระตุ้นให้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ สังเกตเห็นประสบการณ์เชิงบวกและเชิงลบที่ผ่านมา	79
- ใบกิจกรรมที่ 4.2 สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรม	80
รายการอ้างอิง	81



คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับ
ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัว



จัดทำโดย
นางสาวกุลยาณีขพงษ์ วงหนูพะเนาว์

อาจารย์ที่ปรึกษา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

คู่มือความรู้นี้เล่มนี้จัดทำขึ้น เพื่อให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ และครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ให้สามารถควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ และมีพฤติกรรม การรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาได้

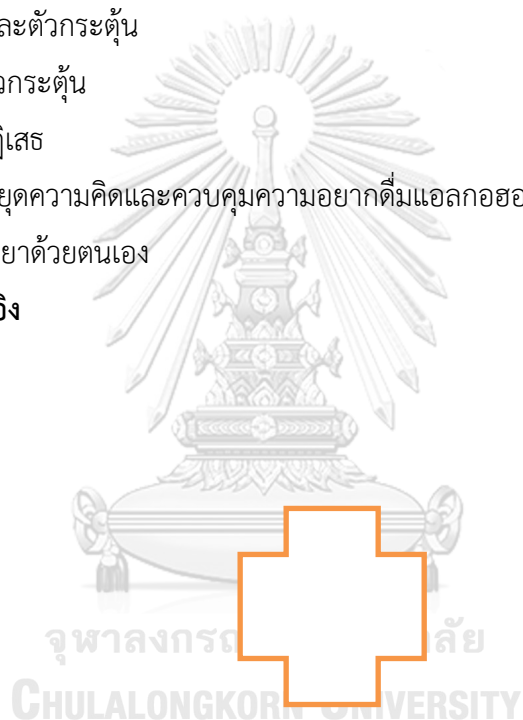
ซึ่งเนื้อหาในคู่มือประกอบไปด้วยความรู้ทั่วไปเรื่องโรคจิตเภท การตั้งเป้าหมายในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลกระทบของแอลกอฮอล์ ยารักษาอาการทางจิต และการจัดการกับอาการ ช้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ทักษะการปฏิเสธ โทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ ความอยากและ ตัวกระตุ้น เทคนิคการหยุดความคิด ทักษะการจัดยาด้วยตนเอง

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือความรู้สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และครอบครัวซึ่ง เป็นผู้ดูแลหลัก เล่มนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ และครอบครัว รวมทั้ง ประชาชนทั่วไปในการปฏิบัติตนเพื่อลดละเลิกการดื่มแอลกอฮอล์และมีพฤติกรรมรับประทานยา ตามแผนการรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

นางสาวกุลยาณิชพงศ วงหนูพะเนา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เรื่อง	สารบัญ	หน้า
- การสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการ การวางเป้าหมายและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม		4
- ความรู้ทั่วไปเรื่อง โรคจิตเภท		5
- ยารักษาอาการทางจิต		7
- อาการข้างเคียงและแนวทางการจัดการ		11
- โทษพิษภัยของแอลกอฮอล์		12
- ความอยากและตัวกระตุ้น		14
- การจัดการตัวกระตุ้น		15
- ทักษะการปฏิเสธ		17
- เทคนิคการหยุดความคิดและควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์		18
- ทักษะการจัดยาด้วยตนเอง		19
- รายการอ้างอิง		20



☆ ความรู้ทั่วไปโรคจิตเภท ☆

☀️ ความหมาย

โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตใจที่มีความผิดปกติด้านความคิดเป็นลักษณะเด่น ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรม และการรับรู้ที่ผิดปกติจากคนปกติทั่วไป มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป

☀️ สาเหตุของโรคจิตเภท

ปัจจุบันไม่สามารถระบุถึงสาเหตุที่แน่ชัดได้ แต่จากการศึกษาพบว่า มีหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท ดังนี้

1. ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่

- 1.1 กรรมพันธุ์ พบว่าญาติของผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าคนทั่วไป
- 1.2 การได้รับสารกระตุ้นทางสมอง เช่น แอลกอฮอล์ และสารเสพติด เป็นต้น
- 1.3 ด้านความผิดปกติของสารเคมีในสมอง
- 1.4 ได้รับกระทบกระเทือนทางสมอง อุบัติเหตุ
- 1.5 การติดเชื้อในสมอง เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ มาเลเรียขึ้นสมอง

