

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ ต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภท ในเขตพื้นที่ อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์

Effectiveness of Integrative Counseling Program on Alcohol Consumption
of Schizophrenic Patients in Bandan District, Buriram Province

ฐพัชร์ คັນทร¹, วีระชัย เตชะนิตติชัย², อานนท์ สังขะพงษ์³, นภาพร เหลืองมงคลชัย¹,
จิราวัลณ์ วินาลัยวนากุล¹, ศาสตรา เข็มบุปผา⁴, อัจฉราพร คณิศรสมบัติ⁴, เบนจมาศ ทิวทอง⁴
¹มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น, ²มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์, ³มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, ⁴โรงพยาบาลบ้านด่าน

Thapach Kansorn¹, Verachai Techanirattisai², Arnon Sangkapong³, Napaporn Luang-
mongkolchai¹, Chirawan Winalaivanakoon¹, Sastra Khemboobpa⁴, Atcharaporn
Kanisornsombat⁴, Benchamas Tewton⁴

¹Western University, ²Buriram Rajabhat University, ³Ubon Ratchathani University,
⁴Ban Dan Hospital

Received 2022 July 7, Revised 2022 Aug 27, Accepted 2022 Sep 6

DOI: 10.14456/iudcj.2023.1

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi experimental design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรึกษาแบบบูรณาการ ต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทในเขตพื้นที่อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ โดยเปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ที่ได้รับการปรึกษาแบบบูรณาการในระยะก่อนและหลังทดลอง ระหว่างเดือนมิถุนายน - ตุลาคม 2564 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ จำนวน 110 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดการบริโภคแอลกอฮอล์ ตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ 0.90 และวิธีการปรึกษาแบบบูรณาการ ที่ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับกิจกรรมใดเป็นพิเศษ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติ Independent t-test สถิติไคสแควร์ (Chi-square)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง ที่ได้รับการปรึกษาแบบบูรณาการมีการบริโภคแอลกอฮอล์ในระยะหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มทดลอง มีการบริโภคแอลกอฮอล์ในระยะหลังทดลอง ต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภทและผู้มีปัญหาสุขภาพจิต, การปรึกษาแบบบูรณาการ, แอลกอฮอล์

Abstract

This research methodology was quasi-experimental design taken. The objectives were Effectiveness of Integrative Counseling Program on Reducing Alcohol Consumption of Schizophrenic Patients in Bandan District, Buriram Province to compare alcohol use of schizophrenic patients who use alcohol who received integrative counseling program while pre-post experimental intervention during June to October of 2020. Samples were 110 cases schizophrenic patients who use alcohol, recruited by purposive sampling. Instruments were Alcohol Scale for Alcohol Consumption, Reliability testing by calculation of Cronbach's Alpha Coefficient that was 0.90 and Integrative Counseling Method passed content validity testing by 5 experts. For control group had no extraordinary intervention. Analyzing data by independent t-test and Chi-square

The result showed that after intervention the experimental group had using Alcohol was lower than the control group in post-test at .05 significance level. Moreover, the experimental group who received Integrative Counseling Program had using Alcohol in post-test was lower than the pre-trial period at .05 significant level.

Key word: Schizophrenic Patients Using Alcohol, Integrative Counseling Program, Alcohol

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชซึ่งมีความผิดปกติทั้งด้านกระบวนการความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด คือ ประมาณร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และพบอัตราความชุกประมาณร้อยละ 1 และพบอุบัติการณ์ประมาณ 0.50-1.50 ต่อ ประชากร 10,000 ราย หรือโดยเฉลี่ยจะมีผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 2 ล้านคนต่อปี⁽¹⁾ สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบอัตราความชุกร้อยละ

0.40 อุบัติการณ์พบ ประมาณ 0.15 ต่อประชากร 10,000 ราย ต่อปี โดยเพศชายมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.40 เท่า⁽²⁾ ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน ซึ่งปัญหาสำคัญประการหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ มีการใช้สารเสพติดร่วมสูงถึงร้อยละ 40-60⁽³⁾ โดยเป็นการใช้แอลกอฮอล์มากที่สุดคือ ร้อยละ 34-35.60 รองลงมาคือ บุหรี่ ร้อยละ 28.56 และอื่นๆ ร้อยละ 8.21⁽⁴⁾

