



## ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุราร่วม

สุมิตรา ศรสุวรรณ, พย.ม.

สุนทรี ศรีโกไสย, พย.ม.

พัทธยา สอาดอาวุธ, พย.บ.

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้ในความสามารถตนเอง การทำหน้าที่โดยรวม และพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุราร่วม

**วัสดุและวิธีการ** เป็นการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา จับคู่ตามคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกันกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ วัดผลด้วยแบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถตนเอง แบบประเมินการทำหน้าที่โดยรวม ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม

**ผล** ผู้ป่วยจิตเภทชายทั้งหมด 60 คน อายุเฉลี่ย 36 ปี มีปัญหาการดื่มสุราระดับดื่มแบบอันตราย และติดสุราจำนวน 30 คน หลังการบำบัด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ในความสามารถตนเอง ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่การทำหน้าที่โดยรวมสูงกว่าร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักต่ำกว่า และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาตามปกติ จำนวนที่กลับไปดื่มซ้ำมีน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 3 เท่า (6 คน และ 22 คน ตามลำดับ) เมื่อติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน

**สรุป** ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุราร่วมมีการรับรู้ในความสามารถตนเองด้วยการบำบัดแบบปกติและโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพิ่มคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม และลดพฤติกรรม การดื่มสุราหลังจำหน่าย 1 เดือน

**คำสำคัญ** : การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โรคจิตเภท สุรา



## Effectiveness of motivational interviewing program among patients with schizophrenia and alcohol use disorder

Sumitra Sornsuan, M.Ns.

Soontaree Srikosai, M.Ns.

Pattaya Saardarwut, B.N.S.

### Abstract

**Objective** To determine the effects of a motivational interviewing program on perceived self-efficacy, global assessment of function, and drinking behaviors among patients with schizophrenia and alcohol use disorder.

**Materials and methods** This experimental research used a control group design. Schizophrenia patients with alcohol use disorder were match-paired by similarity of characteristics and randomly assigned into two groups of 30 each. Motivational interviewing was provided to the experimental group. Patients were evaluated by a general perceived self-efficacy questionnaire, global assessment of function, percent of heavy drinking days and percent of abstinent days.

**Results** Sixty male schizophrenia patients (mean age of 36), 30 were harmful drinkers and dependent on alcohol. Mean scores of self-efficacy of patients in the experimental group were not different from those in the control group, but the experimental group had significantly higher global assessment of function, lower percent of heavy drinking days, and higher percent of abstinent days. The number of patients in the experimental group who relapsed to alcohol use was three times less than the control group (6 versus 22) at one month after discharge.

**Conclusion** Schizophrenia patients with alcohol use disorder have higher self-efficacy after receiving regular inpatient care. Completion of a motivational interviewing program enhances global assessment of function and reduces drinking behaviors among patients with schizophrenia and alcohol use disorder at one month after discharge.

**Key words** : alcohol, motivational interviewing, schizophrenia

## บทนำ

ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชพบมีความชุกของการใช้สุราร่วมอยู่ระหว่างร้อยละ 37.7-62.3<sup>1,2</sup> ผลกระทบของการใช้สุราในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ สมองเสื่อม<sup>3</sup> อาการทางจิตรุนแรงมากขึ้น มีการใช้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ดื่มสุรา<sup>1</sup> เพิ่มความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง ไม่รวมมือในการรักษา เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในนานวันมากขึ้น มีพฤติกรรมก้าวร้าว และการพยากรณ์โรคไม่ดี<sup>4,5</sup> การบำบัดทางจิตสังคมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทหยุดดื่มสุรา หรือลดพฤติกรรมการดื่มลง จึงมีความจำเป็นเพื่อช่วยลดผลกระทบดังกล่าว

การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยาต่อเนื่อง การมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และการพัฒนาทักษะทางสังคมและการประกอบอาชีพ<sup>6-8</sup> สำหรับแนวทางการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุราร่วมพบมีจำกัด การศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุราร่วมภายหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถลดจำนวนวันที่ดื่มและเพิ่มอัตราการหยุดดื่มได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบให้สุศึกษา<sup>9</sup> และความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ<sup>10</sup> ในประเทศไทยพบมีเพียง 1 การศึกษาที่ใช้วิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา เมื่อติดตามที่ 1 เดือนหลังจำหน่าย ร้อยละ 76.9 หยุดดื่มสุราได้<sup>11</sup> การบำบัดทางจิตสังคมด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจส่วนใหญ่ใช้ในผู้ป่วยติดสุรา ซึ่งพบว่าให้ผลดี

ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา เช่น หยุดดื่มสุรา<sup>12-15</sup> หรือลดการดื่มหนักลง<sup>14-16</sup> ทั้งนี้หลักการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมุ่งเน้นที่การแก้ไขความลังเลใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง จึงทำให้สามารถเผชิญสถานการณ์โดยไม่กลับไปมีพฤติกรรมเดิมอีก ผู้รับการรักษาจึงทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น และมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น<sup>17,18</sup>

ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อการรับรู้ในความสามารถตนเอง การทำหน้าที่โดยรวม และพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุราร่วม

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยมีกลุ่มควบคุม วก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุราร่วมที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๔ โดยมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีประวัติการใช้สุราร่วมซึ่งเมื่อประเมินด้วยแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) อยู่ในระดับเสี่ยงขึ้นไป (คะแนน  $\geq 8$ )<sup>19</sup> เฉพาะผู้ป่วยที่มีคะแนนจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Mini-Mental State Examination : MMSE) 20 คะแนนขึ้นไป<sup>20</sup> และอยู่ในระยะเตรียมจำหน่าย

เครื่องมือ ประกอบด้วยโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller และ Rollnick<sup>17</sup> โปรแกรมได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 3 คน ทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุรา  
รวม เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ ภาษาที่ใช้ และความ  
เข้าใจเนื้อหาแล้ว ผู้ให้การบำบัดคือทีมผู้วิจัย 3 คน  
ผ่านการฝึกอบรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ  
มีประสบการณ์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจใน  
ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุราไม่น้อยกว่า 3 ปี

แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูลส่วนตัว  
แบบบันทึกการติดตามพฤติกรรมการดื่มสุรา  
(timeline follow back) แปลเป็นภาษาไทยโดย  
พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์<sup>21</sup> จำนวนวันที่ดื่มหนัก (ผู้ชาย  
 $\geq 5$  drink/วัน ผู้หญิง  $\geq 4$  drink/วัน) และจำนวน  
วันที่หยุดดื่ม นำมาคำนวณเป็นร้อยละของจำนวนวันที่  
ดื่มหนัก (จำนวนวันที่กลุ่มตัวอย่างดื่มหนักคุณด้วย  
100 ทหารด้วยจำนวนวันที่ทั้งหมดที่มีโอกาสดื่มหนัก)<sup>22</sup>  
จำนวนวันที่มีโอกาสดื่มหนักในการศึกษาครั้งนี้คือ 30  
วัน นับจากหลังจำหน่ายจนถึงวันนัดหมายมารับการ  
บำบัดครั้งที่ 5 และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม  
(จำนวนวันที่กลุ่มตัวอย่างหยุดดื่มคุณด้วย 100 ทหาร  
ด้วยจำนวนวันที่ทั้งหมดที่มีโอกาสหยุดดื่ม)<sup>22</sup>

แบบประเมินการทำหน้าที่โดยรวม (Global  
Assessment of Function: GAF) เป็นแบบประเมิน  
ที่แบ่งระดับของการทำหน้าที่โดยรวมเป็น 10 ระดับ  
มีช่วงคะแนน = 10 ทุกระดับ โดยคะแนน 91-100  
แสดงถึงบุคคลทำหน้าที่ได้สูงสุดในกิจกรรมต่างๆ  
สามารถจัดการกับปัญหาทั่วไปในชีวิตได้ดี ไม่มีอาการ  
ผิดปกติทางจิตใดๆ ส่วนคะแนน 1-10 แสดงถึงบุคคล  
ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นรุนแรงตลอดเวลา เช่น ภาวะ  
ก้าวร้าวรุนแรงซ้ำๆ หรือ ไม่สามารถดูแลสุขอนามัย  
ส่วนตนได้เป็นการถาวร หรือมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่  
รุนแรง และแสดงถึงเจตนาต้องการทำลายชีวิตตนเอง  
อย่างชัดเจน<sup>23</sup>

แบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถ  
ตนเองของ Jerusalem และ Schwarzer แปลเป็น  
ภาษาไทยโดยเวทินี สุขมาก และคณะ<sup>24</sup> มีจำนวน 10  
ข้อคำถาม มีตัวเลือก 4 ระดับคือ จริงมากที่สุด จริง  
พอสมควร จริงเล็กน้อย และไม่เป็นความจริง คะแนน  
มากแสดงถึงบุคคลมีการรับรู้ในความสามารถตนเอง  
สูง ทดสอบความสอดคล้องภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์  
Cronbach's alpha ได้ค่าเท่ากับ 0.78

โครงร่างการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาล  
สวนปรุง

**วิธีการศึกษา** กลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัด  
ด้านจิตสังคมตามปกติของหอผู้ป่วย ได้แก่ กลุ่ม  
สุขภาพจิตศึกษา กลุ่มกิจกรรมพัฒนาทักษะทางสังคม  
และการประกอบอาชีพ กลุ่มกิจกรรมนันทนาการ  
กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง และการบำบัด  
ครอบครัว ทั้งสองกลุ่มยังได้รับการรักษาด้วยยาตาม  
ปกติ แต่กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อ  
เสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยการบำบัดเป็นราย  
บุคคลและรายครอบครัว รวมทั้งหมด 5 ครั้งๆ ละ  
45-60 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 เป็นการสร้างแรงจูงใจในการ  
เปลี่ยนแปลง ดำเนินการในช่วงผู้ป่วยอยู่ในระยะ  
เตรียมจำหน่าย (รายบุคคล)

ครั้งที่ 2 เป็นการทำให้มั่นคงในคำมั่น  
สัญญา ดำเนินการในวันจำหน่าย (รายบุคคล)

ครั้งที่ 3 เป็นการให้บุคคลสำคัญของ  
ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม ดำเนินการในวันจำหน่าย  
(รายครอบครัว)

ครั้งที่ 4 เป็นการติดตามต่อเนื่องทาง  
โทรศัพท์หลังจำหน่ายได้ 2 สัปดาห์ (รายบุคคล ใช้  
เวลา 15-20 นาที)

ครั้งที่ 5 เป็นการติดตามต่อเนื่องโดยการบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ 1 เดือน หลังจำหน่าย (รายครอบครัว)

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วย Chi-square test หรือ Fisher exact test วิเคราะห์คะแนนความแตกต่างของการรับรู้ในความสามารถตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย t-test วิเคราะห์ความแตกต่างของการทำหน้าที่โดยรวม ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Mann-Whitney U test

**ผล**

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุรา รวมทั้งสองกลุ่มจำนวน 60 คน เป็นเพศชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 36 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง มีคะแนนสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE) ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 23-28 และปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) อยู่ในระดับดื่มแบบเสี่ยง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในด้านอายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา และข้อมูลทางคลินิกก่อนการศึกษา อันได้แก่ คะแนนการทำหน้าที่ของสมองเบื้องต้น (MMSE) ระดับปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ระดับการรับรู้ในความสามารถตนเอง ระดับการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม ดังตารางที่ 1, 2, และ 3

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย (SD)		p-value
	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มควบคุม (n = 30)	
อายุเฉลี่ย (SD)	35.7 (8.7)	36.0 (8.5)	0.90 <sup>a</sup>
อาชีพ			0.24 <sup>b</sup>
รับจ้าง	18 (60.0)	23 (76.7)	
ทำนา/ทำไร่/ทำสวน	4 (13.3)	4 (13.3)	
ว่างงาน	8 (26.7)	3 (10.0)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)			0.18 <sup>b</sup>
< 3,000	15 (50.0)	13 (43.3)	
3,001-5,000	7 (23.3)	3 (10.0)	
> 5,000	8 (26.7)	14 (46.7)	

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย (SD)		p-value
	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มควบคุม (n = 30)	
<b>ระดับการศึกษา</b>			0.93 <sup>b</sup>
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	16 (53.3)	16 (53.3)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	8 (26.7)	7 (23.3)	
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า	6 (20.0)	7 (23.3)	
<b>MMSE</b>			0.79 <sup>b</sup>
20-22	3 (10.0)	5 (16.7)	
23-25	11 (36.7)	8 (26.7)	
26-28	9 (30.0)	10 (33.3)	
≥ 29	7 (23.3)	7 (23.3)	
<b>AUDIT</b>			0.17 <sup>b</sup>
8-15 (ดื่มแบบเสี่ยง)	14 (46.7)	16 (53.4)	
16-19 (ดื่มแบบอันตราย)	3 (10.0)	7 (23.3)	
≥ 20 (ติดสุรา)	13 (43.3)	7 (23.3)	

a, independent t-test; b, Chi-Square test, Fisher exact test

เมื่อสิ้นสุดการศึกษา ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุราร่วมทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการรับรู้ในความสามารถตนเองสูงกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่พบความแตกต่างของการรับรู้ในความสามารถตนเองระหว่างสองกลุ่ม ดังตารางที่ 2 สำหรับการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่โดยรวมพบว่า ผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการทำหน้าที่โดยรวมเมื่อสิ้นสุดการศึกษาสูงกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าเมื่อสิ้นสุดการศึกษาการทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 3

การวัดพฤติกรรมการดื่มสุรา หลังการศึกษา กลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักต่ำกว่าและร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสูงกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งไม่พบความแตกต่างดังกล่าวในกลุ่มควบคุม และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการศึกษา ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักต่ำกว่า และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 3 จำนวนที่กลับไปดื่มซ้ำมีน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 3 เท่า (6 คน และ 22 คน ตามลำดับ) เมื่อติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน

**ตารางที่ 2** การรับรู้ในความสามารถตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุราร่วม

การรับรู้ในความสามารถของตนเอง	ค่าเฉลี่ย (SD)		p-value
	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มควบคุม (n = 30)	
ก่อนทดลอง	27.8 (5.7)	25.9 (6.3)	0.22
หลังทดลอง	31.3 (3.8)	28.8 (6.4)	0.07
การเปลี่ยนแปลง (ก่อน-หลัง)	-3.5 (1.9)	-2.9 (0.1)	0.61

**ตารางที่ 3** คะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่โดยรวม ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุราร่วม

ตัวแปร	ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)		p-value
	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มควบคุม (n = 30)	
<b>การทำหน้าที่โดยรวม</b>			
ก่อนทดลอง	87.3 (80, 95)	87.0 (80, 95)	0.73
หลังทดลอง	92.8 (80, 95)	90.3 (80, 95)	.02
การเปลี่ยนแปลง (ก่อน-หลัง)	-5.5	-3.3	.02
<b>ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก</b>			
ก่อนทดลอง	48.4 (0.0, 100.0)	37.7 (0.0, 100.0)	0.44
หลังทดลอง	0.3 (0.0, 6.7)	27.7 (0.0, 100.0)	<.01
การเปลี่ยนแปลง (ก่อน-หลัง)	48.1	10.0	.03
<b>ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม</b>			
ก่อนทดลอง	38.1 (0.0, 96.7)	53.1 (0.0, 96.7)	0.14
หลังทดลอง	92.4 (0.0, 100.0)	63.7 (0.0, 100.0)	<.01
การเปลี่ยนแปลง (ก่อน-หลัง)	-54.3	-10.6	<.01

