

ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์

The Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy Program among Schizophrenic Disorders with Behaviors Alcohol Drinking

(Received: March 14,2023 ; Revised: March 26,2023 ; Accepted: March 28,2023)

รัชดาวรรณ จำเริญไวย¹

Ratchadawan Jamuenwai

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษารักษาที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 25 คน ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษารักษาที่โรงพยาบาลพิชัย จำนวน 25 คน และได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ 2) การประเมินภาวะติดแอลกอฮอล์ และ 3) การประเมินอาการทางจิต แบบประเมินทั้ง 2 ชุดมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93, และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test ผลการวิจัยพบว่า (1) พฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (2) พฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การบำบัดความคิดและพฤติกรรม, พฤติกรรมการดื่มสุรา, ผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a cognitive-behavioral therapy program on schizophrenic patients with alcohol use behavior. The sample group was 25 alcoholic schizophrenic patients admitted to Uttaradit Hospital, who received the cognitive and behavioral therapy program for alcohol use. A control group consisted of 25 alcoholic schizophrenic patients, who were treated at Pichai Hospital and received normal care. The research instruments were 1) cognitive-behavioral therapy program for schizophrenia patients with alcohol drinking behavior, 2) alcohol addiction assessment, and 3) psychiatric symptom assessment. The reliability of the 2nd and 3rd instruments were reported by Chronbach Alpha as of 0.93 and 0.87 respectively. The t-test was use in data analysis. Results: (1) Alcohol drinking behavior and psychotic symptoms after receiving the cognitive behavioral therapy program for schizophrenic patients with reduced alcohol drinking behavior of the experimental group. ($p < .05$) (2) Alcohol drinking behavior and psychotic symptoms after receiving the cognitive behavioral therapy program for schizophrenic patients with alcohol drinking behavior in the experimental group were reduced than those receiving normal nursing care. ($p < .05$)

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Keyword: Cognitive Behavioral Therapy, Schizophrenia, Alcohol consumption

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นปัญหาด้านการเจ็บป่วยสุขภาพจิตที่เกิดกับประชาชนจำนวนมาก โดยโรคจิตเภทเป็น 1 ใน 20 ของโรคที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงมากที่สุดของโลก ทั้งนี้ โรคจิตเภทจะไม่มีอาการของโรคทางกายและสมอง แต่เป็นความผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์และการรับรู้ โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 6 เดือน โดยมีสาเหตุและปัจจัยมาจากปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม พบว่า ครอบครัวบิดามารดา ป่วยเป็นโรคจิตเภทบุตรจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคนปกติ 10 เท่า ระบบสารชีวเคมีในสมอง พบว่าการเปลี่ยนแปลงของสารซีโรโทนินและกลูตาเมตในสมองมีความผิดปกติ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีโพรงของสมองขนาดใหญ่กว่าปกติและระบบประสาทสรีรวิทยาผิดปกติ¹⁴ และโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติในการทำหน้าที่ของฮิปโปแคมปัสซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวทางด้านสังคม ปัจจัยทางด้านครอบครัว ปัญหาการสื่อสารในครอบครัวทำให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคจิตเภทได้¹³ ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภท 26 ล้านคน ร้อยละ 90 พบในประเทศกำลังพัฒนา โรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อประชาชน 20 ล้านคนทั่วโลก ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทมีแนวโน้มก่ออาชญากรรมรุนแรงกว่าคนทั่วไป 4-6¹⁰ จะเห็นได้ว่า โรคจิตเภทนอกจากจะมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยแล้วยังมีผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง ครอบครัว สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 400,000 คน สถิติผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ 2564 มีจำนวนมากถึง 49,658 คน² ความชุกของการเกิดโรคจิตเภทประเทศไทย เท่ากับ 0.5-1.0 ของประชากรทั่วไป จากกระบวนวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชากรทุกภาคในประเทศไทยพบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภท ร้อยละ 0.17 เกิดในช่วงอายุ 15-59 ปี ความชุก 0.8 ต่อประชากร 1,000 คน และเกิดในเพศชายกับเพศหญิงในอัตราที่เท่ากัน นอกจากอาการของ