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่ขาดความเข้มแข็งด้านอารมณ์และจิตใจ จึงต้องการหาวิธีเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ตนเองด้วยการใช้แอลกอฮอล์เพื่อลดความวิตกกังวล ความกลัว ประหม่าและความอาย รวมทั้งเพื่อสร้างความสุขให้ตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองไม่มีเรี่ยวแรง ไม่ตื่นตัวเหมือนคนทั่วไป⁽⁵⁾ เหตุผลหลักในการบริโภคแอลกอฮอล์ของหลายคนเป็นเพราะช่วยผ่อนคลายหรือลดความกังวล เมื่อต้องเข้าสังคมเพื่อลดความเครียด⁽⁶⁾ และพบว่าการเผชิญความเครียด (coping) คือปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความทนต่อความกดดันทางด้านจิตใจต่ำโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชน ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงเกิดความเครียดทั้งจากปัญหาการเจ็บป่วยที่ตนเองเป็นอยู่ และความเครียดในการเข้าสังคม⁽⁷⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าเหตุผลที่ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดมากที่สุดคือเพื่อนชวน อยากสนุกเวลาเข้าสังคม รongมาคืออยากแก้อาการเบื่อ เซ็ง เหนง และอยากแก้อาการข้างเคียงของยาจิตเวช เช่น แก้วความง่วง แก้วอาการตัวแข็ง⁽⁸⁾ สอดคล้องกับสมมติฐาน สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติดเกิดจากปัจจัยทางชีวภาพ (biological) จิตวิทยา (psychological) และสิ่งแวดล้อมทางสังคม (socioenvironmental) ปัจจัยทางชีวภาพ และจิตวิทยา ผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติดเพื่อบรรเทาอาการทางจิตทั้งอาการด้านบวกและด้านลบ (Symptom alleviation) โดยมุ่งหวังให้ลดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต (self-medication) จากพยาธิสภาพของ

โรคจิตเภทที่มีความเกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาท โดยเฉพาะสารโดปามีน ความผิดปกติของสมองส่วนคิดทำให้เกิดความผิดปกติของ Brain reward system ผู้ป่วยจิตเภทจะรู้สึกไม่มีความสุข (Dysphoria) ผู้ป่วยจึงดื่มสุราหรือสารเสพติดเพื่อช่วยในการเพิ่มความรู้สึกให้ดีเท่าคนอื่น ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภทใช้สุราหรือสารเสพติดเพื่อบรรเทาความกังวลใจจากอาการเจ็บป่วยทางจิต⁽⁹⁾ ความรู้สึกเป็นตราบาป ความยากจน และความรู้สึกเบื่อหน่าย ซึ่งพบในผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในสังคมที่มีการแบ่งแยกชนชั้น ขาดโอกาสและมีข้อจำกัดในการประกอบอาชีพ เมื่อคนในชุมชนแสดงพฤติกรรมรังเกียจ หรือมีคนในชุมชนพูดด้วยท่าทีที่บั่นทอนจิตใจ อาจนำไปสู่ความรู้สึกท้อถอยต่อการเลิกดื่มสุราได้⁽¹⁰⁾ คำนิยมเดิม ๆ งานรื่นเริง งานบวช งานศพ สภาพสังคมวัฒนธรรม วิถีชุมชนที่ส่งเสริมและสนับสนุนการดื่มสุราเพื่อการเข้าสังคม โอกาสและความสามารถในการเข้าถึงสุราได้ง่าย

จากสถิติในเขต อ.บ้านด่าน จ.บุรีรัมย์ พบว่าการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำเนื่องจากสาเหตุของการใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทสูงถึงร้อยละ 20 มักอยู่ในชุมชน กิจกรรมสอดคล้องกับวิถีชุมชน ซึ่งมีการใช้สุราต้อนรับแขก และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในเขตพื้นที่ อ.บ้านด่านมีปัญหาซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วไป ส่วนใหญ่พบว่ามีความบกพร่องด้านกระบวนการคิดมากขึ้น การดำเนินชีวิตประจำวันมีความผิดพลาด รวมทั้งเกิดความพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมมากขึ้นกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วไป ซึ่งถือเป็นผลกระทบที่มีความสำคัญมากที่สุด ต่อการดำรงชีวิตในชุมชน

