

ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท ที่ดื่มแอลกอฮอล์

The Effect of Motivation Interviewing for Craving Control Program on Alcohol Consumption in Schizophrenia and Alcohol Use Patients

อรุณรัตน์ คำสอนทา* ยูพิน อังสุโรจน์** สุนิสา สุขตระกูล***

Arunrat Khamsontha,* Yupin Aungsuroch,** Sunisa Suktrakul***

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

* Corresponding Author: nuying.kham@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาแบบเปรียบเทียบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเทพฯ จำนวนทั้งสิ้น 40 คน ใช้คะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) ในการจับคู่กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน และใช้การสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม 20 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย เครื่องมือทดลอง 1) โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม 2) แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (OCDS) เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความเที่ยงพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) ตรวจสอบความเที่ยงพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.71 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและการทดสอบ t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Received: April 20, 2019; Revised: July 26, 2019; Accepted: August 2, 2019



ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์ระดับมีปัญหา การสร้างแรงจูงใจ การควบคุมความอยากดื่ม ผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

This study is a quasi-experimental nonequivalent group design. The objectives of the study were to compare alcohol consumption in schizophrenia and alcohol used patients before and after received motivation interviewing for craving control program and alcohol consumption in schizophrenia and alcohol used patients between patients who received motivation interviewing for craving control program and those who received regular care. The sample consisted of 40 persons attended patients with schizophrenia and alcohol used at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatric. They were matched pairs with scores on Alcohol Use Identification Test (AUDIT) then randomly assigned to the experimental and control group divided to experimental group 20 persons and control group 20 persons. The experimental group received motivation interviewing for craving control program and control group received regular care. The study in struments composed of 1) motivational interviewing combined with telephone for craving control program and 2) The Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS). The 1st and 2nd instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 2nd instruments was reported by Cronbach's alpha coefficient as of 0.88. Data collection tools include Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) and reliability of the instruments was reported by Cronbach's alpha coefficient as of 0.71. The data was analyzed using descriptive statistics and t-test, at .05 level.

Major findings were as follows:

1. Alcohol consumption in schizophrenia and alcohol used patients who received motivation interviewing for craving control program was significantly lower than that before at p. 05.

2. Alcohol consumption in schizophrenia and alcohol used patients who received motivation interviewing for craving control program was significantly lower than those who received the regular care at p. 05.

Keywords : alcohol use, alcohol consumption, motivational interviewing, craving control program, schizophrenia

≡ ความเป็นมาและความสำคัญ ≡ ของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทั้งด้านกระบวนความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยพบอัตราความชุกของโรคจิตเภทได้สูงถึง 8.8 คนต่อแสนประชากร และพบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิงในอัตราเท่าๆ กัน จากสถิติพบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด มีความชุกชั่วชีวิต (Lifetime prevalence) ร้อยละ 0.30 - 0.66 ปัจจุบันพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 2 ล้านคนต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น¹ ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะมีอาการแสดงใน 2 กลุ่มอาการหลักได้แก่ กลุ่มอาการทางด้านบวก เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ส่วนกลุ่มอาการทางด้านลบจะแสดงออกมาในรูปแบบของการมีพฤติกรรมแยกตัว พูดน้อย และมีแสดงออกทางอารมณ์น้อย² จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์สูงเป็นอันดับหนึ่งถึงร้อยละ 53.1³ สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาพบผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มในปี พ.ศ. 2558, 2559 และ 2560 มีอัตราสูงถึงร้อยละ 12.17, 13.12, และ 14.58 และยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้จะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องในอัตราที่สูง⁴

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ร่วมจะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่แตกต่างกัน และมีสาเหตุการดื่มที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของกระบวนการรู้คิด การรับรู้ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยคิด ตัดสินใจ และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มแอลกอฮอล์เพื่อคลายความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้กล้าแสดงออกและรู้สึกเข้มแข็งขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ซึ่งส่งผลกระทบต่อทำให้ความรุนแรงของโรคมารุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นปัญหาพฤติกรรมที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้งต่อปี⁵ ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กาญจนา เหมะรัต และคณะ⁶ ที่พบการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 76.5 และมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 94.4 ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่สามารถลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้เป็นเหตุให้มีกระบวนการคิดตัดสินใจบกพร่องและเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต้องใช้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูงขึ้นกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงทำร้ายตนเอง ต้องเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในนานวันขึ้นและมีค่าใช้จ่ายการรักษาสูงขึ้น⁷



