

การพัฒนาแนวทางการดูแลร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบผู้ป่วยใน สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว

พรณทิพา บุญเจริญ*, ศิริธร ทองเฉลิม, ชุตติกาญจน์ กุลสุวรรณ
งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว
*ผู้ประพันธ์บทความ : Email : Punthipa 01@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราแบบผู้ป่วยในร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราแบบผู้ป่วยในร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจและผลการประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราแบบผู้ป่วยในร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่างเลือกเจาะจง 2 กลุ่ม คือ เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย 21 คน และกลุ่มผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่มีอาการของโรคอื่นแต่ซุกประวัติการดื่มสุราแล้วมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Alcohol withdrawal ที่เข้ารับการรักษาดูแลผู้ป่วยในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 31 มีนาคม 2567 ได้กลุ่มตัวอย่าง 24 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลการบำบัดรักษา การตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบสอบถามความพึงพอใจเท่ากับ 0.90 แบบประเมินภาวะขาดสุรา เท่ากับ 0.95 เวลาดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 18 มีนาคม - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

ผลการวิจัย พบว่า 1) แนวทางการดูแลร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบผู้ป่วยใน ประกอบด้วย (1) ประเมินปัญหาพฤติกรรมการดื่ม (2) ประเมินสถานการณ์เสี่ยงและทักษะในการจัดการปัญหา (3) การประเมินขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (4) ค้นหาแหล่งสนับสนุนในการปรับเปลี่ยน (5) การเสริมแรงจูงใจและ (6) ประเมินผลและสรุปผล 2) ผลประเมินการดูแลหลังใช้แนวทางฯ พบว่า เริ่มมีภาวะถอนฤทธิ์สุราเฉลี่ย 2.17 วัน (S.D.= 0.63) ระดับคะแนน AWS สูงสุดหลังเริ่มมีภาวะถอนฤทธิ์สุรา (AWS \geq 5) เฉลี่ย 19.67 คะแนน (S.D.= 7.24) อยู่ระดับ Very severe (\geq 15) ร้อยละ 79.2 จำนวนวันที่หายทุเลาจากภาวะถอนฤทธิ์สุราเฉลี่ย 3.82 วัน (S.D.= 1.50) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.48 วัน (S.D.= 2.41) ใช้เวลารักษา 1-8 วัน ร้อยละ 75.0 มีอาการถอนฤทธิ์สุรา กลับเป็นซ้ำหลังครบ regimen ร้อยละ 4.2 และภาพรวมความพึงพอใจอยู่ระดับดีมาก (\bar{X} = 4.00, S.D.= 0.44) และการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงและปรับพฤติกรรมการดื่มเป็นสิ่งที่เป็นไปได้จากกระยะเมินเฉย ลังเล และตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลง ดังนั้น จึงควรดำเนินการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดแบบระยะสั้นลงเพื่อความเหมาะสมเวลาที่ผู้ป่วยรักษาตัว และเพิ่มกลุ่มผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกเพศเพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาแนวทางการบำบัดที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม และพัฒนาแนวปฏิบัติการบริหารยาให้สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วย

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราการเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยใน

Development of care guidelines with inpatient motivation for patients with alcohol withdrawal, Kham Khuean Kaew Hospital Yasothon province

Punthipa Boonjarea* ,Sirithon Thangchaler , ChutikarnKulsuwan

Inpatient nursing , Kham Khuean Kaew Hospital

*Corresponding author: Punthipa 01 @gmail.com

Abstract

This study is an action research aimed at developing a care approach for inpatients with alcohol withdrawal syndrome, along with enhancing motivation. The specific objectives are to examine the effects of caring for inpatients with alcohol withdrawal syndrome while enhancing motivation, and to assess the satisfaction with the care approach for inpatients with alcohol withdrawal syndrome along with motivation enhancement. The sample was purposefully selected from two groups: 21 healthcare staff and a group of alcohol patients hospitalized for other medical conditions but with a history of alcohol consumption that posed a risk for alcohol withdrawal syndrome, who were admitted as inpatients between February 1 and March 31, 2024. A total of 24 samples were obtained, and data were collected using questionnaires and treatment record forms. The reliability of the satisfaction questionnaire was 0.90, and the assessment of alcohol withdrawal syndrome was 0.95. The research was conducted from March 18 to May 31, 2024, and data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum value, and maximum value.

Results The research findings indicate that: 1) The approach to care combined with patient motivation enhancement consists of (1) assessing drinking behavior problems, (2) evaluating risk situations and problem management skills, (3) assessing the stages of behavior change, (4) identifying support resources for change, (5) reinforcing motivation, and (6) evaluating and summarizing results. 2) The assessment results the average onset of alcohol withdrawal symptoms 2.17 days (S.D. = 0.63), with the highest Alcohol Withdrawal Scale (AWS) score after the onset of withdrawal (AWS \geq 5) averaging 19.67 points (S.D. = 7.24), categorized as Very Severe (\geq 15) in 79.2% of cases. The average number of days until alleviation from withdrawal symptoms is 3.82 days (S.D. = 1.50), with an average hospital stay of 6.48 days (S.D. = 2.41), and treatment duration ranging from 1 to 8 days. 75.0% experienced a relapse of withdrawal symptoms after completing the regimen, while 4.2% , Satisfaction was very high (\bar{x} = 4.00, S.D.= 0.44), and motivating patients to change and adjust their drinking behavior is feasible, transitioning from apathy to hesitation and then to a decision to change. Therefore, a study was conducted on a motivation enhancement program combined with short-term therapy to align with the timing of patient treatment, expanding the patient group to include all genders to gather data for developing specific treatment guidelines for each patient group, and to improve medication management practices in accordance with the severity levels of the patients.

