

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจรายบุคคลต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา
และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาในผู้ป่วยโรคติดสุรา

ลวิญญ์วิชญพงศ์ ภูมิจีน

- 1 ส.ค. 2560

369 069

11/06/2017

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

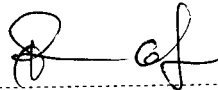
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ธันวาคม 2559

ลิขสิทธิ์นี้เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

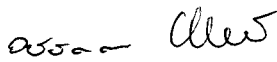
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ลวิญญูวิชญพงษ์ ภูมิเงิน ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

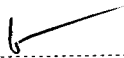
(ดร.จันทจุฑา ชัยเสนา ดาลาส)



..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

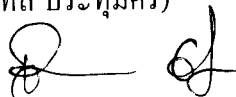
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ร.อ.หญิงชนัดดา แนบเกษร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



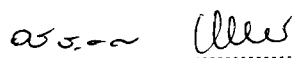
..... ประธาน

(นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี)



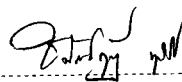
..... กรรมการ

(ดร.จันทจุฑา ชัยเสนา ดาลาส)



..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ร.อ.หญิงชนัดดา แนบเกษร)



..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัญญชิตาคุษฎี ทูลศิริ)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย
บูรพา



..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 12 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาของ ดร.จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ซึ่งให้ความรู้ ความเมตตาให้ข้อเสนอแนะแนวคิด แก้ไข ข้อบกพร่องและเสริมสร้างกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความเอาใจใส่ดียิ่งเสมอมา รวมทั้ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รอ.หญิง ดร.ชนัดดา แนบเกษร อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ช่วยกรุณาให้คำแนะนำ ในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้จนสำเร็จลงได้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณนายแพทย์เวทิส ประทุมศรีที่เป็นคณะกรรมการสอบเค้าโครงร่าง และสอบปากเปล่า พร้อมทั้งกรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้ ถูกต้อง และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณแพทย์หญิงณัฐพร ใจสมุทร สกฤตแพทย์ นายแพทย์ชำนาญการ และนายพรชัย ทูมมา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา คุณพัชรินทร์ อรุณเรือง นักจิตวิทยาชำนาญการพิเศษ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่ได้ให้ทุนการศึกษา ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล จิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว ราชนครินทร์ทุกท่าน ที่เอื้อเฟื้อและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล จนทำให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บุคลากร บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

ลวิญญูวิชญพงศ์ ภูมิจีน

53920625: สาขาวิชา: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช; พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คำสำคัญ: การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ/ โปรแกรม/ พฤติกรรมการดื่มสุรา/ ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา/ ผู้ป่วยโรคติดสุรา

ลวิญญูวิชญพงษ์ ภูมิจีน: ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาในผู้ป่วยโรคติดสุรา (THE EFFECT OF INDIVIDUAL MOTIVATIONAL ENHANCEMENT THERAPY PROGRAM ON DRINKING BEHAVIOR, STAGES OF CHANGE READINESS AND TREATMENT EAGERNESS AMONG PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE)
 คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: จินห์จู้ทา ชัยเสนา ดาลลาส, Ph.D., ชนิดดา แนบเกษร, Ph.D.
 105 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

โรคติดสุราส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจซึ่งมักเกี่ยวข้องกับร่างกาย การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลังและติดตามผลครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดสุรา ที่มารับบริการในหอผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนกรินทร์ จำนวน 24 คน ทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล โดยใช้แบบประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (SOCRATES-8A) และแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาการทดสอบที การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ และเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอโรนี

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาด้านการยอมรับและปริมาณการดื่มคำนวณเป็นดื่มมาตรฐานในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ควรนำโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลไปใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา

53920625: MAJOR: MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING; M.N.S.
(MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

KEYWORDS: MOTIVATIONAL ENHANCEMENT THERAPY/ PROGRAM/ DRINKING
BEHAVIOR/ STAGES OF CHANGE READINESS AND TREATMENT
EAGERNESS/ ALCOHOL DEPENDENCE PATIENTS

LAWINVICHCHAYAPONG BHUMIJEEN: THE EFFECT OF INDIVIDUAL
MOTIVATIONAL ENHANCEMENT THERAPY PROGRAM ON DRINKING BEHAVIOR,
STAGES OF CHANGE READINESS AND TREATMENT EAGERNESS AMONG PATIENTS
WITH ALCOHOL DEPENDENCE. ADVISORY COMMITTEE: JINJUTHA CHAISENA
DALLAS, Ph.D., CHANUDDA NABKASORN, Ph.D. 105 P. 2016.

Alcohol dependency disorder affects the mental state and often the body also. The aim of this two-group pretest-posttest and follow-up quasi-experimental research was to determine the effect of an individual motivational enhancement therapy program on drinking behavior and the stage of change readiness and treatment eagerness among patients with alcohol dependency. Twenty four participants from the out-patient department of Sakaeo Ratchanakarinda hospital who met the inclusion criteria were recruited in the study. They were randomly assigned into either an experimental group ($n = 12$) or a control group ($n = 12$). Participants in the experimental group received the individual motivational enhancement therapy program while those in the control group received routine nursing care. Outcomes data were collected at pretest, posttest and the 1 month follow-up period by using the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES-8A) and Alcohol Drinking Behavior Records. Data were analyzed by descriptive statistics, independent t-test, two-way repeated measure ANOVA and Bonferroni method.

The results revealed that after receiving the intervention program, there were statistically significantly differences in mean scores of stage of change readiness and treatment eagerness and amount of alcohol consumed as measured by standard drinks between the experimental and the control groups ($p < .001$).

The results suggest that nurses and health care providers could apply this program to change behavior in alcohol dependent patients.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ซ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ทั่วไป.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับโรคติดเชื้อและพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา.....	12
ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความต้องการรักษา.....	25
โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ.....	27
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	41
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย.....	43
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	44
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	45
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	48
4 ผลการวิจัย.....	49
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการ เปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง.....	50

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และความต้องการรักษา ร้อยละ จำนวนวันที่หยุดดื่ม ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่ม (คำนวณเป็นคิมมาตรฐาน) ของผู้ป่วยโรคติดสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน	51
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดื่มสุราและความพร้อม ในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดสุรา ในระยะก่อน การทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA).....	57
5 สรุปและอภิปรายผลการวิจัย	64
สรุปผลการวิจัย	64
อภิปรายผลการวิจัย	65
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	68
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	69
บรรณานุกรม.....	70
ภาคผนวก.....	77
ภาคผนวก ก	78
ภาคผนวก ข	80
ภาคผนวก ค	99
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	105

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ จำนวนตามข้อมูลพื้นฐาน.....	50
2	คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน.....	51
3	ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มและค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มของผู้ป่วยโรคติดเชื้อของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน	53
4	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	54
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	55
6	การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลต่างความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (ด้านการยอมรับ) ในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบสถิติ Independent <i>t</i> -test	56
7	การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลต่างความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ(ด้านการยอมรับ)ในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการทดสอบสถิติ Independent <i>t</i> -test.....	56
8	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (ด้านความถี่) ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	57
9	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (ด้านกำลังลงมือกระทำ) ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง.....	58

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุรา ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง.....	59
11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของปริมาณการดื่มโดยคำนวณเป็นดื่มมาตรฐาน ของผู้ป่วยโรคติดสุรา ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง.....	60
12 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มคำนวณเป็นดื่มมาตรฐาน ของผู้ป่วยโรคติดสุราในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น ทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน	62
13 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มคำนวณเป็นดื่มมาตรฐาน ของผู้ป่วยโรคติดสุราในกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น ทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน	63

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย	9
2	ขั้นตอนการดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล	47
3	การปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง	61

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดสุรา (Alcohol dependence disorder) เป็นปัญหาสำคัญอันดับต้น ๆ ของประเทศไทย จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) พบว่า ทั่วโลกมีประชากรกว่า 4,000 ล้านคน ติดสุราและได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคติดสุรา (World Health Organization [WHO], 2001) จากการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย พบว่า โรคจิตเวชเนื่องจากแอลกอฮอล์มีอัตราความชุกพบมากอันดับที่สองถึงร้อยละ 28.5 เมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตเวชอื่น ๆ รองจากโรคจิตเภท (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตตรัตนไพบุลย์ และอัจฉรา จรัสสิงห์, 2547) และจากการสำรวจความชุกของความผิดปกติจากการดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย พบว่า โรคจิตเวชร่วมกับการใช้สุรามีจำนวนร้อยละ 37 และมีผู้ติดสุราถึง 3.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6.6 ของผู้มีปัญหาจากสุรา (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2551) นอกจากนี้พบสถิติของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี พ.ศ. 2550 มีประมาณร้อยละ 9.1 และในปี พ.ศ. 2551 เพิ่มขึ้นร้อยละ 10.1 ของผู้มารับบริการทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2552) จากรายงานผลการปฏิบัติงานในปีงบประมาณ 2556-2558 ของงานบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ พบว่า อัตราการมารับบริการของผู้ป่วยโรคติดสุรามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเป็นอันดับที่สองของผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมดรองจากผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีจำนวนร้อยละ 10.5, 15.7 และ 20.3 ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์, 2556) ซึ่งพบว่าการป่วยด้วยโรคติดสุราส่งผลกระทบต่อบุคคลในด้านต่าง ๆ ตามมา

การติดสุราก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อผู้ติดสุรา ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม โดยผลต่อตัวผู้ติดสุรา ก่อให้เกิดผลด้านร่างกายและจิตใจ โรคติดสุราทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง อธิบายโดยแอลกอฮอล์จะไปกระตุ้นทำให้สมองส่วนนอยาก (Amygdala) หลั่งสารเคมีแห่งความสุขที่ชื่อ โดปามีน (Dopamine) เมื่อสมองหลั่งสารโดปามีนมามากผิดปกติ จนทำให้รู้สึกเป็นสุขมากกว่าปกติ สมองจะมีการปรับตัวด้วยการลดการหลั่งสารเคมีนั้นลง เมื่อหมดฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ สมองก็ขาดสารโดปามีน ทำให้มีอาการหงุดหงิด ซึมเศร้า กลายเป็นอาการถอน (Withdrawal) และอาการอยาก (Craving) ส่งผลให้ผู้ดื่มพยายามแสวงหาสุรามาดื่มซ้ำ ๆ แม้ว่าจะเกิดผลกระทบต่าง ๆ ในชีวิตแล้วมากมาย เมื่อดื่มสุราเพียงปริมาณเล็กน้อย ก็เกิดภาวะติดลมและควบคุม

การดื่มได้ยาก และยังคงเพิ่มปริมาณสุราขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์แห่งความสุขเท่าเดิม เรียกว่า อาการคือ (Tolerance) ในขณะที่เดียวกันสมองส่วนคิด (Cerebral cortex) ก็ถูกทำลาย ทำให้สูญเสียการใช้ความคิดแบบเป็นเหตุผล กลายเป็นสมองส่วนอยากจะอยู่เหนือสมองส่วนคิด สมองส่วนคิดจะไม่สามารถยับยั้งสมองส่วนอยาก ผู้ดื่มจึงต้องค้นหาสุรามานเสพให้ได้ นอกจากนี้เมื่อการใช้ความคิดแบบเป็นเหตุผลเสียไป ทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิด สูดท้ายเกิดอาการทางจิต และเป็นโรคจิตได้ พฤติกรรมเป็นแบบอารมณ์อยู่เหนือเหตุผล (ชัชวาล ศิลปกิจ, รัตนา สายพานิชย์, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, อุไร บุรณพิเชษฐ์ และอัญชลี จุมพลจามิกร, 2547) ด้านร่างกายพบการเจ็บป่วยที่มาจาก การดื่มสุรา เช่น โรคตับแข็ง (Cirrhosis) โรคหัวใจและหลอดเลือด (Coronary heart disease) ซึ่งผลของโรคหัวใจและหลอดเลือดทำให้หัวใจเต้นเร็ว เกิดความดันโลหิตสูงและอาจเกิดภาวะหัวใจวายตามมา สำหรับบุคคลที่ดื่มมาก ๆ อาจทำให้เป็นโรคมะเร็งในช่องปากและมะเร็งทางเดินอาหารได้ (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) นอกจากนี้การติดสุรายังมีผลต่อสุขภาพจิต กล่าวคือ ผลของสุราทำให้เกิดอาการทางจิต เช่น อาการหูแว่วประสาทหลอน เป็นโรคจิตจากสุราหากมีการเสพสุราอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล อาการซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย และโรคอารมณ์แปรปรวน เป็นต้น (ชสิทธิ์ แสนไชย, 2549) สำหรับผลกระทบต่อครอบครัว พบว่า การติดสุราทำให้มีผลกระทบต่อด้านบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว รวมทั้งส่งผลต่อสุขภาพจิตของคนในครอบครัว (Gelder, Mayou, & Cowen, 2001) จากผลการสำรวจความรุนแรงในครอบครัวของ ปี พ.ศ. 2547 ได้สรุปว่าสาเหตุที่นำไปสู่ความรุนแรงในครอบครัว คือ แอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 30.4 ผลกระทบด้านสังคม มีการศึกษาพบว่า แอลกอฮอล์ทำให้เกิดการกระทำความผิดทางร่างกาย ร้อยละ 20 (สำนักเครือข่ายองค์กรงดเหล้า, 2548) สำหรับผลกระทบของการติดสุราต่อการสูญเสียด้านเศรษฐกิจ พบว่า รายจ่ายของภาครัฐจากการสูญเสียด้านเศรษฐกิจ เช่น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและด้านสังคม ด้านอาชญากรรม ความรุนแรงที่มีสาเหตุจากสุรา พบว่า มีจำนวนไม่ต่ำกว่า 5 แสนถึงหนึ่งล้านล้านบาทต่อปี (บัณฑิตศรีไพศาล, 2549) จากปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์จนเจ็บป่วยด้วยโรคติดสุราดังกล่าว ถ้าได้รับการบำบัดรักษา หรือช่วยเหลือในระยะเริ่มต้นจะเป็นการป้องกันมิให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติมากขึ้น และเกิดผลกระทบที่รุนแรงในหลายด้านตามมา

ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูโดยทั่วไปใช้รูปแบบเดียวกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (ทิพาวดี เหมะวรรณนะ, 2547) ได้แก่

- 1) การเตรียมการ (Preparation phase) เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้เข้ารับการรักษาและผู้ให้บริการ ทำความเข้าใจกับขั้นตอนวิธีการรักษา ความรับผิดชอบที่จะลดเลิกสุรารวมทั้งให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา
- 2) การถอนพิษยา (Detoxification phase) เพื่อให้ผู้ติดสุรา

ได้รับการรักษาอาการถอนพิษสุรา เมื่อหยุดหรือลดปริมาณการดื่มลง เป็นการรักษาทางกายด้วยยาต้านภาวะวิตกกังวล (Benzodiazepines) จุดมุ่งหมายคือบรรเทาอาการขาดสุรา ป้องกันการเกิดอาการชักป้องกันการเกิดภาวะสับสน (Delirium tremens) 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation phase) เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจช่วยให้สมองมีการฟื้นตัวกลับมาทำงานได้ใกล้เคียงกับปกติ เป็นการบำบัดที่เรียกว่าจิตสังคมบำบัด (Psychosocial treatment) และ 4) การติดตามหลังการรักษา เป็นการติดตามดูแลหลังการฟื้นฟูสภาพจิตใจเพื่อให้ความช่วยเหลือคำแนะนำและเสริมสร้างให้กำลังใจและที่สำคัญคือการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ ซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยที่หายแล้วสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ (สาวิตรี อัยณรงค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ นับเป็นขั้นตอนหนึ่งในการบำบัดที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับพฤติกรรมการดื่มโดยการลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่องและคงทนซึ่งสามารถทำได้หลายวิธีการ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhance Therapy [MET]) เป็นการบำบัดที่ีดีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยสำรวจและแก้ไขความลังเลใจของตนเอง (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2004) ซึ่งมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ การบำบัดนี้ใช้แนวทางการให้การบำบัดทางจิตวิทยาที่เน้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of change) ซึ่งได้รับการคิดค้นขึ้นมาโดย Miller and Rollnick (1991) แนวทางของ MET อิงทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska and DiClemente (1982) ซึ่งอธิบายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ตั้งแต่ขั้นที่ไม่ใส่ใจปัญหา จนถึงขั้นลงมือเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นเฝ้าเฉย (Pre-contemplation) ขั้นลังเลใจ (Contemplation) ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination) ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action) ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) และขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) ซึ่งแนวทางการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) ผู้บำบัดได้นำทั้ง Stage of change และ Motivational interviewing มาใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในปัญหาพฤติกรรมสุขภาพหลาย ๆ อย่างแล้วได้ผลดี เช่น การติดสุรา การติดสารเสพติด โรคอ้วน การปรับพฤติกรรมออกกำลังกาย การฝึกสติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น ในปี ค.ศ. 1989 Miller (1989) ได้พัฒนาวิธีการมาตรฐานหลักเพื่อบำบัดผู้ติดสุราในโครงการ MATCH ของ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA] เรียกว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ผลการศึกษาพบว่า วิธีนี้ได้ผลดีอย่างมีนัยสำคัญและไม่แตกต่างจากวิธีการบำบัดมาตรฐานอื่น ๆ

แต่เป็นการบำบัดที่เร่งรัดและใช้ระยะเวลาสั้นกว่า เพื่อเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation enhance therapy) เป็นการบำบัดแบบสั้น โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client center) ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 1-4 ครั้ง ประกอบด้วย การประเมิน (Assessment) การสะท้อนกลับ (Feedback) และการใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing [MI]) (NIAAA, 2004) ทั้งนี้โครงสร้างหลักของการเสริมสร้างแรงจูงใจประกอบด้วยระยะต่าง ๆ 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) โดยผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดประโยคที่สร้างแรงจูงใจ (Self Motivation Statement [SMS]) โดยพูดถึงการดื่มสุร่าอย่างตรงไปตรงมา พูดถึงความจริงหรือสิ่งที่เป็นปัญหาจากการดื่มสุร่า พูดถึงความจำเป็น ความต้องการหรือความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินก่อนรักษาย้อนกลับ ระยะที่ 2 การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง (Strengthening commitment) สังเกตความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และเอาแผนของผู้รับการบำบัดหรือของญาติมาพูดคุย ระยะที่ 3 กลยุทธ์การติดตามต่อเนื่อง (Follow through strategies) ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงโมฆะการรักษาครั้งที่แล้ว และประเมินแรงจูงใจหากไม่ดีขึ้น กำหนดแผนการใหม่และให้คำมั่นสัญญา การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นหัวใจสำคัญในการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุร่า (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงผลการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ติดสุร่าที่สามารถช่วยในการสร้างแรงจูงใจและลดการดื่มสุร่าได้ในระดับปลอดภัย (สวัสดี เทียงธรรม, 2551) สามารถหยุดและลดปริมาณการดื่มสุร่าลง (วิมาลา เจริญชัย, อัมพร สีลากุล, ฉวีรัถย์ สีลา และนุสรุา พูนเพิ่ม, 2551) จากผลการศึกษาของ สุนทรศรีโกโสย (2548) พบว่า ผู้ติดสุร่าที่รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจำนวน 7 ครั้ง โดยแต่ละครั้งของการบำบัดห่างกัน 2 สัปดาห์ พบคะแนนความสามารถในหน้าที่โดยรวมเพิ่มขึ้นในแต่ละระยะของการบำบัด คะแนนขึ้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาในด้าน การยอมรับ ด้านความลังเล และด้านการลงมือทำ ในการบำบัดระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 7 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ สายรัตน์ นกน้อย, พิชัย แสงชาญชัย, อุษา ดันติแพทยางกูร และราม รังสินธ์ (2547) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษากับผู้มีปัญหาจากการดื่มสุร่า โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า สามารถลดการดื่มให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัย ได้มากกว่ากลุ่มที่ยังไม่ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gray, McCambridge, and Strang (2005 อ้างถึงใน ดอกรัก พิฑาคำ, 2549) ซึ่งศึกษาประสิทธิภาพของการเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มสุร่า สุบบุหรี และกัญญา ในกลุ่มวัยรุ่นของเมือง

ลอนดอน ประเทศอังกฤษจำนวน 162 คน พบว่า หลังจากติดตามผล 3 เดือน วัยรุ่นที่ได้รับการเสริมสร้างแรงงใจ ลดการบริโภคสารเสพติด 3 ชนิดที่กล่าวมาข้างต้นลงร้อยละ 87

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแห่งเดียวในภาคตะวันออก ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การบริการผู้ป่วยนอกเน้นการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การตรวจรักษา การบำบัดโรคและการฟื้นฟูสมรรถนะผู้ป่วยโรคทางจิตเวช มีการตรวจรักษาโรคจิตเวชทั่วไป โรคจิตเวชเด็กและคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ มีทั้งการบำบัดรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม การบำบัดรักษาด้วยยาเน้นเรื่องลดความอยากในการดื่มสุราและป้องกันการเกิดอาการถอนพิษสุราโดยใช้ยากลุ่มต้านความวิตกกังวล (Benzodiazepines) เช่น Lorazepam, Diazepam เป็นต้น การบำบัดแบบจิตสังคมเน้นการบริการแบบผู้ป่วยในหลังจากพ้นภาวะถอนพิษสุรา โดยพัฒนารูปแบบการบำบัดแบบผสมผสานในการใช้การปรับความคิดและพฤติกรรม การเสริมสร้างแรงงใจและการบำบัดแบบประทับประคองเรียกว่าโปรแกรมเนส (Nurse Education Supportive Program [NES]) ใช้เวลาจำนวน 2 สัปดาห์ รูปแบบการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกใช้การบำบัดแบบสั้น (Brief counseling) จัดให้มีการบำบัด 2 วัน ในวันพุธและวันศุกร์ โดยใช้บุคลากรที่รับผิดชอบงานยาเสพติดและปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนอก จากผลการปฏิบัติที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่กลับมารักษาซ้ำ และรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในด้วยอาการติดสุราและมีอาการทางจิตจากสุรา ส่วนรูปแบบการบำบัดยังไม่ชัดเจน ผู้บำบัดยังไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทางในการบำบัดสุราและยาเสพติด มีการปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง และขาดการประเมินผลของการบำบัดหลังจากนั้น เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ที่เน้นการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและซับซ้อน ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่เดินทางลำบากและต้องการได้รับบริการที่รวดเร็วและใช้ระยะเวลาสั้น ๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยากจนและต้องประกอบอาชีพ ทำให้มีข้อจำกัดในการเดินทางมาบำบัดอย่างต่อเนื่อง ในระยะเวลายาวนาน ดังนั้นการออกแบบการบำบัดจึงต้องคำนึงถึงข้อจำกัดและบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ามาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ว่าควรมีการพัฒนาูปแบบการบำบัดให้ชัดเจน ครอบคลุมถึงการพัฒนาแรงงใจของบุคคลจากความเข้มแข็งภายในจิตใจเพื่อผลักดันให้มีเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรม การดื่มสุราและมีความพร้อมในการรักษา จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจรายบุคคลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

และความต้องการรักษา ที่เน้นการบำบัดที่ครบกระบวนการของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ แต่ออกแบบให้สั้น กระชับเพียง 4 ครั้ง เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชในคลินิก การวิจัยครั้งนี้ น่าจะเป็นแนวทางในการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ชัดเจนและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยติดสุราให้ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม เพื่อการเลิกสุราของผู้ป่วย โรคติดสุราและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลต่อพฤติกรรม การดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความต้องการรักษา ของผู้ป่วยโรคติดสุรา ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา ด้านการยอมรับ ด้านความกังวลและด้านกำลังลงมือกระทำของผู้ป่วยโรคติดสุรา ได้แก่ ในระยะ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ได้แก่ ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณการดื่มคำนวณเป็นดื่มมาตรฐานของผู้ป่วยโรคติดสุรา ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา ด้านการยอมรับ ด้านความกังวล และด้านกำลังลงมือกระทำของผู้ป่วยโรคติดสุรา ได้แก่ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกุ่มทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ได้แก่ ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และปริมาณการดื่มคำนวณเป็นดื่มมาตรฐานของผู้ป่วยโรคติดสุรา ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคติดสุราในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม และความต้องการรักษา ด้านการยอมรับ ด้านความกังวล และด้านกำลังลงมือกระทำ ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

2. ผู้ป่วยโรคติดสุราในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ได้แก่ ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มและปริมาณการดื่ม คำนวณเป็นดื่มมาตรฐานในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลแตกต่างกันจากกลุ่มควบคุม
3. ผู้ป่วยโรคติดสุราในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความต้องการรักษาด้านการยอมรับ ด้านความลังเล และด้านกำลังลงมือกระทำในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคติดสุราในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ได้แก่ ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มและปริมาณการดื่ม คำนวณเป็นดื่มมาตรฐานในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) ของ Miller and Rollnick (1991) โดยอิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ที่ช่วยให้ผู้บำบัดเข้าใจลำดับขั้นของแรงจูงใจของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลในผู้ป่วยโรคติดสุรา ซึ่งมีหลักการคือยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เป็นวิธีการบำบัดที่เน้นให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจภายในตัวเอง (Intrinsic motivation) โดยแก้ไขความลังเลใจและเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยใช้หลักของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interview) เป้าหมายของการช่วยเหลือ คือ ช่วยแก้ไขความลังเลใจเพื่อให้บุคคลสามารถขับเคลื่อนตนเองไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีได้ (Miller & Rollnick, 1991; 1995)

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ใช้แนวคิดที่เชื่อว่าบุคคลแต่ละคนมีพลังอำนาจผลักดันตนเองให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ ผู้บำบัดจึงเปรียบเสมือนผู้ที่ช่วยให้บุคคลสามารถนำพลังอำนาจที่มีอยู่ในตัวมาใช้ให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นธรรมชาติ โดยใช้กลยุทธ์การชักชวน โน้มน้าวและให้กำลังใจกับผู้ป่วย การสร้างแรงจูงใจ ภายใต้อารมณ์ความรู้สึกอันดีระหว่างผู้รักษาและผู้รับบริการและการแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการบำบัดผู้ติดสุรา ผู้วิจัยออกแบบโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุรา ตามแนวคิดของ Miller and Rollnick (1991) ประกอบด้วยการบำบัด 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบไปด้วย

ครั้งที่ 1 กิจกรรมรู้จักเปิดใจ (สัปดาห์ที่ 1) เป็นการรวบรวมข้อมูล ประเมินปัญหา สำรวจความคาดหวังในการรักษา ประเมินแรงจูงใจ ให้ข้อมูลสะท้อนกลับจากการประเมิน แก้ไขความลังเลใจและตอบสนองอย่างเหมาะสมตามระดับของแรงจูงใจ เสนอทางเลือก และช่วยผู้รับบริการตั้งเป้าหมายและวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงแก้ไข และนัดบำบัดครั้งต่อไป