โรคที่มีผลกระทบกับผู้ป่วยยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการป่วยหลายครั้งมีอาการหลงเหลือ มีความบกพร่องในการใช้ชีวิตที่ไม่เหมือนก่อนป่วย ร้อยละ 44 เขตสุขภาพที่ 2 ปีงบประมาณ 2564 พบผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยเข้าถึงบริการ จำนวน 21,115 คน (ร้อยละ 91.88 ของผู้ป่วยตามความชุก 0.8 ของประชากร 15 ปีขึ้นไป⁸ ในปี 2562-2564 อัตราการเข้าถึงบริการโรคจิตเภทของจังหวัดอุดรดิตถ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 85.01, 99.25 และ 105.82 ตามลำดับ⁸ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ให้บริการสุขภาพในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 21 แห่ง ปัญหาสุขภาพจิตของอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ คือ การฆ่าตัวตายสำเร็จ โรคจิตเภทและโรคซึมเศร้า ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในอำเภอเมืองอุดรดิตถ์มีอัตราที่สูงเกินเกณฑ์ 8.0 ต่อแสนประชากร โดยอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จปีงบประมาณ 2562 - 2564 คิดเป็น 10.72, 12.47 และ 11.48 ต่อแสนประชากร² โดยสาเหตุการฆ่าตัวตาย มาจากปัญหาผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดยาหรือไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ ภาษา และการรับรู้ เช่น มีหิวแหว่และประสาทหลอน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ข้อมูลการเข้ารับบริการโรคจิตเภทโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ปี 2563 - 2564 จำนวน 1,318 และ 1,283 คน⁸ จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการมีมากถึง 4,779 และ 4,555 ครั้ง แม้การเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนมาก แต่ความต่อเนื่องในการเข้ารับบริการยังขาดความต่อเนื่องในการรักษา

การให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์เน้นให้การรักษาโดยการให้ยาและการให้สุขภาพจิตศึกษา แต่การให้บริการด้วยวิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่น้อย ปัญหาการให้บริการผู้ป่วยจิตเภท คือ การเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยขาดยาและมีอาการกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยที่รับยามากกว่าร้อยละ 80 ยังต้องรับ

ยาตลอดไม่สามารถหยุดรับประทานยาหรือยุติการรับประทานยาได้ ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยขาดความสุขในการดำเนินชีวิต สาเหตุประการหนึ่งของปัญหาการให้บริการ คือ การใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการรับประทานยาและประสิทธิภาพการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตเภท นำมาสู่อาการกำเริบของผู้ป่วยก่อให้เกิดปัญหาต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน จากการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาสุราเกิดความรุนแรงของโรคร้อยละ 63.5 และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 32.4 และผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาสุราได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่าผู้ป่วยนอก ร้อยละ 72.9 ⁴ จากการใช้แอลกอฮอล์ยังส่งผลให้การรักษาโรคจิตเภทไม่หายขาด ไม่สามารถหยุดยาได้และเกิดอาการกำเริบขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดยาสุราเน้นกระบวนการการสร้างสัมพันธภาพและทำความเข้าใจในเป้าหมายและกระบวนการการค้นหาความคิดอัตโนมัติ การประเมินและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ การเผชิญหรือการปรับความคิดอัตโนมัติต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาและวางแผนหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่นำไปสู่ต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และการนำวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ⁵ ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดยาสุราและให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทลดการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้อาการทางจิตในผู้ป่วยดีขึ้นและสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

สมมุติฐานของการวิจัย

1. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) ชนิดสองกลุ่ม (Two group pretest – posttest) ระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง (Experimental Group) คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ ที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดยาสุรา ⁵ จำนวน 25 คน กลุ่มควบคุม (Comparison Group) คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่อาศัยอยู่ในอำเภอพิชัย จังหวัดอุดรดิตถ์ ได้รับการรักษาตามระบบการให้บริการของโรงพยาบาลพิชัย จำนวน 25 คน อุดรดิตถ์ ผู้ศึกษาใช้แบบประเมินภาวะติดแอลกอฮอล์ในการประเมินการใช้แอลกอฮอล์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินภาวะติดแอลกอฮอล์และแบบประเมิน

อาการทางจิตผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย

1.1 คุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัวและสิทธิในการรักษาพยาบาล

