



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8
The 8th STOU National Research Conference

ผลของรูปแบบการจัดการเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับ

การรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโสธร

Effectiveness of Motivation Enhance Management Model for Alcohol Reduction in Patient with
Schizophrenia at Psychaitric Clinic, Yasothon Hospital

สุปราณี พลไชย (Supraanee Polchai)¹ เรณูการ์ ทองคำรอด (Renukar Thongkhamrod)²

กชพงศ์ สารการ (Kotchapong Sarakan)³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับการรักษา ที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโสธร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราและอาการทางจิตทุเลา มีอายุระหว่าง 20-60 ปี จำนวน 13 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2559- 28 กุมภาพันธ์ 2560 หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาอาการโรคจิตจนสงบ ผู้ศึกษาใช้การสร้าง แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มสุรา 2) แบบประเมินสถานะจิตชนิดสั้น 3) แบบประเมินอาการทางจิต 4) แบบสอบถามขั้นบันได ของแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มสุรา 5) แบบสอบถามปริมาณการดื่มสุรา เก็บรวบรวม ข้อมูลก่อนบำบัด หลังสิ้นสุดการบำบัด และติดตามผล 1 เดือน โดยนำข้อมูลมา แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 13 คนมีแรงจูงใจเพิ่มขึ้นเฉลี่ยในระดับที่ 7.62 คือมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดการดื่มสุรา หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดื่มสุราลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งการลดปริมาณและจำนวนวันที่ดื่ม มีผู้ป่วย 7 คนที่หยุดดื่มสุรา ได้ตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษา ในระยะติดตามผล มีผู้ป่วย 5 คน กลับไปดื่มสุรา เข้าเป็นบางโอกาส และอีก 1 คนมีการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องแต่ลดปริมาณการดื่มลง ด้านความ ร่วมมือในการรักษาด้วยยาและอาการทางจิต ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี 10 คน รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง 3 คน มีอาการทางจิตสงบ 8 คน และมีอาการทางจิตกำเริบเป็นบางครั้ง 5 คน ทั้งผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจที่เข้าร่วมโครงการ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และจัดการกับปัญหาอุปสรรคจาก การดื่มสุราได้ และควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาต่อไป

คำสำคัญ โรคจิตเภท

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช Ning_N70@hotmail.com

² อาจารย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช trenukar@gmail.com

³ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี kchapong@gmail.com



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

Abstract

This independent study aimed to present the outcomes of alcohol reduction, adherence and psychotic symptoms in schizophrenic inpatients using Motivation Enhancement Therapy (MET). Thirteen inpatients with schizophrenia were recruited to the study. The inclusion criteria were aged between 20 and 60 years, be alcohol abuse or dependence, and had no psychotic symptoms.. The participated patients received motivation enhancement for alcohol reduction conducted between 1 November 2016 and 28 February 2017. The instruments included the Drinking History, Mini Mental Status Examination (MMSE), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Stage of Change Assessment and the Time Line Follow Back. Data were collected prior to and after attending the program. Follow-ups were also conducted at 1 month after the program. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. The study findings showed that after receiving the therapy all 13 patients had increased mean incentive scores to 7.62. After hospital discharge, the patients also had decreased drinking behaviors continuously. Seven subjects continued to show an abstinence from alcohol over the 8 weeks period from discharge to follow-up, and 5 subjects drank sometime, and one subject continued to drink but decrease in quantity. Ten patients had good treatment compliance. Eight patients showed no psychotic symptoms at 8weeks follow up. Both patients and families were satisfied with the program. The results of this study indicate that MET is helpful for patients who have alcohol problem. It should be used to enhance patients behaviour change and to manage alcohol problem. However this study is a pilot study, further research should be carried out.