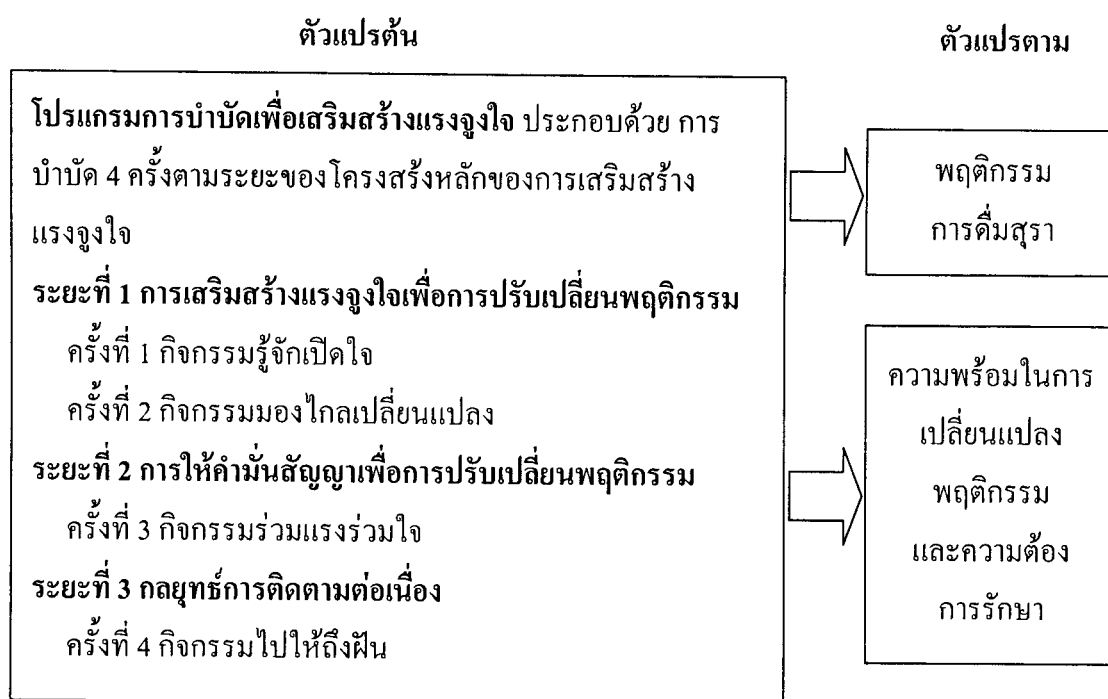
ครั้งที่ 2 กิจกรรมมองไกลเปลี่ยนแปลง (สัปดาห์ที่ 2) เป็นการตั้งเป้าหมายและวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การค้นหาสิ่งกระตุ้น ปรับมุมมองใหม่เสริมสร้างแรงจูงใจ

ระยะที่ 2 การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบไปด้วย

ครั้งที่ 3 กิจกรรมร่วมแรงร่วมใจ (สัปดาห์ที่ 3) เป็นการทบทวนและติดตามความก้าวหน้าเสริมสร้างแรงจูงใจให้มั่นคง การให้คำมั่นสัญญาในการเลิกสูราและเป็นช่วงที่ญาติจะเข้าร่วมด้วย

ระยะที่ 3 กลยุทธ์การติดตามต่อเนื่อง ประกอบไปด้วย

ครั้งที่ 4 กิจกรรมไปให้ถึงฝัน (สัปดาห์ที่ 4) เป็นการทบทวนและติดตามความก้าวหน้าเสริมสร้างแรงจูงใจให้มั่นคง สร้างแรงจูงใจใหม่ และให้ความรู้การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เพื่อศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลต่อพฤติกรรม การดื่มสุรา ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดสุรา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สระแก้วราชชนรินทร์ ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคติดสุรา (Alcohol dependence disorder) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย จากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุราโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Disease and Related Health Problem, 10th: ICD-10) ที่มารับบริการเพื่อเลิกสุราครั้งที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ ซึ่งไม่มีภาวะถอนพิษสุราในระดับรุนแรงโดยประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราด้วยแบบประเมิน (CIWA-Ar Score) ได้คะแนนน้อยกว่า 14 คะแนน และเป็นผู้ป่วยที่สามารถสื่อสาร

ได้เข้าใจ รับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล ได้ถูกต้อง

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation enhancement therapy program) หมายถึง กระบวนการรักษารายบุคคล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยยึดหลักการพูดคุยแบบผู้รับการปรึกษาเป็น ศูนย์กลางโดยใช้แนวคิดของ Miller and Rollnick (1991) และอิงทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของ Prochaska and DiClemente (1982) เพื่อที่จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการเลิกสุราโดยผู้ให้การรักษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสำรวจและจัดการกับความรู้สึกถึงเล (Ambivalence) ในการที่จะปรับเปลี่ยนตนเองซึ่งมีรูปแบบมุ่งเน้นการพูดคุยอย่างมีเป้าหมาย โดยโปรแกรมการบำบัดมีทั้งหมด 4 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 กิจกรรมรู้จักเปิดใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพ และค้นหาปัญหา ครั้งที่ 2 กิจกรรมมองไกลเปลี่ยนแปลง เป็นการกำหนดเป้าหมายและวางแผน แก้ไขปัญหา ครั้งที่ 3 กิจกรรมร่วมแรงร่วมใจ เป็นการทบทวนเป้าหมายร่วมกันของผู้ป่วยและญาติ ครั้งที่ 4 กิจกรรมไปให้ถึงฝัน เป็นการทบทวนและติดตามความก้าวหน้าและการให้คำมั่นสัญญา ครั้งที่ 5 กิจกรรมรู้ทันตัวเอง เป็นการติดตามการรักษาและป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

พฤติกรรมการดื่มสุรา (Drinking behavior) หมายถึง ลักษณะการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้ป่วยโรคติดสุราในปริมาณที่สามารถส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นได้ โดยประเมินจากร้อยละของจำนวนวันไม่ดื่มในช่วงที่ติดตาม (Percent Days Abstinence [PDA]) คำนวณโดย จำนวนวันที่ไม่ดื่มในช่วงที่ติดตามหารด้วย จำนวนวันในช่วงที่ติดตาม คูณด้วย 100 และปริมาณ การดื่ม คำนวณเป็นจำนวนดื่มมาตรฐาน ตามแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราหลังการบำบัด ของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์

ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES-8A]) หมายถึง การแสดงออกถึงความคิด ความตั้งใจที่แสดงถึงความพร้อมในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราไปในทางที่ดีขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้สามารถเลิกดื่มสุราได้ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินความพร้อม ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความต้องการรักษาของ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, สาวิตรี อัยฉนงค์กรชัย, หทัยชนนี บุญเจริญ, สายรัตน์ นกน้อย, สุมิตรา ศรสวรรณ และวงเดือน สุนันตา (2547) ซึ่งได้แปลจาก Assessing drinkers motivation for change: The stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES-8A) ของ Miller, William, and Tonigan (1996) ประกอบด้วย ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา ด้านการยอมรับ ด้านความ ลังเลและด้านกำลังลงมือกระทำ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่บุคลากรทีมสุขภาพของโรงพยาบาล จิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ จัดให้มีขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช

และยาเสพติด ได้แก่ การดูแลทางด้านสุขภาพทั่วไป การให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อ การให้คำปรึกษา และการฝึกทักษะต่าง ๆ เช่น ทักษะชีวิต การจัดการความเครียด เป็นต้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดสุรา ซึ่งผู้ศึกษาได้ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยนำเสนอเนื้อหาเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคติดสุราและพฤติกรรมการดื่มสุรา
2. ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดสุรา
3. โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

แนวคิดเกี่ยวกับโรคติดสุราและพฤติกรรมการดื่มสุรา

ความหมายของโรคติดสุรา

องค์การอนามัยโลก (International classification of diseases) ให้คำจำกัดความโรคติดสุรา คือ ภาวะที่ผิดปกติในกลุ่มทางร่างกาย พฤติกรรม และความคิดที่เกิดจากรูปแบบในการใช้แอลกอฮอล์ที่มากกว่าบุคคลปกติทั่วไป โดยมีลักษณะการเสพติดที่แสดงถึง ความต้องการอย่างมากที่จะใช้แอลกอฮอล์ และไม่สามารถควบคุมตนเองในการใช้แอลกอฮอล์ที่เป็นการเสพติดทางจิตใจได้หากมีการหยุดใช้แอลกอฮอล์ จะหยุดได้ในระยะเวลาสั้น ๆ และจะมีการกลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำในระยะเวลาที่รวดเร็ว (World Health Organization [WHO], 2008)

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) ได้ให้ความหมายของโรคติดสุรา เป็นภาวะที่มีการใช้แอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดปัญหาที่ชัดเจนหลายด้าน ซึ่งประกอบด้วย ด้านกระบวนการคิดและการรับรู้ ด้านพฤติกรรม และด้านร่างกายที่มีอาการหรืออาการแสดงที่สัมพันธ์กับการใช้แอลกอฮอล์ ได้แก่ ภาวะคือแอลกอฮอล์ หรือขาดแอลกอฮอล์ และรูปแบบการควบคุมการใช้แอลกอฮอล์ (American Psychiatric Association [APA], 2006)

Shahrokh and Hales (2003) ให้ความหมายของ โรคติดสุรา (Alcohol dependence) ว่าเป็นลักษณะการติดที่มีอาการทนทานต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ (Tolerance) หรือเกิดอาการขาดแอลกอฮอล์เมื่อหยุดดื่มหรือเมื่อลดปริมาณการดื่มลง มีอาการเสพติดทางจิตใจ (Psychological dependence) และสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคมและ/ หรือชีวิตการทำงาน ซึ่งทั้งหมดนี้เรียกว่า โรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism)

สมภพ เรื่องตระกูล (2545) กล่าวว่า โรคติดสุรา หมายถึง ผู้ที่มีอาการคือหรืออาการขาดสุรา ซึ่งเกิดภายหลังจากการลดปริมาณการดื่มสุรา เป็นเวลา 12 ชั่วโมง อาการขาดสุราจะเกิดกับผู้ที่ดื่มในปริมาณมากและเป็นเวลานาน ผู้ป่วยจะใช้เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการแสวงหาและการดื่มสุรา รวมทั้งดื่มอย่างต่อเนื่องจนเกิดปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจ

บุญศิริ จันศิริมงคล (2549) กล่าวว่า โรคติดสุรา เป็นภาวะที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์จนมีผลกระทบต่อชีวิตหลาย ๆ ด้าน โดยผู้ดื่มจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม และต้องการดื่มในปริมาณมากขึ้น ถ้าหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลงจะเกิดอาการถอนพิษสุรา เช่น มือสั่น เหงื่อออก นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน กระสับกระส่าย และชักเกร็งได้ ที่สำคัญคือ ไม่สามารถควบคุมการดื่ม หรือเลิกดื่มได้ และยังคงดื่มต่อไปทั้ง ๆ ที่เกิดอันตรายต่อสุขภาพทางกาย และจิตใจ

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบุลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ (2549) โรคติดสุรา หมายถึง การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลต่อผู้ดื่ม มีลักษณะที่ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้น จึงจะได้ฤทธิ์เท่าเดิม (Tolerance) มีอาการทางร่างกายเมื่อไม่ได้ดื่ม (Withdrawal) เช่น เมื่อเริ่มดื่มมักจะควบคุมการดื่มไม่ได้ (Impaired control) หมกมุ่นกับการดื่มหรือหาแอลกอฮอล์มาสำหรับดื่ม (Time spent drinking) มีความต้องการอยู่เสมอที่จะเลิกดื่มหรือพยายามหลายครั้งแล้วแต่ไม่สำเร็จ (Cut down) มีความบกพร่องในหน้าที่สังคม อาชีพการงานหรือการพักผ่อนหย่อนใจ (Neglect of activity) และยังคงดื่มอยู่ทั้ง ๆ ที่มีผลเสียเกิดขึ้นแล้ว (Drinking despite problem)

จากความหมายโรคติดสุราข้างต้น สรุปได้ว่า โรคติดสุรา เป็นภาวะที่เกิดจากการบริโภคแอลกอฮอล์ซ้ำ ๆ บ่อย ๆ ทำให้เกิดความผิดปกติด้านร่างกาย ความคิดและพฤติกรรม โดยมีลักษณะสำคัญคือ ไม่สามารถควบคุมการใช้แอลกอฮอล์ได้ และมีความรู้สึกอยากดื่มอย่างรุนแรงเมื่อลดหรือหยุดดื่มในบางรายจะเกิดอาการขาดแอลกอฮอล์ และผู้ที่เป็นโรคติดสุรามักจะให้ความสำคัญกับการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าการทำกิจกรรมอื่น ๆ โดยยังคงใช้แอลกอฮอล์ต่อไปทั้ง ๆ ที่เกิดอันตรายขึ้น

สาเหตุการติดสุรา

การติดสุรามีสาเหตุจากปัจจัยต่าง ๆ คือ

1. ตัวผู้ติดสุรา อยากลองเห็นเป็นเรื่องที่ทำหาย ตื่นเต้น สนุกสนาน โดยเฉพาะในวัยรุ่นมีกรรมพันธุ์ พบว่าผู้ติดสุราประมาณร้อยละ 25 มักมีบิดาและพี่น้องผู้ชายติดสุราด้วย มีลักษณะบุคลิกภาพ แบบประหม่า วิตกกังวล ไม่มั่นใจ และถ้าการบริโภคแอลกอฮอล์ช่วยให้สิ่งเหล่านี้หายไป เช่น ทำให้รู้สึกกล้า และมั่นใจมากขึ้น
2. ตัวสารแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์เป็นสารที่มีคุณสมบัติทำให้เกิดการเสพติดได้ โดยแอลกอฮอล์จะไปกระตุ้นสมองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความอยาก การเสพติดเป็นวงจรของสมอง

ที่เกี่ยวกับความอยาก ความพึงพอใจ ซึ่งเป็นส่วนของสมองที่เกี่ยวข้องกับการติดสารเสพติด ทำให้ผู้เสพเกิดความพอใจ และมีความต้องการใช้ซ้ำอีก หักห้ามใจไม่ได้ ซึ่งนำไปสู่การติดในที่สุด และในหลาย ๆ ครั้ง ทำให้มีการกลับไปใช้สารนี้ใหม่อีก เพราะความอยาก ปัญหาของการเลิกแอลกอฮอล์จึงไม่ได้

3. สิ่งแวดล้อม เป็นแรงเสริมทำให้ติดสุราได้ เช่น สังคมและวัฒนธรรมสังคมไทยมองเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ว่าเป็นเรื่องธรรมดา หามาคืมได้ง่าย บางครอบครัวมีสุราไว้ประจำบ้าน มีกลุ่มเพื่อนชักจูง ดังนั้นเมื่อมีปัญหาครอบครัว มีความเครียดในชีวิตต่าง จะหันมา พึ่งแอลกอฮอล์ จนเกิดการติดขึ้นได้ในที่สุด

สรุปได้ว่า การเสพติดสุรามีสาเหตุหลัก ๆ มาจาก 3 สาเหตุ คือ ตัวผู้เสพ ตัวสาร แอลกอฮอล์ และสิ่งแวดล้อม

การวินิจฉัยโรคติดสุรา

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยการ โรคติดสุรา ใช้เกณฑ์วินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorder Fourth Edition [DSM-IV]) และการวินิจฉัยตามกลุ่มโรค F10.2 ตามรหัสของโรคในระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem [ICD10]) (APA, 2006) จัดกลุ่มโรคหรือความผิดปกติเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol related disorders) ให้อยู่ในกลุ่มความผิดปกติที่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (Substance-related disorders) และจำแนกกลุ่มความผิดปกตินี้ออกเป็นสองกลุ่มย่อย คือ 1) กลุ่มความผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์ (Alcohol induce disorder) ได้แก่ การติดแอลกอฮอล์ (Alcohol Dependence: F10.2) การฝ่าฝืนแอลกอฮอล์ (Alcohol Abuse: F10.1) และ 2) กลุ่มความผิดปกติที่เป็นผลมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol-induced disorders) ซึ่งประกอบด้วยภาวะต่าง ๆ ที่เป็นผลมาจากการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานาน เช่น ความผิดปกติทางอารมณ์ที่เป็นผลจากแอลกอฮอล์ (Alcohol induced mood disorders) ความผิดปกติทางจิตที่เป็นผลจากแอลกอฮอล์ (Alcohol-induced psychotic disorders) โรควิตกกังวลที่เป็นผลมาจากแอลกอฮอล์ (Alcohol-induced anxiety disorders) อาการเป็นพิษจากแอลกอฮอล์ (Alcohol intoxication) หรืออาการขาดแอลกอฮอล์ (Alcohol withdrawal)

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 2006) อธิบายเกณฑ์การวินิจฉัยการติดสุรา (Alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับปรับปรุงที่ 4 (DSM-IV-TR) ระบุไว้ว่า บุคคลมีรูปแบบการใช้แอลกอฮอล์ที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์ซึ่งแสดงออก 3 อาการ หรือมากกว่า ในเวลาใดก็ตามในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ดังนี้

1. มีอาการคือสุราหมายถึงมีการเพิ่มขนาดปริมาณการดื่มขึ้นอีกจากการดื่มครั้งก่อน เพื่อให้ได้ความรู้สึกหรือฤทธิ์เมา
2. เมื่อหยุดหรือลดขนาดของการดื่มสุรา จะมีอาการขาดสุรา
3. มีการดื่มสุราในปริมาณที่มาก หรือเป็นระยะเวลาานานกว่าที่ตั้งใจ
4. มีความต้องการการดื่มสุราตลอด หรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มได้
5. มีการใช้เวลาในการพยายามกระทำเพื่อให้ได้สุรามาดื่ม หรือเพื่อให้พ้นจากฤทธิ์ต่าง ๆ ของการขาดสุราในรายที่ติดสุราไม่รุนแรงอาจใช้เวลาวันละหลาย ๆ ชั่วโมงในการดื่มสุรา แต่ยังคงทำกิจกรรมอื่น ๆ ได้ ในรายที่ติดมาก ๆ มักจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำกิจกรรมที่จะนำไปสู่การได้ดื่มสุรา
6. มีผลต่อการเข้าสังคม การทำงาน การเรียนเนื่องจากการดื่มสุรา
7. คงยังมีการดื่มสุราต่อถึงแม้จะทราบว่ามีโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาต่อสุขภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ผู้ป่วยโรคติดสุรา

ผู้ป่วยโรคติดสุรา หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุราการของจิตแพทย์ โดยใช้เกณฑ์วินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorder Fourth Edition [DSM-IV]) และการวินิจฉัยตามกลุ่มโรค F10.2 ตามรหัสของโรคในระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem [ICD10])

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา

พฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นการกระทำที่แสดงถึงรูปแบบหรือลักษณะของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยจะพิจารณาจากส่วนประกอบต่าง ๆ เช่น พิจารณาจากปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มและประเภทของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม หรือพิจารณาจากความเสียวหรือปัญหาที่มีผลต่อสุขภาพครอบครัว สังคม โดยมีการประมาณค่าปริมาณเอทิลแอลกอฮอล์ที่ดื่มเฉลี่ยต่อวันหรือสัปดาห์ แต่เนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละชนิดมีความเข้มข้นของเอทิลแอลกอฮอล์ต่างกัน องค์การอนามัยโลกจึงกำหนดค่า 1 ดื่มมาตรฐาน คือ ปริมาณแอลกอฮอล์ 10 กรัม ซึ่งเมื่อเทียบเคียงกับเครื่องดื่มประเภทต่าง ๆ จะได้ประมาณดังนี้ (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549)

เบียร์ชนิดอ่อน (Light beer) ที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 2-2.9% ประมาณ 1.5 กระป๋อง หรือ 3/4 ขวด

เบียร์ชนิดปานกลาง (Mild strength beer) ที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 3-3.9%
ประมาณ 1 กระป๋อง หรือ 1/2 ขวด

เบียร์ชนิดแรง (Heavy beer) ที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 4-5% ประมาณ 3/4
กระป๋อง หรือ 1/4 ขวด

ไวน์ธรรมดาที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 12.5% ประมาณ 1 แก้วขนาด 100 ซีซี.

ไวน์ชนิดแรง (Fortified wine) ที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 20.5% ประมาณ 1 แก้ว
ขนาด 60 ซีซี.

เหล้า วิสกี้ หรือเหล้าขาว (Spirit) ที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 40% ประมาณ 1 ถ้วย
เล็กขนาด 30 ซีซี.

การประเมินการดื่มและพฤติกรรมการดื่มโดยใช้แบบประเมินปัญหาของการดื่ม
แอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder Identification Test [AUDIT]) ขององค์การอนามัยโลก แปลโดย
พ.ญ.สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และปรับปรุงภาษาเพื่อใช้ในงานประจำของโรงพยาบาลสวนปรุง
โดยแบ่งพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์สรุปเป็น 4 ลักษณะ (พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์
และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549; สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)
ได้ดังนี้

1. การดื่มแบบความเสี่ยงต่ำ (Low risk drinking) หมายถึง การดื่มที่ไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐาน
ต่อวันในผู้หญิง และการดื่มที่ไม่เกิน 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย โดยมีวันที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์
อย่างน้อย 2 วัน ในหนึ่งสัปดาห์ ซึ่งการดื่มแบบนี้ยกเว้นในผู้สูงอายุสตรีมีครรภ์หรือให้นมบุตร
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรุนแรง ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ หรือผู้ที่ต้องรับประทานยาใด ๆ
ที่อาจมีผลต่อแอลกอฮอล์ไม่ควรดื่มเลย (พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549)
เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) ซึ่งมีคะแนนในระหว่าง 0-7
คะแนน

2. กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) หมายถึง การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณ
และลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มเพิ่มความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคม
ทั้งต่อตัวเองและผู้อื่น แม้ว่าตัวผู้ดื่มจะยังไม่ป่วยเป็นโรคใด ๆ ก็ตาม (พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์
และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) โดยที่องค์การอนามัยโลกได้จัดว่าเป็นความผิดปกติชนิดหนึ่ง
การกำหนดปริมาณและลักษณะของการดื่มแบบเสี่ยง Hazardous จะใช้การกำหนดระดับปริมาณ
แอลกอฮอล์เฉลี่ยที่คนไม่ควรดื่มเกินต่อสัปดาห์หรือต่อครั้ง (Threshold values) ซึ่งเป็นระดับ
ที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้ดื่มปริมาณการดื่มดังนี้ (สาวิตรี
อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

การดื่มมากกว่า 2 ดื่มมาตรฐานต่อวันแต่ไม่เกิน 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันต่อวันในผู้หญิง
 การดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันแต่ไม่เกิน 6 ดื่มมาตรฐานต่อวันต่อวันในผู้ชาย
 นอกจากนี้รวมทั้งการดื่มเล็กน้อยแต่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น กำลังตั้งครรภ์
 มีโรคทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือผู้ที่ต้องรับประทานยาใด ๆ ที่อาจมีผลต่อ
 แอลกอฮอล์ รวมทั้งการดื่มหนักมากติดต่อกันแบบเมาหัวราน้ำ (พันธุศาสตร์ กิตติรัตน์ ไพบุลย์
 และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์
 (AUDIT) มีคะแนนระหว่าง 8-15 คะแนน

3. การดื่มแบบมีปัญหา (Harmful drinking) หมายถึง การดื่มแอลกอฮอล์ที่ทำให้เกิด
 อันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจ ภาวะนี้กำหนดโดยองค์การอนามัยโลกและสามารถให้คำจำกัดความ
 โดยอาศัยหลักเกณฑ์ของ ICD-10 ซึ่งประกอบด้วย

- 3.1 มีหลักฐานชัดเจนว่าแอลกอฮอล์ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ
- 3.2 ลักษณะของอันตรายสามารถถูกตรวจพบได้
- 3.3 ต้องดื่มแอลกอฮอล์ติดต่อกันนานอย่างน้อยหนึ่งเดือน หรือดื่มหลายครั้งในช่วง
 12 เดือนที่ผ่านมา

3.4 ต้องไม่เข้ากับหลักเกณฑ์การวินิจฉัยสำหรับการติดสุรา (Alcohol dependence)
 โดยมีปริมาณการดื่ม (สาวิตรี อัยณรงค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) ดังนี้

- การดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง
- การดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย
- เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) มีคะแนนใน
 ระหว่าง 16-19 คะแนน

4. การดื่มแบบติด (Alcohol dependence) ผู้ที่ดื่มจนติดมักใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดื่ม
 ทำให้ความรับผิดชอบหน้าที่ต่าง ๆ บกพร่องไป เช่น การงานหรือครอบครัว และไม่สามารถควบคุม
 การดื่มทั้งปริมาณและความถี่ หรือไม่สามารถหยุดดื่มได้ เมื่อต้องหยุดดื่มด้วยสาเหตุใดก็ตามเกิด
 อาการถอนพิษ (Withdrawal) ขึ้นและการวินิจฉัยจะต้องประกอบไปด้วยลักษณะสำคัญอย่างน้อย
 สามในเจ็ดข้อ (พันธุศาสตร์ กิตติรัตน์ ไพบุลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) ต่อไปนี้

- 4.1 ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้น จึงจะได้ฤทธิ์เท่าเดิม (Tolerance)
- 4.2 มีอาการทางร่างกายเมื่อไม่ได้ดื่ม (Withdrawal)
- 4.3 ควบคุมการดื่มไม่ได้ (Impaired Control)
- 4.4 มีความต้องการอยู่เสมอที่จะเลิกดื่มหรือพยายามหลายครั้งแล้วแต่ไม่สำเร็จ

(Cut down)

4.5 หมกมุ่นกับการดื่มหรือหาแอลกอฮอล์มาสำหรับดื่ม (Time spent drinking)

4.6 ยังคงดื่มอยู่ทั้ง ๆ ที่มีผลเสียเกิดขึ้นแล้ว (Drinking despite problem)

4.7 มีความบกพร่องในหน้าที่สังคม ในอาชีพการงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจ (Neglect of activity) เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) มีคะแนนตั้งแต่ 20 คะแนนขึ้นไป

สำหรับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา จะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบติด (Alcohol dependence) ซึ่งเกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ติดต่อกันเป็นประจำ โดยมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลเช่น พันธุกรรม บุคลิกภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งลักษณะสำคัญของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบติดคือ เมื่อเริ่มต้นดื่มจะไม่สามารถควบคุมทั้งปริมาณและความถี่ได้ ทำให้เกิดผลกระทบที่เป็นปัญหาชัดเจนหลายด้าน ประกอบด้วย ด้านกระบวนการคิดและการรับรู้ ด้านพฤติกรรม และด้านร่างกายทั้งในขณะที่ดื่มหรือหยุดดื่ม ซึ่งจะได้กล่าวถึงผลกระทบของการติดสุราต่อไป

