นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการปรับตัวในครอบครัวและชุมชน ตามแนวคิดของรอย สำหรับผู้ป่วยติดสุราหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วันรับ : 14 กรกฎาคม 2564
วันแก้ไข : 7 กุมภาพันธ์ 2565
วันตอบรับ : 18 กุมภาพันธ์ 2565

บุษกร สมบูรณ์, พย.ม.[1], สุนทรี ศรีโกไสย, พย.ด.[2]
โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต[1],
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต[2]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการส่งเสริมการปรับตัวในครอบครัวและชุมชน ต่อการปรับตัว ร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม ระดับความรุนแรงของการติดสุรา และจำนวนการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน

วิธีการ : การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดสุราที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีจับสลาก กลุ่มละ 30 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลแบบปกติร่วมกับโปรแกรมการส่งเสริมการปรับตัวในครอบครัวและชุมชนตามแนวคิดของรอย ในสัปดาห์เตรียมจำหน่าย วันละ 60 นาที 4 วันติดต่อกัน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดการปรับตัวของผู้ติดสุรา ปฏิทินบันทึกการดื่มสุรา และแบบวัดความรุนแรงของการติดสุรา วิเคราะห์ข้อมูลด้วย chi-square test, independent t-test, Mann-Whitney U test และ repeated measures ANOVA

ผล : การติดตามที่ 3 เดือน กลุ่มทดลองมีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (mean difference [MD] = 4.15, p = .023; MD = 5.56, p = .005, MD = 4.48, p = .014 ตามลำดับ) และร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มสุราสูงกว่ากลุ่มควบคุม (MD = 47.62, p < .001) และมีระดับความรุนแรงของการติดสุราต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (MD = -13.73, p < .001) ส่วนจำนวนการกลับมารักษาซ้ำมีแนวโน้มลดลงแต่ไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม

สรุป : โปรแกรมการส่งเสริมการปรับตัวในครอบครัวและชุมชนตามแนวคิดของรอยช่วยให้ผู้ติดสุรามีการปรับตัวที่ดีขึ้น ลดจำนวนวันหยุดดื่ม และลดความรุนแรงของการติดสุรา

คำสำคัญ : การติดสุรา การปรับตัว ครอบครัว ชุมชน ทฤษฎีรอย

ติดต่อผู้นิพนธ์ : บุษกร สมบูรณ์; e-mail: buska_pingky@hotmail.co.th

Original article

Effect of adaptation to family and community promotion program based on Roy's adaptation model for alcoholic patients after discharge from the hospital

Received : 14 July 2021
Revised : 7 February 2022
Accepted : 18 February 2022

Bussakorn Somboon, M.Ns.[1], Soontaree Srikosai, Ph.D.[2]
Suanprung Pyschiatric Hospital, Department of Mental Health[1],
Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health[2]

Abstract

Objective: To examine the effect of promotion program for adaptation to family and community on adaptation, percentage of abstinent days, severity of alcohol dependence, and re-hospitalization.

Methods: A randomized controlled trial was conducted among alcohol-dependent patients at inpatient department. Participants were randomly assigned to either the experimental group receiving the adaptation to family and community promotion program based on Roy's adaptation model with regular care (n = 30) or the control group receiving only regular care (n = 30). The program was individually implemented a week before discharge, 60 minutes a day, for four days. Adaptive behaviors, daily alcohol intake, and severity of alcohol dependence were assessed at baseline, one week, and three weeks after discharge. Data were analyzed by using chi-square test, independent t-test, Mann-Whitney U test, and repeated measures ANOVA.

Results: At three months follow-up, the experimental group showed higher scores of the self-concept, role function, and interdependence modes of adaptation (mean difference [MD] = 4.15, p = .023; MD = 5.56, p = .005; MD = 4.48, p = .014, respectively), higher percentage of abstinent days (MD = 47.62, p < .001), and lower dependence severity (MD = -13.73, p < .001) than the control group. The number of re-hospitalization of the experimental group was not significantly lower than the control group.

Conclusion: The adaptation to family and community promotion program based on Roy's adaptation model can promote adaptive behaviors, increase abstinent days, and reduce the severity of dependence among alcohol-dependent patients.

Keywords: adaptation, alcohol dependence, community, family, Roy's theory

Corresponding author: Bussakorn Somboon; e-mail: buska_pingky@hotmail.co.th

ความรู้เดิม : มีการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุรา ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ยังไม่มีรูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลที่ส่งเสริมการปรับตัวต่อสิ่งเร้าทางตรงและทางอ้อมที่มีผลต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำ

ความรู้ใหม่ : ได้โปรแกรมการส่งเสริมการปรับตัวในครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยติดสุราก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ส่งเสริมการปรับตัวที่เหมาะสมต่อสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝงที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการดื่มสุรา เพิ่มจำนวนวันหยุดดื่มสุรา และลดความรุนแรงของการติดสุราของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ใช้เป็นโปรแกรมเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา เพื่อส่งเสริมการปรับตัวต่อสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการกลับไปดื่มสุราซ้ำของผู้ป่วย