1.2 แบบประเมินภาวะติดแอลกอฮอล์ (AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test) ขององค์การอนามัยโลก แปลภาษาไทยโดยสาวตรี อึ้งฉนงค์กรชัย (2552)¹¹ จำนวน 10 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่าเป็น 4 ระดับ โดยค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน แปลผลภาวะติดแอลกอฮอล์ ออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ (1) ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk drinker) (คะแนนระหว่าง 0-7 คะแนน) (2) ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinker) (คะแนน 8-15 คะแนน) (3) ดื่มแบบอันตราย (Harmful use) (คะแนน 16-19 คะแนน) (4) ดื่มแบบติด (Alcohol dependence) (20-40 คะแนน)

1.3 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief psychiatric rating scale; BPRS) จำนวน 18 ข้อ ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 18-126 คะแนน แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยพันธุ์ณา กิตรัตน์ไพบูลย์ (2554)⁷ แบ่งเป็น 7 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการ (1) มีอาการขั้นต่ำสุด (2) มีอาการเล็กน้อย (3) มีอาการปานกลาง (4) มีอาการค่อนข้างรุนแรง (5) มีอาการรุนแรง (6) มีอาการรุนแรงมาก (7) โดยคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน หมายถึง อาการทางจิตระดับน้อย คะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง อาการทางจิตระดับมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์⁵ จำนวน 2 สัปดาห์ ละ 3 ครั้งๆ ละ 90 นาที กิจกรรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและทำความเข้าใจในเป้าหมายและกระบวนการ การค้นหาความคิดอัตโนมัติ ประเมินและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ การเผชิญหรือการปรับความคิดอัตโนมัติต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การ

ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาและวางแผนหลักเลี้ยงสถานการณ์ที่นำไปสู่ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และการนำวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และการยุติการบำบัด ดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและทำความเข้าใจเป้าหมายและกระบวนการ โดยกำหนดให้ผู้บำบัดเข้าใจได้ว่าความคิดมีผลต่ออารมณ์นำไปสู่พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้บำบัดสะท้อนความรู้สึกในสภาพชีวิตปัจจุบันที่เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองและความรู้สึกที่มีผลต่ออารมณ์ตนเองร่วมกับการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคติดสุรา กำหนดประเด็นการพูดคุยประเมินผู้ป่วยในการยอมรับแนวคิด ตรวจสอบสภาพบำบัดอารมณ์ต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา การทบทวนตนเองเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นปัจจุบันเชื่อมโยงความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การสร้างความเข้าใจถึงปัญหาเชื่อมโยงสาเหตุของปัญหาพร้อมทั้งปรับแก้ปัญหาที่ความคิด อธิบายวิธีการบำบัดและประโยชน์ของการบำบัด สรุปสาระสำคัญและมอบหมายการบ้าน

ครั้งที่ 2 ค้นหาความคิดอัตโนมัติ โดยประเมินอารมณ์ของผู้บำบัด สอบถามความรู้สึกอยากดื่มสุรา อาการถอนสุราและการดื่มสุรา ทบทวนการบ้าน ค้นหาความคิดอัตโนมัติของตนเองที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุรา การบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติต่อสิ่งกระตุ้นกับการดื่มสุรา มอบหมายการบ้านและสรุปกิจกรรม

ครั้งที่ 3 ประเมินและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติตามความเป็นจริง เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจลักษณะการคิดที่บิดเบือนโดยเชื่อมโยงกับอารมณ์และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้บำบัดเข้าใจถึงการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ประกอบด้วย ทบทวนกิจกรรมครั้งก่อน ร่วมกำหนดเนื้อหาของบทพูดคุยครั้งนี้ ประเมินตรวจสอบความคิดอัตโนมัติตามความเป็นจริง ประเมินอารมณ์ของผู้บำบัด

อธิบายลักษณะความคิดที่บิดเบือนที่ต้องค้นหา ประเมินและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติตามความเป็นจริง มอบหมายการบ้าน สรุปกิจกรรม