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ได้แก่ สารเคมีในสมองโดยเฉพาะสาร Dopamine ที่มีการหลั่งออกมาในปริมาณมากเมื่อดื่มแล้วจะได้รับการตอบสนองทางบวกทำให้เกิดความอยากและมีความต้องการที่จะดื่มต่อไปจนส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากดื่มแอลกอฮอล์⁸ ปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ สภาพแวดล้อมและจิตใจ ได้แก่ การได้รับความกดดันด้านอารมณ์จากบุคคลอื่น ดีใจ เสียใจ หรือโกรธ แรงจูงใจในตัวบุคคลลดลงเนื่องจากผู้ป่วยมักใช้แอลกอฮอล์เพื่อจัดการกับความทุกข์ทรมานจากอาการทางจิตที่กำลังกำเริบอยู่บ่อยครั้ง⁹ และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ บุคคลที่ร่วมดื่มสถานที่ที่เคยดื่ม สิ่งของ/อุปกรณ์การดื่ม หรือช่วงเวลาที่เคยดื่มประจำ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความอยากดื่ม^{10,11} จากสถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น การติดตามผลการบำบัดและรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ตามโปรแกรมการบำบัดแอลกอฮอล์ของโรงพยาบาลตามโปรแกรม ICOD-R และภายหลังที่ได้รับการบำบัดเสร็จสิ้นและได้รับการจำหน่ายกลับไปสู่ชุมชนจะพบว่า มีอัตราการกลับไปเสพซ้ำสูง เมื่อศึกษาปัจจัยของการกลับไปดื่มซ้ำจากการสอบถามผู้ที่เข้ารับการบำบัดเกิน 1 ครั้ง พบว่าเมื่อกลับไปสู่ชุมชนจะเกิดความลังเลใจ เมื่อมีสิ่งยั่วยุต่างๆ เช่น เพื่อน สังคมและสิ่งแวดล้อมเดิมๆ ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้ขาดแรงจูงใจที่จะเลิกดื่มแอลกอฮอล์⁴ และพบว่าภายหลังที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะพบความกดดันในด้านต่างๆ จากสังคมหรือได้รับสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นหากมีการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่จะส่งผลต่อการ

เกิดความรู้สึกอยากดื่มแอลกอฮอล์ (Craving) จะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น¹² ทั้งนี้การสร้างแรงจูงใจให้ควบคุมความอยากดื่มให้ได้ โดยจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อควบคุมความอยากดื่มอย่างครอบคลุม มุ่งผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะเป็นแนวทางนำไปสู่การลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ลงได้ จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงเห็นถึงความจำเป็นที่ต้องเน้นการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท จึงพัฒนารูปแบบการบำบัดแบบต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน เพื่อจัดการปัญหาความอยากดื่มแอลกอฮอล์อันเป็นเหตุให้กลับไปดื่มซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทหวนกลับไปมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ คือ การขาดแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง¹³ ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ถือว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่จะส่งเสริมให้บุคคลเกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม¹⁴ และเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแสวงหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป¹¹ การสร้างแรงจูงใจเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ค้นหา และแก้ไขความลังเลใจของตนเอง ให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณสมบัติสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ซึ่งสามารถดำเนินการได้ทั้งการบำบัดรายบุคคลและการบำบัดรายกลุ่ม โดยทั้งสองรูปแบบส่งผลต่อการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพเช่นเดียวกัน^{14,15} ในประเทศไทย พบว่า การบำบัดแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing) ช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมและลดความลังเลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้เร็วขึ้น เช่น ในการศึกษาของ สุนทรี ศรีโกไสย¹⁶ ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า ร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนลดลงในแต่ละระยะของการบำบัดและร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละระยะของการบำบัดด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ และภายหลังออกจากโรงพยาบาลเมื่อติดตามผลต่อเนื่องพบร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มแอลกอฮอล์มีจำนวนเพิ่มขึ้นและลดลงเป็นระยะ ผู้วิจัยจึงได้เสนอแนะเรื่องการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจว่าควรกระทำต่อเนื่องโดยเสนอแนะวิธีการบำบัดด้วยการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ซึ่งเป็นวิธีการที่สะดวก ง่ายต่อการติดตาม ลดการตีตราในผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีอย่างต่อเนื่องได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tinakon และคณะ¹⁷ ศึกษาผลของการให้การแทรกแซงทางโทรศัพท์ในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนวันดื่มความถี่ และปริมาณการดื่มโดยเฉลี่ยในหนึ่งสัปดาห์ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ

ส่วนการศึกษาในต่างประเทศของ McKay, Lynch, Shepard, & Pettimati¹⁸ ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการดูแลต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์สำหรับผู้ดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ภายหลังที่ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์จะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับ Signor และคณะ¹⁹ ทำการศึกษาค้นคว้าผลของการสร้างแรงจูงใจแบบย่อโดย

ใช้โทรศัพท์สำหรับผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในบราซิล พบว่า ภายหลังที่ผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบย่อโดยใช้โทรศัพท์ที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการสร้างแรงจูงใจซึ่งจะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้เชื่อมั่นในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในชีวิตจริงได้มาก ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการบำบัดแบบต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน เพื่อจัดการปัญหาความอยากดื่มแอลกอฮอล์อันเป็นเหตุให้กลับไปดื่มซ้ำ โดยพัฒนารูปแบบการบำบัดด้วยการสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ภายหลังกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน โดยใช้การติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์จากแนวคิดการสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick¹⁴ ที่มุ่งส่งเสริมให้บุคคลมีแรงจูงใจภายในเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสม และใช้วิธีการติดตามด้วยการใช้โทรศัพท์ซึ่งเป็นวิธีการที่สะดวก ง่ายต่อการติดตาม และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีอย่างต่อเนื่องได้ โดยการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมได้มีการคำนึงถึงการใช้เทคนิค DARES และการใช้กระบวนการ FRAM²⁰ เข้ามาประยุกต์ใช้และสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์เกิดแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ชัดเจนและมีความเหมาะสมมากขึ้น โดยมุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อตนเอง มีวิธีการจัดการสิ่งกระตุ้นทั้งภายในภายนอกที่ทำให้เกิดความอยากดื่มอย่างไม่ลืมหูลืมตา รวมทั้งปรับความคิดอัตโนมัติไปในทางที่เหมาะสม มีแรงจูงใจในการลงมือปฏิบัติเพื่อการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่อง



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม
2. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัญหาหรือตัวแปรที่ต้องการศึกษา คือ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ในการจัดการกับปัญหานี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม โดยใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick¹⁴ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควบคู่ไปกับการเรียนรู้การจัดการกับปัจจัยกระตุ้นที่จะส่งผลให้มีความรู้สึกอยากดื่ม (Craving) จะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น การสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Miller

& Rollnick¹⁴ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจภายในเพิ่มขึ้น เน้นให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ค้นหาถึงสิ่งที่ทำให้เกิดความลังเลใจในปัญหาของตนเองพร้อมทั้งแก้ไขความลังเลใจของตนเอง และเล็งเห็นถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีความพร้อมและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะการสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจ ระยะที่ 2 ระยะการนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญา และระยะที่ 3 ระยะกลยุทธ์การติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยร่วมค้นหาตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และผลักดันให้ผู้ป่วยมีการวางแผนสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อควบคุมความอยากดื่มในระยะยาว

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่มีปัญหาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 40 คน **เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)** มีดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) และดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในกลุ่มที่มีปัญหาและแบบติด ประเมินโดยแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) มีระดับคะแนน ≥ 16 คะแนน ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและอยู่ในระยะเตรียมจำหน่ายที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2) มีอาการทางจิต

สงบ ประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) มีระดับคะแนนประเมินน้อยกว่า 36 คะแนน 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 5) ผู้ป่วยต้องไม่ใช่บุคคลที่อาศัยอยู่เพียงลำพังต้องมีผู้ดูแลหลัก 6) ญาติหรือผู้ดูแลหลักต้องมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป (วัยผู้ใหญ่) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้และให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ **เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)** มีดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่กำหนด 2) กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรงระหว่างการดำเนินการวิจัย 3) ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายรุนแรง เช่น ตับแข็ง ตับอักเสบ และมะเร็งตับ ซึ่งอาจมีผลต่อการวิจัย

ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเกินที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการดำเนินการวิจัย ในครั้งนี้ ได้แก่ ระดับจากการประเมินพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์จากแบบประเมิน AUDIT โดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา (คะแนน 16 - 19 คะแนน) และกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการดื่มแอลกอฮอล์แบบติด (คะแนน 20 คะแนนขึ้นไป) จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการจับฉลากเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดี และมีความครอบคลุมลักษณะของประชากรกลุ่มละ 20 คน ผลจากการดำเนินการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีการ Drop out จำนวน 2 คน กลุ่มควบคุม Drop out จำนวน 1 คน เนื่องจากต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุการกลับไปใช้สารเสพติดร่วม ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 37 คน ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง

จำนวน 18 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 19 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1) โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Miller & Rollnick¹⁴ ในการสร้างโปรแกรมครั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายบุคคล โดยจะดำเนินกิจกรรมติดต่อกัน 5 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม 2 ครั้ง ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และอยู่ในระยะเตรียมจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและการบำบัดต่อเนื่องทางโทรศัพท์ในครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 2 - 4 ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยการบำบัดต่อเนื่องทางโทรศัพท์และในสัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยการนัดผู้ป่วยมาติดตามผลการบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ในแต่ละครั้งใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 30 - 45 นาที

2) คู่มือผู้ป่วยในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ เป็นคู่มือสำหรับผู้ป่วยที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้นำกลับไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ เพื่อให้ผู้ป่วยได้จัดการปัญหาความอยากดื่มแอลกอฮอล์อันเป็นเหตุให้กลับไปดื่มซ้ำ ภายในคู่มือผู้ป่วยเล่มนี้จะเป็นเครื่องมือ สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองได้สำเร็จ ขอบเขตเนื้อหาภายในคู่มือประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ ผลกระทบจาก



การดื่มแอลกอฮอล์ การดูแลตนเองเบื้องต้น ปัจจัยกระตุ้น การจัดการกับความเครียดที่นำไปสู่ความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และการสร้างแรงจูงใจและการตั้งเป้าหมายในการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์

3) แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (The Obsessive Compulsive Drinking Scale : OCDS) ของ Anton, Moak, & Latham²¹ ซึ่งพัฒนาโดย Suktrakul และคณะ²² เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ตอบทำการประเมินตนเอง โดยมีตัวเลือกให้เลือก 5 ตัวเลือก ตั้งแต่ 0 - 4 มีข้อความทั้งหมด 12 ข้อ ผลคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 40 คะแนน ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) พบค่าเท่ากับ 0.98 และมีการตรวจสอบความเที่ยงโดยพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคจิตเภท ระยะเวลาในการบริโภคแอลกอฮอล์ สาเหตุการบริโภคแอลกอฮอล์ ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก ประวัติการใช้สารเสพติดร่วม ผู้ดูแลหลัก และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

2) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder Identification Test : AUDIT) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย ปิรทรรตศิลป์กิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์²³ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.80 และค่าความเที่ยง

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.71 ในแบบประเมินนี้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์จะต้องได้คะแนนระดับตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปตามเกณฑ์การคัดเข้า เนื่องจากผู้ดื่มแบบอันตรายและผู้ดื่มแบบติดเป็นผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นผู้ที่เหมาะสมต่อการได้รับการบำบัด¹⁷

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 เตรียมความพร้อมในด้านของความรู้ แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งส่งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตทำการศึกษา

1.2 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินอาการทางจิต (BPRS) ประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) และแบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (OCDS) ก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.2 ในการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองจะได้รับการโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม โดยมีการดำเนินกิจกรรมติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ที่ 1 - 3 ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

และสัปดาห์ที่ 4 - 5 สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 30 - 45 นาที โดยสัปดาห์แรกขณะที่ผู้ป่วยอยู่ ณ แผนกผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และอีก 4 สัปดาห์ เป็นการโทรศัพท์ติดตามขณะที่ผู้ป่วยออกไปอยู่ในชุมชน โดยการโทรศัพท์พูดคุยเป็นเวลา 3 สัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้งๆ ละ 30 - 45 นาที

3. ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยให้ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินอาการทางจิต (BPRS) ประเมินพฤติกรรมการณ์แอลกอฮอล์ (AUDIT) และแบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (OCDS) ก่อนการทดลอง (Pre-test)

3.2 ผู้วิจัยประเมินความอยากดื่มด้วยแบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (OCDS) เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 และหลังจากนั้น 4 สัปดาห์ ประเมินพฤติกรรมการณ์แอลกอฮอล์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยต่อ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 010/2560 เมื่อวันที่ 25 มกราคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive analysis) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละ มีการเปรียบเทียบพฤติกรรมการณ์แอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependence t-test) และเปรียบเทียบพฤติกรรมการณ์แอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการณ์แอลกอฮอล์และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independence t-test) มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการณ์แอลกอฮอล์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม

คะแนนพฤติกรรมการณ์แอลกอฮอล์	Mean	SD	df	t	p
ก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม	18.33	3.01	17	14.50*	.000
หลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม	8.56	3.50			

*p < .05

จากตารางที่ 1 พฤติกรรมการณ์แอลกอฮอล์ก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 18.33 คะแนน ส่วนหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการ



ควบคุมความอยากดื่มมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 8.56 คะแนน โดยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์	N	Mean	SD	df	t	p
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	18	18.33	3.01	35	.340	.736
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	19	18.68	3.25			
หลังการทดลอง						
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	18	8.56	3.50	35	6.027*	.000
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	19	16.42	4.36			

*p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลองพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 18.33 คะแนน ส่วนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 18.68 คะแนน โดยพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภททั้งสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 8.56 คะแนน ส่วนคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 16.42 คะแนน โดยพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่ำกว่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ

ในการควบคุมความอยากดื่ม ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ดังนี้

รูปแบบการบำบัดด้วยโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาตามแนวคิดของแนวคิดการสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick¹⁴ โดยมีหลักการสำคัญ Client centered counseling เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วยตนเอง แกไขความลังเลใจของผู้ป่วย ให้คำแนะนำ ชี้แนะ

แนวทาง และมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจภายใน เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสม เพิ่มขึ้นในการศึกษานี้ คือ เพื่อควบคุมความอยาก ต้มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย โดยมีกระบวนการภายใน การบำบัดแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะการสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะที่ 2 ระยะการนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และระยะที่ 3 ระยะกลยุทธ์การติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เมื่อดำเนินการให้การพยาบาลแบบดูแลต่อเนื่องตามโปรแกรม พบว่า ในระยะเริ่มต้นของการดำเนินการผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ มีระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในขั้นลงมือกระทำ เมื่อเริ่มให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคต่างๆ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์บางคนสามารถที่จะประคองตนเองให้อยู่ในระดับขั้นของการลงมือกระทำ แต่ยังมีผู้ป่วยบางคนยังมีความคิดลังเล ไม่มั่นใจ และขาดแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มจนทำให้กลับไปดื่มซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา²⁴ และ Gregg, Barrowclough, & Haddock²⁵ ที่กล่าวถึงปัจจัยของการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตไว้ว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตจะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อจัดการกับความทุกข์ทรมานจากอาการทางจิตของตนเองจนทำให้เล็งเห็นแต่ผลดีของการดื่มแอลกอฮอล์ และเกิดความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม จนเป็นสาเหตุให้ขาดแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ในด้านการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม มีการคำนึงถึงการใช้เทคนิค DARES ได้แก่ การทำให้เห็นช่องว่างระหว่างเป้าหมายในอนาคตกับปัจจุบัน (Develop discrepancy) การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (Avoid argumentation) การหมั่น