บทนำ

ปัจจุบันการดื่มแอลกอฮอล์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ การศึกษาสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2560 พบว่าภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของนักดื่มทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มวัยรุ่นสูงกว่าภูมิภาคอื่น จังหวัดที่มีดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุด ได้แก่ ลำปาง เชียงราย พิษณุโลก จันทบุรี และสุโขทัย[1] การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 ประมาณการว่าคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป 2.7 ล้านคน มีความผิดปกติพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorders)[2] การบำบัดรักษาผู้ติดสุราแบ่งเป็นการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม ผลของการบำบัดขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ความรู้และทักษะของผู้ให้บริการ ความรุนแรงในการติดสุรา และปัญหาอื่นที่พบร่วม เช่น โรคทางจิตเวช โรคทางกาย ครอบครัว สิ่งแวดล้อม และแหล่งสนับสนุนทางสังคม[3] แม้ว่าปัจจุบันการรักษาโรคติดสุรามีความก้าวหน้ามากขึ้น แต่ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 80.0 กลับไปดื่มสุราซ้ำ[4,5] การศึกษาการดำเนินโรคของโรคติดสุราหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า ร้อยละ 58.1 ของผู้ป่วยมีอาการติดสุราและกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 1 ปี โดยร้อยละ 16.6 กลับมารักษาซ้ำภายใน 1 เดือน ร้อยละ 32.5 กลับมารักษาซ้ำภายใน 2 - 6 เดือน และร้อยละ 50.9 กลับมารักษาซ้ำภายในเดือนที่ 7 - 12[6] การกลับไปดื่มสุราซ้ำมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น ส่งผลกระทบต่อประสาทด้านการรู้คิด เช่น ทักษะด้านการบริหารจัดการ (executive function) บกพร่อง[7] เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดสมองเสื่อม[8] เพิ่มภาระของผู้ดูแล[9] และเป็นภาระทางเศรษฐกิจ[10]

สาเหตุของการกลับไปดื่มสุราซ้ำจนทำให้มีอาการกำเริบและกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ สภาพแวดล้อมและบริบททางสังคมที่เอื้อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงสุราได้โดยง่าย เช่น การจำหน่ายสุราอย่างแพร่หลาย วัฒนธรรมการดื่มสุราในชุมชนที่ให้ความหมายของการดื่มสุราในทางบวก[11] การเกิดภาวะสมองติดสุราที่ทำให้ไม่สามารถหยุดดื่มสุราได้[3] บุคลิกภาพที่อ่อนไหวง่าย บุคลิกภาพแบบพึ่งพา ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น คิดโทษตัวเอง สูญเสียพลังอำนาจ ขาดความภาคภูมิใจ และขาดแรงจูงใจ[12,13] และการขาดความสามารถในการควบคุมและจัดการตนเองเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง[14] สาเหตุเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้ติดสุรามีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ทำให้หวนกลับไปดื่มสุราซ้ำได้โดยง่าย นอกจากนี้ยังส่งผลต่อปัญหาการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดสุราเช่นกัน เนื่องจากผู้ติดสุรามักมีพฤติกรรมและอารมณ์แปรปรวน เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิด ควบคุมตนเองไม่ได้ ทำลายสิ่งของ และใช้ความรุนแรงในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัววิตกกังวล ซึมเศร้า ไม่สบายใจ รู้สึกโกรธ กลัว อับอาย และเบื่อหน่าย เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัว และปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวที่อาจนำไปสู่การหย่าร้าง[15-18] ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและปัญหาการปรับตัวของครอบครัวที่มีผู้ติดสุรา ได้แก่ สภาพปัญหาการติดสุรา การที่ผู้ติดสุราไม่สามารถดูแลตนเองได้ ความเปราะบางด้านการหย่าร้างและภาระค่าใช้จ่าย การขาดความเชื่อมั่นในตัวผู้ติดสุรา การขาดแหล่งสนับสนุนจากภายนอกและภายใน โดยเฉพาะความรักความห่วงใยในครอบครัว และการขาดการวางแผนร่วมกันในการเผชิญปัญหา[19]

ดังนั้นความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ของผู้ติดสุรา และครอบครัวจึงเป็นปัจจัยสำคัญของการกลับไปดื่มสุราซ้ำ และการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน การดูแลช่วยเหลือผู้ติดสุราให้สามารถปรับตัวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอาจช่วยลดความเสี่ยงในการกลับไปดื่มสุราซ้ำได้

การปรับตัว (adaptation) เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ในการเผชิญกับแรงผลักดันทั้งภายนอกและภายใน เพื่อทำให้เกิดความสมดุลทั้งในตัวบุคคลและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอก[20] ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation model) กล่าวว่า บุคคลมีการปรับตัวโดยอาศัยกลไกการจัดการ (coping mechanism) ที่ประกอบด้วยกลไกการควบคุมซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันของระบบประสาท สารเคมีในร่างกาย และต่อมไร้ท่อ แสดงผลในรูปของปฏิกิริยาสะท้อน และกลไกการรับรู้ซึ่งเป็นกลไกตอบสนองที่มาจากประสบการณ์และการเรียนรู้ การปรับตัวเกี่ยวข้องกับกระบวนการทางจิตสังคม 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และการตอบสนองทางอารมณ์ โดยสิ่งแวดล้อมในครอบครัวและชุมชนของผู้ติดสุราจัดเป็นปัจจัยนำเข้า (input) ที่ป้อนเข้าสู่ระบบบุคคลของผู้ติดสุรา ประกอบด้วย "สิ่งเร้า" และ "การปรับตัว" สิ่งเร้าแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ สิ่งเร้าตรง (focal stimuli) คือ สิ่งเร้าที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ขณะนั้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้บุคคลต้องมีการปรับตัว สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) คือ ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ โดยมีผลทางบวกหรือทางลบต่อการปรับตัว และสิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) คือ ลักษณะภายในของบุคคล รวมทั้งประสบการณ์ในอดีต ระบบการปรับตัวของบุคคลจึงประกอบด้วยสิ่งเร้าซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าผ่านกระบวนการปรับตัว และแสดงออกเป็นพฤติกรรมปรับตัวใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน การพยาบาลจึงมุ่งเน้นการตอบสนองในทางบวกที่จะช่วยให้บุคคลมีพลังงานอิสระที่จะรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้ เกิดเป็นผลลัพธ์ คือ พฤติกรรมการปรับตัว[21]

ปัจจุบันประเทศไทยมีการเตรียมผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยใช้กลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มปรับความคิดและพฤติกรรม และการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวโดยเน้นย้ำการดูแลการกินยาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การติดตามผู้ติดสุราที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระหว่างปีงบประมาณ 2559 - 2561 ที่โรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ โดยมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.5 เป็นร้อยละ 8.2[22] ส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากปัญหาการปรับตัวของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการส่งเสริมการปรับตัวในครอบครัวและชุมชนตามแนวคิดของรอย ต่อการปรับตัว ร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มสุรา ความรุนแรงของการติดสุรา และจำนวนการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ

วิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) โดยผู้ประเมินผลไม่ทราบว่าตัวอย่างอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (single-blind design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคติดสุราเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์รหัสโรค ICD-10 คือ F10.2x เป็นวินิจฉัยหลัก และรับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลสวนปรุง ระหว่างเดือนมิถุนายน - พฤศจิกายน 2563

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ของงานวิจัยเชิงทดลองมากำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปค่าขนาดอิทธิพล (power table) ของงานวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง โดยประมาณค่าอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม คำนวณจากสูตรของ Glass อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร[24]

$$d = \frac{\bar{x}_E - \bar{x}_C}{SD_c}$$

d คือ ขนาดอิทธิพล

$\bar{x}_E$ คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{x}_C$ คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_C คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

การคำนวณค่าขนาดอิทธิพล ได้จากการศึกษาของ ปิยะนุช แหน่งเพ็ชร[25] เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวต่อพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยโรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโตซัส ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่คล้ายคลึงกับการศึกษานี้ แทนค่าสูตร ดังนี้

$$d = \frac{4.58 - 4.07}{0.28} = 1.82$$

จากค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้เท่ากับ 1.82 จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (effect size ≥ 0.8) มาประมาณขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียว กำหนดให้ค่า α = 0.05 ค่า power = 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 26 คนต่อกลุ่ม และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 20 - 55 ปี 2) มีคะแนนจากแบบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal cognitive assessment; MoCA) ในวันแรกของการรับไว้ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป 3) อยู่ในระยะเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 4) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมให้มีการติดตามเยี่ยมในชุมชน

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับรุนแรง จากแบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (clinical institute withdrawal assessment for alcohol-revised version; CIWA-Ar) มากกว่า 8 คะแนน 2) มีโรคร่วมทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวน หรือโรคติดสารเสพติดประเภท methamphetamine และ 3) มีโรคติดต่อที่อยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ แบบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal cognitive assessment; MoCA) ฉบับภาษาไทย[26] เป็นแบบประเมินการรู้คิด 8 ด้าน ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายในมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 โดยการศึกษานี้ใช้เกณฑ์ที่ คะแนน ≥ 17 หมายถึง ไม่มีภาวะพร่องการรู้คิดหรือมีภาวะพร่องการรู้คิดเล็กน้อย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1) *แบบวัดการปรับตัวของผู้ป่วยติดสุรา* ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของเพ็ญศิริ มรกต และคณะ[23] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ด้านละ 8 ข้อ คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน การแปลผลระดับคะแนนพิจารณาเป็นรายด้าน คือ ปรับตัวอยู่ในระดับสูง (32 - 40 คะแนน) ปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง (20 - 31 คะแนน) และปรับตัวอยู่ในระดับต่ำ (8 - 19 คะแนน) ผู้วิจัยได้ดัดแปลงในส่วนของภาษาและบริบทของโรคเรื้อรังให้เป็นบริบทที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา เช่น “ท่านสามารถยอมรับอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากการดื่มสุราของท่านได้” แบบประเมินผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index; CVI) และความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.91

2.2) *ปฏิทินบันทึกการดื่มสุรา (timeline follow-back; TLFB)* แปลเป็นภาษาไทยและทดสอบคุณภาพโดยสุนทรี ศรีโกไสย[27] ใช้บันทึกจำนวนวันหยุดดื่มและวันดื่มหนัก ในการศึกษานี้ใช้บันทึกข้อมูลจำนวนวันหยุดดื่มสุราในช่วง 30 วัน และ 90 วัน ผลการทดสอบความเที่ยงโดยการประเมินความเท่าเทียมกัน (equivalence) ด้วยวิธีการหาค่า inter-rater reliability ใช้ข้อมูลร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักและวันที่หยุดดื่มภายใน 4 สัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 4 คน ประเมินโดยหัวหน้าทีมวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 2 คน พบว่าข้อมูลจากการวัดครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีค่าเท่ากัน

2.3) *แบบวัดความรุนแรงของการติดสุรา ฉบับใช้ในชุมชน (severity of alcohol dependence questionnaire-community version; SADQ-C)* แปลเป็นภาษาไทยและทดสอบคุณภาพโดยสุนทรี ศรีโกไสย และคณะ[28] ใช้วัดความรุนแรงของการติดสุราสำหรับประชาชนทั่วไปในชุมชน รวมถึงผู้ดื่มสุราหรือผู้ติดสุราในชุมชน มีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ อาการด้านร่างกายของภาวะขาดสุรา อาการด้านอารมณ์ของภาวะขาดสุรา ความต้องการดื่มสุราเพื่อลดอาการขาดสุรา ปริมาณการดื่มสุราในแต่ละวัน และการมีอาการขาดสุรากลับคืนเร็วหลังจากหยุดดื่ม แบ่งความรุนแรงของการติดสุราเป็น 3 ระดับ คือ 0 - 15 คะแนน หมายถึง ติดสุราระดับเล็กน้อย 16 - 30 คะแนน หมายถึง ติดสุราระดับปานกลาง และ ≥ 31 คะแนน หมายถึง ติดสุราระดับรุนแรง ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ 1.00 ความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดรายข้อ เท่ากับ 1.00 ร้อยละของความแปรปรวนที่สามารถอธิบายได้เท่ากับ 72 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.96