## วิจารณ์

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุราร่วมทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ในความสามารถตนเองสูงกว่าก่อนการศึกษา แต่การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ในความสามารถตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุราร่วมในกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาตามปกติ อาจเกิดจากโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถพัฒนาบุคคลให้มีการรับรู้ในความสามารถตนเองได้มากขึ้นด้วยการชักจูงด้วยคำพูด โดยใช้กลยุทธ์การชักชวน การโน้มน้าว การให้กำลังใจ การสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง และรับรู้ในความสามารถของตนเองในการจัดการกับอุปสรรคปัญหา แต่การรับรู้ในความสามารถตนเองสามารถพัฒนาได้จาก 4 แหล่งหลักๆ คือ การประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ ประสบการณ์ทางอ้อมจากการสังเกตบุคคลอื่น การชักจูงด้วยคำพูด และการใช้ภาวะทางสรีระและอารมณ์<sup>25</sup> ดังนั้นกลุ่มทดลองจึงได้รับการส่งเสริมให้มีการรับรู้ในความสามารถตนเองเฉพาะการชักจูงด้วยคำพูดซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการเกิดการรับรู้ในความสามารถตนเองอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาจึงไม่พบความแตกต่างด้านการรับรู้ในความสามารถตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาตามปกติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจได้รับการเตรียมด้านจิตใจ โดยเริ่มจากการประเมินความพร้อมและความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการณ์สุรา และการให้ข้อมูลย้อนกลับใน

ด้านระดับการมีปัญหาจากการดื่มสุรา และผลกระทบต่อสุขภาพตนเอง ครอบครัว และการประกอบอาชีพ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในปัญหาการดื่มสุราของตนเอง เมื่อได้รับการกระตุ้นให้พูดข้อความจูงใจตนเองร่วมด้วย ก็จะมีกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุราของตนเอง จนสามารถก้าวผ่านความลังเลใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองได้ การช่วยแก้ไขความลังเลใจเป็นเป้าหมายสำคัญของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ<sup>17,18</sup> การเปลี่ยนแปลงที่สามารถทำได้ด้วยตนเองและเห็นผลอย่างเป็นรูปธรรมคือ การทำหน้าที่ด้านชีวิตประจำวัน ได้แก่ การสื่อสาร การตัดสินใจ การดูแลสุขภาพ และการทำหน้าที่ทางสังคม

โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก และเพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่มได้ดีกว่าการดูแลรักษาตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของไพรวลัย รมชัย<sup>11</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เมื่อติดตามหลังจำหน่ายครบ 4 สัปดาห์สามารถหยุดดื่มได้ 10 คน อาจเป็นเพราะโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจได้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยแสดงคำมั่นสัญญาและความตั้งใจที่จะหยุดดื่มสุรา รวมทั้งให้กำหนดแผนการปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการณ์สุราของตนเองอย่างชัดเจนและเป็นไปได้ เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนที่ตนเองกำหนดขึ้นร่วมกับคำมั่นสัญญาที่ไว้ไว้กับตนเอง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทางบวกจึงมีความเป็นไปได้ นอกจากนี้ โปรแกรมดังกล่าวยังให้ความสำคัญต่อบทบาทของญาติในการช่วยผู้ป่วยแก้ไขปัญหาการดื่มสุรา และมีการติดตามต่อเนื่องทางโทรศัพท์และการนัดมาบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอกหลังจำหน่าย ผู้ป่วยจึงได้รับการเสริมสร้าง

แรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ได้รับการกระตุ้นให้มีการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และสามารถเห็นปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น ทำให้กลุ่มทดลองสามารถลดพฤติกรรมการดื่มได้มากกว่ากลุ่มควบคุม

การศึกษานี้มีข้อจำกัดของการศึกษาหลายประการ เช่น ระยะเวลาในการวัดผลการศึกษาค่อนข้างสั้น ควรติดตามประเมินผลในระยะยาวต่อไป และการวัดผลการศึกษาโดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรใช้วิธีการวัดผลด้านการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพร่วมด้วย เช่น การตรวจหาระดับเอนไซม์ของตับซึ่งเกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