ผลกระทบของการติดสุรา

การติดสุราอาจทำให้เกิดผลกระทบได้ทั้งระยะเฉียบพลันและระยะยาว ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากส่วนประกอบของแอลกอฮอล์ (Ethyl-alcohol) เมื่อดื่มเป็นเวลานานจะทำให้ติดสุราและส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม ดังนี้

1. ผลกระทบต่อบุคคล

ผลของการติดสุราต่อบุคคล มีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า

1.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

1.1.1 การดูดซึมส่วนใหญ่ถูกดูดซึมที่กระเพาะอาหารและลำไส้ เมื่อดื่มสุราร่วมกับการรับประทานอาหารอื่นจะช่วยลดการดูดซึมของแอลกอฮอล์ได้ ถ้าปริมาณของแอลกอฮอล์ในเลือดเพิ่มขึ้นจะทำให้หูดกระเพาะอาหารบีบตัวและอาเจียน แอลกอฮอล์ไม่สามารถผ่านลงไปทีลำไส้เล็กได้เป็นกลไกที่ช่วยลดปริมาณของแอลกอฮอล์ในร่างกาย

1.1.2 การกำจัด ถูกกำจัดที่ตับเป็นส่วนใหญ่ ใช้ เอนไซม์ 2 ชนิด คือ Alcohol Dehydrogenase (ADH) และ Aldehydehydrogenase (AldDH) จะทำการออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ AldDH ทำให้มีการค้างของ Acetaldehyde ซึ่งเป็นพิษต่อร่างกาย ผลต่อการเปลี่ยนแปลงร่างกาย 2 แบบ คือ แบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง

1.1.2.1 แบบเฉียบพลัน ได้แก่ Alcohol intoxication แบ่งเป็นพิษเล็กน้อย แตกต่างกันไป ตามระดับดังนี้

30 mg%	จะทำให้เกิดสับสน (Euphoria)
50 mg%	จะเกิดเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว (Incoordination)
100 mg%	แสดงอาการเมาให้เห็น เดินไม่ตรงทาง (Ataxia)
200 mg%	จะเกิดอาการสับสน (Confusion)
300 mg%	จะเกิดอาการง่วง ซึม (Stuporous)
400 mg%	จะเกิดอาการสลบ และอาจถึงตายได้ (Coma)

1.1.2.2 แบบเรื้อรังผู้ที่ดื่มสุราติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้สมอง ดับ และอวัยวะภายในมีการเปลี่ยนแปลง เชื่อว่า สุราทำให้เกิดพยาธิสภาพรุนแรง เช่น ดับอีกเสบ ตัวเหลือง เลือดไหลเวียนสู่ตับลดลง ตับแข็ง สมองอีกเสบ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของ อวัยวะ เช่น สมอง ดับ ตับอ่อน กระเพาะ ลำไส้เคลื่อนไหวน้อย การนำสารอาหารบกพร่อง

1.1.3 ผลต่อสมองและประสาทส่วนกลางทำให้เซลล์สมองเสื่อม ในผู้ติดสุรา พบว่ามีการลีบฝ่อของสมองส่วนนอก (Cortex) ซึ่งจะมีผลต่อการเสื่อมทางจิตด้วยหลายประการ เริ่มตั้งแต่ปัญหาบุคลิกภาพเปลี่ยนไป ขาดความรับผิดชอบ ความจำเสื่อม และทำให้เกิดอาการประสาทหลอน หลงผิดหวาดระแวง และคลุ้มคลั่ง สุรามีฤทธิ์กดประสาท โดยจะกดศูนย์ควบคุมระบบต่าง ๆ เช่น กดการหายใจ และถ้าดื่มปริมาณมากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะกดการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติด้วย โดยทำให้สูญเสียการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อไม่สามารถควบคุมร่างกายของตัวเองได้ การมองเห็นและได้ยินลดลง

1.1.4 ผลต่อฮอร์โมนเพศและความรู้สึกทางเพศ ผู้ที่ดื่มสุราปริมาณน้อยจะรู้สึกว่ามีจิตใจเบิกบาน บางครั้งทำให้มีความคิดงดงามทางเพศ มีความต้องการทางเพศสูง แต่ในทางกลับกัน การดื่มสุราส่งผลต่ออวัยวะเพศโดยตรง จนอาจทำให้เป็นหมันได้

1.1.5 ผลต่อระบบทางเดินอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็ก สุราจะกระตุ้นการหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหารมากขึ้น ช่วยให้เจริญอาหาร ถ้ามีในปริมาณมาก ๆ เข้มข้นสูง จะระคายเคือง เกิดเป็นแผลและอีกเสบ ทำให้การดูดซึมลดลงทำให้ขาดสารอาหารได้

1.1.6 ผลต่อตับอ่อน สุรามีผลให้น้ำย่อยของตับอ่อนเพิ่มขึ้น และทำให้เกิดการอุดตันของท่อในตับอ่อนด้วย ทำให้ตับอ่อนอีกเสบ

1.1.7 ผลต่อตับนั้นแอลกอฮอล์ทำให้เซลล์ตับตายและกลายเป็นตับแข็งในที่สุด

1.1.8 ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด การดื่มสุราก็ทำให้เกิดผลเสียต่อกล้ามเนื้อหัวใจได้หลายกลไก อาทิ จากพิษของสารที่เปลี่ยนรูปจากแอลกอฮอล์ เช่น Acetaldehyde จากพิษของแอลกอฮอล์โดยตรง หรือผลของการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดความผิดปกติของระดับสารน้ำ สารอาหาร เช่น โพแทสเซียม หรือคลอไรด์ นอกจากนี้การดื่มสุราในปริมาณมากยังสัมพันธ์กับการ

เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและภาวะความดันโลหิตสูงอีกด้วย

1.1.9 ผลต่อระบบเมตาบอลิกและต่อมไร้ท่อ แอลกอฮอล์ทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดสูงหรือมีอาการของเบาหวานได้ เนื่องจากมีการทำลายเซลล์ของตับอ่อน หรือในทางตรงข้ามทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำหากดื่มติดต่อกันโดยไม่รับประทานอาหาร 2-3 วัน นอกจากนั้นแอลกอฮอล์ทำให้อาการข้ออักเสบชนิดหนึ่งที่เรียกว่า โรคเก๊าท์ (Gout) ได้

1.1.10 ผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน การดื่มสุราในปริมาณที่มากมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อของร่างกายได้ง่าย เรียกว่า เป็นภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากสุรา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเนื้อเยื่อของไปยังความเจ็บป่วยอื่น ๆ เช่น โรคตับ อาการแพ้ภูมิคุ้มกันตัวเอง โรคปอดบวม วัณโรค ภาวะโลหิตเป็นพิษ เยื่อช่องท้องอักเสบในปอด ผิวหนังอักเสบ และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

1.2 ผลกระทบต่อบุคคลด้านจิตใจ

ผลของสุราทำให้เกิดอาการทางจิต เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน เป็นโรคจิตจากสุราหากมีการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง และสุรายังส่งผลให้เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า จากการศึกษาภาวะโรคร่วมจิตเวชในผู้ป่วยโรคติดสุราในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนนครินทร์ ปี 2556 พบว่า โรคร่วมทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการติดสุรา ร้อยละ 48.7 เช่น โรคจิตจากสุรา โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า เป็นต้น นอกจากนี้ผลของสุราอาจทำให้เกิดอาการของโรคเวอร์นิก เอนเซฟฟาโลพาตี (Wernick encephalopathy) โดยจะมีอาการง่วง สับสน และมีอาการทางระบบประสาท ได้แก่ เดินเซ กล้ามเนื้อตาผิดปกติ หากไม่ได้รับการรักษาจะเกิดอาการ คอรัซาคอร์ฟซินโดรม (Kosakoff syndrome) ซึ่งจะมีอาการสูญเสียความจำ (Retrograde amnesia) (Sadock & Sadock, 2007)

2. ผลกระทบต่อครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยทางสังคมที่เล็กที่สุดที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากบุคคลที่ติดสุรา โดยมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลทางตรงได้แก่ความรุนแรงในครอบครัว สามีที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการทำร้ายภรรยาถึงร้อยละ 19.2 ซึ่งสูงกว่าในกลุ่มสามีที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถึง 3 เท่าตัว (ร้อยละ 6.8) และประมาณการว่า การทำร้ายร่างกายภรรยามากถึง 1 ใน 4 ครั้งเกิดขึ้นหลังจากสามีดื่มสุรา (Kaufman Kantor, & Straus, 1990) ซึ่งทำให้ผู้ได้รับผลกระทบจากความรุนแรง นอกจากผลกระทบระยะสั้น คือ เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง ครอบครัวแตกแยกแล้ว การเกิดความเครียดและความวิตกกังวลจะเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาวต่อไปในอนาคตด้วย นอกจากนี้ ผลการสำรวจ 7 ชุมชน ในเขตกรุงเทพฯ พบว่า ร้อยละ 27.5 มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว และครอบครัวที่มีความรุนแรงมีการใช้สุราถึงร้อยละ 83.6 ยิ่งไปกว่านั้น ครอบครัวที่ใช้สุรามีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัวมากกว่าครอบครัวที่ไม่ใช้สุราถึง 3.84 เท่า (รณชัย

คงสกันซ์, 2548) และการศึกษาพฤติกรรมการดื่มและผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มแรงงานภาคอุตสาหกรรมจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ร้อยละ 8.1 เคยทะเลาะวิวาทกับคนในครอบครัวที่มีสาเหตุมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และร้อยละ 27.7 เคยถูกตำหนิ หรือถูกว่ากล่าวจากบุคคลภายในครอบครัวเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (พงษ์เดช สารการ, เสมอ ศรีคุณา, รังสิมา บำเพ็ญบุญ, นุจรินทร์ หิรัญคำ, ธนิตา บุตรคล้าย และยุพา พิทักษ์วานิชย์, 2552) ผลการศึกษาเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สุราและปัญหาความรุนแรงในครอบครัวไทย ซึ่งเมื่อเกิดแล้วก็มีปัญหาความรุนแรงมากขึ้นการดื่มสุรา มิได้เป็นการสร้างปัญหาทั้งทางสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตให้แก่ตัวผู้ดื่มเท่านั้น หากแต่ยังสร้างปัญหาทางสุขภาพจิตและการใช้ความรุนแรงให้แก่ครอบครัวหรือบุคคลที่อยู่รอบข้างด้วย

3. ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ

ผลของการติดสุราก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสังคม เช่น อาชญากรรม อุบัติเหตุ เป็นต้น การดื่มสุราทำให้เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อปัญหาทั้งกับตนเองและคนรอบข้าง ดังเช่นผลการศึกษา วันชัย รุจนวงศ์ (2549) พบว่า ในภาพรวมเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดร้อยละ 34.8 กระทำผิดหลังจากดื่มสุรา โดยคดีที่พบว่ามีกรกระทำผิดร่วมกับการดื่มสุรามากที่สุด คือ การกระทำผิดฐานชีวิตและร่างกาย ร้อยละ 55.9 รองลงมา คือ ฐานความผิดเกี่ยวกับเพศ ร้อยละ 46.2 และฐานความผิดเกี่ยวกับอาวุธ วัตถุระเบิด ร้อยละ 41.4 และจากการสำรวจประชาชนในปี พ.ศ. 2554 พบว่า ประชาชนไทย ร้อยละ 54.9 เคยมี พบเห็นปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน ที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่ร้อยละ 33.9 เคยมีหรือพบเห็นปัญหาในลักษณะดังกล่าวภายในครอบครัว โดยรูปแบบของปัญหาความสัมพันธ์มีลักษณะที่คล้ายกันทั้งปัญหายานนอกและภายในครอบครัว คือ มีส่วนการทะเลาะเบาะแว้ง ได้เถียง โดยยังไม่ลงไม้ลงมือ คู่ คำ พุดจาหยาบคายมากที่สุด ด้านเศรษฐกิจ พบว่า ต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรที่มีสาเหตุเนื่องจากการดื่มสุราเมื่อคำนวณรายได้ตลอดอายุขัยคิดเป็นมูลค่าประมาณ 46,589.7 ล้านบาท โดยโรคหรือภาวะที่มีต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรที่มีสาเหตุเนื่องจากการดื่มสุรา สูงสุด 3 ลำดับแรก คือ อุบัติเหตุจากจราจรทางบก เอดส์ และตับแข็ง ตามลำดับ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าการติดสุรามีผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ติดสุรา ครอบครัว ตลอดจนเศรษฐกิจและสังคม จากผลกระทบดังกล่าวจำเป็นต้องมีผู้ติดสุราควรได้รับการวางแผนการบำบัดที่เหมาะสมต่อไป

การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุรา

การบำบัดรักษามีเป้าหมายหลัก คือ การหยุดดื่มแอลกอฮอล์อย่างถาวร แต่สำหรับบางราย อาจคาดหวังเพียงลดการใช้หรือผลข้างเคียงของแอลกอฮอล์ หรือลดการหวนกลับไปใช้แอลกอฮอล์ และให้มีผลกระทบต่อการทำงาน การเรียนและครอบครัวน้อยที่สุด ในการรักษาอาจต้องใช้หลายวิธี ร่วมกัน และต้องพิจารณาว่าจะรักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในจึงเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล และสาวิตรี อัยณรงค์กรชัย, 2545) การบำบัดรักษา ผู้เสพติดสุราเป็นการบำบัดรักษาแบบคดีขุมซึ่งต้องดูแลทั้งร่างกายและทางจิตสังคมด้วย ในการดูแลเบื้องต้นต้องให้การรักษาโดยใช้ยาเพื่อลดอาการไม่สุขสบายจากภาวะถอนพิษสุรา และรักษาแบบประคับประคองตามอาการ หลังจากนั้นยังต้องมีรูปแบบการป้องกันการกลับมา เสพซ้ำ และมีระบบติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้หยุดสุราให้นานที่สุด จนสามารถเลิกดื่มสุราได้ ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้เสพติดสุราสรุปได้ 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (สาวิตรี อัยณรงค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

1. การเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission phase)
2. การถอนพิษยา (Detoxification phase)
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation phase)
4. การติดตาม (Aftercare phase)

การเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission phase)

เพื่อการเตรียมพร้อมในการเข้ารับการรักษาไม่ว่าจะเป็นการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยใน เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้เข้ารับการรักษาและผู้ให้บริการ ทำความเข้าใจ กับขั้นตอนวิธีการรักษา ความรับผิดชอบที่จะลดเลิกสุรา รวมทั้งให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา โดยศึกษาข้อมูลและประวัติจากการสัมภาษณ์ มีการวิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหาจากการ ตรวจร่างกาย ประเมินสภาพจิตและด้านสังคม ให้การวางแผนการรักษารวมถึงการให้คำแนะนำ แก่ครอบครัว

การถอนพิษยา (Detoxification phase)

เพื่อให้ผู้ติดสุราได้รับการรักษาอาการถอนพิษสุราเมื่อหยุดหรือลดปริมาณการดื่มลง จุดมุ่งหมายคือ บรรเทาอาการขาดสุรา ป้องกันการเกิดอาการชัก ป้องกันการเกิดภาวะสับสน (Delirium tremens) (สาวิตรี อัยณรงค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) ซึ่งความรุนแรง ของอาการถอนพิษสุราขึ้นอยู่กับปริมาณ ระยะเวลาที่ดื่ม โดยประเมินจากประวัติ ด้วยแบบประเมิน ความรุนแรงของอาการถอนพิษของสุรา ที่เป็นที่ยอมรับและนิยมใช้ เช่น เอ็ดดับบิวเอส (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) ไชวาเออาร์ (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-

Revised Version [CIWA-Ar]) เอ็ม ไอเอ็นดีเอส (Minneapolis Detoxification Scale [MINDS])
ในขั้นนี้รวมถึงการรักษาภาวะโรคร่วมที่เกิดจากแอลกอฮอล์ด้วย เช่น โรคจิตจากสุรา หรือโรคทาง
กายอื่น ๆ ที่เป็นผลแทรกซ้อนจากแอลกอฮอล์ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการถอนพิษตลอดจนวิธี
ผ่อนคลายความเครียด (พันธุรัตน์ กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549)

การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation phase)

เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุราให้กลับฟื้นคืนสู่สภาพปกติ
ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกระบวนการหนึ่งของการบำบัด ที่เรียกว่าจิตสังคมบำบัด (Psychosocial
treatment) (ทรงเกียรติ ปิยะกะ และคณะ, 2545) และในการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มี
ประสิทธิภาพ คือการเข้าร่วมกับจิตสังคมบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (พิชัย แสงชาญชัย,
2547) เพื่อคงสภาพในการหยุดดื่มสุราต่อเนื่อง

ขั้นติดตามหลังการรักษา

เป็นการติดตามดูแลหลังการฟื้นฟูสภาพจิตใจ เพื่อให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ
และเสริมสร้างให้กำลังใจและที่สำคัญ คือ การป้องกันการกลับไปเสพสุราซ้ำ ซึ่งเป็นการปฏิบัติ
เพื่อให้ผู้ป่วยที่หายแล้วสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

การฟื้นฟูสมรรถภาพถือเป็นขั้นตอนสำคัญเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจช่วยให้สมอง
มีการฟื้นตัวกลับมาทำงาน ได้ใกล้เคียงกับปกติ เป็นการบำบัด ที่เรียกว่าจิตสังคมบำบัด
(Psychosocial treatment) ซึ่งมีหลายรูปแบบ ดังนี้ (ทรงเกียรติ ปิยะกะ และคณะ, 2545)

1. การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavior Therapy [CBT]) เป็นวิธี
ที่มุ่งเน้นการระบุสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุรา การพัฒนากลยุทธ์ของการจัดการปัญหา และการ
ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จากการศึกษาพบว่า วิธีนี้ได้ผลดีในผู้ที่ติดสุราในระดับไม่รุนแรงทั้งผู้ป่วย
ในและผู้ป่วยนอก (NIAAA, 2004)
2. การบำบัดแบบสิบสองขั้นตอน (Twelve-Step Facilitation [TSF]) เป็นการให้
คำปรึกษาที่อิงหลักของผู้ติดสุราที่รวมกลุ่มเพื่อกันหยุดสุรา ที่เรียกว่า กลุ่มแอลกอฮอล์นิรนาม
(Alcohol Anonymous [AA]) ใช้ได้ผลดีในผู้มีปัญหาการดื่มในระดับรุนแรงมากๆ ผู้มีปัญหาทาง
จิตเวช หรือผู้ที่มีปัญหาด้านการขาดแหล่งช่วยเหลือทางสังคม (NIAAA, 2004)
3. กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self help group) เป็นการรวมกลุ่มกันของผู้ติดสุราเพื่อช่วยกัน
ในการหาแนวทางหยุดสุราโดยใช้กลยุทธ์ตามขั้นตอน 12 ขั้น จากการวิจัยพบว่าวิธีการนี้มี
ประสิทธิภาพเทียบเท่ากับการบำบัดวิธีอื่น มีอัตราความสำเร็จในการหยุดการใช้สุราหลังเข้าร่วม
กลุ่มแล้ว 1 ปีสูงถึง 60%

4. ครอบครัวบำบัด (Family therapy) เป็นการบำบัดที่เน้นให้ครอบครัว มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา โดยมีผู้บำบัดเป็นผู้ช่วยให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ติดยาและครอบครัวทำให้ผู้ติดยามีกำลังใจและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (สาวตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) โดยเปลี่ยนความคิดให้คิดในเชิงบวก ไม่ตำหนิซึ่งกันและกัน สอนทักษะต่างๆ เช่น ทักษะการสื่อสาร การกำหนดทำข้อตกลงเกี่ยวกับพฤติกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน เช่น ให้แรงเสริมทางบวกเมื่อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น (อัญชลี คำรงค์ไชย, 2549)

5. จิตบำบัด (Psychodynamic psychotherapy) เป็นการบำบัดรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาค้นคว้าหรือความผิดปกติทางจิตใจ โดยใช้วิธีสื่อสารทางวาจา และสร้างความสัมพันธ์เชิงรักษา ระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการรักษา โดยมีจุดมุ่งหมายต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ผู้ป่วย มีทั้งจิตบำบัดรายบุคคลและจิตบำบัดแบบกลุ่ม ผลของการรักษาด้วยจิตบำบัดได้ผลดีกว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา (จันทิมา องค์โฆษิต, 2547)

6. พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) เป็นการบำบัดรักษาที่มีพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือสิ่งแวดล้อม โดยให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ปัจจุบัน มุ่งเน้นการแก้ไขพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยเฉพาะ และยึดกระบวนการใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา เทคนิคที่นิยมใช้ เช่น การฝึกหายใจ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฝึกการจัดการกับต่อสิ่งเร้า ฝึกการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การวางเงื่อนไขเพื่อปรับพฤติกรรม แนวทางการรักษาคือให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการใช้สาร สร้างแรงจูงใจในการรักษา ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ไปใช้สารและแนะนำวิธีแก้ไขพฤติกรรมบำบัดใช้ได้ผลดีทั้งโรคทางจิตเวชอื่น ๆ และการติดยาเสพติด (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

7. การปรึกษาแบบสั้น (Brief intervention) เป็นรูปแบบการบำบัดที่ใช้ระยะเวลาสั้น ๆ ใช้ระยะเวลาในการมาพบ 1-3 ครั้งเท่านั้น ครั้งละ 15-30 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรามีแนวทางในการลดหรือควบคุมพฤติกรรมการดื่ม เหมาะสำหรับผู้ดื่มแบบมีปัญหาหรือที่มีปัญหาสุขภาพกายปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มประจำ มีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือมีปัญหาด้านกฎหมายหรือสังคม โดยมีขั้นตอนประกอบด้วย การคัดกรอง การประเมินปัญหา การให้คำแนะนำ การประเมินแรงจูงใจการตั้งเป้าหมายการดื่ม และการติดตามผล (สุนทร ศรีโกไสย, 2548)

8. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) เป็นการบำบัดแบบย่อ ใช้ระยะเวลาในการบำบัด จำนวน 2-4 ครั้ง ที่ประกอบด้วย การประเมิน (Assessment) การสะท้อนกลับ (Feedback) และการใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing [MI]) (NIAAA, 2004) ซึ่งได้ผลดีในผู้ที่โกรธและผู้ที่มีความคิดความรู้สึกต่อต้านการรักษาในระยะแรกในการช่วยเหลือแบบรายบุคคล (Individual) และรายกลุ่ม (Group) ทั้งในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (Miller & Rollnick, 1995)

สรุป การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่เป็นโรคติดสุรานั้นมีความสำคัญเพราะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่ม ช่วยให้ผู้ที่ติดสุราสามารถมีทักษะในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง การควบคุมตนเอง ป้องกันการกลับไปเสพยา และการเพิ่มความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความต้องการรักษา

การที่บุคคลจะคิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นจะต้องความพร้อมและเป็นไปอย่างมีขั้นตอน ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพัฒนามาจากทฤษฎีขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อย่างมีขั้นตอน โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการยอมรับ ด้านความตั้งใจ และด้านกำลังลงมือกระทำ ซึ่งทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The stage of change theory) เป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้น โดย Prochaska and DiClemente เพื่อใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมบุคคลใน 6 ขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นที่ไม่ใส่ใจปัญหา จนถึงขั้นลงมือเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง ผู้ให้การปรึกษาใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing [MI]) หรือการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) โดยผู้ให้การบำบัดรักษาจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นอย่างดี เพื่อที่จะสามารถประเมินความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และสามารถให้การปรึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเนื้อหาหลักของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบด้วย History of Trans-Theoretical Model & 6 Stages in The Stages of Change & Approaches to The 6 Stages of Change (ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง, ระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลง 6 ระยะเวลาและการจัดการเข้าถึงการเปลี่ยนแปลงตามระยะการเปลี่ยนแปลง)

Stage of change เป็นทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska and DiClemente อธิบายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ตั้งแต่ขั้นที่ไม่ใส่ใจปัญหา จนถึงขั้นลงมือเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน เริ่มต้น Prochaska and DiClemente ใช้ทฤษฎีดังกล่าวในการศึกษาผู้ป่วยติดยา และ ได้มีการประยุกต์ทฤษฎีดังกล่าวเพื่อ การให้คำปรึกษาแนะแนวเพื่อการเลิกบุหรี่ ซึ่งได้ผลสำเร็จเป็นอย่างดี ต่อมานักวิจัยจึงได้นำทฤษฎี ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมที่มีปัญหาอื่น ๆ

1. Pre-contemplation (ขั้นเมินเฉย)

เป็นขั้นตอนก่อนการพิจารณาการเปลี่ยนแปลง ในขั้นนี้ผู้ป่วยยังไม่ตระหนักว่าตนเอง มีปัญหาจากการดื่มสุรา มองไม่เห็นผลเสียที่เกิดจากการดื่มสุรา ไม่คิดว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ

การตอบสนองที่เหมาะสม คือ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) และการให้ข้อมูล ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (Information) การให้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยโดยตรงไปตรงมา เน้นเหตุผลเป็นกลาง ไม่ชี้นำหรือครอบงำ หรือขู่ให้กลัว

2. Contemplation (ขั้นลังเลใจ)

ขั้นพิจารณาการเปลี่ยนแปลง ในขั้นนี้ผู้ป่วยยอมรับว่าการดื่มสุรามีผลเสีย ผู้ป่วยอาจ ประสบกับผลกระทบในทางลบจากการดื่มสุรา ผู้ป่วยเริ่มพิจารณาการเปลี่ยนแปลง แต่ยังลังเลใจ เนื่องจากผู้ป่วยยังเห็นว่าสุรามีคุณมากกว่าโทษ

การตอบสนองที่เหมาะสม คือ การพูดคุยถึงข้อดีและข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงและ ไม่เปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา (Pros & cons) โดยปกติผู้ให้การบำบัดมักมองเห็นข้อเสียของการดื่มสุรา และข้อดีของการเลิกดื่มสุรา ส่วนผู้ป่วยมักเห็นข้อดีของการดื่มสุราและข้อเสียของการเลิกดื่มสุรา ผู้ให้การบำบัดควรเป็นกลางและเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยตรวจสอบทั้ง 4 ประเด็น

3. Determination (ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง)

ผู้ป่วยตัดสินใจหยุดดื่มสุราอย่างจริงจัง ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาและต้องการที่จะเลิกดื่ม สุรา

การตอบสนองที่เหมาะสม คือ ให้ทางเลือกในการเลิกดื่มสุรา (Menu of options) ไม่ควร มีทางเลือกมากเกินไปจนสับสน หรือน้อยเกินไปจนเหมือนถูกบังคับ ผู้บำบัดควรให้ผู้ป่วยได้เลือก อย่างอิสระ (Freedom of choice) เน้นความรับผิดชอบในการเลือกของผู้ป่วยเอง (Responsibility) และส่งเสริมศักยภาพในการกระทำได้ของผู้ป่วยเอง

4. Action (ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง)

ในขั้นนี้ผู้ป่วยจะตื่นตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยลงมือหยุดดื่มสุรามักอยู่ในช่วง 6 เดือน แรก