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ *โปรแกรมการส่งเสริมการปรับตัวในครอบครัวและชุมชนตามแนวคิดของรอยในผู้ป่วยติดสุรา* เป็นโปรแกรมรายบุคคล ดัดแปลงมาจากโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของเพ็ญศิริ มรกต และคณะ[23] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน จำนวน 5 ครั้ง ครั้งที่ 1 - 4 ดำเนินการในโรงพยาบาลในระยะเตรียมจำหน่าย (สัปดาห์ที่ 3) วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ติดต่อกัน 4 วัน ส่วนครั้งที่ 5 ติดตามทางโทรศัพท์ในวันที่ 7 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลา 30 นาที ดำเนินโปรแกรมฯ สำหรับกลุ่มทดลองตามขั้นตอนและวิธีการที่ระบุไว้ในเอกสารที่ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน โดยผู้ดำเนินโปรแกรมฯ เป็นคนเดียวกันทุกครั้งจนครบโปรแกรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 ประกอบด้วยการประเมินพฤติกรรมการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนส่งเสริมการปรับตัว และการตั้งเป้าหมายร่วมกัน

ครั้งที่ 2 เป็นการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัว โดยมุ่งจัดการกับสิ่งเร้าที่มีผลต่อการปรับตัวด้านร่างกายและด้านอัตมโนทัศน์ ได้แก่ สิ่งเร้าตรง เช่น อาการอยากสุรา การเจ็บป่วย ความเจ็บปวด และความหิว และสิ่งเร้าแฝง เช่น ระยะของพัฒนาการ ความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม และบุคลิกภาพ

ครั้งที่ 3 เป็นการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัว โดยมุ่งจัดการกับสิ่งเร้าที่มีผลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ได้แก่ สิ่งเร้าร่วม เช่น อายุ เพศ การสนับสนุนทางสังคม วัฒนธรรม ประเพณี และกลุ่มเพื่อนที่เคยดื่มสุราด้วยกัน และสิ่งเร้าแฝง เช่น ประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

ครั้งที่ 4 เป็นการประเมินผลการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการปรับตัวและสรุปประสบการณ์ที่ได้รับ

ครั้งที่ 5 เป็นการสนับสนุนและติดตามช่วยเหลือทางโทรศัพท์ในวันที่ 7 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยสอบถามผู้ป่วยถึงความเป็นอยู่ อาการทั่วไป ปัญหาด้านการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ปริมาณและความถี่ในการดื่มสุราตามที่บันทึกลงในปฏิทิน และความต้องการความช่วยเหลือ ร่วมกับการให้คำปรึกษาตามความต้องการและให้กำลังใจในการหยุดดื่มสุราต่อเนื่อง

โปรแกรมฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง 2 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.93 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้จริงกับผู้ติดสุราจำนวน 2 รายเพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของภาษาที่ใช้และความเข้าใจในเนื้อหา

การดูแลแบบปกติ ประกอบด้วย การบำบัดทางจิตสังคมโดยใช้กลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มปรับความคิดและพฤติกรรม การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวในวันจำหน่าย และการประสานเครือข่ายในชุมชนในการดูแลด้านกินยาอย่างต่อเนื่อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ และทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะใกล้เคียงกันด้าน เพศ อายุ และคะแนนจากแบบประเมิน MoCA จึงทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีจับสลากจนครบทั้งสองกลุ่ม เพื่อลดโอกาสเกิดความลำเอียงของผลการศึกษา เนื่องจากหลักฐานในการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาจมีผลต่อความสามารถในการปรับตัวและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา

กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการดูแลแบบปกติร่วมกับโปรแกรมการส่งเสริมการปรับตัวในครอบครัวและชุมชนตามแนวคิดของรอย ผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (pre-test) ในช่วงวันแรกของการรับไว้ในโรงพยาบาล ด้วยแบบวัดการปรับตัวของผู้ติดสุรา ปฏิทินบันทึกการดื่มสุรา (TLFB) และแบบวัดความรุนแรงของการติดสุรา (SADQ-C) โดยผู้ช่วยวิจัยไม่ทราบว่าตัวอย่างอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมฯ แบบรายบุคคลในกลุ่มทดลองในช่วงเตรียมจำหน่ายวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ติดต่อกัน 4 วัน และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในวันที่ 7 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของจิตแพทย์ โดยกลุ่มยาหลัก คือ ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่การติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านอาสาสมัคร ผู้วิจัยติดตามจำนวนการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในที่การติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือนของทั้ง 2 กลุ่ม และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย chi-square test, independent t-test และ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบคะแนนการปรับตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ 1 เดือนหลังจำหน่ายด้วย Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองและการติดตามที่ 1 เดือนและ 3 เดือนด้วย repeated measures ANOVA และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Tukey เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของการติดสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและการติดตามที่ 3 เดือนด้วย Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ และเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย chi-square test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสวนปรุง เลขที่หนังสือรับรอง 9/2563 เลขที่โครงการวิจัย SPH.IRB 007/2563 SCs_full

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติร่วมกับโปรแกรมการส่งเสริมการปรับตัวในครอบครัวและชุมชนตามแนวคิดของรอย (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (กลุ่มควบคุม) ไม่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่มารักษาแบบผู้ป่วยใน และระยะเวลาที่ดื่มสุรา โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 40 ปี สถานภาพโสดและแต่งงานแล้วมีจำนวนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 2 ครั้งขึ้นไป และดื่มสุรามากกว่า 10 ปี แสดงดังตารางที่ 1

ที่การติดตาม 1 เดือนพบว่า คะแนนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาระหว่างกันของกลุ่มกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (mean difference; MD = 5.61, p = .002 และ MD = 3.92, p = .032 ตามลำดับ) ส่วนการติดตามที่ 3 เดือนพบว่า คะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกันของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (MD = 4.15, p = .023, MD = 5.56, p = .005, และ MD = 4.48, p = .014 ตามลำดับ) แสดงดังตารางที่ 2

กลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มสุราสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งการติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน (MD = 36.35, p < .001 และ MD = 47.62, p < .001 ตามลำดับ) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มสุราช่วงก่อนทดลอง ที่การติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (F = 49.61, p < .001) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Tukey พบว่าร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มระหว่างช่วงก่อนทดลองและที่การติดตาม 1 เดือน (MD = -60.89, p < .001) และ ระหว่างช่วงก่อนทดลองและที่การติดตาม 3 เดือน (MD = -56.85, p < .001) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ การเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมพบว่า ร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มสุราที่ช่วงก่อนทดลอง การติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (F = 5.13, p <.05) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Tukey พบว่าร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มระหว่างช่วงก่อนทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		x^2 หรือ t	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.000[a]	1.000
ชาย	29	96.7	29	96.7		
หญิง	1	3.3	1	3.3		
อายุ (ปี)					.277[b]	.783
$\overline{X}$ ± SD	40.73 ± 7.47		40.17 ± 8.36			
min, max	26, 55		23, 55			
สถานภาพสมรส					2.792[a]	.425
โสด	13	43.3	17	56.7		
คู่	14	46.7	10	33.3		
หม้าย/หย่า/แยก	3	10.0	3	10.0		
ระดับการศึกษา					6.809[a]	.146
ประถมศึกษา	9	30.0	5	16.7		
มัธยมศึกษา	15	50.0	19	63.3		
อนุปริญญา	0	0.0	3	10.0		
สูงกว่าปริญญาตรี	6	20.0	3	10.0		
อาชีพ					10.810[a]	.094
รับจ้าง	15	50.0	23	76.7		
เกษตรกร	8	26.7	2	6.7		
ค้าขาย	7	23.3	5	16.7		
จำนวนครั้งที่มารักษาแบบผู้ป่วยใน					.779[a]	.389
ครั้งแรก	8	26.7	10	33.3		
ครั้งรอง	22	73.3	20	66.7		
ระยะเวลาที่ดื่มสุรา					2.826[a]	.727
น้อยกว่า 1 ปี	0	0.0	1	3.3		
1 - 5 ปี	1	3.3	2	6.7		
6 - 10 ปี	3	10.0	4	13.3		
มากกว่า 10 ปี	26	86.7	23	76.7		

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		x^2 หรือ t	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
คะแนนเฉลี่ยของการปรับตัว 4 ด้านก่อนการทดลอง						
ด้านร่างกาย	28.27		ไม่ได้ประเมิน			
ด้านอัตมโนทัศน์	31.47		ไม่ได้ประเมิน			
ด้านบทบาทหน้าที่	31.17		ไม่ได้ประเมิน			
ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน	33.53		ไม่ได้ประเมิน			
ร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มสุราก่อนการทดลอง	25.00		24.10		2.00[d]	.157
คะแนนความรุนแรงของการติดสุราก่อนการทดลอง	20.50		22.50		Z = -0.940[c]	.940

a = Fisher's exact test, b = independent t-test, c = Mann-Whitney U test, d = Pearson's chi-square

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของผู้ติดสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Mann-Whitney U test

คะแนนการปรับตัวของผู้ติดสุรา	ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)		Z	p-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
การติดตามที่ 1 เดือน				
ด้านร่างกาย	32.50 (20, 40)	31.00 (17, 38)	-1.727	.084
	MD = 2.74			
ด้านอัตมโนทัศน์	33.00 (22, 39)	30.00 (18, 40)	-1.863	.062
	MD = 3.0			
ด้านบทบาทหน้าที่	33.00 (25, 40)	27.00 (14, 40)	-3.079	.002
	MD = 5.61			
ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน	34.00 (24, 40)	29.00 (16, 40)	-2.140	.032
	MD = 3.92			
การติดตามที่ 3 เดือน				
ด้านร่างกาย	33.00 (23, 40)	32.00 (21, 37)	-1.776	.076
	MD = 2.91			
ด้านอัตมโนทัศน์	36.00 (23, 40)	32.00 (18, 39)	-2.268	.023
	MD = 4.15			
ด้านบทบาทหน้าที่	34.00 (19, 40)	27.00 (14, 40)	-2.805	.005
	MD = 5.56			
ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน	36.00 (25, 40)	32.00 (16, 40)	-2.447	.014
	MD = 4.48			

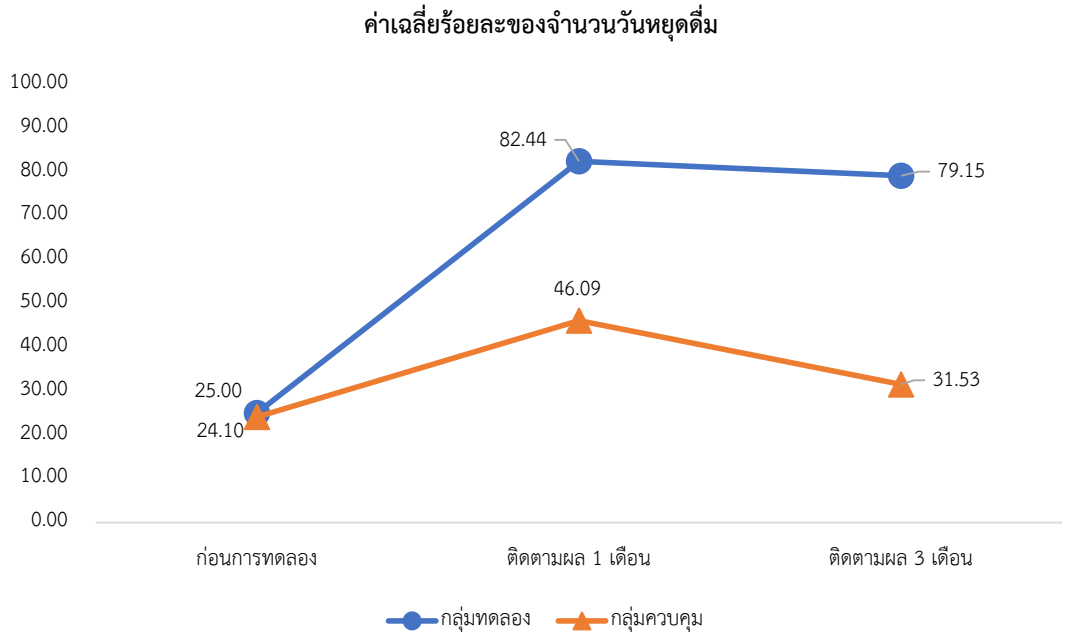
MD = mean difference

และที่การติดตาม 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (MD = -23.78, p = .006) แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างก่อนทดลองและที่การติดตาม 3 เดือน แสดงดังแผนภาพที่ 1

ระดับความรุนแรงของการติดสุราในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่การติดตาม 3 เดือน (MD = -13.73, p < .001) แสดงดังตารางที่ 3 และจำนวนการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่การติดตาม 1 เดือน (1 ราย กับ 3 ราย ตามลำดับ) และ 3 เดือน (10 ราย กับ 15 ราย ตามลำดับ) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pearson's chi-square = 2.00, df = 1, p = 0.157) (ไม่ได้นำเสนอตาราง)

วิจารณ์

กลุ่มทดลองมีคะแนนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาระหว่างกันสูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่การติดตามเดือน 1 ส่วนการติดตามเดือน 3 คะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกันของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน แสดงถึงผลของโปรแกรมการส่งเสริมการปรับตัวในครอบครัวและชุมชน



แผนภาพที่ 1 ค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม ในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของการติดสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Mann-Whitney U test

คะแนนความรุนแรงของการติดสุรา	ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)		Z	p-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
ก่อนการทดลอง	20.50 (5.00, 44.00)	22.50 (8.00, 53.00)	-0.940	.940
ติดตามผล 3 เดือน	1.00 (0.00, 30.00)	19.00 (1.00, 53.00)	-4.375	< .001
	MD = -13.73			

MD = mean difference

ตามแนวคิดของรอยที่ช่วยให้ผู้ติดสุรามีการปรับตัวที่ดีขึ้นในด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง การปฏิบัติในบทบาทหน้าที่ต่อตนเองและครอบครัว รวมถึงการพึ่งพาระหว่างกันที่เหมาะสมในครอบครัว คล้ายคลึงกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดของรอย พบว่ามีการปรับตัวที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[25,29] อธิบายตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมการปรับตัวในครอบครัวและชุมชนตามแนวคิดของรอยเป็นสิ่งเร้าร่วมทางบวกที่ช่วยให้ผู้ติดสุรามีความรู้ความเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถจัดการกับสิ่งเร้าและปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้มีการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ[23,26] โดยในครั้งที่ 1 ของโปรแกรมฯ ผู้วิจัยประเมินและสะท้อนผลการประเมินพฤติกรรมการปรับตัวในแต่ละด้านให้ผู้ป่วยรับทราบ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นต่อผลการปรับตัวของตนเอง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการปรับตัวให้อยู่ในระดับที่ดีขึ้นหรือคงไว้ซึ่งการปรับตัวที่ดีอย่างต่อเนื่อง ส่วนในครั้งที่ 2 และ 3 มีการให้ความรู้เรื่องโรคติดสุราซึ่งเป็นสิ่งเร้าตรงที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจภาวะและอาการของตนเองที่ชัดเจนขึ้นและลดความรู้สึกที่คลุมเครือต่อการเจ็บป่วย[25] และมีการให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการปรับตัวของผู้ป่วยครอบคลุมการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง การส่งเสริมให้มองเห็นคุณค่าของตนเอง ทักษะการจัดการกับความเครียดอารมณ์ความรู้สึกต่าง ๆ ที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการอยากสุรา การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่สุ่มเสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำ การทบทวนและแสดงบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของตนเองต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม ทักษะและวิธีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การประกอบอาชีพตามความสามารถของตนเอง การกินยาตามแผนการรักษา รวมถึงแหล่งบริการทางสุขภาพใกล้บ้าน ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้วิธีการจัดการกับสิ่งเร้าได้เหมาะสม สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาและมีพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสมมากขึ้น[21,23]

กลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มสุราทั้งที่การติดตาม 1 เดือนและ 3 เดือนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงผลของโปรแกรมฯ ที่ช่วยให้ผู้ติดสุราหยุดดื่มสุราได้ต่อเนื่องถึง 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาที่ผ่านมาระบุว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหยุดดื่มสุราได้ในช่วงแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ความละอายใจที่จะกลับไปดื่มซ้ำอย่างรวดเร็วหลังจำหน่าย การตระหนักถึงปัญหาสุขภาพทางร่างกายของตนเอง การตระหนักถึงผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะการทำให้ครอบครัวไม่มีความสุข และการไม่อยากให้สังคมมองว่าตนเองเป็นขี้เมา[30] ซึ่งจัดอยู่ในการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ความกลัวด้านการตกงานและความกลัวอาการทางจิตกำเริบสะท้อนถึงการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ส่วนปัจจัยด้านการปิดกั้นการติดต่อสื่อสารกับเพื่อนที่เคยดื่มสุราด้วยกัน การทำกิจกรรมอื่นเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจในช่วงเวลาที่เคยดื่มสุรา และการรับประทานอาหารเย็นให้เร็วขึ้นเพื่อให้หยุดดื่มสุราได้ต่อเนื่อง[31] เกี่ยวข้องกับการปรับตัวทางด้านร่างกาย นอกจากนี้ยังพบว่า การมีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว การรับรู้ว่าครอบครัวให้การสนับสนุนกำลังใจ เป็นห่วงตักเตือน การมีผู้ให้ความช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และการมีแหล่งช่วยเหลือในชุมชน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหยุดดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง[32] ซึ่งเกี่ยวข้องกับการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ดังนั้นการได้รับโปรแกรมฯ ช่วยให้ผู้ติดสุราเกิดการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มีกำลังใจ มีแรงจูงใจ และมีทักษะที่จำเป็นในการเลิกดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง[33] อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่า การติดตามที่ 3 เดือน ค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มสุราของผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลง อาจเกี่ยวข้องกับกลไกการรับรู้และการตอบสนองทางอารมณ์ที่เบี่ยงเบนไปเนื่องจากเผชิญสิ่งเร้าตรงหรือสิ่งเร้าร่วมที่เกิดขึ้นฉับพลัน เช่น ความเครียด การสูญเสีย และการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุรา หรือจากอิทธิพลของสิ่งเร้าแฝง เช่น ความพึงพอใจจากการได้กลับไปดื่มสุรา ดังนั้นการติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 1 ปีจึงมีความสำคัญเพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุราได้ต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาในกลุ่มควบคุมพบว่า ร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มสูงขึ้นที่การติดตาม 1 เดือน แต่ลดลงที่การติดตาม