Keywords: Schizophrenic alcohol



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8 The 8th STOU National Research Conference

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นกลุ่มอาการ แสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้สติปัญญา การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตัวเอง การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสาร และขาดแรงจูงใจ (WHO, 2002; อ้างในสมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2553) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุด อุบัติการณ์ 0.1-0.5 ต่อ 1,000 ความชุก 2.5-5.3 ต่อ 1,000 ความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต (Lifetime prevalence) 7.0-9.0 ต่อ 1,000 ลักษณะการเจ็บป่วยมีลักษณะเป็นเรื้อรังเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ผลกระทบทางสังคมของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท พบว่า อาจเป็นเหยื่อทางเพศ หรือติดสารเสพติด และมีผลกระทบต่อประเทศชาติทำให้รัฐต้องขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ และสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นจำนวนมากกว่า 2,000 ล้านบาทต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2555)

การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นปัญหาที่ซับซ้อน สัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหลายด้าน จากการทบทวนวรรณกรรมการใช้สารเสพติด และสุราเป็นสาเหตุหนึ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกลับเป็นซ้ำได้เร็วขึ้น ซึ่งปัญหาการดื่มสุราเป็นสิ่งที่พบได้บ่อย ดังการศึกษาของมาแลท (Mallakh, 1998 อ้างใน สุนทรี ศรีโกสย, 2556) พบว่าความชุกตลอดชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการติดสุราหรือสารเสพติด ร้อยละ 51 เช่นเดียวกันกับการศึกษาของรีเกอร์และคณะ (Regier et al., 1990) ที่พบว่าอัตราความชุกการดื่มสุรารวมกับการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภทมีร้อยละ 47 การดื่มสุราเพียงอย่างเดียวร้อยละ 33.7

จากการศึกษารายงานผลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภท ที่รับรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโสธร ที่มีปัญหาซับซ้อน และมีข้อขัดข้องในการติดตามเยี่ยมครอบครัวในชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยไปดูแลต่อที่บ้าน จำนวน 33 คน พบปัญหาของผู้ป่วยขณะ อยู่ที่บ้านจากมุมมองของญาติ คือมีปัญหาเรื่องการรับประทานยาามากที่สุด ร้อยละ 42.42 รองลงมามีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติด ร้อยละ 39.39 แต่ทั้งนี้สาเหตุหลักของการรับประทานยา ไม่ต่อเนื่องจะสัมพันธ์กับการดื่มสุรา ซึ่งจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเล่าว่า ในระยะแรกที่ดื่มสุรายังคงรับประทานยาร่วมด้วย แต่รับประทานไม่สม่ำเสมอ และเมื่อดื่มไประยะหนึ่งจะรู้สึกไม่สุขสบาย เช่น ง่วงนอนมาก วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ตัวแข็ง ลื่นแข็งจึงหยุดรับประทานยา แสดงให้เห็นได้ว่าการดื่มสุราส่งผลต่อการรับประทานยาของผู้ป่วยที่ไม่ต่อเนื่อง ทำให้มีอาการกำเริบและจำเป็นต้องกลับมารักษาซ้ำ ส่งผลให้ญาติเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล เนื่องจากการเจ็บป่วยที่เป็นเรื้อรัง และรักษาไม่ค่อยหายขาด ญาติกลัวว่าผู้ป่วยจะสร้างปัญหาให้กับครอบครัว และเป็นภาระอย่างมากในการดูแล ซึ่งในขณะที่มีสุขภาพออกติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยและญาติทุกคนจะได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมขณะอยู่ที่บ้าน เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด ทุกชนิด มีการประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชนเพื่อให้การดูแลในชุมชน รวมถึงการให้คำแนะนำการรับยาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ในคนที่ไม่สะดวกจะมารับยา ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ แต่ยังพบว่าผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และการดื่มสุรา (รายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน โรงพยาบาลโสธร, 2558)

จากการศึกษาประวัติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโสธร จำแนกตามการวินิจฉัย พบว่า เป็นผู้ป่วย Schizophrenia (F20) มีมากที่สุด ร้อยละ 68.13 รองลงมาได้รับการวินิจฉัยเป็น Mental and behavioral disorder due to psychoactive substance use (F10-19) ร้อยละ 19.78 และในจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