การให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ เป็นการให้การศึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาโดยมีโครงสร้างชัดเจน จากแนวคิดทฤษฎี ปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) โดยมีแนวคิดที่ว่า หากบุคคลใดเชื่ออย่างใด มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติอย่างนั้น การปรึกษาแบบบูรณาการนั้น ผู้รับการปรึกษาแบบบูรณาการ ต้องตระหนักใน 4 ข้อ ได้แก่ 1) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถจะประสบความสำเร็จ ในการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น ในการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การกระทำที่ประสบความสำเร็จ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ โดยใช้หลักการ เสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และให้ความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องร่วมกับแนวคิดการฝึกทักษะทางสังคม เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรานำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดหรือเลิกการดื่มสุราหรือสารเสพติด จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการรักษา มีอาการทางจิตดีขึ้น ลดอัตราการป่วยและกลับมารักษาซ้ำ ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและสังคมได้ตามบริบทของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีการใช้ แอลกอฮอล์ในบริบทของ อ.บ้านด่าน จ.บุรีรัมย์ อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการโดยเปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนทดลอง และหลังทดลอง
2. เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการโดยเปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาแบบบูรณาการ มีการบริโภคแอลกอฮอล์น้อยกว่าก่อนทดลอง
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาแบบบูรณาการ มีการบริโภคแอลกอฮอล์น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ได้แก่แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย พฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ และสาเหตุ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ (AUDIT)⁽¹⁰⁾

แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ ฉบับปรับปรุงครั้งที่สอง องค์การอนามัยโลก 2001 แผน

งานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการปรึกษาแบบบูรณาการ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ (AUDIT) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบจำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำข้อเสนอแนะมาพิจารณา และปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ด้วยการนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วย จิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลบ้านด่าน อ.บ้านด่าน จ.บุรีรัมย์ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ทำการศึกษามากที่สุด จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ 0.90

ขั้นตอนการทดลอง

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลองเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิและลงนาม ในการตอบรับ หรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จากกลุ่มตัวอย่าง

2. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการบริโภคแอลกอฮอล์ (AUDIT) มีทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งปรับปรุงมาจากองค์การอนามัยโลก ซึ่งแปลและเรียบเรียงโดย ปรีทรรศ ศิลปกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ ตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ 0.90 ดังนั้น แบ่งตัวอย่างเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน ใช้เวลาทดลองทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 1 การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) สร้างสัมพันธภาพ แนะนำสมาชิก ให้ความรู้ ประเมินความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของตนเองผ่านสมุดพกประจำตัว ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 2 การรับรู้ผ่านตัวแบบ (Modeling) เล่าประสบการณ์ผ่านตัวแบบ และมีการซักถามและเปลี่ยน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจ เทคนิค การจัดการอาการ และปัญหา ระหว่างการเลิกดื่ม ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 3 การทบทวน ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (enactive mastery experience) ให้ทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยทำได้ สำเร็จและเกิดความภาคภูมิใจ หลังจากนั้นเสริมแรง ให้เลิกดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้วางเป้าหมาย และทำพันธสัญญาร่วมกัน ให้แต่ละคนประกาศต่อหน้าทุกคน ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นอารมณ์ (physiological and emotional arousal) ทบทวนความรู้จาก

กิจกรรม 1,2,3 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ การเตรียมร่างกายจิตใจให้ผ่อนคลาย ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

โดยดำเนินกิจกรรม ระหว่างเดือน มิถุนายน-ตุลาคม 2564 ในวันจันทร์ และศุกร์ เวลา 09.30-11.00 น. สถานที่คือห้องประชุม โรงพยาบาลบ้านด่าน อ.บ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์

3. การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เลขที่ HE-WTU 542828

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลา

การเจ็บป่วย การบริโภคแอลกอฮอล์ สาเหตุของการบริโภค

จากข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์เพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุ 31-35 ปี มีสถานภาพสมรสโสด มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,001-2,500 บาท และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 3.3 ปี ส่วนใหญ่มีการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อเนื่อง โดยมีสาเหตุของการบริโภคมาจากหลาย สาเหตุรวมกัน (ร้อยละ 52) รองลงมาเป็นการบริโภคในช่วงเทศกาล (ร้อยละ 32) และส่วนใหญ่จะมีการใช้บุหรี่ร่วมด้วย

ผู้วิจัยทำการศึกษาเปรียบเทียบการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แสดงผลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	การทดลอง	$\bar{X}$	SD	N
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	28.45	1.81	55
	หลังการทดลอง	24.72	1.06	55
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	27.78	1.52	55
	หลังการทดลอง	27.54	1.67	55

จากตารางที่ 1 อธิบายได้ว่า ก่อนทดลอง ผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์เป็น 28.45 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 1.81 หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์เป็น 24.72 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 1.06 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์เป็น 27.78 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 1.52 หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์เป็น 27.54 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 1.67 ตามลำดับ

ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มทดลองเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ระยะก่อนและหลังได้รับการปรึกษาแบบบูรณาการดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ระยะก่อนและหลังการทดลอง

ระยะเวลา	n	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง	55	28.45	1.81	.000*	0.001
หลังการทดลอง	55	24.73	1.01		

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ระหว่าง ก่อนและหลังได้รับการปรึกษาแบบบูรณาการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่คะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของระยะหลังได้รับการปรึกษาแบบบูรณาการน้อยกว่าระยะก่อนได้รับการปรึกษาแบบบูรณาการ

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยได้นำเสนอตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ กลุ่มทดลอง มีคะแนนการบริโภคแอลกอฮอล์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

การนำแนวคิดของเบนดูรา Bandura⁽¹¹⁾ ด้านปัจจัยที่ก่อให้เกิดการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 ปัจจัยได้แก่ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การทบทวนประสบการณ์ที่สำเร็จ และ 4) การใช้คำพูดชักจูง มาสร้างเป็นโปรแกรมการปรึกษาแบบบูรณาการ ทำให้กลุ่มทดลองมีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

เพิ่มขึ้น มีผลทำให้กลุ่มทดลอง มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับกิจกรรมเสริมใดๆ การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงมีความสำคัญส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชที่บริโภคแอลกอฮอล์เกิดความร่วมมือในสร้างเสริมความสามารถของตนเอง ทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับได้รับการปรึกษาแบบบูรณาการ สอดคล้องกับ การศึกษาของกรองทอง ออมสิน⁽¹²⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดของวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 61 คน เครื่องมือคือโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่า วัยรุ่นตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการกับความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการกับความเครียดหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการกับความเครียดดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

2. ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในระยะก่อนทดลอง และหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาแบบบูรณาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยการบริโภคแอลกอฮอล์หลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ การบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หลังได้รับได้รับการรักษาแบบบูรณาการลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสมรรถนะแห่งตน อภิปรายผลการศึกษาข้างต้นดังต่อไปนี้

การรักษาแบบบูรณาการเพื่อลดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ บูรณาการจากแนวคิดตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura ด้านปัจจัยที่ก่อให้เกิดการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 ปัจจัยได้แก่ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การทบทวนประสบการณ์ที่สำเร็จ และ 4) การใช้คำพูดชักจูงมาสร้างเป็นโปรแกรมการรักษาแบบบูรณาการ โดยเน้นลักษณะการอภิปรายกลุ่ม การสังเกตและสัมภาษณ์ตัวแบบ

จากการพิจารณาปัจจัยที่ก่อให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

1. การกระตุ้นทางอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การถูกกระตุ้นทางอารมณ์ทางด้านลบ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด เนื่องจากความกังวลทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลงประกอบด้วยการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจเพื่อให้

เกิดความผ่อนคลาย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รู้จัก เกิดความคุ้นเคยกับผู้วิจัยและผู้ป่วยด้วยกันเอง ทำให้เกิดความไว้วางใจ ความวิตกกังวลลดน้อยลง ซึ่งจะนำไปสู่การให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเนตดา วงศ์ทองมานะ(13) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่านการสนทนาของสมาชิกภายในกลุ่ม เป็นการประเมินความรู้เกี่ยวกับความสามารถของแต่ละคน สร้างความรู้สึกว่ามีผู้ป่วยหลายคนมีประสบการณ์การบริโภคแอลกอฮอล์เช่นเดียวกับตนเอง การให้ความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างความสามารถของตนเองในส่วนที่ขาด ผู้ป่วยแต่ละคนมีโอกาและสามารถประเมินทัศนคติที่มีต่อตนเอง เพื่อส่งเสริมทัศนคติทางบวกต่อความเข้มแข็งทางใจในการลดการบริโภคแอลกอฮอล์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอื้อญาติ ชูชื่น และคณะ(14) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองดี จะรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้อื่น และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การใช้ตัวแบบการได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลที่พอใจ จะทำให้เกิดการสังเกตและมีความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะมีการรับรู้ผ่านตัวแบบประกอบด้วยการสังเกต

ชักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำได้สำเร็จ ที่ผ่านมา เพื่อนำไปเป็นแบบอย่างใช้กับตนเอง ทำให้เกิดการแก้ปัญหาโดยผู้ป่วยอย่างแท้จริง