3 เดือนโดยไม่แตกต่างจากช่วงก่อนทดลอง อธิบายได้ว่ากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยติดสุราในระยะฟื้นฟูในงานประจำของโรงพยาบาลส่งผลต่อการหยุดดื่มสุราในช่วง 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย แต่เมื่อเวลาผ่านไปมีความเสี่ยงต่อการกลับไปดื่มซ้ำได้มากขึ้น ซึ่งอาจเป็นเพราะไม่ได้รับการส่งเสริมการปรับตัวต่อสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการดื่มสุรา

กลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของการติดสุราที่การติดตาม 3 เดือนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในที่การติดตาม 1 เดือนและ 3 เดือนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แสดงถึงผลสืบเนื่องของโปรแกรมฯ ต่อการปรับตัวที่ดีขึ้นหลังจำหน่ายและจำนวนวันดื่มสุราที่ลดลง ทำให้ระดับความรุนแรงของอาการติดสุราลดลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และกลไกการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นช่วยลดโอกาสกลับไปดื่มซ้ำและกลับมารักษาซ้ำ[21] อย่างไรก็ตาม การกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากระยะเวลาติดตามที่ค่อนข้างสั้น จึงควรติดตามผลของโปรแกรมฯ ในระยะยาวเพื่อประเมินการคงอยู่ของผลของโปรแกรมเมื่อเวลาผ่านไป

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ 1) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในหอผู้ป่วยเดียวกัน จึงอาจมีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน 2) ในกระบวนการชี้แจงอาสาสมัครตามเอกสาร informed consent รวมทั้งการสุ่มเข้ากลุ่มด้วยวิธีจับสลาก อาจมีผลให้อาสาสมัครรับรู้ว่าตนเองอยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง จึงอาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือในผลการวิจัยจากการที่อาสาสมัครในกลุ่มทดลองอาจมีความตั้งใจเป็นพิเศษในการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพราะได้รับความใส่ใจติดตามจากผู้วิจัย (Hawthorne effect) 3) ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ควบคุมตัวแปรด้านชนิดของยาที่ได้รับ จึงอาจมีผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันของข้อมูลพื้นฐานและระดับความรุนแรงของการติดสุราก่อนได้รับโปรแกรมฯ ดังนั้นชนิดและขนาดยาที่ทั้งสองกลุ่มได้รับจึงไม่น่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และ 4) การวัดร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มด้วย TLFB เป็นการรายงานด้วยตนเองของผู้ป่วย อาจมีข้อจำกัดในด้านความน่าเชื่อถือของข้อมูล การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรพิจารณาวัดตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (biomarkers) ร่วมด้วย

สรุป

โปรแกรมการส่งเสริมการปรับตัวในครอบครัวและชุมชนตามแนวคิดของรอยช่วยให้ผู้ติดสุรามีการปรับตัวที่ดีขึ้น ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราและลดความรุนแรงของการติดสุรา จึงควรใช้เป็นโปรแกรมเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา เพื่อส่งเสริมการปรับตัวต่อสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการกลับไปดื่มสุราซ้ำของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมการพยาบาลหอผู้ป่วยติดสุราที่อำนวยความสะดวกในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. อธิบ ตันอารีย์, พลเทพ วิจิตรคุณากร. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัดในประเทศไทย: ข้อมูลการสำรวจ พ.ศ. 2560. [Alcohol drinking and provincial problem index (PAPI) in Thailand: The 2017 survey]. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2562;13(4):353-67.
2. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560:25(1):1-16.
3. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติ รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ ฉบับปรับปรุง [Handbook for practitioners' model of care for people with alcohol use problems in the health system (revised edition)]. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา; 2554.
4. Bradizza CM, Stasiewicz PR, Paas ND. Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance abuse disorders: a review. Clin Psychol Rev. 2006;26(2):162-78. doi:10.1016/j.cpr.2005.11.005.