การตอบสนองที่เหมาะสม คือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำตามวิธีที่ตนเองเลือกอย่างต่อเนื่อง (Compliance & Adherence) มีความเข้าใจในวิธีการ ขจัดอุปสรรคที่อาจทำให้ผู้ป่วยกระทำได้ ไม่ต่อเนื่อง

5. Maintenance (ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง)

ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราได้ประมาณ 6 เดือน อารมณ์ ความคิดค่อนข้างมั่นคง กระทำตามวิธีการ ที่ตนเองเลือกอย่างต่อเนื่อง มีความมั่นใจว่าตนเองเลิกดื่มสุราได้

การตอบสนองที่เหมาะสม คือ การป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ (Relapse prevention) การมีวิถีชีวิตที่สมดุล ชีวิตที่มีคุณค่า การออกกำลังกาย การบริหารเวลา การผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพตนเองรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การควบคุมสิ่งที่ทำให้อยากยา การหมั่น

สังเกตสัญญาณที่สื่อถึงการกลับไปติดซ้ำ

6. Relapse (ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม)

ผู้ป่วยอาจกลับไปดื่มสุราได้อีก ผู้ป่วยอาจเริ่มต้นจากการนำพาตนเองไปอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยง มีความเปราะบางทางอารมณ์และจิตใจ เผลอใจ ไปดื่มสุราซ้ำ ผู้ป่วยอาจรู้สึกผิด ซ้ำเติมตนเอง ไม่เคารพนับถือตนเอง ปฏิเสธตนเอง

การตอบสนองที่เหมาะสม คือ ผู้บำบัดจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือ และสร้างความเข้มแข็งให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม และดึงให้ผู้ป่วยกลับไปสู่หนทางแห่งการหยุดดื่มสุราให้เร็วที่สุด (Recovery process) โดยประคับประคอง ให้กำลังใจ การยอมรับความอ่อนแอของตนเอง การสารภาพผิด มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา การสรุปบทเรียน การมุ่งมั่นในการเลิกสุราต่อไป

สรุปได้ว่า การที่บุคคลจะมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นต้องอาศัยขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตั้งแต่ขั้นที่ไม่ใส่ใจปัญหา ลังเลใจ ตัดสินใจจนถึงขั้นลงมือเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง

โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

ความหมายของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing [MI]) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy [MET]) เป็นแนวทางการบำบัดทางจิตวิทยาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ (Stage of change) ซึ่งได้รับการคิดค้นขึ้นมาโดย Miller and Rollnick (1991) แนวทางการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนี้อาศัยทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska and DiClemente (1982)

Miller (1995) ให้ความหมายของการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ว่าเป็นการบำบัดแบบเป็นระบบ (Systemtic intervention) เพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ หลักการอยู่บนพื้นฐานของจิตวิทยาการเสริมสร้างแรงจูงใจ และรูปแบบการบำบัดที่เห็นผลลัพธ์อย่างรวดเร็วต่อเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจภายใน ซึ่งการบำบัดนี้เป็นการบำบัดแบบสั้น ใช้ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 1-4 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง (Miller, 2004) ประกอบด้วย การประเมิน (Assessment) การสะท้อนกลับ (Feedback) และการใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing [MI]) (NIAAA, 2004)

การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) เป็นการบำบัดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีจิตวิทยาการรู้คิดและทฤษฎีจิตวิทยาทางสังคม (Cognitive and social psychology) โดยกลไกของการบำบัดผู้บำบัดจะต้องมีการค้นหาความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของผู้รับบริการ และแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงและเป้าหมายที่สำคัญของผู้รับบริการ ซึ่งคล้ายกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมที่เน้นบทบาทในการกระตุ้นข้อความจูงใจตนเอง (SMS) เกี่ยวกับความปรารถนาและคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง การบำบัดนี้มีสมมติฐานคือ ธรรมชาติของแรงจูงใจเป็นที่จำเป็นและกระตุ้นส่งเสริมเป็นปัจจัยที่เพียงพอในการเปลี่ยนแปลง (Miller, 2004)

นอกจากนี้ Miller (2004) ยังกล่าวว่า การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจมีส่วนที่คล้ายรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client-centered) แต่ให้โดยวิธีการบำบัดกับผู้รับบริการโดยตรงมากกว่า วิธีที่ไม่ใช่การบำบัดกับผู้รับบริการโดยตรง ทั้งนี้การบำบัดนี้มีบางส่วนที่คล้ายกับการบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) และการบำบัดแบบพิจารณาความเป็นจริง (Reality therapy) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ พบว่าให้ประสิทธิผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่ติดสุราซึ่งให้ผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราได้อย่างชัดเจน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ พบว่าให้ประสิทธิผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราได้อย่างชัดเจน เช่น ลดพฤติกรรมการดื่มลงในระดับที่ปลอดภัย (อัจฉรา พองคำ, นิสานาด โชคเกิด, ชไมพร ทวิขศรี และชยันตร์ธร ปทุมมานนท์, 2547) ทำให้มีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักลดลง และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มเพิ่มขึ้น (สุนทร ศรีโกไสย, ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ และชาลินี สุวรรณยศ, 2549) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการปรึกษาโดยการสร้างแรงจูงใจมีจำนวนวันที่ดื่มต่อสัปดาห์ และจำนวนแก้วต่อวันน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2549) สอดคล้องกับคอกริก พิทาคำ (2549) พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนและหลังของผู้ติดสุราที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

1. **วิธีการสัมภาษณ์แบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing [MI])** คือ การให้การปรึกษาแบบมีทิศทาง ยึดหลักการพูดคุยแบบผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง เพื่อที่จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษารวบรวมและจัดการกับความรู้สึกลังเล (Ambivalence) ในการที่จะปรับเปลี่ยนตนเอง ซึ่งมีรูปแบบที่แตกต่างจากการพูดคุยอย่างไม่มีทิศทางตรงที่ MI จะมุ่งเน้นการพูดคุยอย่างมีเป้าหมาย (Miller, 1995) ซึ่งการ

สัมพันธภาพแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ เน้นการยึดผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client centered) โดยมองว่าผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษามีความเท่าเทียมกัน ผู้รับการปรึกษาจะเป็นผู้กำหนดทิศทางทั่ว ๆ ไปของการบำบัด ในขณะที่ผู้ให้การปรึกษาจะเป็นผู้เอื้อให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจและตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเอง (Insightful self-understanding) ผ่านการใช้ทักษะที่ทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความกระจำจืด (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

2. ทักษะของการให้การปรึกษาที่สำคัญ

2.1 การสื่อสารทางคำพูดและทางกายที่ดี เช่น คำพูดที่สุภาพ น้ำเสียงอ่อนโยน การสบตาที่แสดงถึงการฟังอย่างตั้งใจ

2.2 การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความรู้สึก (Reflection listening) เมื่อตั้งใจฟังจะเกิดความเข้าใจในตัวของผู้รับการปรึกษาได้ถูกต้อง และแสดงออกให้ผู้รับการปรึกษาทราบด้วยการ ทวนความ ทวนวลี ถ่ายทอดความ หรือทักษะการสะท้อนแบบอื่น ๆ

2.3 การสรุปความ (Summarizing) เป็นการพูดเน้นถึงสิ่งสำคัญที่ผู้รับการปรึกษาพูดอย่างกระชับได้ใจความ ทักษะนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ให้การปรึกษาฟังอย่างเอาใจใส่และทบทวนให้ผู้รับการปรึกษาได้ตรวจสอบความคิด ความรู้สึกของตนเองจากการ ได้ยินผู้อื่นทวนซ้ำให้ฟังอีกครั้ง

2.4 การสนับสนุนให้กำลังใจ (Supportive) ทักษะนี้ทำให้ผู้รับการปรึกษาทราบว่าตนเองมีความสำคัญ มีผู้ให้กำลังใจและห่วงใย ฯลฯ เป็นต้น

3. ทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (Self perception theory)

การรับรู้ (Perception) หมายถึง การได้รับสัมผัสจากสิ่งเร้าเข้ามาทางอวัยวะรับสัมผัส แล้วส่งไปที่สมองสมองจึงทำการแปลความหมายออกมา การรับสัมผัสมีการรับเข้ามาหลายทาง เช่น การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น เป็นต้น แนวคิดของนักทฤษฎีสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ตนเอง คาร์ล รอเจอร์ส เชื่อว่ามนุษย์มีศักยภาพ มีความตั้งมามีการรับรู้ และมีมโนภาพเกี่ยวกับตนเอง Frederick Solomon นักจิตวิทยากลุ่มเกสโตลท์เชื่อว่า มนุษย์มีธรรมชาติสำคัญหลายประการเกี่ยวกับการรับรู้ตนเอง สรุปได้ว่า ถ้ามนุษย์มีการรับรู้ตนเอง มนุษย์จะมีความคิด ความรับผิดชอบ ตัดสินใจ และเปลี่ยนแปลงตัวเองให้ดีขึ้นได้

ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่าทฤษฎีการรับรู้ตนเอง เป็นทฤษฎีที่เชื่อว่าถ้าบุคคลได้รับรู้ในสิ่งที่เขาเป็นด้วยตัวของเขาเองเขาจะนำมาคิด วิเคราะห์ ทบทวน ทำให้เกิดความเข้าใจ ต้องการปรับปรุงตนเองในข้อบกพร่อง และพัฒนาตนเองไปในทางที่ดีขึ้น MI เป็นวิธีการที่ยึดถือตามทฤษฎีนี้

4. หลักการสำคัญของ Motivational Interviewing (MI)

4.1 กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง

4.2 ผู้รับการปรึกษาต้องแก้ไขความรู้สึกกังวลด้วยตนเอง ความลังเลที่มาจากความรู้สึกขัดแย้งระหว่างการยอมรับที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองและความรู้สึกไม่เห็นด้วยที่ต้องเปลี่ยนแปลง สิ่งที่ทำให้การปรึกษาฟังกระทำคือการเอื้อให้ผู้รับการปรึกษาระบายความรู้สึกทั้งสองด้านที่ลังเลอยู่ ออกมา โดยผู้รับการปรึกษาจะได้วิเคราะห์และพิจารณาทีละด้านด้วยตนเอง

4.3 การชักจูงหรือชักชวนโดยตรง ไม่ใช่วิธีการที่มีประสิทธิภาพสำหรับการแก้ไขความรู้สึกกังวล เป็นการพยายามที่จะช่วยเหลือโดยเร่งรีบให้เห็นข้อดีของการเปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตาม การชักจูงนี้ก็เป็นวิธีการทั่วไปที่ผู้รับการปรึกษาจะต่อต้านและโอกาสเปลี่ยนแปลงนั้นอาจลดลงได้

4.4 รูปแบบการปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ ควรเจียบและกระตุ้นผู้รับการปรึกษา ส่วนการชักชวน การเผชิญหน้า และการโต้แย้งเป็นทักษะที่ตรงข้ามกับการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ให้การปรึกษามักชินกับการเผชิญหน้าและการให้คำแนะนำเป็นส่วนใหญ่ เพราะการชี้แนะหรือการให้คำแนะนำอาจทำให้ผู้รับการปรึกษาทำตาม แต่ยังไม่พร้อมเปลี่ยนแปลง

4.5 ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยเหลือให้ผู้รับการปรึกษาตรวจสอบหรือแก้ไขความรู้สึกกังวลของเขา ไม่ได้เป็นการสอนทักษะการจัดการกับพฤติกรรม การให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการกระตุ้น การทำให้กระจางชัด และแก้ไขความรู้สึกกังวลในบรรยากาศการพูดคุย แบบยึดผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลางและการใส่ใจ

4.6 การพร้อมเปลี่ยนแปลงไม่ใช่ลักษณะของผู้รับการปรึกษา แต่ผู้รับการปรึกษาจะมีความรู้สึกกลับไปกลับมาหลังจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาต้องเอาใจใส่ และตอบสนองต่อลักษณะของแรงจูงใจของผู้รับการปรึกษา การต่อต้าน และการปฏิเสธเป็นลักษณะของผู้รับการปรึกษา ซึ่งบ่อยครั้งการต่อต้านจะเกิดจากผู้ให้การปรึกษาคาดหวังกับการเปลี่ยนแปลงของผู้รับการปรึกษา หรือบางครั้งไม่ถึงขั้นของความรู้สึกต่อต้านหรือปฏิเสธเป็นเพียงการโต้กลับของ “พฤติกรรมเอาใจใส่หรือคาดหวัง” ของผู้ให้การปรึกษา

4.7 ความสัมพันธ์ของการรักษามีบทบาทเสมือนร่วมกันแสดงความคิดเห็น มากกว่าบทบาทของผู้รับการช่วยเหลือกับผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้การปรึกษาเคารพความเป็นตัวตนและอิสระในการเลือกของผู้รับการปรึกษา

5. ระยะเวลาของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ หรือ Motivational Enhancement Therapy (MET) ทั้งนี้โครงสร้างหลักของการเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยระยะต่าง ๆ 3 ระยะ คือระยะที่ 1

การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) ระยะที่ 2 การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง (Strengthening commitment) ระยะที่ 3 กลยุทธ์การติดตามต่อเนื่อง (Follow through strategies) (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

ระยะที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Phase 1: Building motivation for change) ผู้นำเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดประโยคที่สร้างแรงจูงใจ (Self motivation statement) โดยพูดถึงการดื่มสุราอย่างตรงไปตรงมา พูดถึงความจริงหรือสิ่งที่เป็นปัญหาจากการดื่มสุรา พูดถึงความจำเป็น ความต้องการ หรือความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง ผู้ให้การบำบัดรับฟังอย่างตั้งใจ และสะท้อนความ และทำความเข้าใจ พร้อมทั้งถามผู้รับการบำบัดว่ารู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร กังวลเกี่ยวกับอะไรบ้าง วางแผนไว้อย่างไรบ้างเมื่อได้ข้อมูลแล้วตอบสนองด้วยการสะท้อนแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathic response) ให้ความมั่นใจ (Affirmation) และการเปลี่ยนมุมมองปัญหา (Reframing) มีการให้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินก่อนรักษาย้อนกลับให้กับผู้ป่วยซึ่งควรทำอย่างเป็นทางการและมีหลักฐาน ให้เอารายงานข้อมูลย้อนกลับเฉพาะบุคคลให้กับผู้รับการบำบัด และญาติสำเนาอีกฉบับอยู่ที่ผู้นำบำบัดเพื่อใช้ในการอ้างอิง สิ่งที่สำคัญในกระบวนการนี้คือการตีความและการตอบสนองต่อผู้ป่วย ในกระบวนการให้ข้อมูลย้อนกลับใช้เทคนิคการสะท้อนกลับจากการฟัง เพื่อเสริมประโยคที่สร้างแรงจูงใจ ในขณะที่เดียวกันต้องสะท้อนปฏิริยาความรู้สึกด้านที่ต่อต้านด้วย และบางครั้งอาจเรียงประโยคใหม่หรือสะท้อนกลับ 2 ทาง ผู้นำสร้าง ความมั่นใจและให้กำลังใจกับผู้ป่วย โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดี ส่งเสริมความรู้สึกรับผิดชอบในตนเอง และรู้สึกว่าคุณเองมีพลัง ให้ผู้รับการบำบัดได้ตรวจสอบการรับรู้หรือความคิดของตนเองด้วยมุมมองใหม่ที่เป็นบวก

ระยะที่ 2 การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง (Phase 2: Strengthening commitments to change) ผู้นำประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งดึงเอาแผนของผู้รับการบำบัดหรือของญาติมาพูดคุย เพื่อให้กำลังใจและวางเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย และเน้นย้ำว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นความรับผิดชอบของตัวเอง (Responsibility) ผู้ป่วยสามารถเลือกได้อย่างอิสระ (Communicating free choice) ไม่มีใครสามารถตัดสินใจแทนได้ ให้ผู้ป่วยตรวจสอบถึงผลกระทบจากการกระทำและไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ผู้นำอาจใช้แบบฟอร์มการถ่วงดุลของการตัดสินใจ ผู้นำมักใช้ทักษะการสะท้อนความ การสรุปความ และการปรับมุมมอง ผู้นำทำให้เหตุผลความจำเป็นของการหยุดดื่ม โดยเด็ดขาดแก่ผู้ป่วยทุกคนแต่ควรหลีกเลี่ยงการสื่อในลักษณะที่บังคับว่าการหยุดดื่มสุราโดยเด็ดขาดเป็นเป้าหมาย การตัดสินใจที่จะเลือกเป้าหมายอยู่ที่ผู้รับการบำบัด ผู้นำควรเน้น SMS ของผู้รับการบำบัดเองบทบาทของญาติ และผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง หรือการไม่เปลี่ยนแปลง โดยใช้ในงานช่วยในการสรุป

ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง(Phase 3: Follow through strategies) เป็นการทบทวน สิ่งที่เกิดขึ้นในชั่วโมงการรักษารั้งที่แล้ว ตรวจสอบว่าผู้รับการบำบัดได้ทำอะไรไปบ้างแล้วอาจ ใช้การทบทวนขบวนการของระยะที่ 1 ใหม่ ขึ้นอยู่กับการให้คำมั่นสัญญาของผู้รับการบำบัด อาจประเมินแรงจูงใจโดยใช้คำถามเพื่อทบทวนความจำว่า อะไรเป็นเหตุผลสำคัญที่สุดของการ เปลี่ยนแปลง ผู้รับการบำบัดตามซ้ำเพื่อความมั่นใจ หากพบปัญหาใหม่ ให้ตรวจสอบประเมินใหม่ กำหนดแผนการใหม่และให้คำมั่นสัญญาอีกครั้ง

6. เทคนิคของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

เทคนิคและหลักการที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย DARES ในกระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้บำบัดต้องมีการใช้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นเร้าให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม โดยคำนึงถึงหลักพื้นฐานในการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งประกอบด้วย 5 ประการ คือ Develop discrepancy ทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างสถานภาพในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากจะ เป็น Avoid argumentation หลีกเลี่ยงการโต้เถียง Roll with resistance ตะล่อมหมุนไปกับแรงต้าน Express empathy แสดงความเห็นอกเห็นใจ Support self efficacy ส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัว ผู้รับการบำบัด และให้ผู้รับการบำบัดมั่นใจว่าสามารถทำได้ (Miller & Rollnick, 2002)

Develop discrepancy หมายถึง การทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างสถานภาพในปัจจุบัน กับเป้าหมายที่อยากเป็น แรงจูงใจของการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นต่อเมื่อผู้รับการบำบัดเห็นความ แตกต่างระหว่างสิ่งที่เขาเป็นอยู่กับสิ่งที่เขาต้องการจะเป็น กระบวนการของ MET ก็คือการกระตุ้น ให้ผู้รับการบำบัดเห็นความแตกต่างนี้ อาจต้องทำให้เกิด โดยให้ผู้รับการบำบัดได้เล่าถึงผลลัพธ์ที่เกิด ตามหลังการดื่ม และผลลัพธ์ที่ผู้รับการบำบัดคิดว่าจะเป็นหากไม่ดื่ม ทำให้ผู้รับการบำบัดได้ข้อมูล เหล่านี้เหมาะสม ก็จะกระตุ้นให้เกิดภาวะวิกฤต รู้สึกถึงความแตกต่าง จนกระทั่งผู้ป่วยเกิด แรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง มีความต้องการมากขึ้นที่จะพูดคุยถึงทางเลือกในการเปลี่ยนแปลง เพื่อที่จะลดความรู้สึกแตกต่างนี้

Avoid argumentation หมายถึง หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง ในระหว่างการบำบัด ผู้รับการบำบัด อาจเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจสับสน ผู้รับการบำบัดอาจใช้กลไกการป้องกันตัวเองที่จะลดความรู้สึก ไม่สบายใจให้น้อยลง และไม่ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม การจู่โจมอย่างจริงจังและดูเกินจริง (ในความรู้สึกของผู้รับการบำบัด) จะกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดเกิดความรู้สึกต่อต้านและรู้สึกว่าผู้ให้ การบำบัดไม่เข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ควรหลีกเลี่ยงการทะเลาะโต้แย้ง ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดความรู้สึก ต่อต้าน ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องให้ผู้รับการบำบัดยอมรับการวินิจฉัย ไม่จำเป็นที่จะต้องยืนยัน ความถูกต้องหรือโต้เถียงเอาชนะ แต่ควรหาวิธีอื่น ๆ ที่จะช่วยเหลือให้ผู้รับการบำบัดเห็นผลลัพธ์ และโทษที่เกิดขึ้นตามหลังการดื่ม ในขณะที่เดียวกันเห็นผลดีจากการดื่มน้อยลง

Express empathy หมายถึง แสดงความเห็นอกเห็นใจ ผู้ให้การบำบัดใช้การสื่อสารที่ แสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้รับการบำบัด หลีกเลี่ยงการสื่อสารที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำต่ำสูงระหว่างผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัด ผู้รับการบำบัดมีสิทธิที่จะเลือกอย่างอิสระ และกำหนดทิศทางเป้าหมายของตัวเอง ผู้ให้การบำบัดทำหน้าที่เป็นผู้ฟังมากกว่าที่จะเป็นผู้ป้อนข้อมูล พูดชักชวนด้วยความนุ่มนวลและบอกเสมอว่าการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้น ทั้งหมดขึ้นอยู่กับตัวผู้รับการบำบัดเอง ใช้การสะท้อนความรู้สึก (Reflection) เป็นเทคนิคหลัก การสื่อสารกับผู้รับการบำบัดในระดับที่เท่ากันเป็นสิ่งจำเป็น และในขณะเดียวกันต้องมีท่าทีให้ความช่วยเหลือตลอดในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเปลี่ยนแปลง

Roll with resistance หมายถึง ตะล่อมหมุน ไปด้วยแรงต้าน เมื่อผู้รับการบำบัดมีความรู้สึกต่อต้าน ไม่ควรปล่อยให้ความรู้สึกต่อต้านนั้นดำเนินต่อ แต่จะค่อยๆ ตะล่อมหมุน ไปด้วยความรู้สึกต่อต้านนั้น โดยมีเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดจะเสนอแนวทางใหม่ในการคิดเกี่ยวกับปัญหา แต่ไม่ใช่เอามาบังคับให้ใช้ การเกิดความรู้สึกสับสนถือเป็นเรื่องปกติ และการพูดคุยกันถึงความรู้สึกสับสนนี้อย่างเปิดเผยก็จะเป็นประโยชน์ การสรุปใจความจะต้องมาจากผู้รับการบำบัด ไม่ใช่ผู้บำบัด

Support self efficacy หมายถึง การส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัว คนเราเมื่อถูกชี้ให้เห็นปัญหา โดยปกติก็จะยังไม่ทำการเปลี่ยนแปลง จนกว่าจะรู้สึกว่ามีความหวังที่จะทำได้สำเร็จ ความรู้สึกว่าตัวเองมีศักยภาพเป็นสิ่งสำคัญจึงจะทำให้เกิดการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความรู้สึกว่าตนเองมีศักยภาพก็คือ ความรู้สึกว่าตนมีความสามารถที่จะทำอะไรให้สำเร็จได้ ซึ่งในสถานการณ์เช่นนี้ หน้าที่ของผู้บำบัดก็คือ การชี้ให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ และถ้าหากผู้รับการบำบัดทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม จะมีผลในการลดปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นผลจากการดื่ม ให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกมีความหวังและมองโลกในด้านบวก ถ้าความเชื่อนั้นไม่เกิดขึ้น ในขณะที่ผู้รับการบำบัดมีความสับสน สิ่งที่จะเกิดตามมาก็คือ ผู้รับการบำบัดจะแก้ปัญหามาโดยใช้กลไกการป้องกันตนเอง โดยการปฏิเสธ เพื่อที่จะลดความรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจ โดยไม่ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นกระบวนการที่เป็นไปตามธรรมชาติซึ่งสามารถเข้าใจได้ในกระบวนการป้องกันตนเองของแต่ละคน ถ้าบุคคลนั้นมีความหวังน้อยกว่าปัญหาที่ต้องการแก้ไอก็ไม่มีเหตุผลจำเป็นเลยที่เขาจะต้องเผชิญหน้ากับปัญหา

7. ทักษะของการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing skills)

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing [MI]) เป็นวิธีการบำบัดที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีผู้บำบัดเป็นผู้ใช้ทักษะต่าง ๆ ในการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ค้นหา และจัดการ

กับความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายของตนเอง (Miller & Rollnick, 2002) ซึ่งในการบำบัดที่มีประสิทธิภาพนั้น ผู้ที่จะทำหน้าที่ให้การบำบัดจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีทักษะสำคัญต่าง ๆ ในการให้คำปรึกษา เช่น เทคนิคการให้คำปรึกษา OARSS ซึ่งได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจ และสะท้อนความ (Reflective listening) การสรุปความ (Summarization) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยินสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึก เทคนิค OARS มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การตั้งคำถามคำถามปลายเปิด (Open-Ended Questioning [O])

การถามคำถามปลายเปิด เป็นการกระตุ้นเร้าให้ผู้ป่วยคิด พุด และได้ยินความคิดของตนเอง ดังนั้น ผู้บำบัดสามารถเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยได้ โดยการถามคำถามปลายเปิดที่มีทิศทางเพื่อกระตุ้นเร้าให้ผู้ป่วยคิดและพุดข้อความที่จูงใจตนเอง กระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจจึงมีลักษณะที่เรียกว่า ถามเพื่อให้พุดข้อความที่จูงใจตนเองออกมา บอกข้อมูลอะไรบางอย่างให้รับทราบ แล้วถามเพื่อให้พุดข้อความที่จูงใจตนเองออกมาอีก เรียกอย่างย่อว่าดึงออกมา และจัดเตรียมให้ และดึงออกมา หรือ Elicit-Provide-Elicit [EPE] เรียกอย่างง่าย คือ ถาม บอก และถามหรือ Ask Tell Ask [ATA] สำหรับการถามคำถามปลายเปิด (Close-ended questioning) นอกจากกระตุ้นเร้าผู้ป่วยคิดและพุดได้ไม่มากแล้วยังทำให้แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองแย่งลงอีกด้วย เพราะผู้ป่วยมักจะปฏิเสธในทันที เนื่องจากผู้ป่วยมักใช้กลไกทางจิตแบบปฏิเสธความจริง (Denial) มองให้น้อยกว่าความเป็นจริง (Minimization) และการให้เหตุผล (Rationalization) คล้ายกับว่าผู้บำบัดไปกระตุ้นเร้าจิตใจด้านที่ไม่อยากเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เช่น ถามผู้ป่วยว่า “ยาบ้าเป็นปัญหาหรือไม่” ผู้ป่วยมักตอบในทันทีว่า “ไม่ได้คิด ไม่มีปัญหา” การถามคำถามปลายเปิด มักลงท้ายด้วยอย่างไร เพราะอะไร เป็นต้น

การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation [A])