จิตเภท (62 คน) พบว่าเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมกับความผิดปกติด้านจิตใจ และพฤติกรรมที่มีสาเหตุจากการใช้สุรา (F10) จำนวน 10 คน ได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมกับการดื่มสุรามีปัญหา (alcohol abuse) จำนวน 1 คน ในคนที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย ได้ทำการศึกษาประวัติผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาครั้งนี้ พบว่ามีประวัติการดื่มสุรา โดยดื่มหนัก ดื่มเป็นประจำ ดื่มทุกวัน ดื่มจนเมา จำนวน 15 คน และดื่มเป็นบางครั้ง หรือเวลาที่มีเทศกาล งานบุญจำนวน 12 คน (แบบรายงานข้อมูลสถิติผู้ป่วย คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโสธร, 2558) การบำบัดเพื่อเลิกดื่มสุราในโรงพยาบาลโสธร ที่ผ่านมาใช้การให้สุขภาพจิตศึกษา การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด และส่งเข้ารับการบำบัดด้วยการปรับแนวคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ที่กลุ่มงานจิตเวช แต่การบำบัดเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทพบว่ายังมีปัญหา กล่าวคือ การให้สุขภาพจิตศึกษา และการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด ขาดรูปแบบชัดเจนและไม่เป็นรูปธรรม เป็นการให้การดูแลตามงานประจำ (routine) ไม่เฉพาะเจาะจงที่ปัญหาผู้ป่วยแต่ละคน ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษซ้ำบ่อยๆ ด้วยปัญหาเดิม ต่อมาเมื่อมีการพัฒนาการบำบัดด้วย CBT เมื่อนำมาใช้ในโรงพยาบาล ทำให้เกิดรูปแบบที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมเพิ่มมากขึ้น แต่ทั้งนี้การบำบัดในผู้ป่วยจิตเภทยังมีข้อจำกัด มีสาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาจนมีอาการทางจิตสงบ พบว่าส่วนใหญ่ยังมีความบกพร่องของการรับรู้ สติปัญญา ความใส่ใจและสมาธิ การเชื่อมโยงความคิดที่เป็นเหตุผล ทักษะการจัดการปัญหาการขาดเป้าหมายในชีวิตและขาดแรงจูงใจ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2549; Bellack & DiClemente, 1999) ทำให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งซึ่งได้รับการบำบัดทางจิตสังคม มีการกลับไปดื่มสุราจนมีอาการกำเริบ และกลับมารักษซ้ำ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภท ที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโสธร

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (The Two Groups Repeated Measures Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก รักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโสธร โดยได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภท (F20) และได้รับการวินิจฉัยร่วมกับความผิดปกติด้านจิตใจและพฤติกรรมที่มีสาเหตุจากการใช้สุรา (F10) ตามเกณฑ์ ICD 10 หรือมีข้อบ่งชี้ว่าเป็นผู้ดื่มสุรามีปัญหา หรือติดสุราประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทจำนวน 13 คน



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินสถานะจิตชนิดสั้น (Mini Mental Status Examination: MMSE) ประเมินความรุนแรงของภาวะความบกพร่องในเรื่องความคิด ความจำ และเซาว์ปัญญา

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) เป็นการตรวจสอบอาการทางคลินิก (อาการทางบวก และอาการทางลบ) ตามหัวข้อในแบบประเมิน

แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินแรงจูงใจ ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินแรงจูงใจโดยใช้แบบสอบถามขึ้นบันได

แบบสอบถามปริมาณการดื่มสุรา (Time Line Follow Back) พัฒนาโดย Sobell et al. (1995) ดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยดร.ณิ ภูขาว (2545) เป็นการถามข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับปริมาณการดื่มสุราในแต่ละวันพร้อมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในวันที่ดื่มสุรา โดยปริมาณการดื่มสุรา

แบบประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติ ใช้ประเมินความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้ป่วยและญาติที่มีต่อการบำบัดแบบผสมผสานในการเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดหรือหยุดดื่มสุรา

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คือ โปรแกรมการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ คือคนละ 3 ครั้งๆ ละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ทุกวันพุธ – ศุกร์ เวลา 9.00-10.00 น. และให้คำปรึกษาอีก 1 ครั้ง พร้อมกับญาติ

ครั้งที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) เพื่อให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของการดื่มสุรา และสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ครั้งที่ 2 การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญา (Strengthening commitment to change) เพื่อให้คำมั่นสัญญาที่จะหยุดดื่มสุรามีความหนักแน่นมั่นคง

ครั้งที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow through) เพื่อทบทวนเป้าหมายและวางแผนการเปลี่ยนแปลง ส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการเลิกดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 4 การพูดคุยกับญาติ (Involving a significant other) เพื่อให้ญาติเห็นความสำคัญของการช่วยเหลือผู้ป่วย และส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราได้สำเร็จ



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8
The 8th STOU National Research Conference

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบแรงงูใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อนและหลังได้รับการบำบัด และระยะติดตามผล 1 เดือนหลังการบำบัด (n =13)

คนที่	ก่อนได้รับการบำบัด	หลังการได้รับการบำบัด	ติดตามผลหลังบำบัด 1 เดือน
1	6	8	7
2	8	8	10
3	8	8	7
4	5	8	10
5	1	6	10
6	8	8	8
7	4	6	7
8	6	8	9
9	5	8	7
10	8	8	8
11	8	8	9
12	3	7	10
13	5	8	10

จากตารางที่ 1 แรงงูใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนได้รับการบำบัดผู้ศึกษาใช้แบบสอบถามขึ้นบันไดในการประเมิน ระดับแรงงูใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยพบว่าก่อนรับการบำบัดผู้ป่วยมีแรงงูใจอยู่ในขั้นคิดหาวิธีการ ที่จะเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม การดื่ม แอลกอฮอล์มากที่สุด จำนวน 6 คน โดยผู้ป่วยบางคนเคยได้พยายามทดลองหยุดดื่มสุราด้วยตนเอง เนื่องจากญาติห้ามไม่ให้ดื่มบางคนญาติเคยพาไปสาบานเพื่อเลิกดื่มสุรา กับพระเคย หยุดได้เป็นปี แต่กลับมาดื่มอีก คิดว่าดื่มเพียงเล็กน้อยคงไม่เป็นอะไร แต่ต่อมาจึงเพิ่มปริมาณ การดื่มขึ้นเรื่อยๆ บางคนบอกว่ากลับไปดื่มอีกคือดื่มตามเพื่อนเพื่อเข้าสังคม หรือดื่มช่วงมีเทศกาลงานบุญ ดื่มช่วงที่มีการลงแขกช่วยเหลือกัน เช่นการลงแขกเกี่ยวข้าว สีข้าว เป็นต้น



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8
The 8th STOU National Research Conference

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุราเป็นจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ก่อนและหลังได้รับการบำบัด และ
ระยะติดตามผล 1 เดือน หลังการบำบัด (n =13)

คนที่	ปริมาณการดื่ม (จำนวนครั้งต่อสัปดาห์)		
	ก่อนได้รับการบำบัด	หลังได้รับการบำบัด	ติดตามผลหลังบำบัด 1 เดือน
1	250	0	2
2	75	0	0
3	125	0	0
4	25	0	0
5	75	0	0
6	75	0	0
7	62	4	0
8	25	3	3
9	20	0	0
10	20	0	0
11	37	2	0
12	20	0	0
13	40	0	0