5. Witkiewitz K, Marlatt GA. Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. Am Psychol. 2004;59(4):224-35. doi:10.1037/0003-066X.59.4.224.
6. สุนทรี ศรีโกไสย, ศิริศักดิ์ ธิติดิลกรัตน์, หทัยชนนี บุญเจริญ, ดวงเดือน ไชยน้อย, อภิศักดิ์ วิทยานุกูลลักษณ์, นภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์, และคณะ. วิถีการดำเนินโรคของโรคติดสุราหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 ปี [Alcohol-dependent trajectory after 1 year hospital discharge]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2561;63(2):153-66.
7. Fernández-Serrano MJ, Pérez-García M, Schmidt Río-Valle J, Verdejo-García A. Neuropsychological consequences of alcohol and drug abuse on different components of executive functions. J Psychopharmacol. 2010;24(9):1317-32. doi:10.1177/0269881109349841.
8. Hoffman LA, Sklar AL, Nixon SJ. The effects of acute alcohol on psychomotor, set-shifting, and working memory performance in older men and women. Alcohol. 2015;49(3):185-91. doi:10.1016/j.alcohol.2015.02.001.
9. วรรณิดา ขันตีต่อ, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล, หรรษา เศรษฐบุปผา. ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการดูแลและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ [The association between caregiving readiness and burdens among caregivers of alcohol-dependent patients at Suang Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province]. พยาบาลสาร. 2562;46(1):76-86.
10. วัลลดา พุ่มไพศาลชัย, ชิดชนก เรือนก้อน. ภาระทางเศรษฐศาสตร์ของโรคติดสุราจากระดับโรงพยาบาลสู่ภาพรวมระดับประเทศ [Economic burden of alcohol dependence at a hospital and national level]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2563;28(2):150-60.
11. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล. ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา: ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย [Problems and disorders from alcohol consumption: significance and treatment in Thailand]. สงขลา: หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
12. วิชชุดา ยะศินธุ์, สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์, กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา. ลักษณะพยาธิสภาพทางจิตของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา [Psychopathological characteristic of patients with alcohol use disorders]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2554;56(2):167-78.
13. พรทิพย์ คงสัตย์, ศิริภรณ์ ชัยศรี, สวัสดิ์ เที่ยงธรรม. การพัฒนาเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา [The development empowerment program on management with drinking behaviour of alcohol dependence patients]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2556;27(1):45-61.
14. นรากร สารีแหล้, กันตวิชญ์ จูเปรมปรี, กัลยา มั่นล้วน. ตราบาปของผู้ป่วยติดสุรากับการเลือกปฏิบัติ และสิทธิมนุษยชนในวิถีของชุมชน [The stigma of patients with alcohol use disorder with discrimination and the human rights in the community way of life]. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2561;33(6):589-94.
15. กนกวรรณ จังอินทร์, สมเดช พินิจสุนทร. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อครอบครัว ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้าบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี [Drinking behavior and impacts to families of alcoholic drinkers who received treatment in Thanyalak hospital, Udonthani]. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560;5(3):487-501
16. พูนศรี รังษีขจี, นิรมล พัจนสุนทร, หทัยวัน สนั่นเอื้อ. ความชุกของโรคซึมเศร้าในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดสุราที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ [The prevalence of depressive disorders among the spouses of patients with alcohol dependence at Srinagarind Hospital]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2549;51(3):14-24.
17. สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี. ความรุนแรงในครอบครัวส่งผลให้เกิดการดื่มแอลกอฮอล์ในทางที่ผิด [Family violence resulting alcohol misuse]. กรุงเทพฯ: สมาคม; 2553.
18. กระทรวงสาธารณสุข. อันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [Alcohol's harm]. นนทบุรี: กระทรวง; 2553.

19. อรัญญา สาลี, เสาวคนธ์ วีระศิริ. การปรับตัวของครอบครัวที่มีบุคคลติดสุรา: การศึกษาหลายกรณี [Family adaptation among alcohol dependent: multi-cases study]. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;38(2): 188-94.
20. Matthieu MM, Ivanoff A. Using stress, appraisal, and coping theories in clinical practice: assessment of coping strategies. Brief Treat Crisis Interv. 2006;6:337-48. doi:10.1093/brief-treatment/mhl009.
21. Roy SC. The Roy adaptation model. (3rd ed). New Jersey: Pearson Education; 2009.
22. โรงพยาบาลสวนปรุง. ฐานข้อมูลผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราที่เข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2559-2560 [Database of people with alcohol-related problems who received services in 2016-2017]. เชียงใหม่: ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการและการบริหาร โรงพยาบาลสวนปรุง; 2561.
23. เพ็ญศิริ มรกต. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง [The effect of program promoting the adaptation of family caregivers in caring for end-of-life patients with chronic illness] [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2556.
24. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูล. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ [Research methods in nursing science]. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
25. ปิยะนุช แหน่งเพ็ชร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวต่อพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยโรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโตซัส [The effect of an adaptation promoting program on adaptation behaviors among patients with systemic lupus erythematosus] [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.
26. โสพสินี เหมรุ่งโรจน์. แบบประเมินพุทธิปัญญา Montreal cognitive assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย [Montreal cognitive assessment (MoCA)-Thai version]. MoCA test; 2554 [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ก.พ. 2563]. จาก: https://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCA-Test-Thai.pdf
27. สุนทรี ศรีโกไสย. ปฏิทินบันทึกการดื่มสุรา Time-line follow-back ฉบับภาษาไทย [Time-line follow-back-Thai version]. ใน: การศึกษาวิถีการดำเนินโรคของโรคติดสุรา. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
28. สุนทรี ศรีโกไสย, กิตติวรรณ เทียมแก้ว, พันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กูล. ความตรงและความเที่ยงของแบบวัดความรุนแรงของการติดสุราฉบับทดสอบในประชาชนทั่วไป [Validity and reliability of the Thai version of the questionnaire for measuring the severity of alcohol dependence among general population]. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2557;23(6): 1087-97.
29. ชิตชวรรณ คงเกษม, สุนีย์ ละกำปั่น, ปิยธิดา จึงสมาน. โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง [A program enhancing adaptation of patients with end stage renal disease and treatment by continuous ambulatory peritoneal dialysis]. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560;31(1):75-89.
30. เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา. ความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วม [A success in alcohol cessation of alcoholic patients with co-morbidities]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2556;27(1): 1-15.
31. สุนทรี ศรีโกไสย, ชาลิสา กัณฑารัตน์. การจัดการความรู้เรื่องวิธีการหยุดดื่มสุราให้สำเร็จในผู้ที่เคยติดสุราที่มารับบริการคลินิกบำบัดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ [Knowledge management on how to achieved alcohol cessation in people with alcohol dependence who receiving psychosocial-clinic services, Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai]. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสาขาภาคเหนือ. 2550;13:10-6.
32. พิทักษ์ สุริยะใจ. การสนับสนุนทางสังคมเพื่อเสริมการหยุดดื่มของผู้ติดสุรา [Social support to enhance abstinence among alcohol dependents] [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.

33. สุภา อัคจันทร์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำ [Factors associated with intention to alcohol abstinence among persons with relapsed alcohol dependence]. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 2560;33(1):17-28.