Keywords: Care guidelines, Inpatient motivation for patients, Alcohol withdrawal

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาการดื่มสุราพบได้ทั้งในประเทศและต่างประเทศทั้งประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว องค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ ได้ประมาณการว่ามีผู้ที่ดื่มสุรามากกว่า 2 พันล้านคน ในจำนวนผู้ที่ดื่มสุราได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือความผิดปกติเกี่ยวกับการดื่มสุรา จำนวน 76.3 ล้านคน ซึ่งประเทศไทยมีพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นอันดับที่ 20 ของโลก และจากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 และสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽²⁾ พ.ศ. 2564 ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป 15.96 ล้านคน หรือร้อยละ 28.00 เป็นนักดื่ม โดยอัตราความชุกของนักดื่ม ลดลงเล็กน้อยจากปี พ.ศ. 2560 (ร้อยละ 28.41) เมื่อคิดเป็นจำนวนคนจะเพิ่มขึ้น จำนวนนักดื่มปัจจุบันในปี 2560 เท่ากับ 15.89 ล้านคน เนื่องจากจำนวนประชากรไทยที่ใช้เป็นฐานในการประมาณค่าเพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับรายงานแบบแผนและแนวโน้มพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากรไทย ของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา⁽³⁾ ในปี พ.ศ. 2562-2564 สถานการณ์การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจุบันพบจำนวนนักดื่มไม่เพิ่มขึ้นส่วนนักดื่มหน้าใหม่หรือประชากรที่เพิ่งเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งแรกในชีวิตภายใน 3 ปีก่อนการสำรวจปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,381,449 คน คิดเป็นร้อยละ 5.93 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยนักดื่มหน้าใหม่เพศหญิงมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นมากกว่านักดื่มเพศชายอย่างเด่นชัด สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563⁽⁴⁾ พบความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 44.6 (ชายร้อยละ 59.0 หญิงร้อยละ 31.0) มีความชุกของการเสี่ยงต่อการติดสุราแบบเสี่ยงติดสุรา (alcohol dependence) ร้อยละ 0.7 แบบอันตราย (harmful use) ร้อยละ 1.6 แบบเสี่ยง (hazardous drinker) ร้อยละ 12.9 และแบบเสี่ยงต่ำ (low risk drinker) ร้อยละ 84.7 ซึ่งการดื่มสุราส่งผลตามมาทั้งด้านสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม ชุมชนและครอบครัว เป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดื่มเองและผลกระทบอื่น ๆ ตามมา หากปัญหาผู้ดื่มสุราไม่ได้รับการแก้ไขก็จะทำให้เป็นปัญหาที่เรื้อรัง ใช้การดื่มสุราผิดปกติ เป็นการดื่มสุราแบบมีปัญหา หรือเป็นผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders: AUD) หมายถึงเป็นการดื่ม สุราที่ผิดปกติ จนทำให้เกิดผลกระทบหรือปัญหาต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การทำงาน และสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง⁽⁵⁾ การดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรังยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาเพิ่มอัตราความพิการและอัตราการเสียชีวิตรวมทั้ง ความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันกับโรคทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น กลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวน โรคซึมเศร้า บุคลิกภาพผิดปกติ เป็นต้น ด้านสังคมและเศรษฐกิจเนื่องจากสุราเป็นสารเสพติดที่มีฤทธิ์กดประสาทการออกฤทธิ์ของสุราต่อสมองทำให้ผู้เสพยาเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งการลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่มในผู้ที่ดื่มมาเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้เกิดอาการถอนฤทธิ์สุราแบบอันตรายได้⁽⁷⁾ มีอาการหลังจากที่ลดปริมาณการดื่ม ได้แก่ ปวดศีรษะ สิ้นเหงื่อออก กระสับกระส่าย วิตกกังวลและหงุดหงิด คลื่นไส้และอาเจียน มีการตอบสนองที่ไวกว่าปกติต่อแสงและเสียง สับสนในการรับรู้ ไม่มีสมาธิ ในบางรายที่มีอาการถอนฤทธิ์สุรารุนแรงจะมีประสาทหลอนชั่วขณะได้⁽⁸⁾ สำหรับภาวะเพ้อคลั่ง (delirium tremens: DTs) มีลักษณะอาการกระสับกระส่ายสับสนในการรับรู้ประสาทหลอนตลอดเวลา และมีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจการหายใจและความดันโลหิตอย่างมาก ซึ่งอาการภาวะเพ้อคลั่งเกิดประมาณ ร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่มีภาวะถอนฤทธิ์สุราทั้งหมด มักจะเกิดในช่วงวันที่ 2 - 4 หลังจากหยุดดื่มและมีโอกาสเกิดการชักประมาณ ร้อยละ 25 ของช่วงที่มีอาการถอนฤทธิ์สุรา ซึ่งมักเกิดในช่วง 24 ชั่วโมงแรกที่หยุดดื่ม เมื่อเกิดภาวะถอนฤทธิ์สุราทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนทางกายและเพิ่มจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น⁽⁸⁾ อีกทั้งในอดีตพบ การเสียชีวิต (mortality) จากอาการเพ้อสับสนในระยะถอนฤทธิ์สุราประมาณร้อยละ 20 ด้วยการรักษาและ

การจัดการที่ดีขึ้นการเสียชีวิตได้ลดเหลือเพียงร้อยละ 5⁽⁹⁾ นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว เศรษฐกิจซึ่งกระทบต่อค่าใช้จ่ายในครัวเรือนเช่นกัน มีแนวโน้มค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักดื่มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ปี พ.ศ. 2564 เสียค่าใช้จ่ายในการดื่มเพิ่มขึ้นจากในปี 2560 เกือบ 2 เท่า⁽³⁾ และข้อมูลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราจากบ้านและที่มาด้วยโรคอื่นมีประวัติการดื่มสุราทุกวัน หลังจากนอนโรงพยาบาล 2 -3 วัน ผู้ป่วยไม่ได้ดื่มสุราจึงมีภาวะ Alcohol withdrawal หรือภาวะถอนพิษสุรา สถิติการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ในตีผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2565 – 2566 พบผู้ป่วยมีภาวะ Alcohol withdrawal 79 คน และ 75 คน การควบคุมอาการถอนพิษสุราให้สงบภายในเวลา 3.13 วัน และ 4.04 วัน ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 13.92 และปี 2566 ร้อยละ 14.66 ซึ่งความชุกของการเสี่ยงต่อการติดสุราพบว่าเป็นแบบเสี่ยงติดสุรา (alcohol dependence) ร้อยละ 12.66 ปี 2565 เพิ่มขึ้นร้อยละ 54.66 คิดเป็น 4 เท่าของผู้ป่วยรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2566 จากสถิติจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรายังมีอยู่และเพิ่มขึ้น มีการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาดังที่กล่าวข้างต้น การดูแลให้ได้มาตรฐานตามวิชาชีพผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถควบคุมอาการถอนพิษสุราให้สงบภายในเวลาที่กำหนด 5 วัน ในการรักษาและดูแลผู้ป่วยขาดสุราโดยยึดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุราสำหรับทีมสหวิชาชีพของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี⁽¹⁰⁾ เน้นการดูแลโดยการให้ยาตามแนวทางการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการสงบภายในเวลาที่กำหนดแต่ก็ยังพบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ สะท้อนให้เห็นว่า การดูแลเพียงทางร่างกายอย่างเดียวอาจไม่ได้ผล และจากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการติดสุราไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง โดยเฉพาะทั้ง 3 ปัจจัยจะมีผลเกี่ยวเนื่องกันทำให้ผู้ป่วยติดสุรา ทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสังคม ดังนั้น การช่วยเหลือผู้ที่ติดสุราให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ต้องทำความเข้าใจเหตุใดบุคคลจึงติดสุรา ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาทุกปัจจัยที่กล่าวมาเพื่อให้การช่วยเหลือให้ครอบคลุมตรงตามปัญหาของผู้ติดสุรา การนำแนวคิดการสร้างแรงจูงใจมาช่วยในการรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่ให้กลับมารักษาซ้ำ จึงเป็นอีกวิธีการหนึ่ง และปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้ คือ การขาดแรงจูงใจในการเลิกดื่ม ทนกับอาการอยากสุราไม่ได้ ไม่สามารถอดทนต่ออาการถอนพิษสุราได้ แพ้ใจตัวเอง ใจอ่อน ขาดการให้กำลังใจและการสนับสนุนจากคนรอบข้าง⁽¹¹⁻¹²⁾ รวมถึง การรับรู้ถึงการเจ็บป่วยของตนเอง⁽¹³⁾ ไม่ตระหนักถึงปัญหาหรือผลกระทบจากการดื่มสุราของตนเอง จึงมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราจากอิทธิพลของความเชื่อด้านสุขภาพสร้างขึ้น⁽¹⁴⁾ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change)⁽¹²⁾ ในการบำบัดผู้ป่วยสารเสพติดหรือติดสุราที่เหมาะสม คือ การเสริมสร้างแรงจูงใจ สะท้อนให้ผู้ป่วยทราบถึงปัญหาและอุปสรรคที่แท้จริงจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความคิดและตระหนักในปัญหาของตนเองมากขึ้นนำไปสู่การเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราแบบผู้ป่วยในร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการติดยาสุรา ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุราเสพยาเสพติดที่มีต่อสมอง นำความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการลด ละ เลิกการดื่มสุราป้องกันการกลับไปดื่มใหม่และฟื้นฟูจิตใจให้สามารถกลับเข้าสู่ชุมชนดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราแบบผู้ป่วยในร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

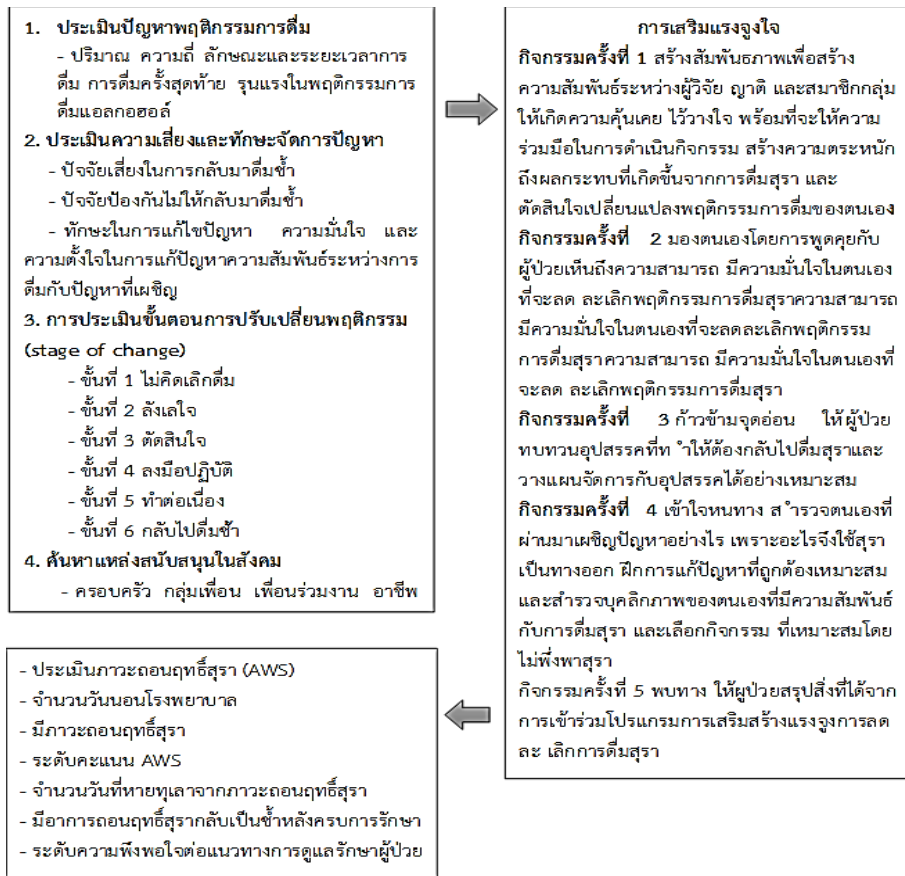
1. เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราแบบผู้ป่วยในร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ
2. เพื่อศึกษาผลประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราแบบผู้ป่วยในร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังผู้ป่วยมีภาวะขาดสุราไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากภาวะการณขาดสุรา
2. หลังนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราแบบผู้ป่วยในร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

กรอบแนวคิดการศึกษา

ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่มีวิธีการสังเคราะห์หลักฐานที่น่าเชื่อถือ การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska & DiClemente อ่างในพิชัย แสงชาญชัย⁽¹²⁾ ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมี 6 ขั้นตอน โดยขั้นที่ 6 ขึ้นไปติดสุราซ้ำ (Relapse) ผู้ป่วยเองมักรู้สึกผิด ขาดความเชื่อมั่น คิดว่าตนเองคงไม่สามารถเลิกดื่มได้ การช่วยเหลือที่เหมาะสมในการจูงใจผู้ป่วย คือ ความหวังกำลังใจ (hope) การประคับประคองด้านจิตใจ (support) และการส่งเสริมศักยภาพในตนเอง (self-efficacy) ว่ายังสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจกลับเข้าสู่การปรับเปลี่ยนตนเองอีกสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย คือ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพ

ประชากร คือ 1) กลุ่มเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพที่เป็นผู้ใช้แนวทางการดูแลรักษาฯ ของโรงพยาบาล คำเขื่อนแก้ว 2) กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราจากบ้านและที่มาด้วยโรคอื่นมีประวัติการดื่มสุราทุกวัน เป็นกลุ่มผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่เริ่มมีความเสี่ยงภาวะขาดสุราจนกระทั่งหมดภาวะขาดสุรา

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพ ผู้ใช้แนวทางการดูแลรักษาฯ เลือกแบบเจาะจงในทีม ผู้ดูแลหลักในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว ได้แก่ พยาบาลจำนวน 19 คน และเภสัชกร จำนวน 2 คน ทั้งหมด 21 คน

2. กลุ่มผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราจากบ้านและที่มาด้วยโรคอื่นมีประวัติการดื่มสุราทุกวัน ตั้งแต่เริ่มมีความเสี่ยงภาวะขาดสุราจนกระทั่งหมดภาวะขาดสุรา ขนาดของตัวอย่างใช้วิธีประมาณจากค่าสัดส่วนของผู้ป่วยมาด้วยอาการของโรคอื่นแต่ซักประวัติการดื่มสุราแล้วมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Alcohol withdrawal ที่เข้ารับการักษาตัวแบบผู้ป่วยในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 31 มีนาคม 2567 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราจากบ้านและที่มาด้วยโรคอื่นมีประวัติการดื่มสุราทุกวัน เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะ Alcohol withdrawal ที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบแนวปฏิบัติ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ Alcohol withdrawal ที่นอนพักรักษาในตึกผู้ป่วยในทั้งชายและหญิง โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรามีอยู่ในระดับเล็กน้อย สามารถสื่อสารโต้ตอบได้ดี และได้รับความเห็นชอบให้สามารถดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ยินยอมตอบแบบประเมินหรือข้อมูลไม่ครบถ้วน รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เมื่อรู้สึกว่าคุณข้อมูลไม่เป็นความลับสามารถออกจากการศึกษาครั้งนี้ได้ตลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย (1) แนวทางการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ตึกผู้ป่วยใน ซึ่งมีทีมสหสาขาวิชาชีพได้ร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติขึ้น และ (2) แบบประเมินภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS)

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1) แบบสอบถามผู้ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราแบบผู้ป่วยในร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal โดยรวมลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scales) 5 ระดับ โดยพิจารณาเป็นรายข้อ รายด้าน และภาพรวมใช้เกณฑ์ของเบสท์ (John W. Best 1981: 182)⁽¹⁵⁾ แปลความหมายดังนี้ ระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยคะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป เท่ากับ 4.00 - 5.00 ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนน ร้อยละ 60 - 79 เท่ากับ 3.00 - 3.99 ระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 เท่ากับ 1.00 - 2.99