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุราเป็นจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ก่อนและหลังได้รับการบำบัด และระยะติดตามผล 1 เดือน หลังการบำบัด ในผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 13 คนพบว่า ระยะติดตามผล 1 เดือนหลังการบำบัด พบว่าจำนวน 2 คนยังดื่ม ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่รักษาต่อภายใน โรงพยาบาลหลังจากที่ครบกำหนดการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ผู้ป่วยคนที่ 8 ให้ประวัติว่าตนเองดื่มใน ปริมาณไม่มากคือประมาณครึ่งขวดเล็ก สาเหตุที่ดื่มเพื่อให้กินข้าวได้ กินข้าวอร่อย ช่วยเจริญอาหาร แต่หลังจากที่ดื่มมีอาการสับสน จำอะไรไม่ได้ เดินรอบหมู่บ้าน มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน จึงหยุดดื่ม ประวัติในครอบครัว ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับมารดาสูงอายุตามองไม่ค่อยเห็น และน้องสาว ซึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภท เช่นเดียวกัน ทำให้คนในครอบครัวไม่สามารถดูแลซึ่งกันและกันได้ แต่จะมี น้องสาวอีกคนหนึ่ง ซึ่งแต่งงานแยกครอบครัวอยู่ในหมู่บ้านใกล้เคียงก็นำอาหารมาส่งให้ เช้า-เย็น และดูแลเรื่องการรับประทานยาเป็นบางครั้ง ประกอบกับช่วงที่กลับไปอยู่ที่บ้านผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีฤทธิ์ข้างเคียงจากยาทำให้ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง จึงจำเป็นต้องอยู่รักษาต่อ เพื่อปรับยาในการรักษา ซึ่งญาติให้ประวัติว่าขณะที่บ้านผู้ป่วยอยู่ที่บ้านผู้ป่วยคนนี้มีนิสัย



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

ค่อนข้างดีอย่าบอก ไม่ฟังเวลาให้คำแนะนำผู้ป่วยจะดูให้ญาติทำให้รู้สึกกลัวจึงไม่กล้าบอกผู้ป่วยเนื่องจากกลัวถูกทำร้าย ผู้ป่วยที่กลับไปดื่มชาเป็นบางโอกาส จำนวน 1 คน คือผู้ป่วยคนที่ 1 โดยดื่มในปริมาณเล็กน้อย ให้เหตุผลที่ดื่มเพราะไปงานศพเพื่อนสนิทที่เคยดื่มสุราร่วมกัน มารดาให้ประวัติว่าผู้ป่วยดื่มเพียงเล็กน้อย ไม่ถึงกับเป็นนอะไร ดื่มแก้วสอง แก้วแล้วกลับมาบ้าน

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามความร่วมมือในการรักษาและอาการทางจิต (n=13)

ความร่วมมือในการรักษา	ก่อนบำบัด n =13	หลังการบำบัด 1 เดือน n=13	อาการทางจิต โดยรวม
รับประทานยา/ไม่ดื่มสุรา	10 (Readmit 1 คน)	8	ไม่มีอาการทางจิต
รับประทานยา/ดื่มสุรา	1	2 (Readmit 1 คน)	ไม่มีอาการทางจิต (ดื่มครั้ง เดียว)
ไม่รับประทานยา/ดื่มสุรา	1	1	วันที่ดื่มมีอารมณ์หงุดหงิด
รวม	13	13	

จากตารางที่ 3 ความร่วมมือในการรักษาและอาการทางจิต ในการบำบัดแบบผสมผสานเพื่อลดการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทนอกจากการให้การปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยแล้วผู้ศึกษาจะให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว เรื่องปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยแล้ว ผู้ศึกษาจะให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว เรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องร่วมด้วยเสมอ เนื่องจากมีความตระหนักว่าการที่ผู้ป่วยจะมี อาการทางจิตดีขึ้น สามารถอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ผู้ป่วยต้องมีความร่วมมือในการรักษาด้วย ยาที่ดี ซึ่งจากการสอบถามญาติผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการบำบัดถึงความร่วมมือในการรักษาด้วยยาพบว่า มีผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นอย่างดี จำนวน 10 คน รับประทานยา ไม่ตรงตามแผนการรักษาจำนวน 3 คน ในจำนวนของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาดีพบว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบสามารถช่วยงานภายในครอบครัวได้ หรือบางคนสามารถ ทำงานประกอบ อาชีพได้ญาติมีความพึงพอใจอาการของผู้ป่วยในขณะนั้น จำนวน 8 คน และมีอาการทางจิตกำเริบขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน ถึงแม้จะร่วมมือดีในการรับประทานยา จำนวน 2 คน คือผู้ป่วยคนที่ 11 มีอาการทางจิตกำเริบด้วยอาการหวาดระแวงกลัวน้องชายทำร้ายและหนีออกจากบ้าน ทำให้ญาติ มีความจำเป็นต้องจับ นำส่ง และเข้ารับการรักษาซ้ำภายในโรงพยาบาล (Readmit ภายใน 28 วัน) สาเหตุเนื่องจากเป็นลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เป็นเรื้อรัง และผู้ป่วยคนที่ 4 แพทย์ได้ปรับลดยาต้านโรคจิตให้เหลือ เฉพาะยาชนิด (long acting) และให้ยาต้านประทุ Trihexyphenidyl (Benzhexol) เพื่อป้องกันอาการตัวแข็งลิ้นแข็ง ทั้งนี้เพื่อความสะดวก ในการรักษาด้วยยา เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่ญาติและชุมชนไม่ยอมรับทางโรงพยาบาล จึงได้นำผู้ป่วยไปฝากไว้ที่วัด ในหมู่บ้าน ช่วยดูแล นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมี พฤติกรรมการดื่มกาแฟร่วมด้วยโดยดื่มวันละหลายกระป๋อง ทำให้มีอาการหวิวแว่วเสียงคนมาด่าว่าบ้าและมีอาการหงุดหงิดเมื่อได้ยินเสียงแว่วในผู้ป่วยที่ไม่



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

ร่วมมือในการรับประทานยาจำนวน 3 คน คือคนที่ 3,7 และ 8 มีสาเหตุ คือผู้ป่วยคนที่ 3 ในระยะหลังมีอาการทางจิตดีขึ้น แต่มีความเบื่อหน่ายในการรับประทานยา เป็นเวลานาน จึงหยุดรับประทานผู้ป่วยคนที่ 7 มีปัญหาการดูแลเพราะผู้ดูแลเป็น มารดาสูงอายุ และมีน้องสาวป่วยเป็นโรคจิตเภทเช่นเดียวกัน ทำให้คนในครอบครัวไม่สามารถดูแลซึ่งกันและกัน ได้และผู้ป่วย คนที่ 8 มีพฤติกรรมการดื่มสุราร่วมด้วย ให้ข้อมูลว่าการรับประทานยาต้านโรคจิตร่วมกับ ดื่มสุราก็ทำให้ปวดศีรษะ (คลื่นไส้) จึงไม่รับประทานยาในวันที่ดื่มสุรา ผู้ป่วยทั้งสามคนที่ไม่ร่วมมือ ในการรับประทานยา จะมีอาการทางจิตกำเริบเป็นพักๆ คือ ผู้ป่วยคนที่ 3 มีอาการ หงุดหงิดเอา แต่ใจตนเอง ญาติแนะนำไม่ค่อยรับฟัง น้อยใจญาติ น้อยใจตนเองว่าทำงานไม่ได้เหมือนแต่ ก่อนผู้ป่วย คนที่ 7 มีอาการหูแว่ว หวาดระแวง นอนไม่หลับ เดินรอบหมู่บ้าน ผู้ป่วย คนที่ 8 ได้รับข้อมูล จากญาติว่าจะมี อารมณ์หงุดหงิดง่ายในวันที่ดื่ม สุราถ้าไม่ดื่มอาการเป็นปกติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนประเมินอาการทางจิต (BPRS) ก่อนและหลังการได้รับการบำบัด