การชื่นชมยืนยันรับรอง เมื่อผู้ป่วยแสดงออกถึงความคิดที่ดีงาม จุดแข็งของตนเอง ความพยายาม ศักยภาพในตน และความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ผู้บำบัดตอบสนองโดยให้การชื่นชมยืนยันรับรองเพื่อเป็นการเสริมแรงต่อความคิดที่ดีงามซึ่งแสดงออกเป็นข้อความที่จูงใจตนเองของผู้ป่วย ผู้บำบัดควรแสดงการชื่นชมยืนยันรับรองอย่างเฉพาะเจาะจงต่อความคิดที่ดีงามที่ผู้ป่วยแสดงออกมา และเน้นว่าสิ่งนั้นมาจากตัวผู้ป่วยเอง

การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective Listening [R])

การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ เป็นทักษะของการตั้งใจฟังและจับความหมายของข้อความที่จูงใจตนเองของผู้ป่วย สิ่งที่ผู้บำบัดไม่ควรกระทำเพราะเป็นอุปสรรคต่อการฟังอย่างตั้งใจได้แก่ อย่าชักชวน เทศน์สั่งสอน สั่งการ เตือน หมายหัว หยาบคาย ทำทาย ให้ความมั่นใจอย่างเพ่งรับ

แนะนำ เห็นด้วย หรือรีบให้คำมั่นสัญญา อย่างขึ้นเสียงสูงหรือเน้นคำท้าย ๆ เพราะประโยคที่ใช้จะ กลายเป็นคำถามปลายปิด อย่าตัดสินใจผิดถูก กล่าวหา หรือประชดประชัน อย่าใช้คำพูดประ โยคเดิม ๆ ซ้ำ ๆ เช่น ฟังดู แบบว่า คุณคิดว่า เป็นต้น

การสรุปความ (Summarization [S])

การสรุปเนื้อหาระหว่างการสนทนากับผู้ป่วยอาจมีเนื้อหาที่สำคัญมากมายเกิดขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยจำสิ่งที่ตนเองพูดได้บ้างไม่ได้บ้าง ดังนั้นหากผู้บำบัดมีการสรุปสิ่งที่ผู้ป่วยคิด และพูดออกมาเป็นระยะ ๆ โดยเฉพาะข้อความที่สนใจตนเองซึ่งผู้ป่วยกล่าวออกมา ก็จะทำให้ผู้ป่วย มีโอกาสได้ย่นข้อความที่สนใจตนเองซ้ำอีก และจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดและพูดข้อความที่ จูงใจตนเองได้เพิ่มมากขึ้น คล้ายเป็นการเสริมแรงต่อความคิดที่ดีงาม

กลยุทธ์ที่สำคัญในแนวทางของ MI

กลยุทธ์ที่สำคัญเป็นสิ่งที่ผู้บำบัดสามารถทำให้ผู้รับการบำบัดจัดการความลังเลใจของ ตนเองได้ (Miller & Rollnick, 2011) โดยมีทั้งหมด 9 กลยุทธ์ คือ

1. Evocative questions เป็นกลยุทธ์ถามเพื่อกระตุ้นเร้าให้ผู้ป่วยพูด SMS ผู้บำบัดควรมองว่าผู้ป่วยมีความลังเลใจอยู่บ้างในการตัดสินใจว่าจะเลิกดื่มสุราหรือเสพสารเสพติดดีหรือไม่ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ตระหนักในปัญหาก็ตามคือ สมมุติว่าผู้ป่วยมีแรงจูงใจอยู่ในขั้นที่ 2 คือ ตั้งใจ ผู้บำบัดควรถามผู้ป่วยว่า “คุณห่วงกังวลกับเรื่องการดื่มสุราหรือเสพสารเสพติดอย่างไร” มากกว่า “คุณห่วงกังวลกับเรื่องการดื่มสุราหรือเสพสารเสพติดหรือไม่” การถามก็เพื่อกระตุ้นเร้าให้ผู้ป่วยพูด SMS คำถามที่กระตุ้นเร้า SMS ชนิดต่าง ๆ มีดังต่อไปนี้

1.1 คำถามที่กระตุ้นเร้า SMS ที่แสดงถึงการตระหนักในปัญหา (Problem recognition) เช่น “อะไรที่ทำให้คิดว่าการดื่มสุราหรือเสพสารเสพติดเป็นปัญหา”

“การดื่มสุราหรือเสพสารเสพติดมีผลกระทบต่อคุณหรือคนรอบข้างอย่างไรบ้าง”

“มันเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายในชีวิตของคุณอย่างไรบ้าง”

“คนอื่นพูดถึงเรื่องนี้อย่างไรบ้าง”

1.2 คำถามที่กระตุ้นเร้า SMS ที่แสดงถึงความกังวลกับปัญหาการติดสุราหรือ สารเสพติด (Concern) เช่น

“คุณเป็นห่วงกังวลในเรื่องการดื่มสุราหรือการเสพสารเสพติดของตนเองอย่างไรบ้าง”

“อะไรที่ทำให้ครอบครัวของคุณเป็นห่วง”

“คุณคิดว่ามันจะเป็นอย่างไรบ้างหากคุณยังคงดื่มสุราหรือเสพสารเสพติดต่อไป”

1.3 คำถามที่กระตุ้นเร้า SMS ที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะเลิกดื่มสุราหรือสารเสพติด (Intention to change) เช่น

“อะไรที่ทำให้คุณอยากเลิกเสพยาเสพติด”

“สมมติว่าคุณเลิกมันได้สำเร็จ ชีวิตจะดีขึ้นอย่างไรบ้าง”

“อะไรเป็นข้อดีของการเลิกเสพยาเสพติด”

1.4 คำถามที่กระตุ้นเร้า SMS ที่แสดงถึงทัศนคติที่ติดต่อการเลิกดื่มสุราหรือเสพยาเสพติด (Optimism for change) เช่น

“อะไรที่ทำให้คุณคิดว่า คุณจะเลิกดื่มสุราหรือเสพยาเสพติด ได้สำเร็จ”

“อะไรที่ทำให้คุณมีความเชื่อมั่น”

“อะไรที่เป็นตัวช่วย หากคุณคิดจะเลิกดื่มสุราหรือเสพยาเสพติด”

2. Exploring pros & cons เป็นกลยุทธ์ตรวจสอบเหตุผลทั้งสองด้าน ข้อสำคัญคือการเปิดโอกาสได้ตรวจสอบข้อดีข้อเสียของการดื่มสุราหรือเสพยาเสพติดและการเลิกดื่มสุราหรือเสพยาเสพติด ทำทึของผู้บำบัด ไม่อคติครอบงำ หรือชักจูงใจเกินเหตุ โดยปกติผู้บำบัดมักเน้นแต่ข้อดีของการเลิกดื่มสุราหรือเสพยาเสพติดและข้อเสียของการดื่มสุราหรือเสพยาเสพติด ผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบทุก ๆ ด้าน เพราะผู้ป่วยจะได้ไตร่ตรองอย่างรอบด้าน จนกระทั่งตัดสินใจเอง ทำให้แรงจูงใจมั่นคงกว่าการชักจูงจากผู้บำบัดฝ่ายเดียว รวมเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ข้อดีของการดื่มสุราหรือเสพยาเสพติด ข้อเสียของการดื่มสุราหรือเสพยาเสพติด ข้อดีของการเลิกดื่มสุราหรือเสพยาเสพติด และข้อเสียของการเลิกดื่มสุราหรือเสพยาเสพติด

3. Elaboration เป็นกลยุทธ์การถามเพื่อให้ได้รายละเอียดมาก ๆ เมื่อผู้ป่วยมีโอกาสพูดได้มาก ผู้ป่วยจะพูดSMS มากขึ้น ผู้บำบัดก็ทำหน้าที่ตั้งคำถาม สะท้อน และสรุป ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้คิด ได้ฟังข้อความจูงใจของตนเองมากขึ้นเรื่อย ๆ แรงจูงใจก็จะมากขึ้นตาม

4. Imagining เป็นกลยุทธ์จินตนาการสมมุติ โดยผู้บำบัดถามถึงสิ่งที่เลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้น หากไม่เลิกดื่มสุราหรือเสพยาเสพติด แล้วจินตนาการสมมุติว่าตนเองอยู่ในสภาวะนั้นจะเป็นอย่างไร ก็จะถูกเร้าให้เกิดความกังวลใจ ความกังวลใจจะทำให้เกิดแรงจูงใจที่อยากจะเปลี่ยนแปลงแก้ไข

5. Looking forward เป็นกลยุทธ์คาดการณ์ในอนาคต โดยผู้บำบัดถามถึงความคาดหวังในอนาคตอาจถามว่า “อะไรจะดีขึ้นบ้างหากเลิกดื่มสุราหรือเสพยาเสพติด” “สุขภาพจะเปลี่ยนไปอย่างไรหากไม่เลิกดื่มสุราและเสพยาเสพติด”

6. Looking back เป็นกลยุทธ์มองย้อนกลับไปสู่อดีต โดยเปรียบเทียบช่วงอดีตก่อนที่จะดื่มสุราหรือเสพยาเสพติดกับปัจจุบันที่ดื่มสุราหรือเสพยาเสพติดว่ามีอะไรแตกต่างกันบ้าง เช่น ผู้บำบัดอาจถามว่า “สุราหรือสารเสพติดทำให้สุขภาพเปลี่ยนแปลงไปจากช่วงก่อนหน้าที่จะดื่มสุราหรือเสพยาเสพติดอย่างไรบ้าง” เป็นต้น

7. Exploring goals เป็นกลยุทธ์สำรวจเป้าหมายในชีวิต ผู้บำบัดอาจถามผู้ป่วยว่า อะไรคือสิ่งที่สำคัญมากที่สุดในชีวิต อะไรคือเป้าหมายในชีวิต อะไรที่เขาเป็นห่วงเป็นใย อะไรที่เป็นสิ่งมีค่าในชีวิต ความเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมายในชีวิตอย่างไร เมื่อผู้ป่วยได้พูดถึงเป้าหมายในชีวิต หรือสิ่งที่มีค่าในชีวิต พร้อมกับการเห็นความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผู้ป่วยก็จะมีแรงจูงใจในการแก้ไขความเจ็บป่วยในปัจจุบันเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต

8. Readiness ruler เป็นกลยุทธ์ไม้บรรทัดแห่งความพร้อม ผู้บำบัดลองให้ผู้ป่วยให้คะแนนความสำคัญ ความมั่นใจ หรือความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ช่วงคะแนนมีตั้งแต่ 0-10 เมื่อผู้ป่วยให้คะแนนแก่ตนเองแล้วผู้บำบัดถามผู้ป่วยว่า ทำไมผู้ป่วยไม่ให้คะแนนที่ต่ำกว่านั้น เช่น ผู้ป่วยให้คะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง เท่ากับ 6 ผู้บำบัดก็ถามว่า ทำไมผู้ป่วยถึงไม่ให้คะแนน เท่ากับ 5 หรือตัวเลขที่ต่ำกว่านั้น เป็นต้น เหตุผลที่ผู้ป่วยให้ตามมาก็จะเป็นเหตุผลที่ดีและจูงใจ ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงซึ่งก็คือข้อความที่จูงใจตนเอง (SMS) นั่นเอง

9. Paradoxical challenge เป็นกลยุทธ์ขัดเพื่อให้แย้ง โดยผู้บำบัดใช้เหตุผลของจิตใจด้านที่ไม่อยากรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยโต้แย้งหรือกระตุ้นจิตใจด้านที่อยากรักษาอย่าง
การจัดการแรงต้าน

การเปลี่ยนแปลงของแรงจูงใจของผู้ป่วยจากขั้นไม่สนใจใส่ใจหรือขั้นลังเลใจต่อการเลิกยาเสพติดไปสู่ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลงตนเอง ผู้ป่วยมักมีแรงต้าน (Resistance) ต่อการเปลี่ยนแปลงของแรงจูงใจ ภาษาที่สื่อถึงแรงต้านในการเปลี่ยนแปลงของแรงจูงใจเป็นภาษาที่ตรงข้ามกับข้อความที่จูงใจตนเอง ได้แก่ ข้อความที่สื่อถึงข้อดีของการเสพยาข้อเสียของการเลิกยา ไม่คิดตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง มองการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ลบ เป็นต้น ผู้บำบัดควรระลึกว่าแรงต้านเป็นเรื่องปกติของการเปลี่ยนแปลงของแรงจูงใจ การที่ผู้ป่วยแสดงถึงแรงต้านอยู่ตลอดการสนทนา เป็นเครื่องเตือนให้ผู้บำบัดทบทวนกลยุทธ์ที่ใช้ในการจูงใจผู้ป่วยว่าไม่ได้ผล ผู้บำบัดสมควรเปลี่ยนไปใช้กลยุทธ์อื่น ๆ การเผชิญหน้า (Confrontation) ไม่เพียงแต่ทำให้แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองไม่เพิ่มขึ้นแต่กลับทำให้แรงต้านเพิ่มมากขึ้น กลยุทธ์ในการจัดการกับแรงต้านตามแนวทางการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Miller & Rollnick, 2011) มีดังต่อไปนี้

1. Reflective listening เป็นกลยุทธ์การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ ผู้ป่วยจะได้ยินความคิดความรู้สึกของตนเองจากการสะท้อนของผู้บำบัด ประเภทของการสะท้อนความมีดังต่อไปนี้

2. Shifting focus เป็นกลยุทธ์เปลี่ยนจุดเน้น หรืออาจเปลี่ยนหัวข้อสนทนาไปเลย หากพบว่ายังพูดคุย ผู้ป่วยยังแสดงออกถึงแรงต้านมากยิ่งขึ้น

3. Responsibility or Personal choice เป็นกลยุทธ์เน้นความรับผิดชอบในตน หรือทางเลือกของตนเองเน้นกับผู้ป่วยว่าไม่มีอะไรมาบังคับใจหรือกระทำการเปลี่ยนแปลงแทนตัวเขาเองได้ สิ่งที่คุณบำบัดทำได้ คือ การให้ข้อมูลข้อเท็จจริงเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาได้ดีขึ้น การเน้นย้ำแบบนี้ทำให้ผู้ป่วยลดแรงต้านลง

4. Reframing เป็นกลยุทธ์การปรับมุมมองความคิด โดยการที่ผู้บำบัดยอมรับสิ่งที่เป็นจริงในมุมมองความคิดของผู้ป่วยก่อน (Validation) แล้วชี้ให้เห็นมุมมองที่แตกต่างเพื่อเสนอให้ผู้ผู้ป่วยพิจารณา เมื่อผู้บำบัดยอมรับความคิดเห็นของผู้ป่วยก่อน ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มรับฟังมุมมองที่แตกต่างเช่นกัน ผู้บำบัดมักใช้คำเชื่อมประโยคที่ว่าใช่.....แต่..... (yes.....but.....)

5. Paradoxical challenge เป็นกลยุทธ์ขัดเพื่อให้แย้ง โดยผู้บำบัดใช้เหตุผลของจิตใจด้านที่ไม่อยากรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยโต้แย้งหรือกระตุ้นจิตใจด้านที่อยากรักษาอย่างต่อเนื่อง

โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing [MI]) ของ Miller and Rollnick (1991) ร่วมกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของ Prochaska and Diclemente โดยบำบัดรายบุคคลที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 4 ครั้ง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัฏจักรก่อน-หลังการทดลองและระยะติดตามผล เพื่อศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดสุรา โดยเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความต้องการรักษาในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคติดสุราเพศชายหรือหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา โดยใช้เกณฑ์วินิจฉัยตามกลุ่มโรค F10.2 ตามรหัสของโรคในระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem [ICD10]) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ที่กำหนด ดังนี้

1. ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อายุ 20-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคติดสุรา (Alcohol dependence disorder)
2. เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวชและยาเสพติดที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นครั้งแรก
3. สามารถอ่าน เขียนและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ ไม่มีปัญหาการได้ยิน
4. ไม่มีอาการถอนพิษสุรา ประเมินด้วยแบบประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version (CIWA-Ar) โดยมีคะแนนน้อยกว่า 14 คะแนน หมายถึง มีอาการถอนพิษสุราในระดับเล็กน้อย
5. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) การวิจัยครั้งนี้
กำหนดการคัดกลุ่มตัวอย่างออก คือ

1. เป็นโรคร่วมทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภท หรือโรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว
2. มีอาการเมาสุราขณะเข้ารับบริการ (Alcohol intoxication)
3. มีอาการทางกาย เช่น ดับแรงแ้งที่ต้องนอนรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลก่อนการบำบัดอย่างน้อย 2 เดือน
4. มีอาการทางจิตกำเริบ เช่น หนูแหว่ ประสาทหลอน และมีความรุนแรงจนไม่สามารถเข้ารับการบำบัดต่อได้
5. มีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย เช่น มีอาการชัก สารน้ำสารอาหารในเลือดผิดปกติ
6. มีความผิดปกติทางสติปัญญา (Mental retardation)

เกณฑ์การให้กลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Discontinuation criteria) คือ ผู้ป่วยมารับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายไม่ครบทั้ง 4 ครั้ง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ ตามข้อเสนอแนะของ Polit and Hungler (2001) โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม คือ ควรมีอย่างน้อยจำนวนกลุ่มละ 10 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้กำหนดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ซึ่งมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มครั้งนี้ เป็นกลุ่มละ 12 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Random assignment) ด้วยวิธีการจับฉลากเพื่อสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 12 คนเท่า ๆ กัน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

จากสถิติของผู้ป่วยโรคจิตตสุราที่มารับการรักษาในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวน เฉลี่ย 54 คนต่อเดือน โดยแต่ละเดือนจะมีบริบทและจำนวนผู้ป่วยใกล้เคียงกับช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลโดยผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่จะมารับบริการในวันที่เปิดคลินิกสุราและยาเสพติด ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 โดยผู้วิจัยคัดกรองภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยโรคจิตตสุรา ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เป็นครั้งแรกในระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ด้วยแบบประเมิน (CIWA-Ar) โดยมีคะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 14 คะแนน หมายถึง มีภาวะถอนพิษสุราในระดับเล็กน้อย และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา จำนวน 24 คน และสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลาก ผู้วิจัยจัดทำฉลากหมายเลข 1-24 เมื่อคัดเลือกได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยทำการจับฉลาก เลขคู่เข้ากลุ่มควบคุม 12 คน เลขคี่เข้ากลุ่มทดลอง 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1) เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล 3) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. **แบบประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (The Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale [CIWA-Ar])** (Sullivan, Sykora, Schneiderman, Naranjo, & Sellers, 1989) หมายถึง แบบประเมินอาการถอนพิษสุราที่มีข้อคำถาม 10 ข้อ รายละเอียดการประเมินประกอบไปด้วย อาการคลื่นไส้ อาเจียน มือสั่น เหงื่อออก วิตกกังวล กระสับกระส่าย ความผิดปกติด้านการสัมผัส ความผิดปกติด้านการได้ยินเสียง ความผิดปกติด้านการมองเห็นภาพ อาการปวดศีรษะ และความผิดปกติด้านการรับรู้ เวลา สถานที่ บุคคล โดยมีการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถาม ตั้งแต่ 0-7 คะแนน ยกเว้นความผิดปกติด้านการรับรู้ เวลา สถานที่ บุคคล มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน โดยคะแนนรวมสูงสุดคือ 67 ระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน มีอาการถอนพิษสุราระดับเล็กน้อย

คะแนน 15-18 ถือว่ามีอาการถอนพิษสุราระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า 19 คะแนน ถือว่ามีอาการถอนพิษสุรารุนแรง

ในการศึกษา ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) เป็นเครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย โดยใช้เกณฑ์พิจารณาที่คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 หมายถึง มีอาการถอนพิษสุราระดับเล็กน้อย

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และศาสนา ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มสุราและการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรค อาการถอนพิษสุรา และการรักษาที่ได้รับ

2.2 แบบประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความต้องการรักษา แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความต้องการรักษา (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES-8A]) สำหรับผู้ดื่มสุรา แบบวัดนี้ได้แปลเป็นฉบับภาษาไทยและปรับปรุงด้านภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายโดย พันธุ์ทิพย์ กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ (2547) ซึ่งได้แปลจาก Assessing drinkers motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES-8A) ของ Miller et al. (1996) ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน

19 ข้อ ข้อคำถามแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการยอมรับ จำนวน 7 ข้อ ด้านความลังเล จำนวน 4 ข้อ และด้านกำลังลงมือทำ จำนวน 8 ข้อ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบตามความคิด ความรู้สึกของตนเอง ในแต่ละข้อคำถามให้ระดับความคิดเห็นไว้ 5 ระดับ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน

การคิดค่าคะแนนโดยรวมคะแนนทุกข้อคำถามทุกข้อในแต่ละด้าน โดยการนำคะแนน แต่ละด้านมาหาค่าเฉลี่ยและวัดผลซ้ำทุกครั้งก่อนการเริ่มกิจกรรมในครั้งต่อไป รวมทั้งหมด 5 ครั้ง และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้าน

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา

ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของโรงพยาบาลจิตเวช สระแก้วราชชนกรินทร์ ที่พัฒนาขึ้นโดยแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษา ผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.) (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553) ซึ่งประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับชนิดของสุราที่ดื่ม ปริมาณการดื่ม โดยคิดเฉลี่ยเทียบเคียงหน่วยเป็นดื่มมาตรฐาน จำนวนวันไม่ดื่มในช่วงที่ติดตาม (Percent Days Abstinence [PDA]) คำนวณโดย จำนวนวันที่ไม่ดื่ม ในช่วงที่ติดตามหารด้วย จำนวนวันในช่วงที่ติดตาม คูณด้วย 100 การคิดค่าคะแนนปริมาณการดื่ม คิดเทียบเคียงหน่วยดื่มมาตรฐาน โดยหนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานเท่ากับ 10 กรัมของแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์และจำแนกตามประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผู้ป่วยใช้ โดยหาค่าเฉลี่ยจำนวนดื่มมาตรฐาน ในช่วงที่ติดตาม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ตามหลักการของการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing [MI]) ของ Miller and Rollnick (1991) ร่วมกับ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของ Prochaska and Diclemente (1982) โดยโปรแกรมบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลให้การบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอกทุกวันอังคาร และวันศุกร์ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 30-60 นาที ห่างกันทุก 1 สัปดาห์รวม 4 สัปดาห์ และติดตามหลัง ได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล 4 สัปดาห์ 1 ครั้ง ขั้นตอนและเนื้อหาในการบำบัด ประกอบด้วย มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ครั้งที่ 1 กิจกรรมรู้จักเปิดใจ (สัปดาห์ที่ 1) เป็นการรวบรวมข้อมูล ประเมินปัญหา สำรวจความคาดหวังในการรักษาประเมินแรงจูงใจ ให้ข้อมูลสะท้อนกลับจากการประเมิน แก้ไขความลังเลใจและตอบสนองอย่างเหมาะสมตามระดับของแรงจูงใจ เสนอทางเลือก และช่วยผู้รับบริการตั้งเป้าหมายและวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงแก้ไข และนัดบำบัดครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 กิจกรรมมองไกลเปลี่ยนแปลง (สัปดาห์ที่ 2) เป็นการตั้งเป้าหมายและวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การค้นหาสิ่งกระตุ้น ปรับมุมมองใหม่เสริมสร้างแรงจูงใจ

ระยะที่ 2 การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ครั้งที่ 3 กิจกรรมร่วมแรงร่วมใจ (สัปดาห์ที่ 3) เป็นการทบทวนและติดตามความก้าวหน้าเสริมสร้างแรงจูงใจให้มั่นคง การให้คำมั่นสัญญาในการเลิกสูราและเป็นช่วงที่ญาติจะเข้าร่วมด้วย

ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง

ครั้งที่ 4 กิจกรรมไปให้ถึงฝัน (สัปดาห์ที่ 4) เป็นการทบทวนและติดตามความก้าวหน้าเสริมสร้างแรงจูงใจให้มั่นคง สร้างแรงจูงใจใหม่และให้ความรู้การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

การติดตามหลังการจำหน่าย

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) ติดตามหลังเสร็จสิ้น โปรแกรม

การติดตามผลเมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ในการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลภายใต้การควบคุมของอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลทางด้านยาเสพติด และนักจิตวิทยา เพื่อพิจารณาความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา และการจัดลำดับเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาพิจารณาและแก้ไขปรับปรุง ภายใต้คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วย

ติดสุราที่มารับการบำบัดรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอดสุราในโรงพยาบาลชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย ก่อนนำโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลไปใช้จริง การหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามโดยหาผลรวมของคะแนนในข้อ 1 โดยการบวก $1+1+1+1+1$ เท่ากับ 5 คะแนน แล้วนำมาหารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญ คือ ผลรวมคะแนน/ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ เท่ากับ $5/5 = 1.00$ จากนั้นนำผลไปเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ จากผลการหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม IOC แสดงว่า ข้อคำถามมีความเที่ยงตรงสูงนำไปใช้ได้ ส่วนข้ออื่น ๆ ก็ทำหลักการเดียวกันทั้งหมดทุกข้อคำถาม ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.70 สามารถนำเครื่องมือไปใช้ได้โดยกำหนดค่า IOC ที่สามารถนำไปใช้ได้ คือ 0.50-1.00 (สุรพงษ์ คงสัตย์ และธีรชาติ ธรรมวงศ์, 2551)

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่น โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จำนวน 12 ราย และนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ผล เพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ .87

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ และจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงรายละเอียดของการเข้าร่วมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมการบำบัดด้วยความสมัครใจ ไม่มีข้อบังคับใด ๆ และมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล เมื่อทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเข้าใจผู้วิจัยมีการอธิบายขั้นตอนในการเข้าร่วมกิจกรรมของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลประกอบด้วยโครงสร้างของโปรแกรม เนื้อหา ระยะเวลาที่เข้าร่วมกิจกรรม สามารถยุติการเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลต่อผู้วิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสงสัยประการใด ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อสงสัยตลอดเวลา ข้อมูลในการวิจัยทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยจะเก็บข้อมูลไว้ในคอมพิวเตอร์เน็ตบุ๊กส่วนตัวมีรหัสในการเข้าถึงข้อมูลและจะทำลายข้อมูลหลังจากการวิจัยสิ้นสุดลง 1 ปี เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วม

การวิจัย จากนั้นนั้นดำเนินการตามขั้นตอน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองมีการดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 ครั้ง และเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยเตรียมตัวเองในการใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจรายบุคคล โดยผ่านการฝึกปฏิบัติจากหลักสูตรที่ศึกษา รายวิชาการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง I และรายวิชาการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง II และได้เข้าร่วมการอบรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจ จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 3 วัน จัดโดยกรมสุขภาพจิตร่วมกับแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.) และเข้าร่วมอบรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงงูใจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางจิตเวชจำนวน 3 ครั้ง จัดเป็น 3 ระยะ โดยกรมสุขภาพจิต
2. ขออนุญาตจากคณบดีพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล
3. เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์แล้วผู้วิจัยติดต่อขอพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล เพื่ออธิบายเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยเลือกผู้ป่วยโรคจิตสุราเพศชายและหญิง ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 24 คน สุ่มรายชื่อเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 12 คน
6. ผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา สถานที่ในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมกับให้ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังนี้