ครั้งที่ 4 การเผชิญหรือการปรับความคิดอัตโนมัติต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้มีความเข้าใจและแนวทางในการปรับความคิดอัตโนมัติต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสามารถปรับความคิดอัตโนมัติต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย ทบทวนการบำบัดครั้งที่ผ่านมา กำหนดเนื้อหาการพูดคุยครั้งนี้ ประเมินภาวะอารมณ์ของผู้รับการบำบัด ชี้แนะทางเลือกความคิดอื่นที่ทำการแทนที่ความคิดที่มีความสมเหตุสมผล บันทึกตามแบบฟอร์ม ABCDE ช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นด้านลบของการคงการดื่มสุรา เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเลิก ให้ผู้รับบริการแสดงความคิดเห็นการเปลี่ยนมุมมองใหม่ที่สมเหตุสมผลต่อเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุรา ให้การบ้านไปลองคิดทบทวนเพื่อเปลี่ยนมุมมองให้ต่อการดื่มสุรา สรุปผลกิจกรรม

ครั้งที่ 5 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีทักษะในการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์จริงที่เสี่ยงต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ วางแผนหลักเสี่ยงสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงและกำหนดกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่ำให้มากขึ้น ประกอบด้วย ทบทวนการบำบัดครั้งก่อนและชี้แจงวัตถุประสงค์ กำหนดเป้าหมายในการบำบัดครั้งนี้ ประเมินอารมณ์ผู้รับการบำบัด ค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบันและบอกแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เรียนรู้หลักการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ ประเมินวิธีการแก้ไขปัญหาที่เคยใช้และฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา ให้ข้อมูลเพื่อความมั่นใจกับผู้บำบัด จัดตารางกิจกรรมประจำสัปดาห์และบันทึกกิจกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน จำแนกสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงและความเสี่ยงต่ำสำหรับผู้รับบำบัด มอบหมายการบ้าน และสรุปกิจกรรม

ครั้งที่ 6 ทบทวนบทเรียน การนำวิธีการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในชีวิตประจำวันและยุติการบำบัด เพื่อประเมินผลสิ่งที่ผู้รับการบำบัดเรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมและตระหนักถึงการนำวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีขั้นตอนดังนี้ ทบทวนการบำบัดครั้งก่อน ประเมินอารมณ์ผู้รับการบำบัด กำหนดประเด็นในการพูดคุยว่าเป็นการนำวิธีการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในชีวิตประจำวันและยุติการบำบัดให้ผู้บำบัดพูดถึงความรู้สึกของตนเองในการเข้าร่วมโปรแกรม ชักถามการบำบัด ทบทวนสิ่งที่ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้ เสริมแรงจูงใจให้ผู้รับการบำบัดให้ความร่วมมืออย่างเข้มแข็งตลอดการบำบัด นัดติดตามหลังบำบัด 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อ้างอิงมาจากโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดยาที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านบำบัดสุรา 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ด้านแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ที่มีปัญหาจากสุรา 2 ท่าน ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .87⁵ แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และแบบประเมินอาการทางจิตเป็นแบบประเมินที่ยอมรับและใช้อย่างแพร่หลาย จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT: Alcohol use disorder identification Test) อ้างอิง

จากโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุรา ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .93⁵ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief psychiatric rating scale: BPRS) ผู้วิจัยอ้างอิงการวิจัยผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อต่อภาวะการดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้ลงชื่อในเอกสารยินยอม เข้าร่วมการวิจัย อีกทั้งโครงการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่าน ความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เลขที่ 031/2565 วันที่ 30 พฤศจิกายน 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย ร้อยละ 92.0 อายุระหว่าง 41–50 ปี ร้อยละ 52.0 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 52.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.0 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 64.0 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 36.0 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 96.0 สวัสดิการการรักษาพยาบาลด้วยบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 96.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.0 กลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย ร้อยละ 80.0 อายุระหว่าง 41–50 ปี ร้อยละ 44.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 52.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 60.0 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 56.0 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 84.0 สวัสดิการการรักษาพยาบาล

ด้วยบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 88.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.0

2. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์

2.1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1) กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองพฤติกรรมดื่มสุรามีอยู่ในระดับดื่มแบบเสี่ยงต่ำ ($\bar{X}=13.10$, $SD=8.12$) หลังการทดลองพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงต่ำ ($\bar{X}=10.12$, $SD=6.54$) พฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง ($p<.05$) (ตารางที่ 1) ก่อนการทดลองอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=22.04$, $SD=5.26$) หลังการทดลองอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=20.00$, $SD=3.32$) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า อาการทางจิตของกลุ่มทดลองลดลง ($p<.05$) (ตารางที่ 1)

2) กลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงต่ำ ($\bar{X}=15.12$, $SD=3.46$) หลังการทดลองพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงต่ำ ($\bar{X}=15.68$, $SD=3.13$) พฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) (ตารางที่ 1) ก่อนการทดลองอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=21.52$, $SD=2.29$) หลังการทดลองอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=22.00$, $SD=2.32$) อาการทางจิตก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการ	ก่อนทดลอง			หลังการทดลอง			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา								
กลุ่มทดลอง	13.10	8.12	ดื่มแบบเสี่ยง	10.12	6.54	ดื่มแบบเสี่ยง	2.887	.008
กลุ่มควบคุม	15.12	3.46	ดื่มแบบเสี่ยง	15.68	3.13	ดื่มแบบเสี่ยง	1.953	.170
อาการทางจิต								
กลุ่มทดลอง	22.04	5.26	อาการทางจิต ระดับน้อย	20.00	3.32	อาการทางจิต ระดับน้อย	2.789	.010
กลุ่มควบคุม	21.52	2.29	อาการทางจิต ระดับน้อย	22.00	2.32	อาการทางจิต ระดับน้อย	1.953	.063

2.3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 1) ก่อนการทดลอง พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และอาการทางจิตของ

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) 2) หลังการทดลอง พฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลองของ groups ทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 25)			กลุ่มควบคุม (n = 25)			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
พฤติกรรมการณ์ดื่มสุรา								
ก่อนทดลอง	13.12	8.12	ดื่มแบบเสี่ยง	15.12	3.46	ดื่มแบบเสี่ยง	1.414	.173
หลังการทดลอง	10.12	6.54	ดื่มแบบเสี่ยง	15.68	3.13	ดื่มแบบเสี่ยง	4.012	.001
อาการทางจิต								
ก่อนทดลอง	22.04	5.26	อาการทางจิต ระดับน้อย	21.52	2.29	อาการทางจิต ระดับน้อย	.418	.680
หลังการทดลอง	20.00	3.32	อาการทางจิต ระดับน้อย	22.00	2.32	อาการทางจิต ระดับน้อย	2.341	.028

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองอยู่ใน

ระดับดื่มแบบเสี่ยงต่ำ และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง ($p<.05$) เนื่องจากกลุ่มทดลองต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่

ผู้วิจัยกำหนดไว้ คือ มีอาการทางจิตดีขึ้น โดยประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้นก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนไม่เกิน 36 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ พวงมาลีประดับ, สมบัติ สกุลพรรณและดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2560)¹ ที่พบว่าพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตตสุรา ภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตตสุรา โดยประเมินเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ผู้ป่วยทุกรายสามารถลดพฤติกรรม การดื่มสุรา สามารถหยุดดื่มได้ถึงร้อยละ 66.67 และเห็นว่าโปรแกรมมีประโยชน์ต่อการลดละเลิกการดื่มสุรา และมีความพึงพอใจโดยภาพรวมต่อการได้รับโปรแกรมในระดับมากถึงมากที่สุด นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับดื่มแบบเสี่ยงต่ำและปริมาณการดื่มสุราลดลงแต่พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ค้นพบระบบความคิดในทางลบ ความคิดที่บิดเบือนพร้อมทั้งตรวจสอบระบบความคิดนั้นว่าทำให้เกิดผลทางลบอย่างไร ช่วยพัฒนาโครงสร้างทางความคิดที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆไปในทางที่เหมาะสมและยืดหยุ่นมากขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์สามารถหยุดความคิดทางลบที่เป็นสาเหตุของภาวะอาการทางจิต เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดทางบวกและผลของการพัฒนาโครงสร้างความคิด นำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม ประการสำคัญสิ่งที่เกิดขึ้น คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เกิดการเรียนรู้และเข้าใจถึงความสำคัญของการเผชิญหน้ากับปัญหาหรือเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตว่าปัญหาทุกอย่างสามารถแก้ไขได้จากการปรับเปลี่ยนการสร้างความคิดใหม่ ผลที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมทำ

ให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เกิดความราบรื่นในการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้ภาวะอาการทางจิตลดลงตามมา เช่นเดียวกับการศึกษาของลูกจันทร์ วิทยาการวงศ์ และคณะ (2559)⁹ ที่พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชระดับปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิตเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมจิตเวช (ICORD-R) กลุ่มทดลองมีคะแนนปริมาณการดื่มสุราและคะแนนอาการทางจิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของกฤติยา แสวงทรัพย์, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ และสุนิศา สุขตระกูล (2562)³ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ผลการศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์มีการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง เนื่องจากเป็นกลุ่มบำบัดที่มีแนวคิดพื้นฐานมาจากพฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) และมีโครงสร้างชัดเจนในการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เกิดความตระหนักและให้ความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและสังคม ได้อย่างเหมาะสมตามบริบท¹² จึงเป็นวิธีการบำบัดที่มุ่งแก้ปัญหาผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมาและเป็นไปได้ รวมถึงการประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เสพสุราในแต่ละขั้นตอนของการบำบัด การแสดงความสนใจความตั้งใจและให้การยอมรับผู้ป่วยจิตเภทที่มี

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมั่นคง และภาวะอาการทางจิตลดลงอย่างยั่งยืน กล่าวคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์มีทักษะในการป้องกันการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์จะมีความแปรปรวนทางอารมณ์ได้ง่าย ดังนั้น หากมีทักษะในการรู้เท่าทันความคิดของตนเอง และมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ผู้เสพติดสุราที่มีพฤติกรรมการเสพสุราลดลงอย่างยั่งยืน ภาวะอาการทางจิตลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เป็นการบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอกติดต่อกัน 2 สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง การทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดบุคลากรต้องมีความรู้พื้นฐานและมีทักษะในการบำบัด เพื่อดำเนิน

กิจกรรมที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดแต่ละครั้ง ควรคำนึงความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วย อาจมีช่วงพักระหว่างจัดกิจกรรมบำบัดที่ต้องเกินกว่า 60 นาที ควรติดตามผลของการบำบัดอย่างต่อเนื่องในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรม

2. ควรพัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากครอบครัวคือสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เกิดความเครียดและนำไปสู่การบริโภคแอลกอฮอล์ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงเนตรนภา ภมระราภา หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำการวิจัยนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.กนกวรรณ กิตติวัฒนกุล. (2546). โรคจิตเวชเนื่องจากสารเสพติด. วารสารจิตเวชขอนแก่นราชชนินทร์. 5,(2) : 33-39.
- 2.กรมสุขภาพจิต. (2564). คู่มือการดำเนินกิจกรรมกลุ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุรา. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์.
- 3.กฤตยา แสงทรัพย์, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ และ สุนิศา สุขตระกูล. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 33(2), 122-136.
- 4.จิระพรรณ สุริยงค์, กิตติศักดิ์ วิบูลย์มา, พิมพารณ์ แก้วมา, มธริน คำวงศ์ปิ่น และเดชา ทำดี. (2557). ความชุกของปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 22(1), 38-47.
- 5.จรรยา ไจหนู. (2551). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุรา [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 6.ฉันทนันท์ สิมะวารการ. (2565). โปรแกรมตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ วิไลยอลกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, 15(1), 44-58.



7. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (บรรณาธิการ). (2554). Module C- มาตรการที่ 2: มาตรการบำบัดรักษาภาวะ ถอนพิษสุรา ใน: คู่มือสำหรับผู้อบรมการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้น สำหรับบุคลากรสุขภาพ ฉบับปรับปรุง 2554. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: วนิตการพิมพ์.
8. โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. (2564). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2564, อุดรดิตถ์.
9. ลูกจันทร์ วิทยถาวรวงศ์, บุญศิริ จันศิริมงคล, สาวิตรี สุริยะฉาย, เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา, เกษม กรกำจายฤทธิ์ และอุ๋นจิตร คุณารักษ์. (2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิต, 30(2), 143-154.
10. ศิริรัตน์ จันทรพิมพ์ และชนิษฐา นันทบุตร. (2561). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 63(2), 68-76.
11. สาวิตรี อังษณางค์กรชัย. (2552). แบบคัดกรองการดื่มสุรา AUDIT. แผนงานการพัฒนาระบบรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.).
12. Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S. & Agresta, J. (1997). (Eds.). Social skill training for Schizophrenia. A step-by-step guide. New York: Guilford.
13. Boyd, M.A. (2012). Psychaitric Nursing Contemporary Practice. 5 th ed. America: Wolter Kluwer Health.
14. World Health Organization. (2014). Global status report on alcohol and health 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization.