

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการ ดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

The Effect of Family Motivation Interviewing Program on Alcohol Consumption in Schizophrenic Patients with Alcohol Drinking Problem

พรินทร ปิ่นสุภา* เพ็ญพัทธ์ อุทิศ

Printorn Pinsupha* Penpaktr Uthis

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

Faculty of nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (Family Motivation Interviewing; FMI) ในระยะก่อนและหลังการทดลอง และ 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับ FMI กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อน และหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราจำนวน 40 คน ซึ่งมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด จับคู่กลุ่มตัวอย่างด้วยระดับปัญหาการดื่มสุรา แล้วสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับ FMI ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว (FMI) 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา 4) แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา 5) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา 6) แบบประเมินอาการทางจิต เครื่องมือชุดที่ 1 และ 3 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 3 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที (t-test)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดื่มสุรา, ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

Abstract

The purpose of this pretest-posttest with a comparison group research design were to compare: 1) mean scores on alcohol consumption of schizophrenic patients with alcohol drinking problem before and after received The family motivational interviewing program (FMI), and 2) mean scores on alcohol consumption of schizophrenic patients with alcohol drinking problem who received the FMI and those who received regular nursing care. The sample consisted of 40 schizophrenic patients with alcohol drinking problem who met the inclusion criteria and received services at the inpatient department. They were matched-pairs with scores on alcohol drinking problem and then randomly assigned to either experimental or control group, 20 subject in

Corresponding Author : E-mail : printorn17@gmail.com

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

each group. The experimental group received the FMI and the control groups received regular nursing care. Research instruments comprised of: 1) FMI 2) demographic questionnaire, 3) the alcohol consumption assessment 4) the stage of change readiness and treatment eagerness scale 5) Alcohol use disorders identification test and 6) Brief Psychiatric Rating Scale. The 1st and 4th instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 3rd instrument was reported by Cronbach's Alpha coefficient as of .86. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent and independent t-tests.

Keywords: alcohol drinking problem, alcohol consumption in schizophrenic patients, family motivation interviewing program

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่พบมากเป็นอันดับ 1¹ ข้อมูลเชิงระบาดวิทยาทั่วโลก อุบัติการณ์ของการเกิดโรคจิตเภท รายใหม่พบประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก สถิติของ กรมสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการ รักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั่ว ประเทศจำนวน 214,193 ราย ในจำนวนนี้พบว่าเป็นผู้ป่วย โรคจิตเภทมากที่สุดถึง 82,838 ราย โรคจิตเภทยังเป็นโรคเรื้อรัง ที่อยู่ใน 20 อันดับแรกของโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสีย ปีสุขภาวะ (DALYs) และยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแล ที่ไม่เหมาะสม โดยผู้ป่วยเหล่านี้ร้อยละ 90 เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ใน ชุมชน แผนปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลกฉบับล่าสุด² จึง สนับสนุนให้มีการมุ่งดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมากยิ่งขึ้น สำหรับสถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยมีนโยบาย การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างเป็นระบบมีเป้าหมายเพื่อลดระยะ เวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ จึงอาศัย และดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชนโดยได้รับการ รักษาอย่างต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก การมีพฤติกรรมทางด้าน สุขภาพที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะการใช้สารเสพติดร่วมซึ่งเป็น ปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาในด้านต่างๆ ที่มีความรุนแรงมากขึ้นตามมา จากการทบทวนวรรณกรรมพบสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วย โรคจิตเภทมีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง และไม่สามารถ ควบคุมพฤติกรรมการดื่มของตนเองได้ ประกอบด้วยปัจจัย ภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความอยากใช้สารเสพติด ทำให้ผู้ป่วย จิตเภทมีความสุขที่ได้ดื่มสุรา เกิดความอยากและมีความ ต้องการที่จะดื่มต่อไป³ อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยยังขาดแรงจูงใจ ในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา⁴ เกิดความยากลำบากในการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา มีการขาดแรงจูงใจ ในการ เลิกดื่มอย่างแท้จริง รวมถึงขาดความตระหนักถึงผลเสียของ การดื่มสุราเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วย จิตเวช⁵ ส่วนปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การได้รับความ กดดันทางด้านอารมณ์จากบุคคลอื่น การไม่มีแหล่งสนับสนุน ทางสังคม และการได้รับการกระตุ้นอื่นๆ จากสิ่งแวดล้อม⁶ การสนับสนุน และการได้รับยอมรับจากครอบครัวมีความสำคัญ ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่า ในตัวเอง และ เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเลิกดื่มสุราได้