1. กลุ่มทดลอง

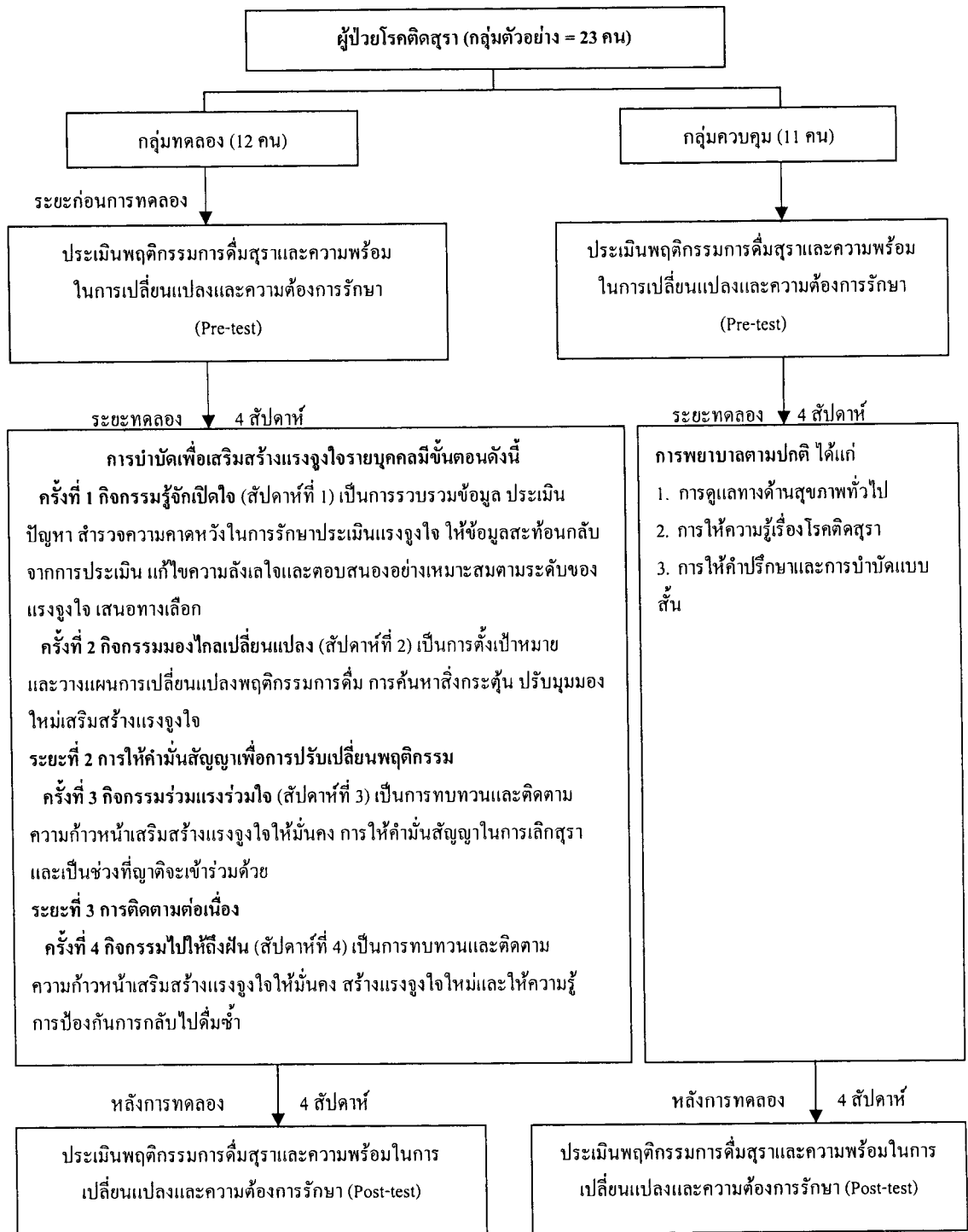
ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยพร้อมทั้ง ขั้นตอนรายละเอียดของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจ ระยะเวลา จำนวนครั้งของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจรายบุคคล ใช้ระยะเวลา ครั้งละ 30-60 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุกวันพุธและวันศุกร์ โดยจัดการบำบัดเป็นระยะดังนี้ สัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 จำนวน 4 สัปดาห์ และติดตามผล 1 ครั้ง หลังเสร็จสิ้น โปรแกรม 4 สัปดาห์ รวม 8 สัปดาห์ ครั้งที่ 1 กิจกรรมรู้จักเปิดใจ (สัปดาห์ที่ 1) เป็นการรวบรวมข้อมูล ประเมินปัญหา สำรวจความคาดหวังในการรักษา ประเมิน

แรงจูงใจ ให้ข้อมูลสะท้อนกลับจากการประเมิน แก่ไขความลังเลใจและตอบสนองอย่างเหมาะสมตามระดับของแรงจูงใจ เสนอทางเลือก และช่วยผู้รับบริการตั้งเป้าหมายและวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงแก้ไข และนัดบำบัดครั้งต่อไป ครั้งที่ 2 กิจกรรมมองไกลเปลี่ยนแปลง (สัปดาห์ที่ 2) เป็นการตั้งเป้าหมายและวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม การค้นหาสิ่งกระตุ้น ปรับมุมมองใหม่เสริมสร้างแรงจูงใจ ครั้งที่ 3 กิจกรรมร่วมแรงร่วมใจ (สัปดาห์ที่ 3) เป็นการทบทวนและติดตามความก้าวหน้าเสริมสร้างแรงจูงใจให้มั่นคง การให้คำมั่นสัญญาในการเลิกสุราและเป็นช่วงที่ญาติจะเข้าร่วมด้วย ครั้งที่ 4 กิจกรรมไปให้ถึงฝัน (สัปดาห์ที่ 4) เป็นการทบทวนและติดตามความก้าวหน้าเสริมสร้างแรงจูงใจให้มั่นคง สร้างแรงจูงใจใหม่และให้ความรู้การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ เมื่อสิ้นสุดการทดลองให้กลุ่มทดลองเก็บแบบบันทึกข้อมูลพฤติกรรมการดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา นำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ หลังการทดลองเสร็จสิ้นเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองทำแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา เพื่อเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่ม

2. กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยพร้อมทั้ง ขั้นตอนรายละเอียดของการเข้าร่วมการวิจัย ใช้ระยะเวลา 2 เดือน โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ จากเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ได้แก่ การดูแลทางด้านสุขภาพทั่วไป การให้ความรู้เรื่องโรคติดสุรา การให้คำปรึกษาและการบำบัดแบบสั้น จำนวน 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างและทำการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการบำบัด 1 เดือน และติดตามผล 1 เดือน

ขั้นตอนการดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล ของการศึกษางานวิจัยนี้ สามารถสรุปได้ ดังภาพ



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ทั้งก่อนและหลังการทดลอง สร้างคู่มือลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์แล้วนำไปคำนวณด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ร้อยละของจำนวนวันไม่ดื่มในช่วงที่ติดตาม (Percent Days Abstinence [PDA]) ปริมาณการดื่มคำนวณเป็นดื่มมาตรฐานและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของร้อยละของจำนวนวันไม่ดื่มในช่วงที่ติดตาม (Percent Days Abstinence [PDA]) ปริมาณการดื่มคำนวณเป็นดื่มมาตรฐาน และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะหลังติดตามผล 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติและการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measures ANOVA)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัเคราะห์ก่อนการทดลอง วัเคราะห์หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และวัเคราะห์ติดตามผล 1 เดือน (Two group pre-post tests and four weeks follow-up design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัด เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาในแผนกหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559

ผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบ ความแตกต่างคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความ ต้องการรักษา ร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่ม ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่ม (คำนวณเป็นดื่มมาตรฐาน) ของผู้ป่วยโรคติดสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในวัเคราะห์ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และวัเคราะห์ติดตามผล 1 เดือน

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดื่มสุราและความพร้อมในการ เปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดสุราในวัเคราะห์ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และวัเคราะห์ติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการวิเคราะห์ ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA)

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคติดเชื้อฯ จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน ($n = 23$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ($n = 12$)		กลุ่มควบคุม ($n = 11$)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.534
ชาย	10	83.30	10	90.91	
หญิง	2	16.70	1	9.09	
อายุ					.113
20-39 ปี	5	41.70	3	27.27	
40-59 ปี	7	58.30	8	72.73	
สถานภาพสมรส					.336
โสด	8	66.70	6	54.55	
คู่	4	33.30	5	45.45	
อาชีพ					.500
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	50.00	4	36.37	
รับจ้าง/ เกษตรกรรม	6	50.00	7	63.63	
ระดับการศึกษา					.678
ประถมศึกษา	10	83.33	9	81.81	
มัธยมศึกษาขึ้นไป	2	16.67	2	18.19	
รายได้					.174
ต่ำกว่า 10,000 บาท	11	91.66	9	81.18	
10,001 บาทขึ้นไป	1	8.33	2	18.19	
ชนิดสุราที่ใช้					.336
เหล้าขาว/ เหล้าต้ม	9	75.00	7	63.63	
เบียร์/ เหล้าสี/ เหล้าโรง	3	25.00	4	36.37	

Fisher's exact test

จากตารางที่ 1 พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.30 มีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี ร้อยละ 41.70 สถานภาพโสด ร้อยละ 66.70 อาชีพรับจ้าง/เกษตรกรกรรมและไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 50 เท่ากัน การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.33 รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 91.66 ชนิดสุราที่ใช้ ได้แก่ เหล้าขาว/ เหล้าต้ม ร้อยละ 75.00

ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 90.91 มีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี ร้อยละ 72.73 สถานภาพโสด ร้อยละ 54.55 อาชีพรับจ้าง/ เกษตรกรรม ร้อยละ 63.63 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.81 รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 81.81 ชนิดสุราที่ใช้ ได้แก่ เหล้าขาว/ เหล้าต้ม ร้อยละ 63.63

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ และชนิดสุราที่ใช้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา ร้อยละ จำนวนวันที่หยุดดื่ม ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่ม (คำนวณเป็นดื่มมาตรฐาน) ของผู้ป่วยโรคติดสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ติดตามผล 1 เดือน	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา						
กลุ่มทดลอง						
ด้านการยอมรับ	17.16	2.51	29.67	2.57	28.58	2.51
ด้านความลังเล	11.84	2.37	12.67	1.58	12.58	1.44
ด้านกำลังลงมือกระทำ	26.25	6.23	33.42	2.30	31.00	3.19

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ติดตามผล 1 เดือน	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
กลุ่มควบคุม						
ด้านการยอมรับ	25.91	1.70	30.36	2.46	29.81	2.22
ด้านความกังวล	11.00	2.64	11.36	2.46	11.72	2.41
ด้านกำลังลงมือกระทำ	27.00	5.21	34.00	2.14	30.09	4.07

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อในระยะเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลองโดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการยอมรับเท่ากับ 17.16 (*SD* = 2.51), 29.67 (*SD* = 2.57), 28.58 (*SD* = 2.51) ด้านความกังวลเท่ากับ 11.84 (*SD* = 2.37), 12.67 (*SD* = 1.58), 12.58 (*SD* = 1.44) ด้านกำลังลงมือกระทำ 26.25 (*SD* = 6.23), 33.42 (*SD* = 2.30), 31.00 (*SD* = 3.19) ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อในระยะเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการยอมรับเท่ากับ 25.91 (*SD* = 1.70), 30.36 (*SD* = 2.46), 29.81 (*SD* = 2.22) ด้านความกังวลเท่ากับ 11.00 (*SD* = 2.64), 11.36 (*SD* = 2.46), 11.72 (*SD* = 2.41) ด้านกำลังลงมือกระทำ 27.00 (*SD* = 5.21), 34.00 (*SD* = 2.14), 30.09 (*SD* = 4.07) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มและค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุรา
ของกุ่มทดลองและกุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที
และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะการทดลอง	ร้อยละ ของจำนวนวันที่หยุดดื่ม	ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่ม (จำนวนดื่มมาตรฐาน)*
กุ่มทดลอง		
ก่อนการทดลอง	88.33	8.50
หลังการทดลอง	11.78	1.83
ติดตามผล 1 เดือน	21.42	1.41
กุ่มควบคุม		
ก่อนการทดลอง	87.88	8.45
หลังการทดลอง	32.14	5.45
ติดตามผล 1 เดือน	43.17	4.72

*ดื่มมาตรฐาน หมายถึง การปริมาณค่าปริมาณเอทิลแอลกอฮอล์ที่ดื่มเฉลี่ย โดยกำหนดค่า 1 ดื่ม
มาตรฐาน คือปริมาณแอลกอฮอล์ 10 กรัม

จากตารางที่ 3 พบว่า ร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุราในระยะก่อนการ
ทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ของกุ่มทดลองเป็น 88.33,
11.78, 21.42 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า ร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุรา
ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เป็น 87.88,
32.14, 43.17 ตามลำดับ ส่วนค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่ม (คำนวณเป็นดื่มมาตรฐาน) ของผู้ป่วยโรค
ติดสุราในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน
ของกุ่มทดลองเป็น 8.50, 1.83, 1.41 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่ม
(คำนวณเป็นดื่มมาตรฐาน) ของผู้ป่วยโรคติดสุราในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น
ทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เป็น 8.45, 5.45, 4.72 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	จำนวน	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ด้านการยอมรับ					
กลุ่มทดลอง	12	17.16	2.52	-9.667	.000
กลุ่มควบคุม	11	25.91	1.70		
ด้านความลังเล					
กลุ่มทดลอง	12	11.83	2.37	.797	.434
กลุ่มควบคุม	11	11.00	2.65		
ด้านกำลังลงมือกระทำ					
กลุ่มทดลอง	12	26.25	6.24	-.311	.759
กลุ่มควบคุม	11	27.00	5.22		

จากตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราในระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent *t*-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราด้านความลังเลและด้านกำลังลงมือกระทำไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{23} = .797, p = .434$) ($t_{23} = -.311, p = .759$) แต่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราด้านการยอมรับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{23} = -9.667, p = .000$)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	จำนวน	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่ม					
กลุ่มทดลอง	12	88.33	11.76	.080	.937
กลุ่มควบคุม	11	87.88	15.37		
ปริมาณการดื่มคำนวณเป็นดื่มมาตรฐาน					
กลุ่มทดลอง	12	8.50	2.51	.049	.961
กลุ่มควบคุม	11	8.45	2.25		

จากตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มจากร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ป่วยโรคติดเชื้อในระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{23} = .080, p = .937$) ส่วนปริมาณการดื่มคำนวณเป็นดื่มมาตรฐานของผู้ป่วยโรคติดเชื้อในระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{23} = .049, p = .961$)

จากตารางที่ 4 ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และความต้องการรักษาด้านการยอมรับ ด้านความตั้งใจ และด้านกำลังลงมือกระทำในระยะก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และความต้องการรักษาด้านการยอมรับแตกต่างกัน จึงวิเคราะห์ด้วยการทดสอบสถิติ Independent *t*-test ดังตารางที่ 6 และ 7

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลต่างความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (ด้านการยอมรับ) ในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบสถิติ Independent *t*-test

ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (ด้านการยอมรับ)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		\bar{d} (SD)	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i> -value
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
กลุ่มทดลอง	17.16	2.51	29.67	2.57	12.5 (3.66)	5.59	21	< .001
กลุ่มควบคุม	25.91	1.70	30.36	2.46	4.45 (3.21)			

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของผลต่างความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (ด้านการยอมรับ) ในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบสถิติ Independent *t*-test พบว่าค่าเฉลี่ยการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยผลต่างความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (ด้านการยอมรับ) ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ($t_{21} = 5.59, df = 21, p = < .001$)

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลต่างความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (ด้านการยอมรับ) ในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการทดสอบสถิติ Independent *t*-test

ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (ด้านการยอมรับ)	ก่อนการทดลอง		ติดตามผล 1 เดือน		\bar{d} (SD)	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i> -value
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
กลุ่มทดลอง	7.16	2.51	28.58	2.51	11.42 (3.06)	6.439	21	< .001
กลุ่มควบคุม	25.91	1.70	29.81	2.22	3.91 (2.47)			

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยผลต่างความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (ด้านการยอมรับ) ในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบสถิติ Independent *t*-test พบว่า ค่าเฉลี่ยการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยผลต่างความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (ด้านการยอมรับ) ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ($t_{21} = 6.439$, $df = 21$, $p = < .001$)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA)

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (ด้านความกังวล) ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i> -value
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	1	11.89	11.89	2.003	.172
ความคลาดเคลื่อน	21	124.61	5.934		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2	6.27	3.134	.746	.480
กลุ่มกับระยะเวลา	2	.008	.004	.001	.999
ความคลาดเคลื่อน	42	176.37	4.199		

จากตารางที่ 8 พบว่า ไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ ($F_{2,42} = .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (ด้านความกังวล) ระยะก่อนการทดลอง หลังการ

ทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{2,42} = 746$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา (ด้านกำลังลงมือกระทำ) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{1,21} = 2.003$)

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา (ด้านกำลังลงมือกระทำ) ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p-value</i>
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	1	.344	.334	.002	.884
ความคลาดเคลื่อน	21	329.86	15.71		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2	578.10	472.34	14.48	.000*
กลุ่มกับระยะเวลา	2	9.58	7.82	.240	.667
ความคลาดเคลื่อน	42	838.22	32.61		

* $p < .001$

จากตารางที่ 9 พบว่า ไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .667 ($F_{2,42} = .240$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา (ด้านกำลังลงมือกระทำ) ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ ($F_{2,42} = 14.48$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา (ด้านกำลังลงมือกระทำ) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{1,21} = .002$)

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุรา ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p-value</i>
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	1	3,319.34	3,319.34	3.207	.088
ความคลาดเคลื่อน	21	21,737.97	1,035.14		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2	58,121.47	36,583.19	102.488	.000*
กลุ่มกับระยะเวลา	2	1,775.27	1,117.46	3.130	.067
ความคลาดเคลื่อน	42	11,909.18	356.95		

* $p < .001$

จากตารางที่ 10 เมื่อพิจารณาการทดสอบความแตกต่างร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในภาพรวม โดยไม่คำนึงถึงเวลา พบว่า การทดสอบอิทธิพลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลส่งผลให้ร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 3.207, p = .088$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลไม่ส่งผลทำให้ร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุราในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และเมื่อพิจารณาการทดสอบความแตกต่างของร้อยละจำนวนวันที่หยุดดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุราภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า การทดสอบอิทธิพลร่วม (Interaction) ของวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ส่งผลให้ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มในผู้ป่วยโรคติดสุราของทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 3.130, p = .067$)

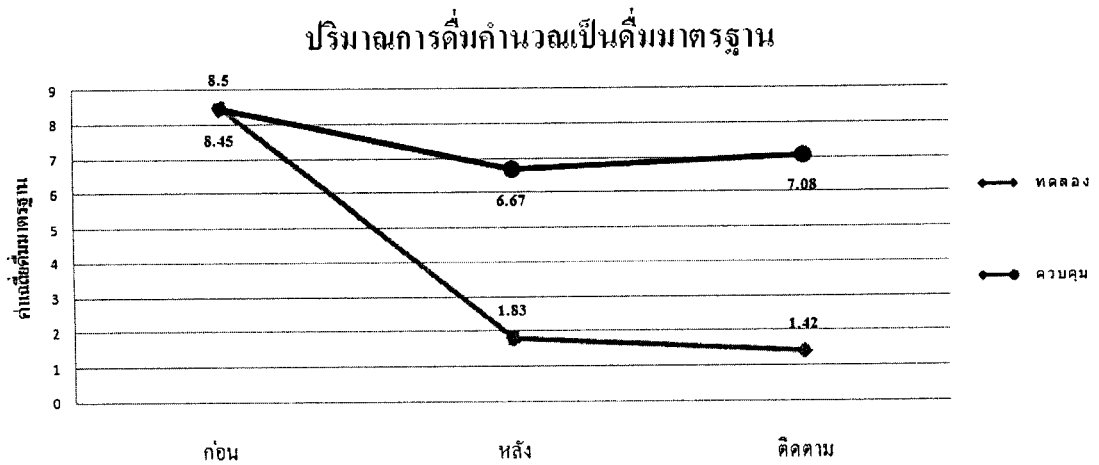
ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของปริมาณการดื่มโดยคำนวณเป็นดื่มมาตรฐานของผู้ป่วยโรคติดเชื้อระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p-value</i>
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	1	90.72	90.72	49.788	.000**
ความคลาดเคลื่อน	21	38.27	1.82		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2	404.84	202.42	81.004	.000**
กลุ่มกับระยะเวลา	2	47.45	23.73	9.494	.003*
ความคลาดเคลื่อน	42	104.96	2.50		

** $p < .001$

จากตารางที่ 11 เมื่อพิจารณาการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มโดยคำนวณเป็นดื่มมาตรฐานของผู้ป่วยโรคติดเชื้อระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในภาพรวมโดยไม่คำนึงถึงเวลา พบว่า การทดสอบอิทธิพลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลส่งผลให้ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่ม โดยคำนวณเป็นดื่มมาตรฐานของผู้ป่วยโรคติดเชื้อระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 49.788$, $p = < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลมีผลทำให้ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มโดยคำนวณเป็นดื่มมาตรฐานของผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$

และเมื่อพิจารณาการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มโดยคำนวณเป็นดื่มมาตรฐานของผู้ป่วยโรคติดเชื้อภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า การทดสอบอิทธิพลร่วม (Interaction) ของวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มโดยคำนวณเป็นดื่มมาตรฐานของผู้ป่วยโรคติดเชื้อของทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ($F = 9.494$, $p = .003$) แสดงว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มของแต่ละช่วงเวลา โดยค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มในแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 49.788$, $p = < .001$) จึงได้นำเสนอในรูปแบบของกราฟที่แสดงการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มคำนวณเป็นดื่มมาตรฐานของทั้งสองกลุ่มในแต่ละระยะเวลาดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 การปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

จากภาพที่ 3 กราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มค่านวนเป็นคัมมาตรฐานของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะเห็นได้ว่ากราฟทั้งสองกลุ่มจะตัดกัน (ซึ่งตรงกับผลการวิเคราะห์ที่พบว่ามีการปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) โดยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มค่านวนเป็นคัมมาตรฐาน ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล ไม่ค่อยแตกต่างกัน แต่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มค่านวนเป็นคัมมาตรฐานในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มค่านวนเป็นคัมมาตรฐานของกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการทดลองที่พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มค่านวนเป็นคัมมาตรฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองนั้นส่งผลต่อค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มค่านวนเป็นคัมมาตรฐานของผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา โดยโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลมีผลทำให้ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มค่านวนเป็นคัมมาตรฐานของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 12 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มค่านวนเป็นคี่มาตรฐานของผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกรุ่มทดลอง ระยะเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน

Time	M	ระยะเวลา		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	8.50		6.67**	7.08**
หลังการทดลอง	1.42			0.41
ระยะติดตามผล	1.83			

** $p < .001$

จากตารางที่ 12 ผลการทดสอบรายคู่ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มค่านวนเป็นคี่มาตรฐานของผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกรุ่มทดลองในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มค่านวนเป็นคี่มาตรฐานในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนระยะการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนไม่แตกต่างกัน

พบว่าในระยะก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มค่านวนเป็นคี่มาตรฐานของกรุ่มทดลอง ($M = 8.50$) และกรุ่มควบคุม ($M = 8.45$) มีค่าใกล้เคียงกัน แต่ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีมีการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มในกรุ่มทดลอง ($M = 1.42$) ต่ำกว่ากรุ่มควบคุม ($M = 6.67$) และในระยะติดตามผล 1 เดือนในกรุ่มทดลอง ($M = 1.83$) ต่ำกว่ากรุ่มควบคุม ($M = 7.08$) แสดงให้เห็นว่ามีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ซึ่งส่งผลให้ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มของกรุ่มทดลองลดต่ำลง

ตารางที่ 13 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มคำนวณเป็นดื่มมาตรฐานของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราในกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

Time	M	ระยะเวลา		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	8.45		1.42	1.83
หลังการทดลอง	6.67			0.41
ระยะติดตามผล	7.08			

** $p < .001$

จากตารางที่ 13 ผลการทดสอบรายคู่ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มคำนวณเป็นดื่มมาตรฐานของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราของกลุ่มควบคุมในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มคำนวณเป็นดื่มมาตรฐานในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนระยะการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนไม่แตกต่างกัน

พบว่าในระยะก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มคำนวณเป็นดื่มมาตรฐานของกลุ่มควบคุม ($M = 8.45$) และกลุ่มควบคุม ($M = 8.50$) มีค่าใกล้เคียงกัน แต่ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีมีการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มในกลุ่มควบคุม ($M = 6.67$) สูงกว่ากลุ่มทดลอง ($M = 1.42$) และในระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มควบคุม ($M = 7.08$) สูงกว่ากลุ่มทดลอง ($M = 1.83$) แสดงให้เห็นว่าไม่มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ซึ่งส่งผลให้ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มของกลุ่มควบคุมสูงขึ้น

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดสุรา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคติดสุรา ที่มารับบริการครั้งแรกในคลินิกจิตเวชและยาเสพติด หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา โดยกำหนดที่ระดับคะแนนต่ำกว่า 14 คะแนน หมายถึง มีภาวะถอนพิษสุราระดับเล็กน้อย จำนวน 24 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก เลขคู่เข้ากลุ่มควบคุม เลขคี่เข้ากลุ่มทดลอง และแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน กลุ่มควบคุม 12 คน ทั้งนี้กลุ่มควบคุมถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) 1 คน เนื่องจากมีอาการถอนพิษสุรารุนแรงมากขึ้น จาก 10 คะแนน เป็น 19 คะแนน แปลผล คือมีอาการถอนพิษสุรารุนแรงมากขึ้นและรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ดังนั้นกลุ่มควบคุมเหลือ จำนวน 11 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดสุรา ทำการบำบัดทั้งหมด จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล คือ การดูแลทางด้านสุขภาพทั่วไป การให้ความรู้เรื่องโรคติดสุรา การให้คำปรึกษา และการฝึกทักษะต่าง ๆ เช่น ทักษะชีวิต การจัดการความเครียด หลังจากดำเนินการทดลองแล้ว ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาและพฤติกรรมการดื่มสุรา จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ และเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีบนเฟอโรนิน

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และชนิดของสุราที่ใช้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ป่วยโรคติดเชื้อราในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา มีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา ด้านความกังวลและด้านกำลังลงมือกระทำ ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม แต่คะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและต้องการรักษา ด้านการยอมรับของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ผู้ป่วยโรคติดเชื้อราในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลมีร้อยละเฉลี่ยจำนวนวันหยุดดื่ม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มคำนวณเป็นดื่มมาตรฐานในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของ โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลต่อพฤติกรรม การดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผู้ป่วย โรคติดเชื้อราในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา มีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา ด้านความกังวลและด้านกำลังลงมือกระทำ ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม และพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและต้องการรักษา ด้านการยอมรับของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล มีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา ด้านความกังวลและด้านกำลังลงมือกระทำ ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า

ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยรายใหม่และเข้ารับการรักษาครั้งแรกที่คลินิกจิตเวชและยาเสพติด ซึ่งอยู่ในกระบวนการรักษาโรคติดเชื้อราจากจิตแพทย์ โดยได้รับยาในกลุ่มยาคลายวิตกกังวล และการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อราเห็นถึงผลกระทบของสุราต่อสุขภาพของตัวเอง ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด รวบรวมข้อมูล แล้วชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงปัญหาของการติดเชื้อราที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ

ประเมินระดับของแรงจูงใจ ซึ่งขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยโรคติดสุรายังอยู่ในขั้นตอนของความลังเลใจ และยังไม่สามารถตัดสินใจลงมือกระทำเพื่อให้สุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น (เทคส์คัต เดชคง, 2556) การที่จะทำผู้ป่วยโรคติดสุรามีความลังเลลดลงและด้านกำลังลงมือกระทำของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาและกระบวนการสร้างแรงจูงใจในระดับหนึ่ง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างแรงจูงใจในกิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2 ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นเน้นการใช้เวลา หรือจำนวนครั้งของการบำบัดที่ยังมากยิ่งเกิดผลดีในการขับเคลื่อนระดับของแรงจูงใจตนเอง ไปสู่ขั้นตอนของการตัดสินใจและลงมือกระทำในที่สุด

งานวิจัยนี้เมื่อกลุ่มควบคุมพบแพทย์แล้ว ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ ในการรับความรู้ในเรื่องโรคติดสุราและให้การบำบัดแบบสั้น (Brief intervention) โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุราเข้าใจถึงผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจของตนเอง รวมถึงวิธีการจัดการเพื่อให้สามารถลด ละ และเลิกสุราตามแนวทางของการเสริมสร้างแรงจูงใจได้ จึงอาจทำให้คะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดสุรา ด้านความลังเลและด้านกำลังลงมือกระทำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตาม จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดสุราด้านการยอมรับ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลนี้มีจุดแข็ง คือ มีการทบทวนผลดีผลเสีย (Pros & cons) ที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดสุรา และสร้างความตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคม พร้อมแก้ไขความกังวลของผู้ป่วยโดยมีกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยยอมรับว่าชีวิตตนเองเกิดผลกระทบจากการติดสุรา ซึ่งกระบวนการที่ก่อให้เกิดการยอมรับแก่ผู้ป่วย เป็นผลมาจากเทคนิคและหลักการของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เช่น ทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างสถานภาพในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากจะเป็น (Develop discrepancy) หลีกเลี่ยงการโต้เถียง (Avoid argumentation) ตะล่อมหมุน ไปกับแรงต้าน (Roll with resistance) แสดงความเห็นอกเห็นใจ (Express empathy) ส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้รับการบำบัด (Support self efficacy) และให้ผู้รับการบำบัดมั่นใจว่าสามารถทำได้ (Miller & Rollnick, 2002) จึงทำให้ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดสุราด้านการยอมรับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ $< .01$ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทรีย์ ศรีโกโส (2548) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัด เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาจากการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาล สวนปรุง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาด้าน การยอมรับมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ และการศึกษาของ สายชล ยุบลพันธ์ (2551) ที่ศึกษา ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยญาติมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็น โรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า คะแนนความพร้อม ในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาด้านการยอมรับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของ การบำบัด

2. ผู้ป่วยโรคติดสุราในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ รายบุคคลมีร้อยละเฉลี่ยจำนวนวันหยุดดื่ม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น ทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มคำนวณเป็นดื่มมาตรฐาน ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.001$ แต่ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า การที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มคำนวณเป็น ดื่มมาตรฐานในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกัน จากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจรายบุคคลที่ส่งผลต่อกระบวนการเรียนรู้ของบุคคลจนทำให้เกิดการยอมรับถึงผลกระทบ ของการดื่มสุราและนำไปสู่ความพร้อมต่อการรักษา เพราะการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็น การบำบัดที่เน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ความคิดของตนเอง ผู้บำบัดเป็นผู้เอื้อให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเอง (Insightful self-understanding) เกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบจากการติดสุรา ผ่านการใช้ทักษะที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกระตือรือร้น ใช้การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความรู้สึก (Reflection listening) ทำให้ผู้ป่วยได้ทบทวนตรวจสอบความคิดความรู้สึกของตนเองและเกิด แรงจูงใจและพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเองไปในทางที่ดีขึ้น ผู้บำบัด เป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุนให้กำลังใจ (Supportive) ทำให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเองมีความสำคัญ มีผู้ให้กำลังใจและห่วงใยในการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล ผู้บำบัดได้นำแผน ของผู้ป่วยหรือของญาติมาพูดคุยเพื่อให้กำลังใจและวางเป้าหมายร่วมกัน นอกจากนี้การเน้นเรื่อง ความรับผิดชอบของตัวผู้ป่วยเอง (Responsibility) การเลือกได้อย่างอิสระ (Communicating free choice) เพราะไม่มีใครสามารถตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับชีวิตแทนได้

จากผลการวิจัยที่พบค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มคำนวณเป็นดื่มมาตรฐานของกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ทั้งนี้หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลแล้ว ผู้วิจัยไม่ได้ให้ความรู้หรือจัดกระทำวิธีการอื่น ๆ แต่อย่างใด ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน สมาชิกของกลุ่มทดลองยังสามารถนำความรู้ ประสบการณ์ในการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจครั้งนี้ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดปริมาณการดื่มสุราได้ จึงทำให้ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มคำนวณเป็นดื่มมาตรฐานในระยะหลังการทดลองกับระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับผู้รับการบำบัดในกลุ่มควบคุมผู้วิจัย พบว่า ยังคงมีปริมาณการดื่มสุราในระดับอันตรายและดื่มแบบติด จำนวน 6 คน และมีการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน 1 คน การศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาข้างเคียงของ Rubank, Sandbeak, Lauritzen, and Christensen (2005) ที่พบว่า การบำบัดผู้เสพสารเสพติดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ เปรียบเทียบกับการบำบัดด้วยการให้บริการปรึกษาปกติในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจมีจำนวนวันที่หยุดใช้ยาเสพนิดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการให้คำปรึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Cutler and Fishbein (2005) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบจิตสังคมที่เหมาะสมกับความต้องการและลักษณะของผู้ป่วยโรคติดสุรา พบว่า ปริมาณการดื่มคำนวณเป็นดื่มมาตรฐานต่อวันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ นีออร์ ค้านเตอร์ (2554) ที่ศึกษา ประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับวิธีทัศนัยแสดงอาการถอนพิษสุราในผู้ป่วยที่มีอาการเพื่อสับสนจากการขาดแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มไปในทางที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในแง่ปริมาณการดื่ม ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก จำนวนวันที่หยุดดื่มและแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลควรผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล เพื่อนำรูปแบบการพยาบาลตามโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย โรคติดสุราที่มารับบริการในโรงพยาบาล เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราและผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติมากยิ่งขึ้น ลดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม

ด้านการวิจัย

นักวิจัยทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา ไปพัฒนารูปแบบการวิจัยทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหา

ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้ดียิ่งขึ้น

ด้านการบริหาร

ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายสำหรับพยาบาลจิตเวชในการสนับสนุนการฝึกอบรม โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลในผู้ป่วยโรคจิตสุรา เพื่อไปใช้ในการ ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และเพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มารับบริการในโรงพยาบาล ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากการใช้ยาเพียงอย่างเดียว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาในผู้ป่วยโรคจิตสุราครั้งนี้ มีกิจกรรม เกี่ยวกับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความถี่และด้านกำลังลงมือกระทำ น้อยเกินไป ควรเพิ่มกิจกรรมเพื่อในด้านการแก้ไขความถี่และกระตุ้นให้มีความพร้อมในการ ลงมือกระทำมากขึ้น และควรศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล กับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีน กัญชา บุหรี่
2. การศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลในครั้งนี้ ติดตามผลการทดลองในระยะ 1 เดือน ของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราและความพร้อม ในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาในผู้ป่วยโรคจิตสุรา ดังนั้นควรมีการติดตามคะแนน ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาในผู้ป่วย โรคจิตสุราระยะยาวต่อไป เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินประสิทธิผลความคงอยู่ ของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2552). รายงานประจำปี. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
- จันทิมา องค์โฆษิต. (2547). จิตบำบัดในงานจิตเวชทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ยูเนียนกรีเอชั่น.
- ชลิพร แสนไชย. (2549). ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ติดแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชัชวาล ศิลปกิจ, รัตนา สายพานิชย์, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, อุไร นุรณพิเชษฐ์ และอัญชลี จุมพฏจามีกร. (2547). แอลกอฮอล์: IV การบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์: ประสบการณ์จากการทำกลุ่มบำบัด. เข้าถึงได้จาก <https://www.doctor.or.th/clinic/detail/8000>
- ดอกรัก พิทาคำ. (2549). ผลการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในคลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ, ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล และสาวิตรี อัยฉางค์กรชัย. (2545). เวชศาสตร์โรคจิต ยาคู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์.
- ทิพาวดี เอมะวรรณนะ. (2547). จิตวิทยาการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ติดสารเสพติด (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เทิดศักดิ์ เดชคง. (2556). คู่มือการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivation counseling) สำหรับผู้ให้คำปรึกษาในระบบสาธารณสุข. นนทบุรี: กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต.
- นิชนันท์ คำล้าน. (2547). การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุรา. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นีสานารถ โชคเกิด. (2545). ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกสุราของผู้ติดสุราในโรงพยาบาลลำพูน. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิอร คำเนตร. (2554). ประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับวีดิทัศน์แสดงอาการถอนพิษสุราในผู้ป่วยที่มีภาวะเพื่อสับสนจากการขาดแอลกอฮอล์. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 1(2), 129-142.

- บัณฑิต ศรีไพศาล. (2549). อุปสงค์อุปทานและผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. *วารสารคลินิก*, 22(1), 7-20.
- บัณฑิต ศรีไพศาล. (2550). อุปสงค์อุปทานและผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. ใน สมบัติ ตรีประเสริฐสุข (บรรณาธิการ), *ศาสตร์และศิลป์ของการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในเวชปฏิบัติทั่วไป* (หน้า 11-31). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- บุญศิริ จันศิริมงคล. (2549). การประเมินเพื่อวินิจฉัยปัญหาการดื่มและปัญหาจิตเวชที่เกิดจากแอลกอฮอล์. ใน พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ (บรรณาธิการ), *แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช* (หน้า 21-32). เชียงใหม่: ไอแอมออเกในเซอร์แอนด์แอ็คเตอร์ไทซิ่ง.
- พงษ์เดช สารการ. (2552). พฤติกรรมการดื่มและผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มแรงงานภาคอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- พงษ์เดช สารการ, เสมอ ตรีคุณา, รังสิมา บำเพ็ญบุญ, นุจรินทร์ หิรัญคำ, ธนิตา บุตรคล้าย และบุภาพัทภักษ์วานิชย์. (2552). พฤติกรรมการดื่มและผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มแรงงานภาคอุตสาหกรรมจังหวัดนครราชสีมา. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และอัจฉรา จรัสสิงห์. (2547). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี 2546. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(3), 177-188.
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). *แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช*. เชียงใหม่: ไอแอมออเกในเซอร์แอนด์แอ็คเตอร์ไทซิ่ง.
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, สาวิตรี อัยนางค์กรชัย, หทัยชนนี บุญเจริญ, สายรัตน์ นกน้อย, สมิตรา ศรสวรรณ และวงเดือน สุนันดา. (2547). การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Alcohol service system. ใน *การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 3 วันที่ 25-27 สิงหาคม 2547* (หน้า 36-47). กรุงเทพฯ: โรงแรมแอมบาซาเดอร์.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2547). *การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจ*. เชียงใหม่: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พิชัย แสงชาญชัย, ดร.ณิ ภูขาว, สัจจว สมบัติใหม่, ธรรมนูญ สระอุบล, สายรัตน์ นกน้อย และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2553). *การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา*. กรุงเทพฯ: วนิดาการพิมพ์.

- มานิต ศรีสุรภานนท์. (2549). การให้คำปรึกษาโดยการสร้างแรงจูงใจในการรักษาผู้ติดสุรา. เชียงใหม่: เอ็นสแควร์กราฟฟิคพริ้นท์.
- รณชัย คงสกนธ์. (2548). โครงการวิจัยสุรากับปัญหาความรุนแรงใน 7 ชุมชน ในกรุงเทพมหานคร. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. (2556). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี. สระแก้ว: ฝ่ายแผนงานและคุณภาพ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์.
- วันชัย รุจนวงศ์. (2549). ยุทธศาสตร์ลดการกระทำผิดของเด็กและเยาวชนจากการดื่มแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ: กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน.
- วิมาลา เจริญชัย, อัมพร สีลากุล, ฉวีรักษ์ สีลา และนุสรุา พูนเพิ่ม. (2551). การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยติดสุราที่มารับบริการคลินิกอดสุรา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). การให้การรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการสร้างแรงจูงใจ. เชียงใหม่: ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด.
- ศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรีมูลนิธิเพื่อนหญิง. (2546). ผลกระทบของสุราในฐานะปัจจัยร่วมการเกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว. กรุงเทพฯ: ศูนย์พิทักษ์เด็กและสตรีมูลนิธิเพื่อนหญิง.
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2551). สุราระดับชาติครั้งที่ 4: ยุติวิกฤติปัญหาสุรಾದ้วยกฎหมาย. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- สมนึก หลิมศิริโรจน์. (2551). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราที่มารักษาในโรงพยาบาลราชบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 53(2), 143-150.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สวัสดิ์ เทียงธรรม. (2551). ผลการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมงดดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา. นครราชสีมา: โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์.
- สายชล ขุบลพันธ์. (2551). ผลของการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจโดยญาติมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมงดดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: ศูนย์บริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สายรัตน์ นกน้อย, พิชัย แสงชาญชัย, อุษา ตันติแพทยางกูร และราม รังสินธุ์. (2547). ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาจากการให้คำปรึกษาจากการดื่มเครื่องดื่มสุราโดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจในหน่วยปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.

- สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2543). รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่อง
มาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ: สถาบันการวิจัย
ระบบสาธารณสุข.
- สำนักเครือข่ายองค์กรงดเหล้า. (2548). *สรุปโครงการประจำปี 2548*. กรุงเทพฯ: สำนักเครือข่าย
องค์กรงดเหล้า.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557). *รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของ
ประชากรไทย พ.ศ. 2554*. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- สุกมา แสงเดือนฉาย. (2547). การศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราสภาพแวดล้อมทางครอบครัวและสังคม
ผลกระทบจากการดื่มสุราและเจตคติต่อการดื่มสุราของผู้ป่วยสุรา. เข้าถึงได้จาก
[http://www.med.cmu.ac.th/dept/vascular/Alcho/research/res_in/พฤติกรรมการ
ดื่ม.doc](http://www.med.cmu.ac.th/dept/vascular/Alcho/research/res_in/พฤติกรรมการ
ดื่ม.doc)
- สุนทร ศรีโกไสย. (2548). *ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการ
ดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มารับบริการ โรงพยาบาลสวนปรุง*. การค้นคว้าแบบอิสระ
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิต
วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนทร ศรีโกไสย, ภัทรารณณ์ หุ่นปั้นคำ และชาลินี สุวรรณยศ. (2549). ผลของการบำบัดเพื่อ
เสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มารับบริการ โรงพยาบาล
สวนปรุง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51(3), 25-35.
- สุรพงษ์ คงสัตย์ และธีรชาติ ธรรมวงศ์. (2551). *การหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC)*.
เข้าถึงได้จาก [http://mcu.ac.th/site/articlecontent_desc.php?article_id=656&articlegroup
_id=146.2551](http://mcu.ac.th/site/articlecontent_desc.php?article_id=656&articlegroup
_id=146.2551)
- อรัญญา แพ้จ้อย. (2549). *คู่มือการให้การปรึกษาผู้ติดสารเสพติดโดยการสร้างแรงจูงใจ ศูนย์บำบัด
รักษาเสพติดเชียงใหม่*. เชียงใหม่: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อรัญญา แพ้จ้อย และนริชญา ศรีบูรพา. (2549). *การรายงานการศึกษาเรื่องภาวะโรคร่วมในผู้ติดสุรา
ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดยาเสพติดจังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่:
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อัจฉรา ฟองคำ, นิสานาถ โชคเกิด, ชไมพร ทวีศรี และชยันตร์ธร ปทุมมานนท์. (2547). ผลของการ
ให้การปรึกษาแบบสั้นในการบำบัดผู้ติดสุราและลักษณะที่มีผลต่อความสำเร็จในการ
บำบัดรักษาที่คลินิกสารเสพติดโรงพยาบาลลำพูน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 49, 15-26.

อัญชลี คำรงค์ไชย. (2549). ผลการดำเนินงานโครงการชุมชนเข้มแข็งบำบัด จังหวัดเชียงใหม่.
 ใน *ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5 ณ โรงแรมปรีณซ์พาเลซ กรุงเทพฯ*
จากหลังคาแดงสู่ชุมชน ระหว่างวันที่ 3-5 กรกฎาคม 2549 (หน้า 153). กรุงเทพฯ:
 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ:
 ชั้นด้าการพิมพ์.

American Psychiatric Association [APA]. (2006). *APA practice guidelines*. Retrieved from
<http://www.psychiatryonline.com/popup.aspxaid=142437>

Cutler, R. B., & Fishbein, D. A. (2005). Are alcoholism treatments effective? The project
 MATCH data. *BMC Public Health*, 5, 75.

Gelder, M., Mayou, R., & Cowen, P. (2001). The misuse of alcohol and drugs. In M. Gelder,
 R. Mayou, & P. Cowen (Eds.), *Shorter Oxford textbook of psychiatry* (4th ed.;
 pp. 535-579). Athens: Oxford University Press.

Gray, E., McCambridge, J., & Strang, J. (2005). The effectiveness of motivational interviewing
 delivered by youth workers in reduce drinking, cigarette and cannabis smoking
 among young people: Quasi-experimental pilot study. *Alcohol and Alcoholism*, 40,
 535-539.

Kaufman Kantor, G., & Straus, M. A. (1990). Response of victims and the police to assaults on
 wives. In M. A. Straus, & R. E. Gelles (Eds.), *Physical violence in American families:
 Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families* (pp. 473-487). New
 Brunswick, NJ: Transaction Press.

Miller, W. R. (1989). Increasing motivation for change. In R. K. Hester, & W. R. Miller (Eds.),
Handbook of alcoholism treatment approach (pp. 67-80). New York: Pergamon Press.

Miller, W. R. (1995). *Motivational enhancement therapy with drug abusers*. Retrieved from
<http://www.motivationalinterview.org/clinical/METDrugAbuse.PDF>

Miller, W. R. (2004). Motivational interviewing in the service of health promotion. *Art of Health
 Promotion in American Journal of Health Promotion*, 18(3), 1-10.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change
 addictive behavior*. New York: Guilford Press.

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1995). *Motivational interviewing principle: Interaction techniques*. Retrieved from <http://motivationalinterview.Org/clinical/interaction.html>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2011). *Motivational interviewing*. New York: Guilford Press.
- Miller, William, R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors, 10*(2), 81-89.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. (2004). *Helping patients with alcohol problem: A health practitioner's guide*. Bethesda, MD: NIAAA.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. (2005). *Alcoholic liver disease*. Retrieve from <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa64/aa64.htm>
- Pochaska, O. J., & DiClemente, C. C. (1982). Tran theoretical theory: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy Theory Research and Practice, 19*(3), 390-395.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2001). *Nursing research: Principle and method* (6th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Pscyotherapy: Theory, Research and Practice, 19*, 276-288.
- Rubank, S., Sandbeak, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *The British Journal of General Practice, 55*(513), 305-312.
- Sadock, B. J., & Sadock, A. V. (2007). *Synopsis of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shahrokh, N., & Hales, R. E. (Eds.). (2003). *American psychiatric glossary* (8th ed). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A., & Sellers, E. M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: The revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction, 84*(11), 1353-1357.

William, R., Miller, S. R., & Christopher, C. B. (2011). *Motivational interviewing in health care helping patients change behavior*. New York: Guilford Press.

World Health Organization [WHO]. (2001). *Global status report on alcohol*. Retrieved from <http://www.who.int/substance-abuse/pubs-alcohol.htm>

World Health Organization [WHO]. (2008). *Dependence syndrome*. Retrieved from http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. แพทย์หญิงณัฐพร ใจสมุทร สกกุลแพทย์ นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุคมทรัพย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์
มหาวิทยาลัยบูรพา บางแสน
3. นางสาวพัชรินทร์ อรุณเรือง นักจิตวิทยาชำนาญการพิเศษ
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
4. นายพรชัย ทูมมา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
5. นางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ A1 เพศ
1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ A2 อายุ
1. 20-29 ปี 2. 30-39 ปี
3. 40-49 ปี 4. 50-59 ปี
3. สถานภาพสมรส A3 สถานภาพสมรส
1. โสด 2. คู่
3. หย่า 4. แยกกันอยู่
5. ร้าง 6. หม้าย
4. ระดับการศึกษาสูงสุด A4 ระดับการศึกษา
1. ไม่ได้เรียน
2. ประถมศึกษา/ มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า
3. อนุปริญญา/ ปวส. หรือเทียบเท่า
4. ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า
5. สูงกว่าปริญญาตรี
5. รายได้ A5 รายได้
1. ต่ำกว่า 5,000 บาท 2. 5,001-10,000 บาท
3. 10,001-15,000 บาท 4. 15,001-20,000 บาท
5. 20,001 บาทขึ้นไป
6. อาชีพ A6 อาชีพ
1. เกษตรกรรม 2. ค้าขาย
3. รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ 4. รับจ้าง
5. ว่างาน
7. ชนิดของสุราที่ดื่ม A7 ชนิดสุราที่ดื่ม
1. เหล้าขาว/ เหล้าต้ม 2. เบียร์
3. เหล้าสี/ เหล้าโรง 4. สไปร์/ ไวน์/ กระแช่/ อู

8. จำนวนปีที่ดื่มสุรา

- 1. 0-5 ปี
- 3. 10-15 ปี
- 5. 20 ปีขึ้นไป

A8 จำนวนปีที่ดื่มสุรา

- 2. 6-10 ปี
- 4. 16-20 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาสำหรับผู้ติดสุรา

(Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale: SOCRATES-8A)

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้อย่างตั้งใจ แต่ละข้อจะระบุถึงว่าคุณอาจจะ (หรืออาจจะไม่รู้สึกร) เกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราของคุณ โดยให้ / เพื่อแสดงว่าในขณะนี้ คุณเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย มากน้อยเพียงใดกับข้อความเหล่านี้ กรุณาเลือกเพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้น

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มของฉันทันทีอย่างจริงจัง					
2. บางครั้งฉันสงสัยว่าฉันติดสุราหรือไม่					
3.					
4.					
5.					
6. บางครั้งฉันสงสัยว่าการดื่มสุราของฉันได้ทำร้ายคนอื่นหรือไม่					
7. ฉันเป็นคนที่มีปัญหาการดื่มสุรา					
8. ฉันไม่เพียงแค่อคิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแต่ฉันได้ลงมือกระทำอะไรบางอย่างเพื่อเปลี่ยนแปลงมัน					
9.					
10.					
11.					
12.					
13. ขณะนี้ฉันกำลังพยายามอย่างจริงจังในการลดหรือเลิกดื่ม					

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
14. ฉันต้องการความช่วยเหลือ เพื่อป้องกันไม่ให้กลับไปดื่มเบบเดิมอีก					
15. ฉันทราบว่าฉันมีปัญหาจากการดื่มสุรา					
16.					
17.					
18.					
19. ฉันได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มของฉันบ้างแล้ว และฉันต้องการความช่วยเหลือเพื่อป้องกันไม่ให้กลับไปดื่มเบบเดิมอีก					

เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนน

ด้านการยอมรับ (Recognition)	7-28	หมายถึง	ต่ำมาก
	29-31	หมายถึง	ต่ำ
	32-34	หมายถึง	ปานกลาง
	35	หมายถึง	สูง
	ด้านความลังเล (Ambivalence)	4-11	หมายถึง
12-14		หมายถึง	ต่ำ
15-16		หมายถึง	ปานกลาง
17-18		หมายถึง	สูง
19-20		หมายถึง	สูงมาก
ด้านกำลังลงมือทำ (Taking step)	8-29	หมายถึง	ต่ำมาก
	30-32	หมายถึง	ต่ำ
	33-35	หมายถึง	ปานกลาง
	36-38	หมายถึง	สูง
	39-40	หมายถึง	สูงมาก

แบบบันทึกติดตามการดื่มสุรารายบุคคลในผู้ป่วยโรคติดสุราที่คลินิกบำบัดสุรา

ข้อมูลพื้นฐาน

เพศ.....อายุ.....ปี อาชีพ.....การศึกษา.....

วันที่มารับบริการครั้งแรก.....

ประวัติการดื่มสุรา

ครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี ชนิดของสุราที่ดื่มส่วนใหญ่.....

ปัญหาสุขภาพกาย/ สุขภาพจิตที่พบร่วม.....

หมายเหตุ.....

ประเมินครั้งที่	1	2	3	4	5	6
วัน/ เดือน/ ปี						
ระยะเวลาจากครั้งแรก(สัปดาห์)						
1. ดื่มสุราหรือไม่ 0 ไม่ดื่ม 1 ดื่ม						
2.						
3.						
4. ความถี่ในการดื่ม 0 ไม่ดื่ม 1) < 1 ครั้งต่อเดือน 2) 2-4 ครั้งต่อเดือน 3) 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ 4) > 4 ครั้งต่อสัปดาห์						
5. สถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่ม						
6. วิธีการแก้ปัญหา						
7.						
8.						
9.						
10. % Abstinence day						
นัดครั้งต่อไป						
ผู้ให้บริการ						

โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้าง
แรงจูงใจรายบุคคลต่อพฤติกรรม
การดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา

Why make life hard?