ตามแรงต้าน (Roll with resistant) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Express empathy) และการสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพในตัวบุคคล (Support self-efficacy)²⁰ ประกอบกับการใช้การดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์มีหลักการการฟังอย่างตั้งใจ และถามรายละเอียดเพื่อข้อมูลที่ชัดเจนเข้าใจให้ตรงกับผู้ป่วย มีการทวนความเพื่อตรวจสอบให้มั่นใจว่ามีความเข้าใจที่ถูกต้องและสอดคล้องไปในทางเดียวกัน และเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถามอีกทั้งต้องไวต่อสิ่งที่ผิดปกติในการดำเนินกิจกรรมซึ่งมีส่วนช่วยในการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลงได้ และสามารถเพิ่มระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน เห็นได้จากเมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิดความลังเลใจ ความไม่มั่นใจและทำให้มีพฤติกรรมกลับไปดื่มซ้ำ เกิดแรงต้านเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยมีการใช้เทคนิคหมุนตามแรงต้าน การหลีกเลี่ยงข้อโต้แย้ง การแสดงความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา การแสดงความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์แสดงออก พร้อมทั้งมีการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยเล็งเห็นถึงศักยภาพของตนเอง ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์เกิดความมั่นใจ ไม่ลังเล ไขว่คว้าใจ มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการใช้กระบวนการ FRAMES ได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) การเน้นความรับผิดชอบที่ตัวผู้ป่วย (Responsibility) การแนะนำ (Advice) การให้ทางเลือก (Menu) การเห็นอกเห็นใจ (Empathic style) และการสนับสนุนศักยภาพของผู้ป่วย (Support self-efficacy)²⁰ ซึ่งมีส่วนสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์เกิดแนวทางในการเปลี่ยนแปลง



พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ชัดเจนและมีความเหมาะสมมากขึ้น โดยสามารถคิดและวางแผนดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตนเองและสามารถนำแผนที่วางไว้มาปฏิบัติ และสามารถกระทำได้ตามแผนที่วางไว้ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดนี้เป็นไปตามกระบวนการของการสร้างแรงจูงใจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีแผนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมความอยากดื่มของตนเอง มีแนวทางที่มีความเหมาะสมกับตนเองในการจัดการกับปัจจัย/สถานการณ์เสี่ยงที่กระตุ้น รวมถึงส่งผลให้เกิดความมั่นใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

ผลจากการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทำให้สามารถติดตามให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีความสะดวก รวดเร็ว อีกทั้งยังสามารถให้การช่วยเหลือ แนะนำ ส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจและที่สำคัญ กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ดำเนินตามแผนการที่ได้วางไว้ในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากได้อย่างต่อเนื่องและทันทั่วทั้ง นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ให้ความร่วมมือในการให้การดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์เป็นอย่างดี เห็นได้จากการโทรไปพูดคุยในแต่ละครั้งตามรูปแบบโปรแกรมผู้ป่วยจะให้ข้อมูลที่เพียงพอและครบถ้วนเสมอซึ่งส่วนใหญ่เป็นไปตามแผนที่ได้วางไว้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ McKay และคณะ¹⁸ ที่พบว่ากลุ่มผู้ที่มีแนวโน้มในการกลับไปติดแอลกอฮอล์ซ้ำมีผลการรักษาดีกว่าหากได้รับการกระตุ้นและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องเมื่อเทียบกับวิธีการรักษาแบบมาตรฐานและการศึกษาของ Tinakon และคณะ¹⁷ พบว่า การให้การดูแลทางโทรศัพท์ในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีจำนวนวันดื่มความถี่และปริมาณการดื่มโดยเฉลี่ยลดลงมากกว่าการดูแลตามปกติ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผล

ของการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการใช้โทรศัพท์ดูแลต่อเนื่อง และผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ในระยะหลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่ม แอลกอฮอล์มีระดับ ความอยากดื่ม แอลกอฮอล์ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเมื่อติดตามพฤติกรรมกรดื่ม แอลกอฮอล์พบว่าลดลงเช่นกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า หากเมื่อกลุ่มผู้ป่วยป่วยที่ติดแอลกอฮอล์สามารถลดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ลงแล้ว พฤติกรรมกรดื่มแอลกอฮอล์ก็จะสามารถลดลงไปด้วยเช่นกัน

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 2 ดังนี้

ผู้วิจัยได้มีการควบคุมอิทธิของตัวแปรเกินที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยครั้งนี้ คือระดับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched paired) แล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมกรดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยในระยะก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (Mean = 18.33 และ 18.68 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ, $p > .05$) แต่ในระยะหลังจากการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม ช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถควบคุมความอยากดื่มได้และนำไปสู่การลดพฤติกรรมกรดื่มแอลกอฮอล์ลงได้ ซึ่งมีความแตกต่างกับการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับ กล่าวคือ การพยาบาลตามปกติเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับจากหอผู้ป่วย ซึ่ง

ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษารายบุคคลและรายครอบครัว การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การบำบัด การสร้างแรงจูงใจ การให้สุศึกษาในเรื่องต่างๆ และเมื่อสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาลจะได้พบแพทย์จะมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาและการข้างเคียงจากการใช้ยาในการรักษาอาการทางจิตรวมถึงการปฏิบัติตัวเบื้องต้น และมีการติดตามพฤติกรรมที่ดีขึ้น แอลกอฮอล์ รวมถึงมีการให้คำปรึกษาระยะสั้น ซึ่งรูปแบบดังกล่าวเป็นเพียงการดูแลที่มีความเกี่ยวเนื่องกับปัญหาทางจิตที่เกิดขึ้นเท่านั้นยังไม่ครอบคลุมถึงระดับของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จะต้องดำเนินการให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์บางส่วนยังคงมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง การใช้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มจะมีการใช้หลักการของการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โทรศัพท์ ซึ่งจะมีส่วนช่วยผลักดันและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีระดับแรงจูงใจที่เพิ่มขึ้น สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมที่ดีขึ้นแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละสัปดาห์ของกิจกรรมจะมีการตรวจสอบแรงจูงใจ โดยที่ผู้ป่วยยังคงต้องอยู่ในขั้นของการลงมือกระทำเพื่อให้มีความพร้อมในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเมื่อพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีการลังเลใจเกิดขึ้นพยาบาลต้องเสริมแรงและกระตุ้นให้ผู้ป่วยขจัดความลังเลใจนั้น โดยการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick¹⁴ โดยต้องไม่มีการสร้างความขัดแย้ง (Avoid argumentation)

แต่ใช้การยอมรับแรงต้าน (Roll with resistant) ตอบสนองต่อแรงต้านนั้นโดยการโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเกิดความคิดใหม่ไปในแนวทางที่เหมาะสม พร้อมทั้งย้ำคำมั่นสัญญากระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม สำหรับการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โทรศัพท์ในการควบคุมความอยากดื่มจะยึดหลักของการดูแลอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ของ McKay และคณะ¹⁸ คือ การฟังอย่างตั้งใจ การถามรายละเอียด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน มีการทวนความทุกครั้งเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกับผู้ป่วย ต้องจับลักษณะที่ผิดปกติของผู้ป่วยจากน้ำเสียง หรือการแสดงออกอื่นๆ และหาสาเหตุของลักษณะที่ผิดปกติไปของผู้ป่วยเพื่อทำการแก้ไข มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ตลอดจนมีการจดบันทึกข้อมูลในการดำเนินกิจกรรมทุกครั้งเพื่อให้การดำเนินกิจกรรมเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด และจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โทรศัพท์ในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมที่ดีขึ้นแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ผลของโปรแกรมสามารถช่วยควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ลงได้และส่งผลให้พฤติกรรมที่ดีขึ้นแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยลดลงไปด้วยเช่นกัน

≡ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัย ไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมที่ดีขึ้นแอลกอฮอล์ไปใช้สามารถปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม เช่น ในการฝึกทักษะต่างๆ ในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น หรือการร่วมอภิปรายในการหาแนวทางเกี่ยวกับ



การปฏิบัติตัวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์

1.2 การสร้างแรงจูงใจนี้เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับแรงจูงใจภายในเพิ่มขึ้นจนสามารถลงมือกระทำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นจึงควรมีการติดตามต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ

2.2 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์เมื่อกลับไปใช้ชีวิตในสังคม เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มหลังการบำบัดในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เนื่องจากระดับแรงจูงใจของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงแนวโน้มและข้อมูลเชิงคุณภาพของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มของผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกัน

3. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

4. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมความอยากดื่มไม่สำเร็จในและต้องกลับไปดื่มซ้ำในระยะที่ 2 เพื่อวิเคราะห์หาแนวทางในการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Schizophrenia. [Internet]. [cited 2014 January 4]. Available from: <http://www.who.int/topics/schizophrenia/en/>.
2. Talamo A, Centorrino F, Tondo L, Dimitri A, Hennen J. Comorbid substance-use in schizophrenia: relation to positive and negative symptoms. *Schizophr Res* 2006;86 (1-3):251-5.
3. Latt N, Jurd S, Tennant C, Lewis J, Macken L, Joseph A, et al. Alcohol and substance use by patients with psychosis presenting to an emergency department: changing patterns. *Australas Psychiatry* 2011;19(4):354-9.
4. Somdet Chaopraya Institute of Psychiatric. Annual Report 2557. Somdet Chaopraya Institute of Psychiatric: Bangkok; 2015. (in Thai).



5. Saengcharncha P. Review of psychosocial treatment for alcohol dependence. Chiang Mai: Wanida press; 2552. (in Thai).
6. Hemarat K, Phaokuntarakom W, Hoonthasam S. The development of public health center nurses network to care for schizophrenic patients at home. *Journal of Mental Health of Thailand* 2012;26(2):1-15. (in Thai).
7. Sornsuwan S, Srikosai S, Saardarwut P. Effectiveness of motivational interviewing program among patients with schizophrenia and alcohol use disorder. *Journal of Mental Health of Thailand* 2012;20(3):144-53. (in Thai).
8. Tiffany ST, Cynthia AC. A cognitive processing model of alcohol craving and compulsive alcohol use. *Addiction* 2000;95(8):145-53.
9. Martio S, Carroll K, Kostas D, Perkins J, Rounsaville B. Dual diagnosis motivational intervention: a modification of motivational interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *J Subst Abuse Treat* 2002;23(4):297-308.
10. Munro T, Edward KL. Mental illness and substance use: an Australian perspective. *International Journal of Mental Health Nursing* 2008;17:255-260.
11. Santa Ana EJ, Wulfert E, Nietert PJ. Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. *J Consult Clin Psychol* 2007;75(5):816-22.
12. Baker AL, Hiles SA, Hide TL, Lubman DI. A systematic review of psychological intervention for excessive alcohol consumption among people with psychotic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2012;126(4):243-55.
13. Niaura R. Cognitive social learning and related perspectives on drug craving. *Addiction* 2000;95:155-63.
14. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford press; 1991.
15. John UR, Driessen D, Wetterling M, Dilling H. Motivational intervention: an individual counseling vs a group treatment approach for alcohol-dependence in-patients. *Alcohol Alcohol* 2003;38(3):263-9.
16. Srikosai S. 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(3):259-72. (in Thai).
17. Wongpakaran T, Petcharaj K, Wongpakaran N, Sombatmai S, Boripuntakul T, Intarakamhaeng D, et al. The effect of Telephone-Based Intervention (TBI) in alcohol abusers: a pilot study. *J Med Assoc Thai* 2011;94(7):849-56.

18. McKay JR, Lynch KG, Shepard DS, Pettimati HM. The effectiveness of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine dependence: 24-months outcome. *Archives of General Psychiatry* 2005;62(2):199-207.
19. Signor L, Pierozan PS, Ferigolo M, Fernandes S, Moreira TC, Mazoni CG, et al. Efficacy of the telephone-based Brief Motivational Intervention for alcohol problems in Brazil. *Braz J Psychiatry* 2013;35(3):254-61.
20. Chaipichitpan N. Motivational enhancement therapy: alternative care for drug abuse patient. *Thammasat Medical Journal* 2013;12(1):98-108.
21. Anton R, Moak DH, Latham P. The obsessive compulsive drinking scale: a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior. *Alcohol Clin Exp Res* 1995;19(1):92-9.
22. Suktrakul S, Yunibhand J, Chaiyawat W. The effect of alcohol craving control program on alcohol consumption in alcohol dependence. [Doctoral Dissertation, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2009.
23. Silpakit P, Kittiratanapaiboon P. Alcohol Use Identification Test (AUDIT). Bangkok: Thantawan paper; 2010. (in Thai).
24. Darakorn na Ayuthaya P. Success in alcohol abstinence from alcohol patients with psychiatric disorders. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2013;27(1):1-15. (in Thai).
25. Gregg L, Barrowclough C, Haddock G. Reasons for increased substance use in psychosis. *Clin Psychol Rev* 2007;27(4):494-510.