3. การทบทวนประสบการณ์ที่สำเร็จ ซึ่ง แบนดูรา (Bandura) เชื่อว่า เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง จากการฝึกลงมือปฏิบัติให้เกิดประสบการณ์ จากการให้ผู้ป่วยบันทึกปัจจัยกระตุ้นการนำมาซึ่งการบริโภคแอลกอฮอล์ บันทึกการปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการเสริมสร้างความสามารถของตนเอง และแนวคิดความตั้งใจในการลดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ในอนาคต การทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ในแต่ละครั้งจะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ว่าตนเองทำอะไรสำเร็จบ้าง และมีการเสริมแรงทางบวกจากสมาชิกในกลุ่ม หากยังไม่สำเร็จ จะมีการเสริมแรงจากผู้นำกลุ่มและสมาชิกด้วยเช่นกัน เช่น “ลองอีกสักครั้ง อย่าย่อท้อ มันเกิดทีหลังเรา จะชนะเราได้อย่างไร” หรือ “ครั้งหน้าทำได้แน่ ผมเชื่อว่าทำได้ ผมยังทำได้เลย” หรือ “ถ้าทำได้ ครอบครัวก็ภูมิใจมาก ลู่ว” ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เนตดา วงศ์ทองมานะ⁽¹³⁾ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมจิตสังคมบำบัดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ จิตสังคมบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ มาร์โกเรส (Margolese)⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชมีการเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถ

ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การใช้คำพูดชักจูงเป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ประกอบด้วยคำแนะนำ (Suggestion) การกระตุ้นชักชวน (Exhortation) การชี้แนะ (Self-instruction) และการอธิบาย (Interpretive treatment) ซึ่งถ้าจะให้ได้ผล ควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ⁽¹⁶⁾ โดยจัดกิจกรรมการสนับสนุนการนำไปใช้ โดยภายในกลุ่มให้ผู้ป่วยอธิบายประสบการณ์ของความร่วมมือในการสร้างเสริมความสามารถของตนเอง มีการแนะนำชักถาม ชี้แนะและอธิบาย ชมเชยและให้กำลังใจ รวมทั้งสนับสนุนสิ่งที่ได้เรียนรู้ให้นำไปใช้อย่างต่อเนื่อง กระตุ้นเพื่อให้นักศึกษาเห็นความสำคัญของความร่วมมือในการรักษาและแนะนำไปใช้ต่อ

ดังนั้นการได้รับการปรึกษาแบบบูรณาการ เป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยพิจารณาถึงการรับรู้ความสามารถของตน ชี้แนะเห็นจุดเด่น ศักยภาพของตนเอง ความสามารถด้านต่างๆ การมีทัศนคติที่ดีต่อการลดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยแต่ละคนมีโอกาสดูแลความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์⁽¹⁷⁾ โดยเฉพาะคนที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน จึงไม่รู้สึกแตกต่างจากคนอื่น การได้เรียนรู้จากตัวแบบที่มีประสบการณ์ให้ความร่วมมือ สร้างความรู้สึกให้ผู้ป่วยอยากทำตามตัวแบบ มีการฝึกทบทวนตัวเองและความตั้งใจในการลดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ รวมทั้งการได้รับการชักจูงด้วยคำพูด และได้รับกำลังใจจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม⁽¹⁸⁾ จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่บริโภคแอลกอฮอล์และได้รับการปรึกษาแบบบูรณาการ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมจึงทำให้สามารถลดปริมาณการบริโภค

แอลกอฮอล์ลงได้สอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อญาติ ชูชื่น และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรม กลุ่มบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี จะไม่รู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้อื่น และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จึงกล่าวได้ว่าการปรึกษาแบบบูรณาการที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ เพื่อให้เกิดความการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคแอลกอฮอล์ โดยผ่านกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura ทั้ง 4 ขั้นตอน ที่กล่าวมาแล้วนั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลงจริง จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการปรึกษาแบบบูรณาการเป็นโปรแกรมที่เหมาะสมต่อบริบทของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ในบริบทของ อ.บ้านด่าน จ.บุรีรัมย์ เนื่องจากเป็นโปรแกรมการปรึกษาที่เน้นการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วย ด้วยการเคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ด้วยการให้สิทธิในการเลือกวิธีการต่างๆ รวมทั้งการเสริมแรงด้วยกระบวนการกลุ่มผ่านกระบวนการให้การปรึกษาที่ใช้ความรู้