2.2) แบบบันทึกข้อมูลการบำบัดรักษาดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 อาการแสดงเมื่อเข้ารับการรักษา ส่วนที่ 3 ข้อมูลติดตามผลการรักษาและอุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่เกิดในช่วงถอนฤทธิ์สุรา ส่วนที่ 4 การวางแผนก่อนจำหน่ายและการสร้างแรงจูงใจไม่ให้เกิดอาการซ้ำ ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วย และส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ที่สร้างขึ้น และนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลและเภสัชกร ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเหมาะสม ความถูกต้องของภาษาและความตรงตามเนื้อหาแล้ว และผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคแบบบันทึกข้อมูลการบำบัดรักษาเท่ากับ 0.89 ความพึงพอใจเท่ากับ 0.86 และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน เท่ากับ 0.90 แบบประเมินภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS) เท่ากับ 0.95

การดำเนินการวิจัย การดำเนินการวิจัยทั้งหมด 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการเตรียมการ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราและวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา การกำหนดประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุที่พบในหน่วยงานและกำหนดประเด็นปัญหาที่ได้ โดยสืบค้นงานวิจัย และวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนำข้อมูลจากงานวิจัยเหล่านี้ไปใช้ในการสังเคราะห์และร่วมประชุมกลุ่มย่อยเพื่อระดมความคิดเห็นร่วมกันเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติและดำเนินการจัดทำโครงร่างและหนังสือขอพิจารณาอนุมัติจริยธรรมเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนวางแผนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือแจ้งความจำนงและขออนุมัติในการดำเนินการศึกษาวิจัยจากผู้บริหารและพื้นที่เป้าหมาย ประชุมกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่มหาวิทยาลัยผู้รับผิดชอบงานและผู้มีส่วนร่วมในการใช้แนวทางการดูแลรักษา มาดำเนินการทบทวนแนวทางเดิมและหารือเกี่ยวกับแนวทางการดูแลร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว จนได้แนวทางที่ชัดเจนพร้อมนำไปปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการนำไปปฏิบัติและเก็บข้อมูล ผู้วิจัยประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจงแนวทางฯ ให้กับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องนำแนวทางปฏิบัติฯ ไปใช้ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว และรวบรวมเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการประเมินผล นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมการใช้แนวทางฯ และความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติฯ

การรวบรวมและประมวลผลข้อมูล

1. เก็บข้อมูลตามแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal หลังนำแนวทางและแบบประเมินเมื่อสิ้นสุดการดำเนินการตามกำหนดเวลา

2. บันทึกข้อมูลการบำบัดรักษาดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ทุกคนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในตามเวลาที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

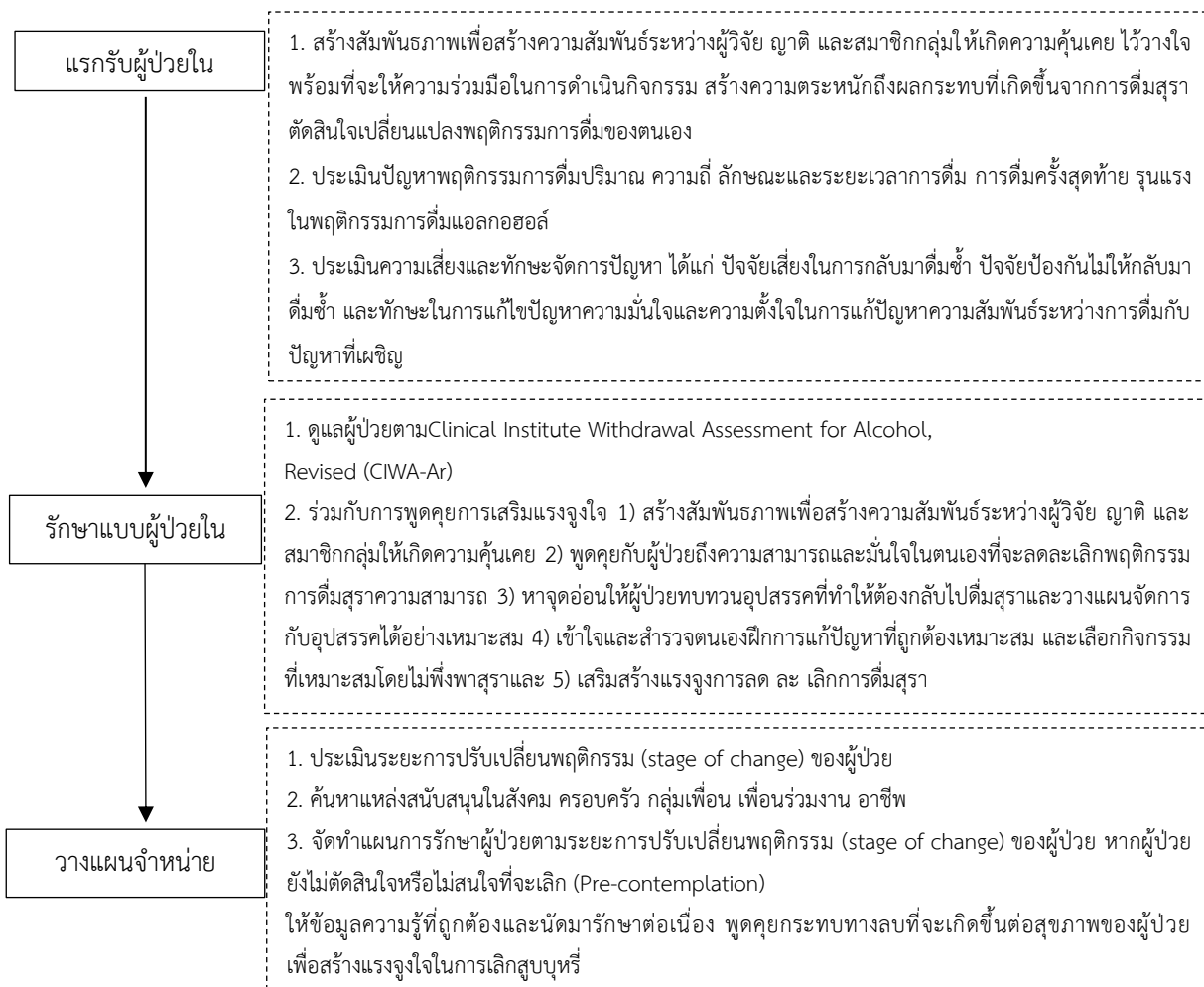
1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้แนวทางและข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย วิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
2. ระดับความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายฯ วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลค่าความหมายของระดับและจัดกลุ่ม โดยกำหนดเกณฑ์การวัดคะแนนใช้การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การขอจริยธรรมและพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร รับรองลำดับที่ 6741/2567 เลขที่ HE 6741 ณ วันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2567 และพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมตามความสมัครใจ ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อสกุลจริงและเสนอภาพรวมเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากโครงการได้โดยไม่มีผลต่อการมารับบริการโรงพยาบาลค่าเช่าอื่นแล้ว

ผลการศึกษา

1) แนวทางการดูแลร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบผู้ป่วยในที่มีภาวะขาดสุรา ดังนี้



ภาพที่ 1 แนวทางการดูแลร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบผู้ป่วยในที่มีภาวะขาดสุรา

2) ผลประเมินการดูแลหลังใช้แนวทางการดูแลร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบผู้ป่วยในที่มีภาวะขาดสุรา

2.1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 43.79 (S.D.=7.46)ส่วนใหญ่อยู่ช่วงกลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 66.7 มีสถานภาพสมรสหย่า ร้อยละ 50.0 จบมัธยมศึกษาต้น ร้อยละ 45.8 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 62.5 ประเภทเครื่องดื่มที่ติดส่วนมาก คือ เหล้าขาว ร้อยละ 91.7 ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย 10.09 ปี (S.D.= 3.57) มากที่สุด 20 ปี น้อยสุด 5 ปี ส่วนใหญ่อยู่ช่วง 10 – 15 ปี ร้อยละ 70.8 ความถี่การดื่มแอลกอฮอล์ 6-7 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 83.3 ปริมาณดื่มแอลกอฮอล์ต่อวันเฉลี่ย 6.10 (S.D.= 1.57) อยู่กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) 3-6 ดื่ม ร้อยละ 62.5 ระยะเวลาดื่มแอลกอฮอล์ครั้งสุดท้ายก่อนมาโรงพยาบาล เฉลี่ย 33.17 ชั่วโมง (S.D.= 29.01) ใช้สารเสพติดอื่นที่ใช้ร่วมด้วย ได้แก่ สูบบุหรี่ ร้อยละ 70.8 ยาบ้า ร้อยละ 8.3 ทั้งสูบบุหรี่และยาบ้า ร้อยละ 4.2 มีการเกิดอาการถอนฤทธิ์สุรา ร้อยละ 70.8 มีภาวะเพื่อคลั่ง ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่เข้ารับรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งแรก ร้อยละ 75.0 คะแนน AWS แรกรับเฉลี่ย 4.61 คะแนน (S.D.= 2.17) จำแนกเป็นกลุ่มรุนแรงระดับน้อย (Mild 1-4 คะแนน) ร้อยละ 50.0 และรุนแรงระดับปานกลาง (Moderate 5-9 คะแนน) ร้อยละ 50.0 ได้รับการรักษาตาม standing order เมื่อมีภาวะถอนฤทธิ์สุราและได้รับการรักษาตาม regimen ร้อยละ 100.0

กลุ่มเจ้าหน้าที่เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 34.25 ปี (S.D.= 9.88) ส่วนใหญ่จบระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 95.2 ตำแหน่งพยาบาล ร้อยละ 90.5 สถานที่ปฏิบัติงานอยู่ผู้ป่วยในชายหญิง ร้อยละ 76.2 รองลงมากลุ่มงานจิตสังคม ร้อยละ 14.3 และฝ่ายเภสัชกรรมร้อยละ 9.5 ตามลำดับ ระยะเวลาในปฏิบัติงานเฉลี่ย 10.24 ปี (S.D.= 8.68) อายุงาน 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38.1 รองลงมา 5-10 ปี ร้อยละ 33.3 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานเฉลี่ย 8 ปี (S.D.= 7.29) ส่วนใหญ่ประสบการณ์น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 61.9 เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Alcohol withdrawal โดยผ่านการอบรมจากหน่วยงานภายนอก ร้อยละ 42.9 และหน่วยงานจัดอบรมให้ร้อยละ 57.1

2.2) ผลความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal

เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ระดับดีมาก (\bar{X} = 4.00, S.D.= 0.44) เมื่อจำแนกรายข้อ มีความพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ เกิดประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการอยู่ระดับดีมาก (\bar{X} = 4.24, S.D.= 0.53) รองลงมา สามารถนำไปปฏิบัติในหน่วยงานได้จริง อยู่ระดับดีมาก (\bar{X} = 4.10, S.D.= 0.62) และใช้ภาษาที่เหมาะสมชัดเจนอยู่ระดับดีมาก (\bar{X} = 4.05, S.D.= 0.38) ตามลำดับ ส่วนข้อที่พึงพอใจน้อยที่สุด คือ เนื้อหามีความครอบคลุมอยู่ระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.62, S.D.= 0.59) มีความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติฯ อยู่ระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.71, S.D.= 0.46) และมีความชัดเจนมากกว่าเดิมอยู่ระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.71, S.D.= 0.71) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและแปลค่าความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วย (N=21 คน)

ประเด็นความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	S.D.	แปลค่า
มีรูปแบบง่ายในการใช้แนวปฏิบัติ	3.95	0.49	ระดับปานกลาง
มีความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ	3.71	0.46	ระดับปานกลาง
สามารถนำไปปฏิบัติในหน่วยงานได้จริง	4.10	0.62	ระดับดีมาก
เกิดประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ	4.24	0.53	ระดับดีมาก
เนื้อหามีความครอบคลุม	3.62	0.59	ระดับปานกลาง
ใช้ภาษาที่เหมาะสมชัดเจน	4.05	0.38	ระดับดีมาก
แนวปฏิบัติมีความชัดเจนมากกว่าเดิม	3.71	0.71	ระดับปานกลาง
ภาพรวมความพึงพอใจต่อแนวทางฯ	4.00	0.44	ระดับดีมาก

2.3) ผลประเมินการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบผู้ป่วยใน

หลังรักษาเริ่มมีภาวะถอนฤทธิ์สุรา (AWS >5) ในวันที่ 2 ร้อยละ 58.3 เฉลี่ย 2.17 วัน (S.D.= 0.63) ระดับคะแนน AWS สูงสุดหลังเริ่มมีภาวะถอนฤทธิ์สุรา (AWS \geq 5) เฉลี่ย 19.67 คะแนน (S.D.= 7.24) อยู่ระดับ Very severe (\geq 15) ร้อยละ 79.2 จำนวนวันที่หายทุเลาจากภาวะถอนฤทธิ์สุราเฉลี่ย 3.82 วัน (S.D.= 1.50) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.48วัน (S.D.= 2.41) ส่วนใหญ่ใช้เวลารักษา 1-8 วัน ร้อยละ 75.0 มีอาการถอนฤทธิ์สุรากลับเป็นซ้ำหลังครบ regimen ร้อยละ 4.2 ติดตามอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดช่วงถอนฤทธิ์สุรา มีการผูกมัดในช่วง withdrawal ร้อยละ 75.0 มีการติดเชื้อ ร้อยละ 16.7 มีภาวะช้ำและเกิดภาวะถอนฤทธิ์สุรา ร้อยละ 4.2 ดังตารางที่ 2 ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ป่วย จำแนกข้อมูลหลังเริ่มรักษา (n= 24 คน)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
วันที่รักษาในโรงพยาบาลเริ่มมีภาวะถอนฤทธิ์สุรา (AWS >5)(วัน)		
วันที่ 1	3	12.5
วันที่ 2	14	58.3
วันที่ 3	7	29.2
\bar{X} - S.D. (ต่ำสุด-สูงสุด)	2.17 (S.D.= 0.63, 1-3)	
ระดับคะแนน AWS สูงสุดหลังเริ่มมีภาวะถอนฤทธิ์สุรา (AWS \geq 5)		
Moderate (5-9)	2	8.3
Severe (10-14)	3	12.5
Very severe (\geq 15)	19	79.2
\bar{X} - S.D. (ต่ำสุด-สูงสุด)	19.67 (S.D.= 7.24, 8-33)	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนวันที่หายทุเลาจากภาวะถอนฤทธิ์สุรา(วัน)		
1-3 วัน	12	50.0
4 - 5 วัน	8	33.4
6 วันขึ้นไป	4	16.6
\bar{X} - S.D. (ต่ำสุด-สูงสุด)	3.82 (S.D.= 1.50, 2-7)	
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (วัน)		
1-8 วัน	18	75.0
มากกว่า 8 วัน	6	25.0
\bar{X} - S.D. (ต่ำสุด-สูงสุด)	6.48 (S.D.= 2.41, 2-10)	
มีอาการถอนฤทธิ์สุรากลับเป็นซ้ำหลังครบ regimen		
ไม่มี	23	95.8
มี	1	4.2
ติดตามการรักษาอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดช่วงถอนฤทธิ์สุรา		
การชัก	1	4.2
ติดเชื้อ	4	16.7
มีการผูกมัดในช่วง withdrawal	18	75.0
การเกิดภาวะถอนฤทธิ์สุรา (withdrawal symptom)	1	4.2

การสร้างแรงจูงใจ พบว่า ผู้ป่วยหลังการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบผู้ป่วยใน มีผู้ป่วยไม่แน่ใจจะกลับมาดื่มซ้ำ ร้อยละ 58.3 รองลงมา คิดว่ากลับมาดื่ม ร้อยละ 37.5 และไม่กลับมาดื่มซ้ำแน่นอน ร้อยละ 4.2 ตามลำดับ มีวิธีการจะป้องกันไม่ให้เกิดกลับมาดื่มซ้ำ เริ่มจากลดปริมาณการดื่มลง ร้อยละ 54.2 รองลงมา ต้องทำงานทำให้มากขึ้น ในช่วงเวลาที่เคยดื่มเพื่อให้ไม่ว่าง ร้อยละ 33.3 และลดการสังสรรค์กับเพื่อน ร้อยละ 12.5 ตามลำดับ ความตั้งใจในการแก้ปัญหาการดื่มกับปัญหาที่เผชิญ ส่วนใหญ่มีความตั้งใจอยู่ระดับปานกลางร้อยละ 66.7 ไม่ตั้งใจ ร้อยละ 29.2 และตั้งใจมาก ร้อยละ 4.2 ตามลำดับ ผลการประเมินขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนใหญ่อยู่ขั้นลังเลใจ ร้อยละ 58.3 ไม่คิดเลิกดื่ม ร้อยละ 37.56 และตัดสินใจ ร้อยละ 4.2 โดยต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 75.0 ผลประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยภาพรวมอยู่ระดับดีมาก (\bar{X} = 4.21, S.D.= 0.41) และจากการสนทนารายบุคคล พบว่า ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าตนเองจะเลิกดื่มสุรา ส่วนใหญ่เกิดจากสังคมรอบด้านที่ส่งผลต่อการไม่ตั้งใจหรือตัดสินใจเลิกได้ เช่น ครอบครัวดื่มสุราทุกคน งานประเพณี งานบุญต่าง ๆ ที่ยังนิยมดื่มแอลกอฮอล์ ต้องเข้าสังคม ร่วมงานตามคำเชิญ สิ่งแวดล้อมรอบบ้านเข้าถึงสุราได้ง่าย เพื่อนชวน ชอบสังสรรค์กับเพื่อนหลังเลิกงานไม่กล้าปฏิเสธกลัวการหยุดดื่มเพราะจิตใจไม่เข้มแข็ง ต้องการเพื่อนและอยู่คนเดียวต้องดื่ม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบผู้ป่วยใน (n= 24 คน)

ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
คิดว่าจะกลับมาดื่มซ้ำ		
ไม่กลับมาดื่มซ้ำแน่นอน	1	4.2
ไม่แน่ใจ	14	58.3
กลับมาดื่ม	9	37.5
จะป้องกันไม่ให้เกิดกลับมาดื่มซ้ำ		
ลดปริมาณการดื่มลง	13	54.2
ลดการสังสรรค์กับเพื่อน	3	12.5
ต้องหางานทำให้มากขึ้นในช่วงเวลาที่เคยดื่มเพื่อให้ไม่ว่าง	8	33.3
ความตั้งใจในการแก้ปัญหาการดื่มกับปัญหาที่เผชิญ		
ไม่ตั้งใจ	7	29.2
ตั้งใจปานกลาง	16	66.7
ตั้งใจมาก	1	4.2
การประเมินขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		
ไม่คิดเลิกดื่ม	9	37.5
ลังเลใจ	14	58.3
ตัดสินใจ	1	4.2
แหล่งสนับสนุนในช่วยให้เลิกดื่ม		
ครอบครัว	18	75.0
กลุ่มเพื่อน	6	25.0
ความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยภาพรวมอยู่ระดับดีมาก		
ดี	19	79.2
ดีมาก	5	20.8
\bar{X} - S.D. (ต่ำสุด-สูงสุด)	4.21 (S.D.= 0.41)	

สรุปและอภิปรายผล

1) ผลจากการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยนำหลักการสร้างแรงจูงใจมาร่วมในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยได้เห็นความสำคัญของการเลิกสุราและเข้าใจตนเองมองเห็นปัญหาอุปสรรคที่ทำให้เลิกสุรา ต้องทำการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal scale หรือ AWS) จะทำให้ประเมินแนวโน้มความรุนแรงเพื่อการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นของภาวะถอนพิษสุราได้ชัดเจน ส่งผลต่อการรักษาที่ถูกต้องตามมาตรฐานการดูแล Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar) แต่ผู้ป่วยติดสุราที่มารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ได้มารับการรักษาเพื่อเลิกสุราโดยตรง แต่มีโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการดื่มสุรา เมื่อผู้ป่วยหยุดดื่มจะเกิดภาวะขาดสุรา ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษาต่างกันตามระดับการติดสุราระดับของอาการขาดสุราและตามสภาพร่างกายจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งอังกูร ภัทรากรและคณะ⁽¹⁰⁾ กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพตามบทบาทหน้าที่และ

บนพื้นฐานทางวิชาการนั้นเป็นการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยติดสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อดูแลรักษาผู้ป่วยจนผ่านพ้นภาวะการณืขาดสุราที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานไปได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว มีความปลอดภัย ทั้งมีสภาพร่างกายจิตใจที่แข็งแรงขึ้น การบำบัดรักษาภาวะขาดสุราจึงเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ที่ติดสุราสามารถหยุดดื่มสุราได้โดยมีอาการขาดสุราน้อยที่สุด ดังนั้น การนำการปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจโดยการพูดคุย จะเริ่มเมื่อผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรามืออาการเล็กน้อย AWS <5 และพยาบาลจึงเริ่มคำปรึกษาเพื่อสร้างแรงใจ ต้องให้เป็นระยะเป็นครั้งๆ ตลอดการรักษาในผู้ป่วยแบบผู้ป่วยใน ซึ่งมีเวลาที่จะพูดคุยได้เนื่องจากผู้ป่วยรับการรักษานอนในโรงพยาบาล เฉลี่ย 6.82 วัน และจำนวนวันที่หายทุเลาจากภาวะถอนฤทธิ์สุราเฉลี่ย 3.82 วัน ทำให้มีเวลาเข้าไปพูดคุยได้ไม่น้อยกว่า 5 ครั้ง ขึ้นกับอาการของผู้ป่วย สอดคล้องกับหลักการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Counseling/Interviewing) ⁽¹⁶⁾ ถือเป็นรูปแบบหนึ่งของการช่วยเหลือด้านจิตใจ โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่มีลักษณะให้คำชี้แนะ ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการรักษาร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย ตั้งแต่การสำรวจและแก้ไขความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตลอดจนมีแรงจูงใจให้ความร่วมมือในการรักษา การเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะผ่านพ้นภาวะถอนพิษสุรา เป็นการบำบัดที่เน้นผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง มุ่งตรงปัญหาของผู้รับการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากระยะเมินเฉย ลังเล และตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลง⁽¹²⁾ หน้าที่ของผู้ให้การบำบัด คือ การชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ และหากผู้ป่วยทำการปรับพฤติกรรมที่ดีจะมีผลในการลดปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นผลจากการดื่มให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวังและมองโลกในด้านบวก ถ้าความเชื่อมั่นนั้นไม่เกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยมีความสับสน สิ่งที่จะเกิดตามมา คือ ผู้ป่วยจะแก้ปัญหาโดยใช้กลไกการป้องกันตนเอง โดยการปฏิเสธ เพื่อลดความรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจโดยไม่ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการในการพูดคุยตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพ ความวางใจ จำเป็นต้องใช้เวลาในการพูดคุยที่มากกว่า 1 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Barrowclough และคณะ ⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษาการเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ต้องมีการสัมภาษณ์เพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ 5 ครั้ง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 24 ครั้ง การบำบัดครอบครัว 10 - 160 ครั้ง และต้องประเมินผล 3 เดือนหลังการบำบัดพบอัตราการเจ็บป่วยซ้ำลดลงในระยะ 12 เดือน และ Graeber และคณะ ⁽¹⁸⁾ ได้ศึกษานำร่องการเสริมสร้างแรงจูงใจและการให้สุขศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีการเสริมสร้างแรงจูงใจ 3 ขั้นตอน เข้ากลุ่มการให้สุขศึกษา ประเมินผลหลังการบำบัด 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจหยุดดื่มสุราได้และให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มที่ให้สุขศึกษาไม่มีผู้หยุดดื่มได้แต่มีบางส่วนที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา

2) การศึกษารุ่นนี้ เจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ภาพรวมอยู่ระดับดีมากโดยเฉพาะเกิดประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ นำไปปฏิบัติในหน่วยงานได้จริงและใช้ภาษาที่เหมาะสมชัดเจนอยู่ระดับดีมาก และหลังการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ที่สามารถชี้ให้ผู้ป่วยได้เห็นการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้และช่วยผู้ป่วยทำการปรับพฤติกรรมที่ดีจะมีผลในการลดปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นผลจากการดื่มให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวังและมองโลกในด้านบวก สามารถประเมินแนวโน้มของกลุ่มผู้ป่วยได้ว่า มีโอกาส

กลับมาดื่มสุร่าซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความไม่แน่ใจจะกลับมาดื่มซ้ำ ร้อยละ 58.3 และคิดว่ากลับมาดื่ม ร้อยละ 37.5 อีกทั้ง ช่วยให้มองเห็นวิธีการจะป้องกันไม่ให้กลับมาดื่มซ้ำ เช่น การลดปริมาณการดื่มลงทานทำให้มากขึ้น ในช่วงเวลาที่เคยดื่มเพื่อให้ไม่ว่าง และลดการสังสรรค์กับเพื่อน รวมทั้ง ได้ให้ผู้ป่วยมองหาการสนับสนุนจากครอบครัว จากการศึกษาครั้งนี้ ยังสะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการกลับมาดื่มสุร่าซ้ำของผู้ป่วย เกิดจากสังคม รอบด้านที่ส่งผลต่อการไม่ตั้งใจหรือตัดสินใจเลิกได้ เช่น อยู่บ้านกับบิดาสองคนบิดาดื่มสุร่าทุกวันต้องดื่มเป็นเพื่อนพ่อ เข้างานสังคมบ่อย เพื่อนชวนและไม่กล้าปฏิเสธ สอดคล้องกับนิมิต แก้วอาจและคณะ⁽¹¹⁾ ศึกษาผลของการเสริมสร้าง แรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุร่าหลังได้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับ โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุร่าช่วยลดพฤติกรรมการดื่มสุร่าและอาการทางจิตลงได้ จึงควรสนับสนุนให้สถานพยาบาลนำไปปรับใช้ในการบำบัดผู้ป่วยสุร่าที่มีโรคร่วมจิตเภทเพื่อลดผลกระทบต่าง ๆ ที่ได้รับจากการดื่มและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

3) ผลการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพ หย่าร้างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 50.0) และสถานภาพโสด (ร้อยละ 33.3) เป็นกลุ่มวัยกลางคนที่มียายุมากช่วง 40 -49 ปี ซึ่งทำให้เมื่อพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยไม่มีเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อีกทั้งสิ่งที่ผู้ป่วย ต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว โดยผู้ป่วยแรกได้รับประเมินคะแนน AWS พบเป็นกลุ่มรุนแรงระดับเล็กน้อย (Mild 1-4 คะแนน) และรุนแรงระดับปานกลาง (Moderate 5-9 คะแนน) เท่ากันร้อยละ 50.0 เมื่อเข้ารับรักษา แบบผู้ป่วยในได้การรักษาตาม standing order และเมื่อมีภาวะถอนฤทธิ์สุร่าได้รับการรักษาตาม regimen ร้อยละ 100.0 หลังรักษาหลังรักษาเริ่มมีภาวะถอนฤทธิ์สุร่า (AWS > 5) ในวันที่ 2 ร้อยละ 58.3 เฉลี่ย 2.17 วัน (S.D.= 0.63) ระดับคะแนน AWS สูงสุดหลังเริ่มมีภาวะถอนฤทธิ์สุร่า (AWS ≥ 5) เฉลี่ย 19.67 คะแนน (S.D.= 7.24) อยู่ระดับ Very severe (≥ 15) ร้อยละ 79.2 จำนวนวันที่หายทุเลาจากภาวะถอนฤทธิ์สุร่าเฉลี่ย 3.82 วัน (S.D.= 1.50) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.48 วัน (S.D.= 2.41) ส่วนใหญ่ใช้เวลารักษา 1 - 8 วัน ร้อยละ 75.0 มีอาการถอน ฤทธิ์สุร่ากลับเป็นซ้ำหลังครบ regimen ร้อยละ 4.2 ติดตามอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดช่วงถอนฤทธิ์สุร่า มีการผูกมัด ในช่วง withdrawal ร้อยละ 75.0 มีการติดเชื้ ร้อยละ 16.7 มีภาวะช้กและเกิดภาวะถอนฤทธิ์สุร่า ร้อยละ 4.2 สอดคล้องกับกนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรืองและคณะ⁽¹⁹⁾ ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ใน ระยะถอนฤทธิ์สุร่าแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ หากได้รับการรักษาตามแนวทางจะพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการถอนฤทธิ์สุร่ากลับเป็นซ้ำในช่วงนอนโรงพยาบาลร้อยละ 95.5 นอกจากนี้จำนวนวันของผู้ป่วย สุร่าหาย/ทุเลาจากภาวะถอนฤทธิ์สุร่าลดลง 1.27 วัน จำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลงเหลือ 16.5 วัน และความพึงพอใจ ของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดผู้ป่วยในภาวะถอนฤทธิ์สุร่า พบความเสี่ยงจากอาการถอนฤทธิ์สุร่าและภาวะแทรกซ้อนได้บ่อยครั้ง การที่ได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย แอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุร่าแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนฤทธิ์สุร่า ปลอดภัย หายทุเลา สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้รวมทั้งลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และ สหวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลมีแนวปฏิบัติที่เป็นในรูปแบบเดียวกัน

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ควรมีการเสริมสร้างแรงจูงใจและครอบครัวแบบมีส่วนร่วมในระยะติดตามผลและการติดตามระยะยาว 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อติดตามพฤติกรรมกลับไปดื่มซ้ำอย่างต่อเนื่อง
2. เมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ควรมีการเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยทุกครั้งที่มารับการรักษา โดยการประเมินระดับแรงจูงใจว่าอยู่ระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หากผู้ป่วยกลับมาดื่มซ้ำต้องวิเคราะห์การกลับมาดื่มซ้ำร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ให้แนวทางแก้ไขปัญหาเมื่อพบกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มครั้งต่อไปจนสามารถหยุดดื่มได้ยาวนานขึ้น
3. ควรมีระบบการดูแลที่บ้านและส่งต่อผู้ป่วยกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและทีมแพทย์ประจำครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้นำชุมชน เข้ามาร่วมดูแลและสร้างกำลังใจ เป็นระบบติดตามเป็นเชิงรุกเพื่อกระตุ้นและเสริมสร้างกำลังใจให้หยุดดื่มได้ถาวร
4. ควรมีการพัฒนาบุคลากรและฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้และทักษะในหลักการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการของผู้ป่วยสุรา ทั้งฝึกทักษะทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล จากผลการศึกษานี้พบว่าหลังการบำบัดผู้ป่วยสุราพบว่าเริ่มเกิดความลังเลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ตั้งเป้าหมายจะป้องกันการการหยุดดื่มสุราและลดปริมาณการดื่มสุราได้ดีขึ้น ดังนั้นควรนำการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ มาใช้เป็นแนวทางผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป
2. พยาบาลและทีมผู้ดูแล ควรเพิ่มการคัดกรองและซักประวัติเพิ่มเติมให้ละเอียดโดยเฉพาะประวัติการเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ การซักประวัติโรคประจำตัว โรคตับแข็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคไวรัสตับอักเสบลีดออก ในระบบทางเดินอาหาร และมีอาการชักเกร็ง ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ ประวัติการได้รับยาจิตเวช เพื่อเพิ่มการเฝ้าระวังและนำมาวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ครอบคลุมถูกต้องเหมาะสม เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลควรมีการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษาการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องการดำเนินโรค อาการในระยะถอนพิษสุรา การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดแบบบูรณาการที่ครอบคลุมชัดเจน กระชับ และใช้ระยะเวลาในการบำบัดสั้นลงเพื่อความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลต่อไป
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบผลการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดแบบบูรณาการในผู้ป่วยสุราให้มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพิ่มกลุ่มผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกเพศเพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาแนวทางการบำบัดที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

ความยุ่งยากและข้อจำกัดการศึกษาครั้งนี้

1. ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ลำพัง เมื่อพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยไม่มีเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งที่คุณป่วยต้องการมากที่สุด คือ การสนับสนุนจากครอบครัว
2. การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้วในระยะเวลาหนึ่งซึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นเพศชายทั้งหมด อาจจะได้ผลการศึกษาที่ไม่ครอบคลุมถึงกลุ่มผู้ป่วยหญิง

ข้อจำกัดข้อการศึกษาครั้งนี้

ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมาตัวคนเดียวทำให้ใช้การพูดคุย เพื่อหาแรงจูงใจต้องใช้เวลาในการพูดคุยเป็นเวลานานและต้องพูดคุยมากกว่า 5 ครั้ง จึงจะวางแผนและค้นหาปัญหาาร่วมกันได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เสร็จสมบูรณ์เป็นอย่างดีจากความช่วยเหลือได้รับคำแนะนำ ชี้แนะ ให้คำปรึกษาจากผู้อำนวยการหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล อาจารย์ที่ปรึกษาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และคณะกรรมการจริยธรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ที่ตรวจสอบโครงร่างการวิจัยให้เป็นไปตามหลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Global Status Report on Alcohol 2004. [Internet]. 2004 [cited 2024 Jan 15]. Available from: <http://www.who.int/alcohol>
2. กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
3. สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย, บรรณาธิการ. สถานการณ์การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน สถานที่ซื้อและดื่มสุรา เศรษฐฐานะของผู้ดื่ม ตลอดจนนักดื่มไทยในสถานการณ์โควิด-19. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หาดใหญ่. 2565
4. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
5. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดีฉบับเรียบเรียง. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2545.
7. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. การบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2554.
8. สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล. ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
9. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. คู่มือสำหรับผู้อบรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2552.

10. อังกร ภัทรากร, ธนุรช ทิพย์วงษ์, อภิชาติ เรณูพัฒนานนท์, พชร รัตน์แสง และวิมล ลักษณะภิชนชัย. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุราสำหรับสหวิชาชีพ. ปทุมธานี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์, 2558. [ออนไลน์]. สืบค้นวันที่ 1 มี.ค.2566. เข้าถึงจาก <http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/60/1-58.pdf>
11. นิमित แก้วอาจ, สุรียา ศิริสุข, นุจรินทร์ บัวละคร, ภาณุรัตน์ ศรีมงคล. ศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
12. พิชัย แสงชาวนิชย์, บรรณาธิการ. คู่มือสำหรับผู้อบรม: การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2553.
13. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying therapy of behavioral change. *Psychol Rev.* 1997;191-25.
14. Baker AL, Thornton LK, Hiles S, Hides L, Lubman DI. Psychological interventions for alcohol misuse among people with co-occurring depression or anxiety disorders: A systematic review. *J Affect Disord.* 2012;139:217–29.
15. Best JW. *Research in Education.* 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1977.
16. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change.* New York: Guilford Press; 2002.
17. Barrowclough C, Haddock G, Wykes T, Tarrier N, Lewis M, Moring J, O'Brien R, et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing, Cognitive behavior therapy, and Family interaction for patients with comorbid schizophrenia and substance Disorders. *Am J Psychiatry.* 2001;158:1706-13.
18. Gustafson DH, et al. A smartphone application to support recovery from alcoholism a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2013;71(5):566-72.
19. กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, อัมพร สีลากุล, วิมาลา เจริญชัย. ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2564;15(1):29-48.