ในประเทศไทยมีการนำแนวคิดการเสริมสร้างแรง จูงใจมาใช้ในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการ เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการดื่มสุราได้ เช่น การศึกษาผลของ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา⁷ และการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของการบำบัดทางด้านจิตสังคมเพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการ โรงพยาบาลสวนปรุง⁸ แต่ยังไม่พบการบำบัดที่มุ่งสร้างแรงจูงใจ โดยครอบครัว (FMI) มาใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม สุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาที่มีปัญหาการดื่มสุราใน ประเทศไทย ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจ พัฒนาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวตาม แนวคิดการบำบัดในรูปแบบ Family Motivational Intervention⁹ เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถนำทักษะใน เรื่องของการเสริมสร้างแรงจูงใจ ไปใช้สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภท เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสู่ขั้น ลงมือกระทำ (Action) ตลอดจนขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) รวมถึงลดการกลับไปมีพฤติกรรมเดิมที่ไม่พึง ประสงค์ (Relapse) ได้อย่างยั่งยืน

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีพฤติกรรมการดื่มสุราแตกต่างกันหรือไม่
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีพฤติกรรมการดื่มสุราแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว

ระยะที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในขณะที่ผู้ป่วยยังรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน

1. การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจของครอบครัว
2. ทักษะการสื่อสารและการประเมินระดับแรงจูงใจ
3. การเสริมสร้างแรงจูงใจ: เรื่องง่ายๆ เราทำได้
4. เทคนิคที่ใช้ เราไม่ควรลืม
5. ไม่สร้างสรรค์ ฉันทไมใช่

ระยะที่ 2 มี 1 กิจกรรมดำเนินกิจกรรมเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

6. จูงใจที่บ้านปัญหาเบาบาง

พฤติกรรมการดื่มสุรา
ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหา
การดื่มสุรา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบการศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest design with a comparison group) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)

และมีปัญหาการดื่มสุรา แต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวมทั้งหมดครอบครัวละ 2 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และมีปัญหาการดื่มสุรา แต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวมทั้งหมดครอบครัวละ 2 คน จำนวน 20 ครอบครัว

ผู้วิจัยคำนึงถึงตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา จึงทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched Paired) คือ เพศ และระดับปัญหาการดื่มสุราในช่วงระดับเดียวกัน เมื่อจับคู่ครบ 20 คู่แล้ว จึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากเพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบ 20 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการดื่มสุราติดต่อกันจนถึงปัจจุบัน ระยะเวลาของการเจ็บป่วยทางจิตจนถึงปัจจุบัน ประวัติการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว และประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ

2. แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (The Alcohol Consumption Assessment; ACA) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา พัฒนาขึ้นโดยสุณิสา สุขตระกูล¹⁰ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ชนิดของสุราที่ดื่ม ปริมาณการดื่มสุราเฉลี่ยต่อวัน (ดื่มมาตรฐาน) และจำนวนวันที่ดื่มสุราใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

3. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale; BPRS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์¹¹ มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .87

4. แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา (The State of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale; SOCRATES-8A) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .87 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .86

5. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test; AUDIT) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินปัญหาการดื่มสุรา ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อเกี่ยวกับปริมาณและความถี่ของการดื่มสุรา อาการของการติดสุรา และปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0

6. โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ประกอบด้วย 6 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ครั้งละ 60 นาที จนครบ ใช้เวลา 5 สัปดาห์ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของการใช้ภาษา รูปแบบเนื้อหาของกิจกรรม และเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการเมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2561 เลขที่โครงการวิจัย 10-2561 นอกจากนี้เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างละเอียดในการวิจัย โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้โดยไม่ผลต่อการรักษาและการรับบริการแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผลและเน้นย้ำให้ทราบว่าข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไปพร้อมกัน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากแฟ้มประวัติและจากการประเมินระดับปัญหาการดื่มสุราขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในเพื่อประเมินคุณสมบัติของผู้ป่วยในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน โดยทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

3. สำหรับกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว ผู้วิจัยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 6-7 ครอบครัว รวม 3 กลุ่มได้รับโปรแกรม

การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว สัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม ดำเนินการติดต่อกัน รวมทั้งสิ้น 6 กิจกรรม ที่ห้องประชุมเล็ก หอผู้ป่วยนายแพทย์ยรรยง สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

4. สำหรับกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว ได้รับกิจกรรม การพยาบาลตามปกติที่แผนกผู้ป่วยใน ได้แก่ การสัมภาษณ์ ประวัติและการวินิจฉัยปัญหา การให้คำปรึกษารายบุคคล การให้สุขภาพจิตศึกษา ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา และอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในการรักษาอาการทางจิต การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทและสารเสพติด

5. สัปดาห์ที่ 2 นับจากวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายหลัง การทำวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 40 ครอบครัว ไม่มีการถอน ตัวอย่างจากการทดลอง ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลหลัง การทดลอง (post-test) ด้วยวิธีการโทรศัพท์หากกลุ่มตัวอย่าง

ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราใช้เวลาประมาณ 10 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูล แสดงความขอบคุณ และแจ้งให้กลุ่ม ตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ถูกนำมาวิเคราะห์ โดยใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูลมีดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป นำมาแจกแจงความถี่ และ คำนวณค่าร้อยละ 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของ กลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ paired t-test 3) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่าง กลุ่มทดลองและควบคุมโดยใช้สถิติ dependent t-test โดย กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลอง น้อยลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราก่อนและหลัง การทดลอง ของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 20)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
พฤติกรรมการดื่มสุรา							
กลุ่มทดลอง	31.12	7.63	9.90	13.27	19	6.936	.000
กลุ่มควบคุม	30.47	9.28	29.13	7.83	19	-1.922	.070

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในระยะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดื่มสุราไม่ต่างกัน แต่ภายหลังจากการทดลอง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราน้อยลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว และการพยาบาลตามปกติ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา							
ก่อนการทดลอง	31.12	7.63	30.47	9.28	38	-.242	.810
หลังการทดลอง	9.90	13.27	29.13	7.83	37	5.58	.000

การอภิปรายผลการศึกษา

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลอง น้อยลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ดังนี้

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวนี้เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ดำเนินการกับครอบครัว ภายใต้การจัดกระทำกับการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในครอบครัว ร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลสามารถปรับความเข้าใจให้ตรงกันในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งในการพยาบาลนี้มีกิจกรรมในการให้ความรู้และการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในเรื่องของการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลสามารถนำเทคนิคในการเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้ การที่ผู้ดูแลในครอบครัวนำเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมสุราพยานนั้นจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจที่ดี และสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสนับสนุนได้ว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราให้ลดลงได้โดยสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลของการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ดังนี้

ผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัยครั้งนี้ คือ ระดับปัญหาการดื่มสุรา โดยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched Paired) แล้วสุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($\bar{X} = 31.12$ และ 30.47 ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตามลำดับ) แต่ในระยะหลังการทดลองพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราลงได้ ซึ่งมีความแตกต่างกับการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับ กล่าวคือการพยาบาลตามปกติเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยใน ได้แก่ การประเมินสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่มเกี่ยวกับโรคทางจิตเภทและสารเสพติด รวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา และอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในการรักษาอาการทางจิต ซึ่งรูปแบบดังกล่าวเป็นเพียงการดูแลที่มีความเกี่ยวเนื่องกับปัญหาทางจิตที่เกิดขึ้นเท่านั้นยังไม่ครอบคลุมถึงระดับของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรายังคงมีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามีระดับของแรงจูงใจที่เพิ่มขึ้น จนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราลงได้

3. การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งมีการแบ่งตามระดับปัญหาการดื่มสุราเป็น 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinking) กลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญห (Harmful Drinking) และกลุ่มที่ดื่มแบบติดสุรา (Alcohol Dependence) โดยทั้ง 3 กลุ่ม ได้รับการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวที่มีรูปแบบและเนื้อหาเหมือนกัน จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าในระยะหลังการทดลองกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มน้อยลงกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มบุคคลที่มีระดับปัญหาการดื่มสุราที่ต่างกันจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา และอัตราการกลับไปดื่มสุราซ้ำที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะกลุ่มที่ดื่มแบบติดจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราที่มีความยุ่งยากกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งมักมีความเชื่อมโยงกับความอยากดื่มสุรา (Craving) กล่าวคือ หากมีการลดพฤติกรรมการดื่มสุราแล้วมักมีความอยากดื่มสุราที่มีระดับรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ จนเป็นสาเหตุให้กลับมาดื่มสุราได้ในที่สุด¹³ ถือว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาเชิงทำนาย¹⁴ ที่กล่าวว่า ระดับปัญหาการดื่มสุรา และความรู้สึกอยากดื่มสุราสามารถทำนายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของบุคคลได้ สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มที่ดื่มแบบติด (Alcohol Dependence) จะน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของความอยากดื่มสุรา (Craving) ได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ผู้ปฏิบัติควรเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การให้คำปรึกษาครอบครัว ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคจิตเภท พฤติกรรมการดื่มสุรา รวมทั้งมีทักษะในด้านการประสานงาน เพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมระดับแรงจูงใจทั้งในส่วนของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย และส่วนของผู้ป่วยที่มีต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา ทั้งคู่ต้องมีระดับของแรงจูงใจภายในที่เพิ่มขึ้นจนสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้ ซึ่งการที่จะบ่งบอกได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราสามารถกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราที่ต่อเนื่องนั้นต้องใช้ระยะเวลาเกินกว่า 6 เดือน ดังนั้นจึงควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวมีการใช้แนวทางการเสริมสร้างแรงจูงใจ และสนับสนุนให้ผู้ติดสุรามีการลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

2.2 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุราเมื่อกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะที่จะทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวภายหลังการบำบัดในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เนื่องจากแรงจูงใจของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และเพื่อพัฒนารูปแบบของการบำบัดในการดูแลผู้ป่วยที่กลับสู่ชุมชนให้เหมาะสม

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงแนวโน้มและข้อมูลเชิงคุณภาพของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบเนื้อหาของกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับปัญหาการดื่มสุราที่แตกต่างกันเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

3. ควรมีการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวในผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีปัญหาการดื่มสุราว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มหรือไม่ หรือมีปัจจัย และข้อจำกัดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มหรือไม่

References

1. Boyd, M. A. Psychaitric nursing contemporary practice. 5th ed. America: Wolter Kluwer Health; 2012.
2. World Health Organization. Action needed to reduce health impact of harmful alcohol use. Retrieved; 2014.
3. Salyers, M. P., Mueser, K. T. Social functioning, psychopathology, and medication side effects in relation to substance use and abuse in schizophrenia. Schizophrenia research 2001; 48: 109-123.
4. Martio, S., Carroll, K., and Kostas, D. Dual Diagnosis motivational intervention: a modification of motivation interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. Journal of substance abuse treatment; 2002.
5. Darakorn, na P. Successful abstinence of alcoholic patients with co-morbidities. Journal of psychiatric Nursing and Mental Health; 2013. (in Thai)
6. Chaihanit, P. Selected Factors Related to Alcohol Consumption Behavior in Alcohol Dependence with Psychiatric Comorbidity. Journal of psychiatric Nursing and Mental Health. 2014; 28 :105-120. (in Thai)
7. Butpunya, Y. The effect of Countinuing Motivational Interviewing Telephone-Based Program on Alcohol Consumption in Person with Alcohol Dependence. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2016; 17: 123-131. (in Thai)
8. Srikosai, S. Effectiveness of motivational interviewing program among patients with schizophrenia and alcohol use disorder. Journal of Mental Health of Thailand. 2010; 54(3): 259-272. (in Thai)
9. Smeerdijk, A. M., Linszae, D., Kuipers, T., and Keet, R. Family Motivational Intervention in Early Psychosis and Cannabis Misuse. In: Lobban, F., and Barrowclough, C. (Eds.). A Casebook of Family Interventions for Psychosis. Chichester: John Wiley & Sons. (2009).
10. Suktrakul, S. The effect of alcohol craving control program on alcohol consumption in alcohol dependence. Doctoral dissertation. Nursing science Faculty of nursing Chulalongkorn University. 2009.
11. Kittiratanapibul, P. Clinical Guideline of Alcohol Management in Psychiatric Hospital. 2006. (in Thai)
13. Tiffany, S. T., Carter, B. L., and Singleton, E. G. Challenges in the manipulation, assessment and interperlation of craving relevant variables. Addiction. 2000; 95 (2): 177-187.
12. Crits-Christoph, P., Markell, H. M., Gallop, R., Connolly Gibbons, M. B., McClure, B., and Rotrosen, J. Predicting outcome of substance abuse treatment in a feedback study: Can recovery curves be improved upon. [online]. 2015.