คนที่	คะแนนประเมินอาการทางจิต ก่อนได้รับการบำบัด	คะแนนประเมินอาการทางจิต หลังการบำบัด 1 เดือน
1	28	21
2	23	20
3	21	19
4	26	29
5	24	21
6	21	20
7	27	27
8	26	20
9	20	19
10	22	21
11	29	30
12	24	20
13	22	18

จากตารางที่ 4 เมื่อทำการประเมินอาการทางจิตด้วยเครื่อง BPRS ภายหลังการบำบัด 1 เดือน ในวันที่ผู้วิจัยออกติดตามเยี่ยมบ้าน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับก่อนได้รับการบำบัด พบว่าผู้ป่วยมีค่าคะแนนแบบประเมินอาการ ทางจิตลดลงมีมากที่สุด จำนวน 10 คน และมีผู้ป่วย จำนวน 3 คนที่คะแนนจากการประเมินเพิ่มขึ้นคือ คนที่ 4 มีค่า คะแนนประเมินอาการทางจิต เพิ่มขึ้นเนื่องจากแพทย์ ได้ปรับลดยาต้านโรคจิตลง และผู้ป่วยดื่มกาแฟวันละหลายกระป๋องต่อ



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

วันผู้ป่วย คนที่ 7 มีคะแนนอาการทางจิตเพิ่มขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และผู้ป่วยคนที่ 11 มีคะแนนอาการทางจิตเพิ่มขึ้นเนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราและปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและระยะหลังการทดลอง 1 เดือน โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Two-Way Anova Repeated Measure)

2.1 เปรียบเทียบคะแนนแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและระยะหลังการทดลอง 1 เดือน โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Two-Way Anova Repeated Measures)

ในการวิจัยครั้งนี้ มีการวัดคะแนนแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทในระยะที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) โดยคำนึงถึงความแปรปรวนที่เกิดขึ้นจากความแตกต่างของกลุ่มที่ใช้ศึกษา โดยในเบื้องต้นได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นในการลดการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน (n =13)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
คะแนนแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา	1.174	54.205	46.159	11.520	.003*
Error	14.092	56.462	4.007		

*p<.05

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นในการลดการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราและหลังสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นในการลดการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าเกิด Interaction ที่ระดับ .05



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8
The 8th STOU National Research Conference

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อวัดซ้ำของคะแนนแรงงูใจในการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมการดื่มสุราผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง ระหว่างการวัดครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ภายในกลุ่ม	1	2097.333	2097.333	786.500	.000*
Error	12	32.000	2.667		

*p<.05

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวแบบวัดซ้ำของคะแนนแรงงูใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง ก่อนการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงงูใจแบบสั้นในการลดการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ระยะหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงงูใจแบบสั้นในการลดการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ที่ระดับ .05

2.2 เปรียบเทียบคะแนนปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและระยะหลังการทดลอง 1 เดือน โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนวัดซ้ำ (Two-Way Anova Repeated Measures)

ในการวิจัยครั้งนี้ มีการวัดคะแนนปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทในระยะที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) โดยคำนึงถึงความแปรปรวนที่เกิดขึ้นจากความแตกต่างของกลุ่มที่ใช้ศึกษา โดยในเบื้องต้นได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงงูใจแบบสั้นในการลดการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน (n =13)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
คะแนนปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภท	1.001	36357.744	36337.569	11.520	.003*
Error	12.007	32547.590	2710.794		

*p<.05

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงงูใจแบบสั้นในการลดการดื่มสุราและหลังสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงงูใจแบบสั้นในการลดการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าเกิด Interaction ที่ระดับ .05



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อวัดซ้ำของคะแนนปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วย
จิตเภทของกลุ่มทดลอง ระหว่างการวัดครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ภายในกลุ่ม	1	19096.641	19096.641	14.056	.003*
Error	12	32.000	2.667		

*p<.05

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวแบบวัดซ้ำของคะแนนปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นในการลดการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ระยะเวลาหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นในการลดการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

รูปแบบการบำบัดแบบขั้นตอนต่อเนื่อง นำมาใช้เพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่รับการรักษา มีแนวทางในการบำบัดประกอบด้วยการรักษาอาการทางจิตเน้นการบำบัดรักษาด้วยยาซึ่งผู้มีบทบาทสำคัญในการรักษาด้วยยาคือจิตแพทย์ ส่วนผู้ศึกษาจะให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตร่วมด้วยในผู้ป่วยทุกคนทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการจัดการความเจ็บป่วยทางจิต ของตนเองที่ดีขึ้น การบำบัดแบบรายบุคคลในการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อลดการดื่มสุราใช้การติดตามทางโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้านในการดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่องถึงชุมชน ผลการบำบัดทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และให้ความร่วมมือในการ บำบัดรักษาดี ทั้งการรับประทาน ยาอย่างต่อเนื่อง และการงดดื่มสุรา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนตามศักยภาพที่ เหลืออยู่ลดอัตรา การเจ็บป่วยซ้ำจากความไม่ร่วมมือในการ และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยลดปริมาณการดื่ม และจำนวนวันที่ดื่มลง มีผู้ป่วยจำนวน 7 คน จาก 13 คน ที่หยุดดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่องเมื่อ คิดเป็นร้อยละ 53.8 สอดคล้องกับการศึกษา ของ Graeber et al. (2003) ที่ศึกษา เปรียบเทียบผลการบำบัดระหว่างการเสริมสร้างแรงจูงใจ และการให้สุขศึกษาสุขศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราทั้งในผู้ป่วยและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล จิตเวชที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดด้วยการเสริมสร้าง แรงจูงใจสามารถหยุด ดื่มตลอดระยะเวลาที่ประเมินผลจำนวน 6 คน จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 15 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 มากกว่ากลุ่มที่ได้รับสุขศึกษาไม่มีคนหยุดดื่ม



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรสนับสนุนให้ผู้บริหาร นำผลการวิจัยไปเป็นนโยบาย ให้มีการนำโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขไปใช้ในทุกพื้นที่
2. ควรสนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยงาน ได้นำโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท*. นนทบุรี: จุฬารัตน์. (2553). *การใช้ยาจิตเวชสำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- ชัชวาลย์ ศิลปะกิจ. (2551). *การบำบัดผู้ติดยาเสพติด: ประสบการณ์จากการทำกลุ่มบำบัด*. วารสารเวชปฏิบัติและการใช้ยา, 20 (9), 721-728.
- ดร.ณิ ภูขาว. (2547). *การบำบัดผู้ติดยาเสพติด ด้วยวิธีพุทธ มวยไทย และหลักการทางจิตวิทยา หรือBMICBT (Buddhism & Thai boxing principle, Motivational Interviewing, Cognitive-Behavior therapy)*. ในกลุ่มงานพัฒนาบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (บรรณาธิการ). สุขภาพจิตนานาชาติ. *การประชุมวิชาการประจำปี 2547 ครั้งที่ 3 วันที่ 25-27 สิงหาคม 2547*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ. (2545). *เวชศาสตร์โรคจิตวิทยาสำหรับบุคลากรทางการแพทย์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2).สงขลา: ลิ้มบราเตอร์การพิมพ์.
- นิพนธ์ คำลั่น. (2547). *การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยา*. (รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น
- นิมิต แก้วอาจ. (2548). *การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยที่เสพยาในโรงพยาบาลจิตเวช*. (รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- Afuwape, S.A. (2003). *Where are we with dual diagnosis (substance misuse and mental illness)? A review of the literature*. Retrieved October 10, 2009, from <http://www.Rethink.org/dualdiagnosis>.
- Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R. & et al. (2002). *Motivational interviewing among psychiatric in-patients with substance use disorders*. Acta Psychiatrica Scand, 106 (3), 233-240.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change* Psychological. Psychologic. New York: Holt, Rinehart and Winston. 109.