

ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อการบริโภค สุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

The Effect Of Family Intervention For Dual Disorders Program On Alcohol Consumption Among Alcohol Dependence Clients With Psychiatric Comorbidity

อัจฉรา เตชะอิตตกุล*¹ เพ็ญพักตร์ อุทิศ²

AtcharaTechaattakun*¹ Penpaktr Uthis²

¹โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ราชเทวี กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400

¹ Pramongkutklao Hospital Ratchathewi Bangkok Thailand 10400

² คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

² Faculty of Nursing Chulalongkorn University Pathumwan Bangkok Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจำนวน 40 ครอบครัว ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก แผนกการพยาบาลจิตเวชและประสาทวิทยา กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์มาจากการศึกษาของ Mueser and Fox (2002) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมการบำบัดครอบครัว 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินปัญหาการบริโภคสุรา 4) แบบบันทึกการบริโภคสุรา (Timeline Followback) และ 5) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แบบบันทึกการบริโภคสุราตรวจสอบความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำพบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ .97 และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวตรวจสอบค่าความเที่ยงพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีปริมาณการบริโภคสุราย้อยลงของจำนวนวันดื่มหนักหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวลดลงและมีร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวมากกว่ากลุ่มผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาคือควรมีแนวทางการบำบัดผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชโดยให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยลดการบริโภคสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การบำบัดครอบครัว/การบริโภคสุรา/ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

Abstract

This study is quasi-experimental pretest-posttest control group research design. The objectives were to compare alcohol consumption of alcohol dependence clients with psychiatric comorbidity. The Sample consisted of 40 families' alcohol dependence clients with psychiatric comorbidity at Psychiatry and Neurology outpatient department in Phramongkutklao Hospital and randomly assigned to either experimental or control group, 20 subjects in each group. Research comprised of: 1) Family intervention 2) Demographic questionnaire

3) the AUDIT scale 4) Timeline followback and 5) Family relationship scale. All instruments were verified for content validity. The reliability of 4th instrument was reported by Pearson Correlation as of .97 and the 5th instruments had Cronbach's Alpha Coefficient reliability of .84. Descriptive statistics and t-test were used in Data analysis.

The results showed that Alcohol consumption and Percent of drinking days in alcohol dependence clients with psychiatric comorbidity who received family intervention for dual disorders program measured after the end of intervention was significantly lower and Percent of abstinence drinking days in alcohol dependence clients with psychiatric comorbidity who received family intervention for dual disorders program measured after the end of intervention was significantly higher than those who received regular nursing care ($p < .05$). The researcher recommends nurses support role of family to decrease alcohol consumption in alcohol dependence clients with psychiatric comorbidity

Keywords : Family intervention/Alcohol consumption/Alcohol dependence clients with psychiatric comorbidity

บทนำ

การบริโภคสุราเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ดังจะเห็นได้จากการสำรวจประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศในปี 2557 พบว่ามีคนที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์จำนวน 17.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32.3 ของประชากรทั้งหมดที่สำรวจ โดยจำแนกเป็นเพศชายร้อยละ 53.0 ของประชากรชายทั้งหมดที่สำรวจ และเพศหญิงร้อยละ 12.9 ของจำนวนประชากรหญิงทั้งหมด ที่สำรวจ โดยผู้ชายมีอัตราการบริโภคสุราสูงกว่าผู้หญิงประมาณ 4 เท่า ในจำนวนผู้ที่บริโภคสุรา จำแนกเป็นเป็นผู้ที่ดื่ม นานๆ ครั้ง ร้อยละ 57.6 และผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอร้อยละ 42.4 โดยในกลุ่มผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอจำแนกเป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ 5 วัน ต่อสัปดาห์ ขึ้นไป ร้อยละ 38.3 และผู้ที่ดื่มทุกวันร้อยละ 26.2¹ การบริโภคสุราอย่างต่อเนื่องอาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทั้ง ทางกายและจิตใจตามมาได้ โดยปัญหาด้านจิตใจที่พบมากที่สุดคือโรคจิตจากการบริโภคสุรา² ซึ่งอาจมีอาการทางจิตเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เช่น อาการหลงผิดและประสาทหลอน นอกจากนี้การบริโภคสุราในปริมาณที่มากและเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตแบบถาวรตามมา^{3, 4, 5}

โรคร่วมทางจิตเวชและการบริโภคสุราเป็นปัญหาที่พบได้ในอัตราที่สูงมากจากการศึกษาในผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีปัญหาการใช้สุราซึ่งได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช 4 แห่ง จำนวน 410 คน พบว่าร้อยละ 68.8 ของกลุ่มตัวอย่างเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคร่วมทางจิตเวชกับสุรา จำแนกเป็นเพศชายร้อยละ 88.7 และเพศหญิงร้อยละ

11.3 โดยเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุดเรียงตามลำดับคือ โรคจิต ร้อยละ 50 พฤติกรรมฆ่าตัวตาย ร้อยละ 31.2 การเสพยาเสพติด ร้อยละ 18.3 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 9.3 และกลุ่มอาการฟุ้งพล่าน ร้อยละ 7.14 ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคร่วมเหล่านี้คือ ยังมีการบริโภคสุราอย่างต่อเนื่อง แม้จะอยู่ระหว่างการบำบัดรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อาศัย อยู่ในชุมชน และได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก การศึกษา ของเปรมฤทัย ไชยชนะ⁵ พบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม ซึ่งเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร 5 แห่ง ยังมีการบริโภคสุราอยู่ในระดับติดถึงร้อยละ 54.76 สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรรณญา แพทย์ และ นรวิญญา ศรีบุรพา⁶ ซึ่งพบวก่อนเข้ารับการบำบัดแบบ ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมนั้นมีปริมาณและความถี่ของการดื่มสุราอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 83.4 ซึ่งปัญหา การบริโภคสุราในปริมาณที่สูงและต่อเนื่องนี้ ทำให้ผู้เสพยาเสพติดยังคงเกิดอาการแทรกซ้อนทางจิตขึ้นเป็นระยะๆ และส่งผล กระทบต่อผู้ป่วยในลักษณะต่างๆ เช่น มีการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลลดลง⁷ อาการทางจิตกำเริบ มีปัญหาในการทำงาน ความสัมพันธ์กับผู้อื่นแยลง ครอบครัวไม่มีความสุข นอกจากนี้ภาวะโรคร่วมทางจิตเวชายังเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยหลายประการซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ที่ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ยังบริโภคสุราอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุที่เริ่มดื่มสุรา การเผชิญความเครียด ประวัติการดื่มสุราของ

คนในครอบครัว⁵ การขาดแรงจูงใจ⁶ รวมถึงอาการอยาก⁷ สำหรับปัจจัยภายนอกบุคคลนั้นพบว่า ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านครอบครัว ซึ่งพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดจะทำให้ผู้ติดยา ที่มีโรคจิตเวชร่วมมีการบริโภคสุราอยู่ในระดับเสี่ยงน้อย⁵ เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและใกล้ชิดกับผู้ติดยาเสพติดรวมถึงสุรา การเกิดปัญหาในครอบครัวที่กระทบกับสัมพันธภาพภายในครอบครัว เช่น การที่ครอบครัวขาดความรู้ในการดูแลและติดตามอาการของผู้ป่วยโรคร่วมอย่างเหมาะสม การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพที่ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ภาระการดูแลของครอบครัวซึ่งรวมถึงภาระการดูแลทางด้านเศรษฐกิจและความกดดันทางอารมณ์^{10, 11} ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติดรวมถึงสุรามากขึ้นจนเกิดอาการทางจิต จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน

ดังนั้นการบำบัดผู้ป่วยโรคร่วมทางจิตเวชและสารเสพติดรวมถึงสุรา จึงต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม รวมถึงการบำบัดอาการทางจิตควบคู่กันไป¹² สำหรับ การบำบัดในประเทศไทยพบว่า มีการศึกษาในผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชโดยการใช้โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราและลดอาการทางจิตเวชของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชอีกทั้งพบการบำบัดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้อบกพร่องของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้สุรา ได้แก่ เช่น การศึกษาบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สุราของสมิตรา ศรสวรรณ สุนทรี ศรีโกสย และพัทธยา สอาดวุธ¹³ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของกฤตยา แสงทรัพย์¹⁴สำหรับในต่างประเทศได้มีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อใช้ลดการบริโภคสุราสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวมีชื่อว่า the Family intervention for dual disorders (FIDD) โปรแกรมนี้ถูกพัฒนาโดย Mueser and Fox 10 เพื่อใช้กับผู้ป่วยโรคร่วมสารเสพติดรวมถึงการติดยา และจิตเวชโดยตรงโดย Mueser et al. ได้ใช้โปรแกรม FIDD เพื่อศึกษาต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดและสุรา กว่า 10 ปี และพบว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิผลต่อการบำบัดผู้ป่วยสารเสพติดรวมถึงสุราที่เป็นโรคร่วม คือ สามารถลดพฤติกรรมการเสพติดและอาการทางจิตได้โดยมีครอบครัวเข้ามาบำบัดทุกระยะของการดำเนินกิจกรรม เนื่องจาก

ครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยโรคร่วมเกิดความตระหนักที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง^{11, 15} ผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรม FIDD มาประยุกต์เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดครอบครัวในผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในบริบทของประเทศไทย ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้นส่งผลให้การบริโภคสุราลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชโดย

1. เปรียบเทียบการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม
2. เปรียบเทียบการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. การบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ โดย
 - 1.1 ปริมาณการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
 - 1.2 ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
 - 1.3 ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. การบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดย
 - 2.1 ปริมาณการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
 - 2.2 ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ
ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.3 ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ติด

สุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวฯ
สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนการทดลอง และ หลังการทดลอง การวัดผลจะวัด 1 เดือนหลังจากสิ้นสุดกิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 6 ศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง

โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม

Family Intervention for Dual Disorders

เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Mueser and Fox (2002) ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมิน (Connecting and Assessment) หมายถึง การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินผู้ป่วยรวมถึงครอบครัว ประกอบไปด้วย

ขั้นตอนที่ 2 การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) หมายถึงการดำเนินการให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ติดสุรา ประกอบไปด้วย

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพผู้ป่วยและครอบครัว และประเมินปัญหา

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องสุรา สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคสุรา และ โรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดจากการติดสุรา การรักษาด้วยยาในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การจัดการความเครียด และทักษะการจัดการกับอารมณ์ทางลบ

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการจัดการกับอาการอยากสุรา และการจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกลับไปบริโภคสุรา

กิจกรรมที่ 5 ทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสมและการปฏิเสธการปรับตัวต่อผู้อื่น

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

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาการสื่อสารในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา (Problem Solving) หมายถึง การดำเนินการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริโภคสุรา รวมไปถึงการดำเนินการสิ้นสุดกิจกรรมบำบัด ประกอบไปด้วย

กิจกรรมที่ 7 การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการแก้ไขปัญหา

กิจกรรมที่ 8 ทบทวนกิจกรรมการบำบัดและวางแผนทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

การบริโภคสุรา

ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง
เพื่อสามารถดำเนินการทดลองได้ถูกต้องและผลการวิจัย
มีความน่าเชื่อถือ

กลุ่มตัวอย่าง

ครอบครัวของผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัย
จากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดยาและมีโรคทางจิตเวช
ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การ
อนามัยโลก (ICD-10) โดยผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่ม
ตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power of test)
ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Sample Size (PASS) เพื่อ
ให้อำนาจทดสอบที่ 81.53% มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อน
ชนิดที่สองเป็น 18.93% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการ
กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างน้อยกลุ่มละ
12 ครอบครัว แต่เนื่องจากผู้วิจัยต้องการป้องกันการ drop out
ของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง
รวมทั้งหมดเป็น 40 ครอบครัว โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20
ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัวโดยมีการสุ่มตัวอย่าง
เข้ากลุ่ม (The pretest-posttest control group design)

Inclusion criteria ผู้ติดยาที่มีโรคทางจิตเวช

- 1) ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า
เป็นโรคติดยา F 10.2 และมีโรคทางจิตเวช F30-F39
Mood (Affective) disorder, F40-F48 Neurotic,
Stress-related and Somatoform disorders และ F60-F69
Disorders of adult personality and behavior
- 2) มีการบริโภคสุราจากการประเมิน AUDIT แบบ
มีปัญหาและแบบติด (ระดับคะแนน ≥ 16 คะแนน)
- 3) มีอาการทางจิตสงบ โดยรับการประเมินจาก
จิตแพทย์โดยแบบประเมินอาการทางจิต BPRS พบว่ามี
คะแนน < 36
- 4) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มี
ปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น
- 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

Inclusion criteria ของผู้ดูแลหลัก

- 1) เป็นผู้ดูแลที่มีความผูกพันใกล้ชิดโดยตรงกับ
ผู้ติดยาที่มีโรคจิตเวชร่วม ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาที่มี
โรคทางจิตเวชอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เป็นเวลา 6 เดือน

ขึ้นไป ครอบครัวละ 1 คน

- 2) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มี
ปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น
- 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

Exclusion criteria

- 1) กลุ่มตัวอย่างมีอาการแสดงทางจิตที่ไม่สามารถ
ควบคุมได้ ซึ่งต้องได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิด
จากจิตแพทย์
- 2) กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะถอนพิษสุรา หรือ
เกิดอาการแทรกซ้อนจากการถอนพิษสุราที่ต้องได้รับการดูแล
จากจิตแพทย์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว
สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การดำเนินการเริ่มต้นด้วยการประเมิน
ปัญหาการบริโภคสุรา สอบถามปริมาณการดื่มสุรา จำนวน
วันที่ดื่มหนัก และจำนวนวันที่หยุดดื่ม ในระยะเวลา 1 เดือน
ที่ผ่านมา จากนั้นเริ่มดำเนินการให้โปรแกรมการบำบัด
ครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช
และประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน
8 กิจกรรม กิจกรรมละ 60 นาที จำนวน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยกำกับการทดลองภายหลังสิ้น
สุดกิจกรรมการบำบัดในสัปดาห์ที่ 6 โดยให้ตอบคำถามตามแบบ
ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว
2. กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลปกติ ประกอบ
ไปด้วย การประเมินทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำแนะนำ
ตามปัญหาที่เกิดขึ้น การให้คำปรึกษาเบื้องต้นตามสภาพปัญหา
ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในแต่ละราย การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน
ของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน การให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา
อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการแนะนำการมาพบแพทย์ตามนัด
เพื่อติดตามอาการ กลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินปัญหา
การดื่มสุราก่อนการทดลอง (Pre test) จากนั้นผู้วิจัยนัด
กลุ่มตัวอย่างมาอีกครั้งภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมเพื่อขอความ
ร่วมมือในการประเมินการบริโภคสุราโดยใช้แบบบันทึกการ
บริโภคสุรา (Timeline followback)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้การดำเนินวิจัย ได้แก่โปรแกรม

การบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแนวคิดของ Mueser and Fox

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย แบบบันทึกการบริโภคสุรา (Timeline Followback) พัฒนาโดย Sobell and Sobell แปลเป็นภาษาไทยโดย สุนทรี ศรีโกสย ประกอบไปด้วย ปริมาณการบริโภคสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา ได้แก่ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวสร้างโดยปริยศ กิตติธรรค์ศักดิ์ ซึ่งมีการนำมาปรับปรุงโดย สาริณี ไชยะทอง

4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินการบริโภคสุรา (AUDIT) พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกแปลเป็นภาษาไทยโดย ปิรทรรศ ศิลปะกิจ และพันธ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา นำมาแก้ไขปรับปรุงตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ .83

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา (Reliability) นำแบบบันทึกการบริโภคสุราไปใช้กับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจำนวน 30 ราย หาค่าความเที่ยงโดยวิธี Test Retest และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้ $r = .976$ ซึ่งมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง สำหรับแบบประเมินการบริโภคสุรา และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงสูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76 และ .87 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก เอกสารรับรองเลขที่ Q034q/58_Exp หลังจากได้รับอนุญาต ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน และแจ้งสิทธิการเข้าร่วมวิจัยและออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อผู้เข้าร่วมวิจัยทางด้านการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกปกปิดเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอภายในภาพรวมเท่านั้น จะไม่เปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ จากนั้นให้ผู้วิจัยเข้าร่วมการวิจัยลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

ผลการวิจัย

1. ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นเพศชายจำนวน 40 ราย ส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 และมีสถานสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 57.5 รองลงมาคือสถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 25 มีอาชีพรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 50 สำหรับระยะเวลาการบริโภคสุราพบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 18.5 ปี โดยร้อยละ 30 มีการบริโภคอยู่ในระยะเวลานาน 21-30 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีประวัติของการบริโภคสุราของคนในครอบครัวทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมถึงร้อยละ 52.75 อีกทั้งโรคร่วมทางจิตเวชที่พบในผู้ติดสุราทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมากที่สุด คือ Dysthymia รองลงมาคือ Personality disorders และพบ Alcohol

induced psychosis, Generalized anxiety disorder, Mild depressive episode และ Mixed anxiety and depressive episode ในอัตราที่เท่ากัน

2. ผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัวและอาศัยอยู่กับผู้ติดยาที่มีโรคซึมเศร้าทางจิตเวช โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 51-60 ปี มีความสัมพันธ์ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสของผู้ติดยาที่มีโรคซึมเศร้าทางจิตเวชร้อยละ 57.5 รองลงมาคือความสัมพันธ์อื่นๆคือ พี่ น้อง ลูก หลุ ร้อยละ 27.5 ระยะเวลาการดูแลผู้ติดยาเฉลี่ยถึง 15.56 ปี โดยมีระยะเวลาการดูแลระหว่าง 1-10 ปี ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 55 และ 45 ตามลำดับ

3. ภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ติดยาที่มีโรคซึมเศร้าทางจิตเวชมีระดับคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองโดยคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวก่อนการทดลองเท่ากับ 3.78 คะแนน และหลังการทดลองเท่ากับ 4.47 ซึ่งในการกำกับการทดลองครั้งนี้พบว่าคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีมากทั้ง 20 คนซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การ

ทดลองทั้งหมด

4. ปริมาณการบริโภคสุราร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ติดยาที่มีโรคซึมเศร้าทางจิตเวชก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

1. ปริมาณการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคซึมเศร้าทางจิตเวชก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยปริมาณการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคซึมเศร้าทางจิตเวชที่ได้รับการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีค่าน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนักของผู้ติดยาที่มีโรคซึมเศร้าทางจิตเวชที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean = 88.43 และ 254.58 ตามลำดับ, $t = 5.484$, $p\text{-value} < .05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบปริมาณการบริโภคของผู้ติดยาที่มีโรคซึมเศร้าทางจิตเวชระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำแนกตามปริมาณการบริโภคสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม

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

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

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

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช แสดงให้เห็นว่าผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐาน 2 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้

1. การบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วม โดยปริมาณการบริโภคสุราและร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อธิบายได้ว่า การบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Mueser and Fox¹⁰ มีการให้ครอบครัวเข้ามาในทุกๆ ระยะของการบำบัดรักษา ประกอบไปขั้นตอน การสร้างสัมพันธภาพ (Connecting) การประเมินปัญหา (Assessment) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา (Problem solving skill) การทบทวนกิจกรรมการบำบัดและยุติสัมพันธภาพ (Termination) ซึ่งผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

นั้นยังคงพบปัญหาในเรื่องของการบริโภคสุราอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตมากขึ้นและอาการทางจิตยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดสุรายังคงมีการบริโภคสุราอยู่¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ Green et al.⁷ ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชอาจเกิดอาการแทรกซ้อนทางจิตขึ้นเป็นระยะๆ และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในลักษณะต่างๆ เช่น มีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาลดลง และ ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น โดยอาการทางจิตกำเริบส่งผลให้มีปัญหาในการทำงาน ความสัมพันธ์กับผู้อื่นแย่ลง ครอบครัวไม่มีความสุข อีกทั้งยังทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย^{11, 15, 17}

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ติดสุรายังขาดทักษะในการจัดการกับตัวกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ โดยต้องได้รับการช่วยเหลือ ให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง¹⁸ จากการศึกษาพบว่า ครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช การที่ครอบครัวขาดความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคติดสุราและโรคทางจิตเวช ส่งผลให้ครอบครัวขาดทักษะในการเฝ้าระวังและติดตามอาการของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชอย่างเหมาะสม การขาดทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา การเกิดความขัดแย้งในครอบครัว และการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพในครอบครัว โดยปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบทางด้านลบต่ออาการทางจิตและการบริโภคสุราของผู้ป่วย ดังนั้นการที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกๆ ระยะของการบำบัดรักษาจะช่วยลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น และครอบครัวมีส่วนให้การสนับสนุนและช่วยเหลือในการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สุราซ้ำอีก¹⁷ และการศึกษาโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมได้นำรูปแบบการบำบัดแบบรายครอบครัวตามแนวคิดของ Mueser and Fox¹⁰ มาประยุกต์ใช้ จากการศึกษาพบว่า การบำบัดครอบครัวในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดสุรา และโรคทางจิตเวชรวมถึงการดูแลผู้ป่วย การสังเกตอาการผิดปกติ อีกทั้งยังคอยให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ แนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์และสนับสนุนผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในการนำทักษะการจัดการกับอาการอยากสุรา ความเครียด อารมณ์ทางด้านลบ การแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการแก้ไขปัญหา ซึ่งในกระบวนการบำบัดที่มีผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและครอบครัวในทุกๆ ระยะของการบำบัดนั้นส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นระหว่างผู้ติดสุราที่มีโรคร่วม

ทางจิตเวชและครอบครัวส่งผลต่อการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

จากผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถส่งเสริมให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชลดการบริโภคสุราลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mueser et al.^{11, 15} ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้ารับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มของการลดใช้สารเสพติดและลดการบริโภคสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การบริโภคสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 มีรายละเอียดดังนี้คือ ผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษา ได้แก่ ระดับปัญหาการบริโภคสุราและโรคร่วมทางจิตเวช โดยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง แล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการบริโภคสุราได้แก่ปริมาณการบริโภคสุราย่อยละของจำนวนวันดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลองพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถลดการบริโภคสุราลงได้ ซึ่งแตกต่างจากการพยาบาลตามปกติที่ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้รับ กล่าวคือ การพยาบาลตามปกติที่ได้รับประกอบไปด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ผลกระทบจากการบริโภคสุรา การให้คำแนะนำตามหลัก D-METHOD การให้คำปรึกษารายบุคคล และรายครอบครัวตามความต้องการของผู้ที่เข้ารับบริการ การนัดผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมาพบแพทย์ และการรับประทานยา โดยการพยาบาลในรูปแบบดังกล่าวเป็นการดูแลปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ติดยาที่มีโรคร่วมในขณะนั้น แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงการประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้สุราและอาการทางจิต ทักษะต่างๆ ที่สำคัญ จึงทำให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชบางส่วนยังคงมีการบริโภคสุราอย่างต่อเนื่อง การใช้โปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประกอบไปด้วยการให้ความรู้และทักษะต่างๆ ที่สำคัญให้กับผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและครอบครัว ได้แก่ ทักษะการปฏิเสธ การจัดการกับอาการอยากยา การจัดการ

ความเครียดและอารมณ์ทางด้านลบ การจัดการกับปัญหาโดยใช้กระบวนการแก้ไขปัญหา การทบทวนทักษะและวางแผน การป้องกันการกลับไปใช้สุราซ้ำโดยมีความร่วมมือกันระหว่างผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและครอบครัว จะมีส่วนช่วยสนับสนุนผู้ติดยาให้สามารถลดการบริโภคสุราได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีครอบครัวเป็นแหล่งช่วยเหลือและดูแล การได้รับคำชมยกย่องจากบุคคลในครอบครัวเมื่อตนเองเลิกบริโภคสุรา การได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัวมาเป็นแรงสนับสนุนในการเลิกสุรา ทำให้ ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีความรู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของครอบครัว และเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ส่งผลให้การบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าโปรแกรมการบำบัดครอบครัวมีผลต่อการบริโภคสุราซึ่งประกอบไปด้วย ปริมาณการบริโภคสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม โดย ส่งผลให้ปริมาณการบริโภคสุราและร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักลดลง อีกทั้งร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าโปรแกรมนี้ประสิทธิภาพในการลดการบริโภคสุรา ดังนั้นจึงควรมีการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการดูแลผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ติดยาต่อเนื่อง และมีการติดตามผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในระยะยาวนานกว่า 6 เดือน เพื่อเป็นกระตุ้นให้ผู้ติดยามีการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง รวมถึงผู้ดูแลได้มีการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชลดการบริโภคสุราได้อย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการศึกษา ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดมีการอบรมเกี่ยวกับการบำบัดผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และการบำบัดครอบครัว เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการให้การดูแล ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. National statistical office. The survey of smoking behavior and Alcohol consumption among Thai population in 2014. Bangkok. Social and Statistical Department. 2014. (in Thai).

2. Junsirimongkol Bet al. Review of Psychiatric comorbidity in Alcohol Abusers. Chiangmai. 1st Edition. Wanidakarnpim. 2013. (in Thai).
3. Lortrakul, M. and Sukhanit, P. Ramathibodi Psychiatry. Bangkok. 3rd Edition. Beyond Enterprise. 2012. (in Thai)
4. Junsirimongkol B, Suriyachai S, Booncharoen H, Wiroteurairuang K, Joowong S, Khunarak U. Psychiatric comorbidity among in-patients with alcohol use disorders. Journal of Mental health Thailand. 2013; 27 (2) : 1-15. (in Thai)
5. Chaihanit P, Dangdomyouth P. Selected factors related to alcohol consumption behavior in alcohol dependence with psychiatric comorbidity. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2014 ; 28 (1) : 105-120. (in Thai).
6. Phajuy A, Sriburapar N. Psychiatric Comorbidity of Alcohol Dependent Patients Admitting in Chiang Mai Drug Dependence Treatment Center. Journal of Psychiatric Association Thailand. 2009; 54(1): 63-74. (in Thai).
7. Green, A.I, Drake, R.E, Brunette, M.F, Noordsy, D.L. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. American Journal of Psychiatry. 2007 ;164 : 402-408.
8. Darakornnaayuthaya P. The achievement of abstinence in alcohol dependence clients with psychiatric comorbidity. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2013; 27 (1) : 1-15. (in Thai).
9. Ruengtrakul, S. Psychiatry. Bangkok. Ruenkaewcompany. 2014; 10th Edition. (in Thai).
10. Mueser, K.T and Fox, L. A family intervention program for dual disorders. Community mental health Journal 2002 ;38 (8): 253-268.
11. Mueser, K.T. et al. Family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders: Participant characteristics and correlates of initial and more extended exposure in a randomized control trial. Addictive Behaviors 34 : 867-877; 2009
12. Moore B.C. Empirically supported family and peer intervention for dual disorders. Research on social work practice: 231-245; 2005
13. Sornsuwan S, Srikosa Si, Saardarwut P, Effectiveness of motivational interviewing program among patients with schizophrenia and alcohol use disorder. Journal of Mental health Thailand. 2012; 20 (3): 144 – 153. (in Thai).
14. Swangsap K. The effect of group motivational interview program on alcohol consumption in schizophrenic patients with alcohol drinking problem. The degree of master of nursing science program in nursing science Faculty of Nursing Chulalongkorn University. 2014. (in Thai).
15. Mueser, K.T. et al. A Randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. Schizophrenia Bulletin: 658-672; 2013
16. Suriyachai S. The success of treatment for patients with alcohol used disorders with co-occurring disorders. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2013 ; 27 (2) : 1-15. (in Thai).
17. Mueser, K.T and Gingerich, S. Treatment of co-occurring psychotic and substance use disorders. Social work in public health. 28: 424-439; 2013
18. Butpunya, Y. Uthis, P. and Suktrakul, S. The effect of continuing motivational interview telephone-based program on alcohol consumption in person with alcohol dependence. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016; 17(3) : 123-131. (in Thai)