ความสามารถของพยาบาลด้วยขั้นตอนต่างๆ ด้วยความเข้าใจและเห็นใจในผู้ป่วยอย่างแท้จริง จึงช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการใช้ชีวิตในสังคมอย่างเท่าเทียม

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด กระบวนการกลุ่มเป็นหลักสำคัญให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งและส่งเสริมผลักดันให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตน ผู้ให้การปรึกษาคควรมีทักษะและสามารถควบคุมการกระบวนการกลุ่มและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าอย่างดี
2. ผู้ให้การปรึกษาคควมีความเข้าใจและเห็นใจ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำตามเป้าหมายได้ รวมทั้งหาวิธีในการส่งเสริมสมรรถนะในรูปแบบอื่นร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านด่านและบุคลากรทุกท่าน กลุ่มตัวอย่างและญาติผู้ดูแลตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีได้เอื้อนามในที่นี้สำหรับความช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัยทุกท่าน

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ฐพัชร คັນสร, วีระชัย เตชะนิตติชัย, อานนท์ สังฆะพงษ์, นภาพร เหลืองมงคลชัย, จิราวัลณ์ วินาลัยนากุล, ศาสตรา เข้มบุปผา, และคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภท ในเขตพื้นที่ อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2565; 7(2): หน้า 1-12.

Suggested citation for this article

Kansorn K, Techanirattisai V, Sangkapong A, Luangmongkolchai N, Winalaivanakoon C, Khemboobpa S, et al. Effectiveness of Integrative Counseling Program on Alcohol Consumption of Schizophrenic Patients in Bandan District, Buriram Province. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2022; 7(2): page 1-12.

เอกสารอ้างอิง

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences and clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2007.
2. Department of Mental Health. Statistics of patients receiving services at hospitals under the Department of Mental Health. Nonthaburi; 2016.
3. Blanchard JJ, Brown SA, Horan WP, Sherwood AR. Substance use disorders in schizophrenia: Review, Integration, and A Proposed model. Clinical Psychology Review 2000; 20(2): 207-234.
4. Batki SL, Leontieva L, Dmmock JA, Ploutz-Synder R. Negative symptoms are Associated with less alcohol use, craving, and “high” in alcohol dependent patients with schizophrenia. Schizophrenia Research 2008; 105: 201-7.
5. Gregg L, Haddock G, Barrowclough C. Self-reported reasons for substance use in schizophrenia: a Q methodological investigation. Mental Health and Substance Use: dual diagnosis 2009; 2(1): 24-39.
6. Margolese CM, Negrete JC, Tempier R, Gill K. A 12-month prospective follow-up study of patients with schizophrenia-spectrum disorders and substance abuse: Changes in psychiatric symptoms and substance use. Schizophrenia Research 2005; 83: 65–75.

7. เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทวิธานิพนธ์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
8. Drake RE, Mueser KT, Clark RE, Wallach MA. The natural history of substance disorder in persons with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1996; 66:42-51.
9. Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, Agresta, J. Social skill training for Schizophrenia. A step-by-step guide. New York: Guilford; 2002.
10. บริทรศ ศิลปกิจ, พันธฐณา กิตติรัตนไพบูลย์. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ ฉบับปรับปรุงครั้งที่สอง; 2552.
11. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman;1997.
12. Aomsin K. The effect of the self-efficacy promotion program on Stress management behavior of early adolescence. [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007.
13. Wongthongmana N. Psychiatric Nursing: Practice Guideline. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2019.
14. เอื้อญาติ ชูชื่น, สุกิตา วิรุณ, และวิมล นุชสวาท. ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 2557; 28(3): 13-25.
15. Margolese CM, Negrete JC, Tempier R, Gill K. A 12-month prospective follow-up study of patients with schizophrenia-spectrum disorders and substance abuse: Changes in psychiatric symptoms and substance use. *Schizophrenia Research*. 2005; 83: 65-75.
16. Jeanblanc J, Balguerie K, Coune F, et al. Light alcohol intake during adolescence induces alcohol addiction in a neurodevelopmental model of schizophrenia. *Addict Biol*. 2015; 20(3): 490-9.
17. Katakura N, Kazumasa M, Kuzue I, Chikako T. Psychological and psysical self-management of people with schizophrenia in community psychiatric rehabilitation setting: A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice* 2013; 19(2): 24-33.
18. Kurtz M, Matthew Rachel H, Olfson JR. Self-efficacy and function status in schizophrenia: Relationship to insight, Cognition and negative symptoms. *Schizophrenia Research*. 2013; 145: 69-74.