## สรุป

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สุราร่วมมีการรับรู้ในความสามารถตนเองด้วยการบำบัดแบบปกติ และโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม ลดวันดื่มหนักและเพิ่มวันหยุดดื่มได้ เนื่องจากการศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ จึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. Kittipeerachon M. The correlation of alcohol use disorder and alcohol dependence on clinical symptom and dosage of antipsychotic medications in patients with schizophrenia at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry* 2008;2:13-25.
2. Suan Prung Psychiatric Hospital. *Statistic of patient in Suan Prung Psychiatric Hospital 2010*. Chiang Mai; 2010.
3. Thoma RJ, Hanlon F, Miller GA, Huang M, Weisend MP, Sanchez FP, et al. Neuropsychological and sensory gating deficits related to remote alcohol abuse history in schizophrenia. *J Int Neuropsychol Soc* 2006;12:34-44.
4. Lehman AF, Dixon LB. *Double jeopardy: chronic mental illness and substance use disorders*. Switzerland: Harwood Academic; 1995.
5. Smith J, Hucker S. Schizophrenia and substance abuse. *Br J Psychiatry* 1994;165:13-21.
6. Suan Prung Psychiatric Hospital. *Guideline of care for patients with schizophrenia*. Suan Prung Psychiatric Hospital, Department of Mental Health; 2011.
7. Khon Kaen Rajanakarindra Psychiatric Hospital. *Care for patients with schizophrenia*. Khon Kaen Rajanakarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health; 2011.
8. Pinyophant K. *The development of care map for schizophrenic patients by multidisciplinary team in Nakhon Phanom Rajanakarindra Psychiatric Hospital [Thesis]*. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2004.
9. Graeber DA, Moyers TB, Griffith G, Guajardo E, Tonigan S. Addictions services a pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community Ment Health J* 2003;39:189-202.
10. Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW, Moring J, O'Brien R, et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2001;158:1706-13.
11. Romsai P. *Motivational enhancement therapy for alcohol reduction in patient with schizophrenia admitted to a male ward, Khon-Kaen Rajanakarindra Psychiatric Hospital [Thesis]*. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2009.
12. Plungklang S, Singkaku S. *Remission from alcohol dependence treatment by motivational enhancement therapy in patient department pattern in Khon Kean Drug Dependent Treatment Center*. In: Center for Alcohol Studies, editor. *Proceeding of the 3<sup>rd</sup> national conference on alcohol*; 2007 Nov 21-22; Nonthaburi, Thailand; 2007. p.164-5.

13. Tiengthum S. Effect of motivational enhancement therapy to drinking behavior among persons with alcohol induced psychotic disorders. *Journal of Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital* 2010;9:11-21.
14. Srikosai S, Tungpunkom, P, Suvanayos, C. Effect of motivational enhancement therapy among alcohol dependence clients receiving service at Suan Prung Psychiatric Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2006;51:25-35.
15. Srikosai S, Piboonsri L, Sunanta W, Tangjaimant K, Sarnkhum A, Pusopa, O. Effectiveness of motivational enhancement therapy among alcohol dependent patients receiving follow-up sessions every 2 versus every 4 weeks on reduction of alcohol drinking problems. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2009;54:259-72.
16. Srisurapanon M, Phajuy A, Sritammachat L, Maeta M, Supreda B, Sombatmai S, et al. Motivational interviewing for the treatment of alcohol abusers. a research report, Chiang Mai Drug Dependence Treatment Center; 2006.
17. Miller W, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford press; 1991.
18. Prochaska JO, DiClemente CC. *Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982;19:276-88.
19. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. *The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care*, 2<sup>nd</sup> edition. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence; 2001.
20. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medicine. *A preliminary test for Alzheimer: Thai version (MMSE-Thai 2002)*. Department of Medicine, Ministry of Health; 2002.
21. Kittirattanapaiboon P. *The alcohol time-line follow-back: Thai version*. Chiang Mai, Thailand; 2004.
22. Rohsenow D, Malley SO. Outcome measures for alcohol abuse and dependence. In: *Consensus statement on evaluation of outcome of pharmacotherapy for substance abuse/dependence*. Report from a NIDA/CPDD meeting. Washington, DC; 1999. p.6-12.
23. Yamauchi K, Ono Y, Ikegami N. The actual process of rating the Global Assessment of Functioning scale. *Compr Psychiatry* 2001;42:403-9.doi:10.1053/comp.2001.26268.
24. Sukmak V, Sirisoonthon A, Meena P. Validity of the general perceived self-efficacy scale. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2002;47:31-7.
25. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company; 1997.