จัดทำโดย
นายลวิญญ์วิชญพงศ์ ภูมิจีน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คำนำ

การดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุราเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยพฤติกรรมกรรมการดื่มส่วนใหญ่จะเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้นและมีความต้องการสุราในปริมาณที่สูง ส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งสังคม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา พบว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคติดสุราเกิดความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเองให้สูงขึ้น

โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราเล่มนี้ เป็นการรวบรวมรายละเอียดเกี่ยวกับการบำบัดรายบุคคลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งกระบวนการบำบัดจะส่งเสริมศักยภาพและแรงจูงใจของผู้ป่วยเพื่อให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยกระบวนการบำบัดนี้เน้นให้ญาติหรือบุคคลสำคัญเข้ามามีส่วนร่วมในการผลักดันให้เกิดแรงจูงใจและเกิดแรงจูงใจที่เข้มแข็งเพียงพอ สามารถคงความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจนสามารถ ลด ละ เลิกสุราได้

โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา ของผู้ป่วยโรคติดสุรา

แนวคิดและหลักการ

โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing [MI]) ของ Miller and Rollnick (1991) ร่วมกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของ Prochaska and DiClemente โดยแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจอธิบายว่า การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านสุขภาพนั้น จะมีการเปลี่ยนแปลงเป็นขั้นตอน ซึ่งแรงจูงใจเป็นสิ่งสำคัญที่จะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมให้เป็นไปตามขั้นตอนนั้น ๆ โปรแกรมการบำบัดนี้เน้นการบำบัดรายบุคคล โดยการใช้เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อผลักดันให้ผู้ป่วยโรคติดสุราเกิดความตระหนักในปัญหาและพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง โดยผู้บำบัดกระตุ้นหรือจูงใจ (Evocative/Elicit) ให้ผู้ป่วยพูดข้อความที่เป็นแรงจูงใจของตนเอง (Self motivational statement [SMS]) คำพูดที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลง (Change talk) และคำพูดที่แสดงถึงการต่อต้าน (Resistance talk) ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง และไปถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้ ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมมือกัน (Collaborative) คิดหาวิธีการต่าง ๆ มาแก้ไขในส่วนที่เป็นปัญหาในการดื่มสุราและให้เกิดแรงจูงใจที่มากพอในการผลักดันให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการเลิกสุราและลงมือกระทำ เพื่อให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ได้สำเร็จ โดยผู้บำบัดให้ความเชื่อถือ ให้อิสระในทางเลือกต่าง ๆ (Freedom of choice) ให้กำลังใจ (Supportive) และสนับสนุนให้ผู้ป่วยคิดและตัดสินใจด้วยตัวเอง (Autonomy)

เทคนิคและหลักการที่ใช้เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ DARES ประกอบด้วย ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างสถานภาพในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากจะเป็น (Develop discrepancy) โดยให้ผู้ผู้ป่วยได้เล่าถึงผลลัพธ์ที่เกิดตามหลังการดื่ม และผลลัพธ์ที่ผู้รับการบำบัดคิดว่าจะเป็นหากไม่ดื่ม ในระหว่างการบำบัดผู้บำบัดตระหนักถึงความสำคัญของการหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (Avoid argumentation) เพราะผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจสับสน (Ambivalence) ความรู้สึกไม่สบายใจ ผู้บำบัดควรหลีกเลี่ยงการทะเลาะโต้แย้งเพื่อให้ได้ตามเป้าหมายที่ต้องการ แต่ควรหาวิธีอื่น ๆ ที่จะช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์และโทษที่เกิดขึ้นตามหลังการดื่ม ผู้บำบัดใช้การสื่อสารที่

แสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้ป่วย (Express empathy) เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อต้าน ไม่ควรปล่อยให้ความรู้สึกต่อต้านนั้นดำเนินต่อ แต่จะค่อยๆ ละมุนใจไปกับความรู้สึกต่อต้านนั้น (Roll with resistance) โดยมีเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้บำบัดจะเสนอแนวทางใหม่ในการคิดเกี่ยวกับปัญหา หากผู้ป่วยทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม จะมีผลในการลดปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นผลจากการดื่ม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวังและมองโลกในด้านบวก ผู้บำบัดควรส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัว (Support self efficacy) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและคงความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง

พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา เป็นปัญหาที่สำคัญ หากผู้ป่วยโรคติดสุรายังคงมีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและระบบบริการสุขภาพได้ สาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุรายังคงดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การมีแรงจูงใจลดลง การไม่ตระหนักในผลกระทบของพฤติกรรมการดื่มสุรา การได้รับการกระตุ้นจากสิ่งต่าง ๆ ตามภาวะแวดล้อม โดยจะส่งผลให้เกิดความอยากดื่มสุรา ซึ่งได้มีการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยโรคติดสุรามีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควบคู่กับการให้ญาติมีส่วนร่วมในการบำบัดสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและกำลังใจในการเลิกดื่มสุราได้มากขึ้น

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจภายในตนเองมากขึ้น เน้นการสำรวจปัญหาของตนเอง ค้นหาสิ่งทำให้เกิดความลังเลใจในปัญหาพฤติกรรม การดื่มสุราของตนเอง และให้เล็งเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราที่มากขึ้น โดยโปรแกรมบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลให้การบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ทุกวันอังคารและวันศุกร์ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 30-60 นาที ห่างกันทุก 1 สัปดาห์ รวม 4 สัปดาห์ และติดตามหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล 4 สัปดาห์ 1 ครั้ง ขึ้นตอนและเนื้อหาในการบำบัด มีรายละเอียดดังนี้

โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา

ครั้งที่ 1 กิจกรรมรู้จักเปิดใจ (สัปดาห์ที่ 1) เป็นการสร้างสัมพันธภาพ รวบรวมข้อมูล ประเมินปัญหา สำรวจความคาดหวังในการรักษา ประเมินแรงจูงใจ ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ สร้างเสริมแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ครั้งที่ 2 กิจกรรมมองไกลเปลี่ยนแปลง (สัปดาห์ที่ 2) เป็นการตั้งเป้าหมายและวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม การค้นหาสิ่งกระตุ้น ปรับมุมมองใหม่เสริมสร้างแรงจูงใจ

ครั้งที่ 3 กิจกรรมร่วมแรงร่วมใจ (สัปดาห์ที่ 3) เป็นการทบทวนและติดตามความก้าวหน้าเสริมสร้างแรงจูงใจให้มั่นคง การให้คำมั่นสัญญาในการเลิกสุราและเป็นช่วงที่นำญาติเข้าร่วมกิจกรรมด้วย

ครั้งที่ 4 กิจกรรมไปถึงฝัน (สัปดาห์ที่ 4) เป็นการทบทวนและติดตามความก้าวหน้าเสริมสร้างแรงจูงใจให้มั่นคง สร้างแรงจูงใจใหม่และให้ความรู้การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) ติดตามหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม การติดตามผลเมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์

ครั้งที่ 1 กิจกรรมรู้จักเปิดใจ

แนวคิด

การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing [MI]) คือ การให้การปรึกษาแบบมีทิศทาง ชี้คหลักการพูดคุยแบบผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพโดยเริ่มต้นจากการประเมินขั้นของแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลง (Stage of change) เพื่อให้ผู้บำบัดสามารถเลือกหรือปรับวิธีการช่วยเหลือในกระบวนการบำบัดจะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยสำรวจและจัดการกับความรู้สึกถึงเล (Ambivalence) และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนตนเอง หัวใจสำคัญของการสัมภาษณ์แบบเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบสำคัญ คือ 1) Evocative/ Elicit เป็นการใช้ทักษะในการกระตุ้นหรือจูงใจให้ผู้ป่วยพูดข้อความที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตัวเองและไปถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้ 2) Collaborative เป็นการร่วมมือกันของผู้บำบัดและผู้ป่วยทำความเข้าใจกับ “สิ่งที่ผู้ป่วยโรคติดสุราเป็น” และคิดหาวิธีการต่างๆมาแก้ไขในส่วนที่เป็นปัญหา 3) Autonomy เป็นการที่ผู้บำบัดให้ความเชื่อถือให้อิสระให้กำลังใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยคิดและตัดสินใจด้วยตัวเอง ผู้บำบัดและผู้ป่วยมีสถานภาพเท่าเทียมกัน

ในขั้นตอนแรกของการบำบัด การสร้างสัมพันธภาพและการไว้วางใจเป็นสิ่งสำคัญหลักการและแนวคิดที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย เป็นตัวของตัวเอง เกิดความไว้วางใจในตัวผู้บำบัด เกิดความรู้สึกเท่าเทียมกันเป็นการทำงานร่วมกัน (Collaboration) สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้กระบวนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลประสบผลสำเร็จยิ่งขึ้น

โรคติดสุรา เป็นปัญหาระดับประเทศ ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราและติดสุรายังไม่มองว่าเป็นปัญหานอกจากจะได้รับการบอกเล่าหรือเกิดปัญหาขึ้นเองหรือมีผลกระทบด้านร่างกาย เช่น มีอาการถอนพิษสุรารุนแรง มีอาการชักเกร็ง ไม่รู้สึกตัว ด้านจิตใจมีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ในชีวิต มีอาการทางจิต หูแว่ว ประสาทหลอน จากปัญหาดังกล่าวถ้าผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้บำบัด จะยินดีที่จะสนทนาดังผลกระทบจากการดื่มสุรา สิ่งนี้จะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการตระหนักถึงปัญหาจากการดื่มสุราและเข้าสู่ขั้นตอนการสำรวจแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก
2. เพื่อประเมินผลกระทบจากการดื่มสุรา
3. เพื่อประเมินความตระหนักถึงปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราและสำรวจแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ระยะเวลา 30-60 นาที

สื่อ/ อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1
2. ใบงานที่ 2
3. ใบงานที่ 3
4. ใบงานที่ 4
5. ใบงานที่ 5
6. ใบความรู้ที่ 1
7. ใบความรู้ที่ 2

ขั้นตอนกิจกรรม

1. ทักทาย/ สนทนาทั่วไป ตัวอย่างบทสนทนา “สวัสดีครับ ผมนายลวิญญ์วิชญพงษ์ ภูมิจีน นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผมรู้สึกยินดีเป็นอย่างยิ่งที่คุณ.....ให้ความสนใจในการวิจัยครั้งนี้” “เป็นยังไงบ้างครับ.....” “เดินทางมาอย่างไรครับ” (5 นาที)
2. ให้ข้อมูลรูปแบบการบำบัดโดยอธิบายความสำคัญของลักษณะของโปรแกรม รูปแบบของโปรแกรม สิ่งที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการบำบัด การช่วยเหลือขณะเข้าร่วมการบำบัด ประโยชน์ที่จะได้รับ ตัวอย่างบทสนทนา “การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลเป็น โปรแกรมสำหรับผู้ติดสุราที่ต้องการได้รับการแก้ไขปัญหายังคงลังเลใจและยังหาแนวทางในการเลิกสุราได้ ซึ่งโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลนี้จะเป็นการบำบัดที่มีขั้นตอนช่วยให้คุณสามัคค้นหาปัญหาของตนเองและขับเคลื่อนแรงจูงใจภายในตนเองให้ตัดสินใจลงมือกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรารวมทั้งยังกำหนดเป้าหมายให้คุณสามารถเลิกดื่มสุราและยังลดผลกระทบที่เกิดขึ้น

ตามมาได้ รูปแบบการบำบัดมีทั้งหมด 4 ครั้ง ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและค้นหาแรงจูงใจ การตั้งเป้าหมาย การลงมือปฏิบัติ การหาทางเลือกเพิ่มเติม และสุดท้ายคือการติดตามต่อเนื่องให้สามารถจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุราของคุณได้” เมื่อให้ข้อมูลที่จำเป็นแล้วเสร็จถามผู้ป่วยถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับแล้วตกลงการบำบัดตามโปรแกรม (5 นาที)

3. ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยเขียนสิ่งๆที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยและให้เขียนความทุกข์ที่อยากจะบอกใส่ใบงานเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าสิ่งที่รู้สึกดีในชีวิตและความทุกข์ที่อยากจะบอกให้ผู้บำบัดฟังเพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันแล้วร่วมกันอภิปรายในสิ่งที่ผู้ป่วยเขียน (ใบงานที่ 2) (5 นาที)

4. สำรวจความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุรา (ใบงานที่ 1) (แบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุรา) เมื่อประเมินแล้วเสร็จชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นของแรงจูงใจของตนเองว่าอยู่ในระดับใด (ใบความรู้ที่ 1) (5 นาที) พุจฉยให้กำลังใจผู้ป่วยที่มีความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดื่มสุราของตนเองและเน้นย้ำว่าการเลิกดื่มสุราเป็นความรับผิดชอบของตัวผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงตนเองให้สามารถเลิกสุราได้ (3 นาที)

5. ให้ผู้ป่วยเขียนอธิบายปัญหาจากการดื่มสุราของตนเองโดยเริ่มจากผู้ป่วยดื่มสุรามานานเป็นระยะเวลาเท่าไร ดื่มสุราอะไร (เบียร์, เหล้าขาว, เหล้าสี, สาโท, สไปรย์, ไวน์, กระแช่, อุ) ปริมาณเท่าไร ความถี่ที่ใสสุราใน 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยเขียนถึงปัญหาการดื่มสุราส่งผลกระทบต่อในด้านต่าง ๆ อย่างไร ให้ผู้ป่วยเขียนแสดงความคิดเห็นกับผลกระทบดังกล่าว เมื่อผู้ป่วยเขียนเสร็จผู้บำบัดสรุปประเด็นที่ผู้ป่วยเขียนและชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลกระทบต่าง ๆ ดังที่ผู้ป่วยเขียนรวมทั้งจูงใจให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการเลิกดื่มสุรา (ใบงานที่ 3) (10 นาที)

6. ให้ผู้ป่วยประเมินผลกระทบจากการติดสุราโดยให้ผู้ป่วยได้บอกข้อดีของการดื่มสุรา ข้อเสียของการดื่มสุรา ข้อดีของการหยุดดื่มสุรา ข้อเสียของการหยุดดื่มสุรา (ใบงานที่ 4) (10 นาที) และเปรียบเทียบระหว่างข้อดี/ ข้อเสีย (pros & cons) ของการดื่มสุรา และข้อดี/ ข้อเสียของการเลิกดื่มสุราว่าอะไรมากกว่ากัน กรณีข้อดีของการดื่มสุราและข้อเสียของการเลิกดื่มสุรามากกว่าให้ผู้บำบัดใช้เทคนิคกระตุ้นเร้าให้ผู้ป่วยพูดถึงผลกระทบให้มากขึ้น หรืออาจยกตัวอย่างเช่น “การดื่มสุราทำให้คุณเสียภรรยาไป” “การดื่มสุราทำให้คุณประสบอุบัติเหตุ” หากข้อดีของการดื่มสุรา และข้อดีของการเลิกดื่มสุรามากกว่าแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมองเห็นผลกระทบและมีแนวโน้มที่ดีในการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดผลกระทบนั้น ๆ ในระหว่างการพูดคุยกันระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย ควรสังเกตคำพูดที่ผู้ป่วยแสดงออกมามากมายคำพูดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง (Change talk) เช่น “ผมคงต้องหยุดดื่มสุราแล้ว หากไม่หยุดผมคงต้องเสียภรรยาไป” “ตอนนี้

หมอบอกว่าผมเป็นโรคตับอักเสบ หากไม่หยุดดื่มสุราคงต้องป่วยเป็นโรคมะเร็งตับ” (5 นาที)

7. เสนอแนวทางที่เหมาะสมในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามขั้นของแรงจูงใจ (ใบความรู้ที่ 2) (5 นาที)

8. ผู้นำบัตมอบหมายการบ้าน โดยให้ผู้ป่วยกลับไปทบทวนเป้าหมายของการบำบัด โดยให้เขียนเส้นทางชีวิตตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน และให้ผู้ป่วยมองว่าอนาคตต้องการเป็นอย่างไร (ใบงานที่ 5) (5 นาที)

9. ผู้นำบัตให้ผู้ป่วยสรุปบทเรียนที่ได้พูดคุยกันในการบำบัดครั้งที่ 1 และช่วยเสริมในส่วนที่ผู้ป่วยพูดถึงไม่ครอบคลุม พร้อมทั้งนัดหมายครั้งต่อไป ตัวอย่างบทสนทนา “สิ่งที่เราได้พูดคุยกันคงเป็นประโยชน์สำหรับคุณ การบำบัดยังไม่สิ้นสุด เรานัดกันครั้งหน้าอีก 1 สัปดาห์ หากระหว่างนี้มีปัญหาอะไรสามารถติดต่อได้ทุกเมื่อตามเบอร์ที่ให้ไว้” (2 นาที)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้นำบัตประเมินจากสีหน้าท่าทางความสนใจในการพูดคุยกับผู้นำบัต
2. ผู้ป่วยเขียนและบอกถึงผลกระทบจากพฤติกรรมงดดื่มสุราได้
3. ผู้ป่วยบอกถึงผลกระทบและมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมงดดื่มสุราของตนเองจากคำพูดของผู้ป่วย

**ใบงานที่ 1 ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง
และความต้องการรักษาสำหรับผู้ติดสุรา**

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้อย่างตั้งใจ แต่ละข้อจะระบุถึงว่าคุณอาจจะ (หรืออาจจะไม่รู้สึกร) เกี่ยวกับพฤติกรรมติดสุราของคุณ โดยให้ / เพื่อแสดงว่าในขณะที่ คุณเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยอย่างน้อยเพียงใดกับข้อความเหล่านี้ กรุณาเลือกเพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้น

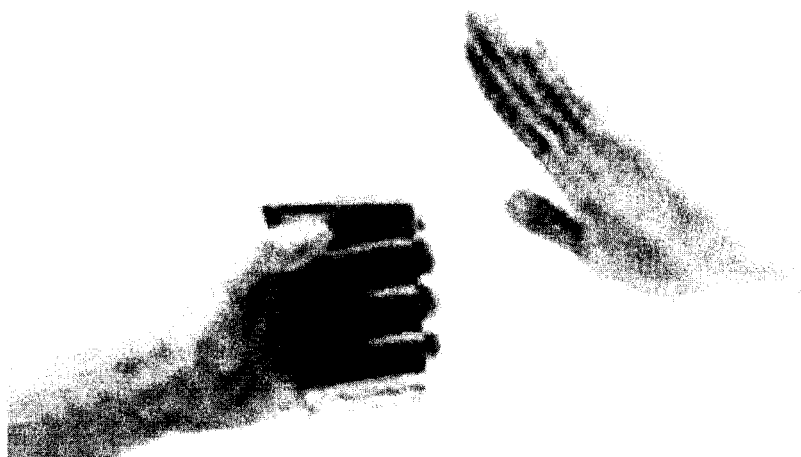
ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติดสุราของฉันอย่างจริงจัง					
2. บางครั้งฉันสงสัยว่าฉันติดสุราหรือไม่					
3.					
4.					
5.					
6. บางครั้งฉันสงสัยว่าการติดสุราของฉันได้ทำร้ายคนอื่นหรือไม่					
7. ฉันเป็นคนที่มีปัญหาการติดสุรา					
8. ฉันไม่เพียงแค่อคิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติดสุราแต่ฉันได้ลงมือทำอะไรบางอย่างเพื่อเปลี่ยนแปลงมัน					
9.					
10.					
11.					
12. การติดสุราของฉันกำลังทำให้เกิดอันตรายอย่างมาก					
13. ขณะนี้ฉันกำลังพยายามอย่างจริงจังในการลดหรือเลิกดื่ม					
14.					

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
15. ฉันทราบว่าฉันมีปัญหาจากการดื่มสุรา					
16.					
17. ฉันเป็นผู้ติดสุรา					
18.					
19. ฉันได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มของฉัน บ้างแล้ว และฉันต้องการความช่วยเหลือเพื่อ ป้องกันไม่ให้กลับไปดื่มแบบเดิมอีก					

ใบความรู้ที่ 4

การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

โรคติดสุราเป็นโรคเรื้อรังและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง โดยมากแล้วผู้ป่วยมักจะกลับมาดื่มซ้ำภายในเวลาไม่กี่เดือนถึง 1 ปีหลังการรักษา ผู้บำบัดจึงควรดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยกลับมาดื่มซ้ำอีก Relapse prevention คือ วิธีการรักษาที่สอนให้ผู้ป่วยค้นหาความคิด ความรู้สึก บุคคลและสถานการณ์ใด ๆ ที่กระตุ้นเตือนให้ตนเองดื่มสุรา แล้วผู้รักษาจะแนะนำให้ผู้ป่วยหาวิธีการจัดการกับสถานการณ์เหล่านั้นอย่างเหมาะสมโดยไม่ต้องดื่มสุราอีก วิธีการที่ใช้ประกอบด้วย การหลีกเลี่ยงบุคคล สถานที่ หรือสิ่งของที่เคยเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของผู้ป่วย การฝึกปฏิเสธเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หากมีผู้ชวนให้ดื่ม การพูดคุยกับเพื่อนฝูงที่สนิทไว้ใจได้ หากผู้ป่วยรู้สึกโกรธ เงา หรือไม่สบายใจ การเป็นสมาชิกกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อเลิกดื่ม (เช่น กลุ่ม Alcoholic anonymous) การฝึกทักษะทางสังคม เช่น การสร้างและการรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การควบคุมตนเองและการผ่อนคลายความเครียด



ภาคผนวก ค
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล
ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วย
โรคติดสุรา

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย
ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความ
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก
การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ
ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวม
ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....)



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(สำหรับกลุ่มทดลอง)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดสุรา

รหัสจริยธรรมการวิจัย 09-08-2558

ชื่อผู้วิจัย นายลวิญญูวิชัยพงศ์ ภูมิเงิน

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดสุรา

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อายุ 20-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคติดสุรา และไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช ไม่มีอาการถอนพิษ ไม่มีอาการทางกาย ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ ไม่มีความคิดปกติทางสติปัญญา สามารถอ่าน เขียนและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ ไม่มีปัญหาการได้ยิน เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวชและยาเสพติดที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นครั้งแรก และยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ งานวิจัยนี้มีผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 12 คน ในการทำกิจกรรมใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที มีระยะเวลาเข้าร่วมรวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และทำแบบประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (สามารถซักถามผู้วิจัยเมื่อมีข้อสงสัย) ในกลุ่มทดลองโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดสุรา มีระยะเวลาเข้าร่วม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ทำกิจกรรมบำบัด สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละประมาณ 30-60 นาที ที่หอผู้ป่วยนอกทุกวันอังคารและวันศุกร์ ชั้นตอนและเนื้อหาในการบำบัดประกอบด้วย ครั้งที่ 1 กิจกรรมรู้จักเปิดใจ (สัปดาห์ที่ 1) เป็นการรวบรวมข้อมูลประเมินปัญหา สำนวความคาดหวังในการรักษา ประเมินแรงจูงใจ ให้ข้อมูลสะท้อนกลับจากการประเมิน แก้ไขความลังเลใจและตอบสนองอย่างเหมาะสมตามระดับของแรงจูงใจ เสนอทางเลือก และช่วยผู้รับบริการตั้งเป้าหมายและวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ครั้งที่ 2 กิจกรรมมองไกล

เปลี่ยนแปลง (สัปดาห์ที่ 2) เป็นการตั้งเป้าหมายและวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การค้นหาสิ่งกระตุ้น ปรับมุมมองใหม่เสริมสร้างแรงจูงใจ **ครั้งที่ 3 กิจกรรมร่วมแรงร่วมใจ** (สัปดาห์ที่ 3) เป็นการทบทวนและติดตามความก้าวหน้าเสริมสร้างแรงจูงใจให้มั่นคง การให้คำมั่นสัญญาในการเลิกสูราและเป็นช่วงที่ญาติจะเข้าร่วมด้วย **ครั้งที่ 4 กิจกรรมไปให้ถึงฝัน** (สัปดาห์ที่ 4) เป็นการทบทวนและติดตามความก้าวหน้าเสริมสร้างแรงจูงใจให้มั่นคง สร้างแรงจูงใจใหม่และให้ความรู้การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

ประโยชน์ที่จะได้รับ ในการวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้รับความรู้และแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง นอกจากนี้ ญาติหรือบุคคลสำคัญที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา และผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางการพยาบาลในการพัฒนาทักษะการดูแลของผู้ป่วยรายอื่น ๆ ได้

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ การตอบรับหรือการปฏิเสธและการถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาที่เข้าร่วมวิจัย โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และการถอนตัวในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการมารับยาแทน หรือการรักษาพยาบาลของท่าน ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัสเลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัส แทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จะเสนอในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา และผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว การวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย

หากมีข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็ว ไม่ปิดบัง

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ได้ตลอดเวลาที่ นายลวิญญูวิชญพงษ์ ภูมิเงิน หมายเลขโทรศัพท์ 092-9879530 หรือที่ ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา คาลาส อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 080-0785883

นายลวิญญูวิชญพงษ์ ภูมิเงิน
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับกลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลต่อพฤติกรรม
การดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคติดสุรา

รหัสจริยธรรมการวิจัย 09-08-2558

ชื่อผู้วิจัย นายลวิญญูวิชญพงศ์ ภูมิจีน

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของ
ผู้ป่วยโรคติดสุรา

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับ
การศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อายุ 20-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วย
เป็นโรคติดสุรา และไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช ไม่มีอาการถอนพิษ ไม่มีอาการทางกาย ไม่มีอาการทาง
จิตกำเริบ ไม่มีคามผิดปกติทางสติปัญญา สามารถอ่าน เขียนและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ ไม่มีปัญหา
การได้ยิน เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวชและยาเสพติดที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นครั้งแรกและยินดี
เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ งานวิจัยนี้มีผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 12 คน ในการทำกิจกรรมใช้เวลาประมาณ
30-60 นาที มีระยะเวลาเข้าร่วมรวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามส่วนข้อมูล
ทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และทำแบบประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความ
ต้องการรักษา (สามารถซักถามผู้วิจัยเมื่อมีข้อสงสัย) ในกลุ่มควบคุม ท่านจะได้รับการบำบัดแบบ
สั้น โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยนอกจำนวน 1 ครั้ง โดยเป็นการสนทนาเพื่อหาแนวทาง
ร่วมกันในการเลิกสุรา การสะท้อนกลับปัญหาของผู้ป่วย การหาข้อดีข้อเสีย การจัดการปัญหา
และการจัดการตัวกระตุ้นโดยพยาบาลผู้บำบัดยาเสพติดและสุราและนัดมาบำบัด ทุกเดือน

ประโยชน์ที่จะได้รับ ในการวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้รับความรู้และแนวทางในการ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในการเลิกสุราและสามารถจัดการปัญหาการติด
สุราได้

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ การตอบรับหรือการปฏิเสธ และการถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และการถอนตัวในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการมารับยา แทน หรือการรักษาพยาบาลของท่าน ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัส เลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัส แทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จะเสนอในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจาก ผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา และผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว การวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงที่อาจ เกิดขึ้นจากการวิจัย

หากมีข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ ทราบโดยรวดเร็ว ไม่ปิดบัง

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยใน วันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ได้ตลอดเวลาที่ นายลวิญญูวิชญพงษ์ ภูมิจีน หมายเลขโทรศัพท์ 092-9879530 หรือที่ ดร.จิณห์จุกา ชัยเสนา ดาลลาส อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 080-0785883

นายลวิญญูวิชญพงษ์ ภูมิจีน
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถ แจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการ จริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823