2. **ปัจจัยด้านจิตใจ** จิตใจที่ผิดปกติมาตั้งแต่วัยเด็ก เมื่อโตขึ้นเผชิญกับความเครียดไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ จนเกิดเป็นพฤติกรรมถาวร และกลายเป็นความผิดปกติ

3. **ด้านครอบครัว:** การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม ขาดความรักความอบอุ่นจากครอบครัว และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม

4. **ด้านสังคม:** สิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี ภาวะทางเศรษฐกิจที่ตกต่ำหรือล้มเหลวอาจทำให้คนเครียด และกระตุ้นให้เกิดโรคจิตเภทได้

☀️ อาการของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มอาการด้านบวก แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิดการรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรมได้แก่ อาการประสาทหลอน เช่น หูแว่ว ภาพหลอน หลงผิด มีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว เป็นต้น

2. กลุ่มอาการด้านลบ แสดงออกด้านสีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ใดไม่พูด แยกตัวเอง ขาดความสนใจและความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือสนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อมน้อย

☀️ การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท

การรักษาโรคจิตเภทมีหลายวิธีที่ผสมผสาน และให้การรักษาตามความเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละราย ดังนี้

➡️ **1. ยากินและยาฉีด** เรียกว่า ยารักษาโรคจิต ยาที่ใช้มีหลายลักษณะ คือ ในรูปยาฉีด ยา

รับประทาน การจะใช้ยาฉีดหรือยารับประทาน ขึ้นอยู่กับอาการและความจำเป็นขณะได้ยา ซึ่ง

แพทย์จะเป็นผู้ประเมินและกำหนดระยะเวลาของการใช้ยาและหยุดยา ซึ่งการรักษาด้วยยาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่องตามเกณฑ์การรักษา เป็นสิ่งสำคัญที่สุด ซึ่งจะทำให้อาการทางจิตดีขึ้นได้

⇒ **2. การรักษาด้วยไฟฟ้า** เป็นการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง หรือเรื้อรังที่การรักษาทางยาและวิธีการอื่นแล้วไม่ได้ผล ซึ่งการรักษาจะทำโดย แพทย์และมีพยาบาลดูแลระหว่างการรักษาอย่างใกล้ชิด ซึ่งใช้กระแสไฟที่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้รับการรักษา

⇒ **3.การรักษาทางพฤติกรรม**

3.1 จิตบำบัด เป็นวิธีการช่วยผ่อนคลายในการหาวิธีการแก้ไขปัญหาแบบอื่นที่เขาพอจะทำได้ อาจทำเป็นรายกลุ่มหรือรายครอบครัว

3.2 พฤติกรรมบำบัด เป็นการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

3.3 ครอบครัวบำบัด เป็นการนำครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการรักษา

☀ โรคจิตเภทรักษาหายหรือไม่

1. โรคจิตเภท เป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยาจะช่วยควบคุมอาการของผู้ป่วยได้ การขาดยาจะทำให้โรคเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาพบว่า
2. ผู้ป่วยบางรายหายสนิท สามารถทำงานได้ตามปกติ
3. ผู้ป่วยบางรายมีอาการหลงเหลืออยู่เล็กน้อย ต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ
4. ผู้ป่วยบางรายมีอาการทางจิตเกือบตลอดต้องมีคนดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ
5. ถ้าผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูที่เหมาะสม ก็สามารถดูแลกิจวัตรส่วนตัวได้และอยู่ร่วมกับครอบครัวได้
6. หากมีปัญหาให้ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ควรหยุดรับประทานยา ห้ามปรับเพิ่มหรือลดยาเอง

☀ การป้องกันโรคจิตเภท

แม้ว่าจะไม่มีมาตรการป้องกันที่ได้ผล 100% แต่การหลีกเลี่ยง การดื่มแอลกอฮอล์และรวมถึงการรับประทานยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาสามารถช่วยป้องกันอาการกำเริบได้



ที่มา: <https://www.google.co.th/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fthisable.me%2Fcontent%2F2017%2F07%2F220&psig=AOvVaw2MPPEcUcqmiY6lktVKgi5c&ust=1605581894297000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCMDnnuyIhu0CFQAAAAAdAAABAE>





จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวกุลยาณิชพงษ์ วงหนูพะเนาว์
วัน เดือน ปี เกิด	4 สิงหาคม 2520
สถานที่เกิด	จังหวัดบุรีรัมย์
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ (สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยขอนแก่น) เมื่อปี พ.ศ.2543 อบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขา การพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติด จาก สถาบันธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี เมื่อปี พ.ศ.2554



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY