

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยติดสุรา



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยติดสุรา

ศึกษา นลิมศิริโรจน์

นางสลิษา หลิมศิริโรจน์

ผู้วิจัย

ปัทมา มหะไพร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไตร

พย.ค.

ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์

Dr. Sanyu

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ช่อทิพย์ สันธนะวนิช

ปร.ค. (ประสาทวิทยาศาสตร์)

กรรมการควบคุมสารนิพนธ์

Dr. Sanyu

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

Dr. Sanyu

รองศาสตราจารย์ ยายใจ สิทธิมงคล

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

เรื่อง

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยติดสุรา

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

วันที่ 6 ตุลาคม 2551

สัจฉิยา หดิมศิริโรจน์

นางสลิษา หลิมศิริโรรัตน์

ผู้วิจัย

a photon

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

ឧបករណ៍ស្រាវជ្រាវ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไตร

พย.ค.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

Tom Sharpe

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ช่อทิพย์ สันธนะวนิช

ปร.ด. (ประสาทวิทยาสาตร์)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

1/01/91 10:09

รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ตีลกสกุลชัย

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

guy Sommer

แพทย์หญิง วาสนา พัฒนกำจร

วว. (จิตเวชศาสตร์)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

Donez JK

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

กฤษณ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภา ยุทธไตร และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ สันธนะวนิช อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบ และให้คำแนะนำ เพื่อปรับแก้ข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดระยะเวลาของการทำสารนิพนธ์ ผู้ศึกษา ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล ประธานกรรมการสอบ สารนิพนธ์ และแพทย์หญิงวาสนา พัฒนกำจร กรรมการสอบสารนิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ พันเอก นายแพทย์พิชัย แสงชาญชัย อาจารย์นายแพทย์นันทวิช สิทธิรักษ์ และคุณสุนทรี ศรีโกไสย ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบแนวปฏิบัติการพยาบาล พร้อมทั้งได้ให้ข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์เป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณสมาชิกครอบครัว หลิมศิริโรจน์ทุกคนที่สนับสนุนและเป็นกำลังใจในการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นที่ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้กันและกันตลอดมา และขอขอบคุณผู้ร่วมงานทุกท่านที่ช่วยรับภาระงานแทนในช่วงเวลาของการศึกษา

คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอบูชาพระคุณบิดา มารดา และคณาจารย์ทุกท่าน ที่ทำให้ผู้ศึกษาได้ประสบความสำเร็จในครั้งนี้

สลิดา หลิมศิริโรจน์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา
สำหรับผู้ป่วยติดสุรา (THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE
GUIDELINE FOR MOTIVATIONAL ENHANCEMENT TO CHANGE ALCOHOL
CONSUMPTION BEHAVIOR IN ALCOHOL DEPENDENT PATIENTS)

สลิษา หลิมศิริรัตน์ 4936689 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์: ประภา ยุทธไตร, พย.ค., ช่อทิพย์ สันธนะวนิช, ประ.ค.

บทคัดย่อ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยติดสุรานี้ พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนการดำเนินการ โครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2004) เป็นกรอบในการศึกษา ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนหลัก การศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการใน 3 ขั้นตอนแรกคือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา พบปัญหาคือผู้ป่วยที่เข้ามารับการบำบัดรักษาไม่สามารถลดหรือเลิกดื่มสุราได้ ขั้นตอนที่ 2 คือการรวบรวมและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพจำนวน 6 เรื่อง เป็นงานวิจัย Meta-analysis 1 เรื่อง Randomized Controlled Trial 4 เรื่อง และ One Group Time Series Design 1 เรื่อง นำมาวิเคราะห์สังเคราะห์และสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและนำมาปรับปรุงแก้ไข ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลซึ่งมีระยะของการบำบัด 3 ระยะ คือระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง ระยะที่ 2 คือการทำให้กำมันสัญญาที่จะเลิกดื่มสุรามีความหนักแน่นมั่นคง และระยะที่ 3 คือการติดตามต่อเนื่อง รวมถึงการให้ญาติได้เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ขั้นตอนที่ 3 ของการศึกษาคือการประเมินแนวโน้มที่จะนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงานของผู้ศึกษา ซึ่งพบว่าแนวปฏิบัตินี้เหมาะสมกับลักษณะของผู้รับบริการ บุคลากรมีความพร้อมในการปฏิบัติและคาดว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยลดปริมาณการดื่มสุราและลดการติดสุราซ้ำได้

ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ไปทดลองใช้ในหน่วยงานนำร่องเพื่อประเมินความเป็นไปได้ก่อนที่จะนำไปใช้ปฏิบัติจริง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยติดสุรา/ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ/ แนวปฏิบัติการพยาบาล

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE
FOR MOTIVATIONAL ENHANCEMENT TO CHANGE ALCOHOL
CONSUMPTION BEHAVIOR IN ALCOHOL DEPENDENT PATIENTS

SALISA LIMSIRORAT 4936689 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORS: PRAPA YUTTATRI, D.N.S.,
CHORTHIP SANTANAVANICH, Ph.D.

ABSTRACT

The development of this clinical nursing practice guideline for motivational enhancement to change alcohol consumption behavior in alcohol dependent patients was based on the evidence-based practice model proposed by Polit and Beck (2004) which consists of four steps. This study covered only the first three steps. In step 1, selecting a topic, the issue or problem of patients being unable to quit or reduce alcohol consumption was selected. In step 2, assembling the evidence-based practice from literature, six studies were chosen - one meta-analysis, four randomized controlled trial, and one group time series design. After analyzing the studies, the proposed clinical nursing practice guideline was taken to three professional experts to verify the contents and make recommendations for revision. The revised clinical nursing practice guideline outlines three necessary phases for motivational enhancement to change alcohol consumption behavior: phase I, building motivation for change, phase II, commitment strengthening and phase III, follow through and involving significant others. Step 3 was to assess the guideline's readiness for implementation in organizations. The findings in this stage revealed that it was appropriate for patients, personnel were ready to practice it and reduction in alcohol use and/or re-addiction would be expected.

This guideline should be evaluated for feasibility in pilot settings before implementation in real situations.

KEY WORD: ALCOHOL DEPENDENT PATIENT/ MOTIVATIONAL
ENHANCEMENT THERAPY/ CLINICAL NURSING PRACTICE
GUIDELINE

168 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญแผนภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ประเด็นปัญหาหลักในการศึกษา	5
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	7
ความหมายของการติดสุรา	7
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดสุรา	10
โทษและผลกระทบจากการดื่มสุรา	13
การบำบัดผู้ติดสุรา	17
รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	21
การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	23
กรอบแนวคิดของการศึกษา	34
บทที่ 3 การดำเนินการ	37
รูปแบบการดำเนินการ	37
การคัดเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา	40
การรวบรวมและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	42
สรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้	44
วิธีปฏิบัติที่แนะนำ	46
การตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ	50

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 สรุปการศึกษา และข้อเสนอแนะ	51
การประเมินศักยภาพและความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ	51
การวางแผนพัฒนาเพื่อนำนวัตกรรมไปใช้ในการปฏิบัติ	53
ข้อเสนอแนะ	53
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	55
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	66
รายการอ้างอิง	77
ภาคผนวก	84
ประวัติผู้วิจัย	168

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดของการศึกษา	36
2 ขั้นตอนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ป่วยติดสุรา	104



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Significance of the Study)

สุราเป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายและสังคมยอมรับ จึงมีการจำหน่ายอย่างแพร่หลาย สถานการณ์ในปัจจุบันพบว่า การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของคนไทยมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าคนไทยบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มขึ้น 7.71 ลิตร/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 8.47 ลิตร/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2547 รวมทั้งพบว่า จำนวนของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ได้เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย และจากการจัดอันดับพบว่าคนไทยบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมเป็นอันดับที่ 40 ของโลก แต่ถ้าเป็นประเภทเหล้ากลั่น คนไทยดื่มมากเป็น อันดับที่ 5 ของโลก (บัณฑิต ศรีไพศาลและคณะ, 2549) และจากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติ แห่งชาติ ปี 2546 รายงานว่าคนไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประมาณ 18.61 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 35.5 ของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป โดยประชากรกลุ่มวัยทำงานอายุ 25-44 ปี เป็นกลุ่มที่ดื่มมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มเยาวชนชาย อายุ 11-19 ปี (จริย์ อุสาหะ และเสริญ จุฬาสรีกุล, 2548) และ ข้อมูลจากการสำรวจจำนวนผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายวิชาการ สารเสพติดในปี 2546 จากตัวแทนครัวเรือนทั่วประเทศพบว่า มีผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 20 วันในระยะเวลา 30 วันก่อนสอบถาม ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่ดื่มประจำหรือผู้ที่มีโอกาสติดสุราสูง มี แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 3.5 ในปี พ.ศ. 2544 เพิ่มเป็นร้อยละ 4.1 ในปี พ.ศ. 2546 (บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ, 2549) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรเทพ ศิริวนรังสรรค์และคณะ (2547) ได้สำรวจความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทยในการสำรวจระดับชาติปี 2546 โดยใช้วิธีการ สุ่มในชุมชนทุกภาคของประเทศจากกลุ่มตัวอย่าง 11,700 ราย ผลการศึกษาพบว่าโรคจิตเวชที่ เกิดจากแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder) มีความชุกมากที่สุดถึงร้อยละ 28.5 รองลงมาคือโรค ซึมเศร้า (Depressive Disorder) และโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder)

การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลได้สร้างความสูญเสียให้กับตัวของผู้ดื่มและสังคมทั้ง ทางตรงและทางอ้อมไม่น้อยกว่ายาเสพติดชนิดอื่น การดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อสภาวะ สุขภาพของผู้ดื่มทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ทำให้เกิดโรคตับอักเสบ ดับแฉะ ภาวะอาหาร อักเสบ แผลในกระเพาะอาหาร มะเร็งในระบบทางเดินอาหารและลำไส้ โรคหัวใจ โรคความดัน โลหิตสูง เป็นต้น ในด้านจิตใจ แอลกอฮอล์ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทในสมอง อาจมี

อาการวิตกกังวล ฟุ้งซ่าน ขาดความสุข มึนงง บางรายมีอาการซึมเศร้า อยากฆ่าตัวตาย ครอบงำสติไม่ได้ หงุดหงิดโมโหง่าย และทำให้เกิดโรคจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์ (Alcoholic psychosis) ในด้านสังคมผู้ติดสุรามักบกพร่องในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ต่างๆ ทั้งในครอบครัว หน้าที่การงาน และบทบาทต่อสังคม มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อสุราและการขาดรายได้เพราะปฏิบัติหน้าที่การงานได้ลดลง (อินทรา ปัทมินทร และชัยลักษณ์ แก้วเมือง, 2547) นอกจากผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงแล้ว การดื่มสุรายังเกิดผลกระทบต่อครอบครัวทั้งในด้านเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว สุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งครอบครัวที่ใช้สุรามีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัวมากกว่าครอบครัวที่ไม่ได้ใช้สุราถึง 3.84 เท่า (รณชัย คงสกนธ์ และนฤมล โพธิ์แจ่ม, 2550) ส่วนผลกระทบต่อสังคม การดื่มสุราก็ทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจร ปัญหาอาชญากรรม การทารุณกรรมทางเพศ และเมื่อเมาสุราก็จะมีการฝ่าฝืนกฎหมายในรูปแบบต่างๆ และยังก่อให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจ โดยผู้ดื่มสุราเองมักมีปัญหาความก้าวหน้าในอาชีพการงาน นักดื่มหลายรายพบปัญหาเศรษฐกิจ การขาดรายได้ และผลกระทบต่อเศรษฐกิจส่วนรวม จากการสูญเสียผลผลิต ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และค่าเสียหายรวมรายจ่ายของรัฐจากอาชญากรรมและความรุนแรงที่มีสาเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นจำนวนหลายล้านบาทต่อปี (จรรย์ อุตสาหะ และเสริมชัย จุฬาสรีกุล, 2548)

จากสถานการณ์ในสังคมโดยรวมที่กล่าวมาแล้ว สอดคล้องกับสถานการณ์ในจังหวัดราชบุรีที่พบว่า ปัญหาจากผู้ดื่มสุรามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน จากข้อมูลของโรงพยาบาลราชบุรีซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 895 เตียง ซึ่งให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ประสบปัญหาจากการใช้สารเสพติดทุกชนิด มาตั้งแต่ปี 2532 โดยมีหน่วยงานที่ให้บริการ คืองานยาเสพติด กลุ่มงานจิตเวช สถิติผู้รับบริการส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย เช่น ยาบ้า แต่หลังจากที่รัฐบาลได้ประกาศสงครามกับยาเสพติด ในปี พ.ศ. 2546 จำนวนผู้ป่วยยาบ้าลดลง สถานการณ์ปัจจุบันมีแนวโน้มของผู้ที่ติดแอลกอฮอล์เข้ามารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลราชบุรีเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2546 ถึงปี 2550 มีผู้ป่วยแอลกอฮอล์ประเภทผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคในกลุ่มของ Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (Alcohol use disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD- 10) จำนวนรวม 141, 607, 1,192, 1,330 และ 1,289 รายตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 29, 95, 152, 197 และ 167 ราย ตามลำดับ (รายงานประจำปี โรงพยาบาลราชบุรี, 2550) จากข้อมูล จะเห็นได้ว่าสถิติของผู้ป่วยสุราที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ยกเว้นในปี 2550 จำนวนผู้ป่วยลดลงเล็กน้อยเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาบ้าในจังหวัดราชบุรีที่กลับมารุนแรงอีกครั้งหนึ่ง และเนื่องจากผู้ศึกษาปฏิบัติงานประจำในการบำบัดรักษาและ

ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดสุราและสารเสพติด รวมทั้งผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้สุราและสารเสพติด จากประสบการณ์ที่ผ่านมาพบปัญหาที่สำคัญในการบำบัดผู้ป่วยติดสุราคือ ผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจในการเริ่มต้นเลิกดื่ม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิเสธว่าตนเองไม่ได้ติดสุรา บางส่วนมีความลังเลใจในการตัดสินใจที่จะลดหรือเลิกดื่ม เมื่อเริ่มต้นบำบัดแล้วก็มักจะขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราหรือกลับไปติดซ้ำเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านหลังจากหยุดดื่มได้ช่วงเวลาหนึ่ง หรือกลับไปดื่มทันทีเมื่อแพทย์รักษาความเจ็บป่วยทางร่างกายหรือทางจิตใจที่เกิดจากสุราดีขึ้นแล้ว รูปแบบการบำบัดผู้ติดสุราแบบเดิมของโรงพยาบาลราชบุรีคือการรักษาด้วยยาโดยจิตแพทย์และการให้การปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention) จำนวน 1 – 2 ครั้งโดยพยาบาล ซึ่งพบว่าไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดหรือเลิกดื่มสุราได้ จากสถิติของการบำบัดรักษาผู้ติดสุราแบบผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ปี 2548 – 2550 วัดผลเมื่อบำบัดครบ 4 เดือนพบว่า มีผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถลดหรือเลิกดื่มสุราได้ถึงร้อยละ 45.1, 51.5 และ 46.7 ตามลำดับ คือผู้ป่วยยังคงกลับไปดื่มสุราในปริมาณและความถี่เท่ากับก่อนการบำบัด ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถลดการดื่มสุราได้ ก็ยังคงมีพฤติกรรมการกลับไปดื่มเป็นครั้งคราวจนติดซ้ำในที่สุด นอกจากนั้นยังมีผู้ป่วยที่บำบัดไม่ครบตามโปรแกรมคือขาดการรักษาและไม่สามารถติดตามผลได้มากถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่เข้ามารับการบำบัดทั้งหมด ซึ่งจากประสบการณ์การปฏิบัติงานพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีแนวโน้มที่จะกลับไปดื่มและติดสุราซ้ำสูง

จากการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกผู้ป่วยที่ติดสุราจำนวน 19 คนที่เข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมของโรงพยาบาลราชบุรีครบ 4 เดือนและยังไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้ พบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวในการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยคือ ความเครียด ทั้งความเครียดทั่วไป เช่น เรื่องการทำงาน เรื่องครอบครัว และความเครียดที่ต้องหยุดดื่มสุรา เพราะผู้ป่วยมีอาการของการขาดสุรา (withdrawal symptoms) เช่น มือสั่น หงุดหงิด นอนไม่หลับ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะทนกับอาการดังกล่าวไม่ได้จึงหันกลับไปดื่มสุราอีก การอยู่ใกล้ชิดกับตัวกระตุ้นคือมีสุราหรือเบียร์อยู่ในบ้านหรือสามารถหาซื้อได้ง่าย มีผู้ที่ยังดื่มสุราอยู่ในบ้านและรอบบ้าน ทำให้เกิดอาการอยากและเมื่อควบคุมตัวเองไม่ได้ก็จะกลับไปดื่มในที่สุด ผู้ป่วยบางส่วนไม่มีแรงจูงใจที่จะเลิกดื่มตั้งแต่เริ่มต้นบำบัด เพราะคิดว่าดื่มมานานแล้วก็ไม่มีผลเสียอะไร และถ้าหยุดดื่มจะทำให้ทำงานไม่ไหว อีกทั้งการหยุดดื่มสุราทำให้ต้องแยกจากกลุ่มเพื่อนทำให้รู้สึกเหงาและเบื่อ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกมลรัตน์ จิตติชัยโรจน์ (2547) ที่พบว่าสาเหตุของความล้มเหลวในการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยที่เข้ามารับการบำบัดคือ การขาดแรงผลักดันและแรงจูงใจภายใน สังคมรอบข้างเป็นอุปสรรคต่อการเลิกดื่มสุรา ครอบครัวไม่ให้การช่วยเหลือในเรื่องการเลิกดื่มสุรา และสุนทร ศรีโกสย (2550) ที่พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้คือ ไม่สามารถทนความทุกข์ทรมานกับความไม่สุขสบายของอาการขาดสุราได้ ไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ใช้วิธีเผชิญปัญหา

ทางอารมณ์ด้วยการดื่มสุรา มีอุปสรรคทางสังคม ประเพณี ค่านิยม จะเห็นได้ว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกดื่มสุรานั้น ส่วนหนึ่งมาจากตัวของผู้ป่วยเอง และอีกส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากครอบครัวและสิ่งแวดล้อม

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ติดสุราแบบผู้ป่วยนอกพบว่าการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา มีทั้งการบำบัดด้วยยา (Pharmacotherapy) และจิตสังคมบำบัด (Psychosocial intervention) เช่น การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing and Motivational enhancement therapy) ความคิดและพฤติกรรมบำบัด (Cognitive behavioral therapy) การฟื้นฟูทางจิตวิญญาณโดยหลักการ 12 ขั้นตอน หรือหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ (Spirituality Rehabilitation, Twelve Steps Facilitation) กลุ่มบำบัด (Group psychotherapy) กลุ่มครอบครัว (Family group therapy) และกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self help group) (Moo, 2007; Sadock & Sadock, 2003; Heather & Stockwell, 2004; Halgin & Whitbourne, 2000; พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, 2549) จากรูปแบบการบำบัดที่หลากหลายนี้ ผู้บำบัดจึงต้องพิจารณาบริบทต่างๆ พร้อมทั้งข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ก่อนที่จะเลือกใช้แนวทางการบำบัดใดกับผู้ป่วยบริการของตน โดยต้องพิจารณาทั้งประสิทธิภาพของโปรแกรม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปฏิบัติจริง

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าโปรแกรมการบำบัดที่ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model) โดยใช้วิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational enhancement) ซึ่งเป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบโดยใช้การสัมภาษณ์และการให้การปรึกษาแบบบุคคล เพื่อแก้ไขความลังเลใจของผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Miller, 1995) ได้ผลดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะเวลา 3 เดือนถึง 12 เดือนหลังการบำบัดไม่แตกต่างจากวิธีการบำบัดมาตรฐานอื่นๆ เช่น ความคิดและพฤติกรรมบำบัด (Cognitive Behavior Therapy) หรือ การบำบัดโดยใช้หลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation) (Project MATCH Research Group, 1998; Sellman, Sullivan, Dore, Adamson & MacEwan, 2001) จากผลการศึกษาของกลุ่มนักวิจัยของโครงการเอ็มเอทีซีเอส (Project MATCH Research Group, 1998) พบว่าวิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 4 ครั้ง มีประสิทธิผลในกลุ่มผู้ติดสุราที่มีปัญหาทางอารมณ์และมีพฤติกรรมต่อต้าน สามารถเพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราได้ถึงร้อยละ 76.4 ขณะที่การบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรมบำบัดจำนวน 12 ครั้ง และการบำบัดโดยใช้หลัก 12 ขั้นตอน 12 ครั้ง ให้ผลในการเพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราได้ประมาณร้อยละ 66.0 และจากผลการติดตามที่ระยะเวลา 3 ปีหลังการบำบัด พบว่าการบำบัดทั้ง 3 วิธีมีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยลดการดื่มสุราลงได้

ใกล้เคียงกัน แต่การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีอัตราของการอยู่ครบบำบัดตามโปรแกรมสูงกว่าคือร้อยละ 82 ขณะที่การบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรมบำบัดมีผู้ป่วยอยู่ครบโปรแกรมร้อยละ 69 และการบำบัดโดยใช้หลักการ 12 ขั้นตอนมีผู้ป่วยอยู่ครบโปรแกรมร้อยละ 63

ผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ไขปัญหาทางคลินิกที่พบในหน่วยงานคือ ปัญหาผู้ป่วยติดสุราที่เข้ามารับการบำบัดรักษาไม่มีแรงจูงใจในการเริ่มต้นหยุดดื่มสุรา การกลับไปดื่มสุราในขณะที่อยู่ระหว่างการบำบัด และไม่สามารถหยุดหรือเลิกดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 45 กลับไปดื่มสุราซ้ำภายใน 4 เดือน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ซึ่งเป็นการบำบัดทางจิตสังคมในระยะเริ่มแรก หลังจากผู้ป่วยได้ผ่านการรักษาปัญหาทางร่างกายและทางจิตใจทั้งแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกแล้ว ทั้งนี้เพราะพบว่าผู้ติดสุราส่วนใหญ่ยังมีความลังเลใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา และไม่มีแรงจูงใจมากพอที่จะเริ่มต้นหยุดดื่ม ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการกระตุ้นให้มีความตั้งใจ และเสริมแรงจูงใจที่เพียงพอ (ทิพาวดี เอมวรรณะ, 2548) ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนเฉพาะงานวิจัยหรือแนวปฏิบัติที่ใช้แนวคิดของ Transtheoretical Model หรือ Stages of change (Prochaska, Diclemente & Norcross, 1982) ในการประเมินผู้ป่วย และกำหนดรูปแบบของการบำบัดตามขั้นตอนของพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป โดยใช้วิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) ซึ่งเป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่พยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างอิสระ เป็นการบำบัดที่ใช้จำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัดน้อยกว่าการบำบัดรูปแบบอื่นๆ ซึ่งเหมาะสมกับบริบทของการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทั่วไป อีกทั้งจะส่งผลให้ประหยัดค่าใช้จ่ายสำหรับหน่วยงานด้วย และมีผลการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศสนับสนุนว่าการบำบัดรูปแบบนี้มีประสิทธิภาพ ในการช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้ อีกทั้งเป็นรูปแบบการบำบัดที่ให้ความสำคัญกับครอบครัวของผู้ป่วยโดยให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษา ซึ่งครอบครัวจะมีส่วนส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

ประเด็นปัญหาหลักในการศึกษา (Main Issues)

การบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะการติดสุราที่มีเป้าหมายสำคัญคือการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกหรือลดการดื่มสุราได้ จากการปฏิบัติที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะการติดสุราที่เข้ามารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยวิธีการปฏิบัติเดิมคือการบำบัดด้วยยาและการให้คำแนะนำแบบสั้นๆ ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหยุดหรือเลิกดื่มสุราได้ จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่าปัจจัยทั้งภายนอกและภายในที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้ ปัจจัยภายนอก (External factors) ได้แก่ ครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม ที่เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราและไม่ได้ช่วย

ส่งเสริมการเลิกดื่ม ปัจจัยภายใน (Internal factors) ได้แก่ ความคิดความเชื่อที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยมักคิดว่าตนเองไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้ ยังคาดหวังผลทางบวกจากการดื่มสุรา และไม่สามารถทนกับอาการถอนสุราได้ มีอารมณ์ทางลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล โดยไม่มีวิธีการจัดการอื่นนอกจากการดื่มสุรา และยังมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ซึ่งพบว่าผู้ติดสุราส่วนใหญ่ขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความลังเลใจที่จะตัดสินใจลดหรือเลิกดื่มสุรา การที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้นั้นทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวของผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคม และหน่วยงานที่ให้การบำบัดรักษา ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนารูปแบบการบำบัดทางด้านจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับปัญหาและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยบำบัด ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาเลือกที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) แบบผู้ป่วยนอก เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง โดยที่การบำบัดรูปแบบนี้ใช้จำนวนครั้งในการบำบัดน้อยกว่าการบำบัดรูปแบบอื่นๆแต่มีประสิทธิผลใกล้เคียงกัน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Purposes of the Study)

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยติดสุรา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefits/ Outcomes)

1. พยาบาลที่ทำหน้าที่ให้การบำบัดผู้ป่วยติดสุรามีแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับใช้กับผู้ป่วยที่เข้ามารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่เป็นรูปแบบเดียวกัน
2. หน่วยงานและโรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งจะช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
3. ผู้ป่วยและญาติได้รับความพึงพอใจจากบริการบำบัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรม แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (Review of Conceptual/ Theories)

การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาวิธีการหรือแนวทางการปฏิบัติในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยติดสุราสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราได้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในประเด็น ดังต่อไปนี้

1. ความหมายของการติดสุรา
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดสุรา
3. โทษและผลกระทบจากการดื่มสุรา
4. การบำบัดผู้ติดสุรา
5. รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change)
6. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) ในผู้ติดสุรา

ความหมายของการติดสุรา

การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะการติดสุรา (Alcohol Dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะการติดสารเสพติด (Substance dependence) ของ DSM – IV- TR (American Psychiatric Association, 2000) ได้แก่

บุคคลมีรูปแบบของการใช้สารเสพติดที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออกอย่างน้อย 3 อาการหรือมากกว่า ในเวลาใดก็ตามในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ดังนี้

1. มีระดับความทนทานต่อการเสพสารเสพติด (tolerance) ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1.1 มีความต้องการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้เกิดอาการมึนเมา (intoxication) หรือผลอื่นที่ต้องการ

1.2 ได้รับผลของการใช้สารเสพติดนั้นลดลงอย่างมาก หากคงการเสพสารเสพติดนั้นในขนาดเท่าเดิม

2. มีอาการขาดสารเสพติด (Withdrawal) ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

2.1 มีอาการขาดสารเสพติดที่เป็นลักษณะจำเพาะจากการหยุดสารเสพติดนั้น

(ให้ดูจากเกณฑ์ Criteria A และ B ของเกณฑ์อาการ Withdrawal ตามชนิดของสารเสพติดนั้นๆ) เกณฑ์ของอาการขาดแอลกอฮอล์ (Alcohol withdrawal) มีดังต่อไปนี้ (American Psychiatric Association, 2000)

2.1.1 A: มีการหยุด (หรือลดการดื่ม) แอลกอฮอล์หลังจากการใช้อย่างมากและต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน

2.1.2 B: มีอาการดังต่อไปนี้ 2 ข้อ หรือมากกว่า เกิดขึ้นภายในไม่กี่ชั่วโมงจนถึงสองหรือสามวัน หลังจากเกณฑ์ในข้อ 2.1.1

2.1.2.1 ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ (เช่น เหงื่อออกหรือ ชีพจรมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที)

2.1.2.2 มือสั่นมากขึ้น

2.1.2.3 นอนไม่หลับ

2.1.2.4 คลื่นไส้ หรือ อาเจียน

2.1.2.5 มีอาการประสาทหลอนทางการมองเห็น การได้ยิน หรือการสัมผัส หรือมองเห็นภาพผิดจากความเป็นจริง ชั่วคราว

2.1.2.6 กระวนกระวาย กระสับกระส่าย

2.1.2.7 วิดกกังวล

2.1.2.8 ชักทั้งตัว (Grand Mal Seizure)

2.2 การใช้สารเสพติดชนิดเดียวกัน (หรือสารใกล้เคียง) สามารถลดหรือกำจัดการขาดสารเสพติดได้

3. มีการใช้สารเสพติดนั้นในปริมาณที่มากกว่า หรือระยะเวลาานกว่าที่ตั้งใจไว้

4. มีความต้องการใช้สารเสพติดอยู่ตลอด ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการใช้สารเสพติดนั้นได้

5. ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อให้ได้สารเสพติดนั้นมาเสพหรือใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติด

6. กิจกรรมที่สำคัญต่างๆ เช่น งานสังคมที่สำคัญ การประกอบอาชีพ หรือกิจกรรมเกี่ยวกับการพักผ่อนลดลง เนื่องจากใช้เวลาไปกับการเสพยาเสพติด

7. ยังคงใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง แม้จะทราบว่ามีโอกาสก่อหรือกระตุ้นให้เกิดปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจ (เช่น ยังคงใช้โคเคนแม้ทราบว่าโคเคนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า หรือยังคงดื่มสุราแม้ทราบว่าดื่มสุราทำให้อาการของแผลในกระเพาะอาหารแย่ลง)

ระบุชนิด (Specify) ของการติดสุรา

: Alcohol Dependence with Physiological Dependence มีหลักฐานการเสพติดทางด้านร่างกาย คือมีภาวะ tolerance หรือภาวะ withdrawal

: Alcohol Dependence without Physiological Dependence ไม่มีหลักฐานของการเสพติดทางด้านร่างกาย คือไม่มีภาวะทนยา (tolerance) หรือภาวะถอนยา (withdrawal)

ระบุชนิดของการดำเนินโรค (Course Specifiers)

Full or partial remission เป็นการพิจารณาในประเด็นการหายจากโรค ว่าหายเป็นปกติหรือหายเป็นบางส่วน ได้แก่

: full remission คือการหายจากโรคโดยลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยไม่เข้ากับข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งของ dependence หรือ abuse เลย ส่วน partial remission คือการหายจากโรคบางส่วน ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยอาจยังเข้าได้กับข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งของ dependence หรือ abuse แต่ไม่ครบข้อบ่งชี้ของ dependence

: Early or sustained remission เป็นการพิจารณาในประเด็นระยะเวลาที่หายจากโรคว่าเพิ่งหายหรือหายมานานแล้ว ได้แก่ early remission คือหายมาได้นานตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 12 เดือน ส่วน sustained remission คือหายมาได้นานตั้งแต่ 12 เดือนขึ้นไป

: On agonist therapy หมายถึง ผู้ป่วยกำลังได้รับยาชดเชยอยู่ด้วย

: In a controlled environment หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ควบคุม เช่น ชุมชนบำบัด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพ เรือนจำ เป็นต้น

และการวินิจฉัยภาวะการติดสุราซึ่งอยู่ในกลุ่มของการติดสาร (Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use) ICD – 10 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)

คือ การเสพยาบ่อยๆ ทำให้เกิดผลรวมต่อพฤติกรรม การรับรู้และการเรียนรู้ ผลทางร่างกายทำให้ต้องการเสพไปเรื่อยๆ ยากที่จะควบคุมการเสพ ยังคงเสพทั้งๆ ที่รู้ว่ามีอันตราย คิดถึงการเสพสารก่อนที่จะทำกิจกรรมอื่นๆ หรือทำหน้าที่ของตน ต้องเพิ่มขนาดของสารขึ้นเรื่อยๆ เมื่อหยุดเสพก็จะมีอาการทางร่างกาย อาการติดสารอาจจะแสดงลักษณะเฉพาะตัวของสารเสพติดหรือกลุ่มของสารเสพติดนั้นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทหรือฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาแตกต่างกัน

สรุป กลุ่มผู้ป่วยที่ผู้ศึกษาให้ความสนใจและวางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาด้านคลินิกในครั้งนี้คือกลุ่มของผู้ป่วยที่มีภาวะการติดสุรา (Alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM – IV- TR หรือ ICD - 10

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดสุรา

ความนิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ส่งผลให้มีผู้ติดสุราเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และการที่บุคคลติดสุรานั้นไม่ได้มีสาเหตุมาจากตัวบุคคลเพียงด้านเดียว บริบทของบุคคล ครอบครัว สังคม และวัฒนธรรม ล้วนมีอิทธิพลต่อการติดสุราของบุคคลทั้งสิ้น

ทฤษฎีของการติดสุรา (Theories of alcohol dependence) นักทฤษฎีและนักวิจัยที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ติดสุราได้อธิบายการติดสุราในรูปแบบของชีว-จิต-สังคม (biopsychosocial model) ไว้ดังนี้ (Zucker & Gomberg, 1986 cited in Halgin and Whitebourne, 2000)

1. แนวคิดทางชีวภาพ (Biological Perspective)

ปัจจัยทางชีววิทยา (biological factor) ที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่เสพติดสุราตามชีวภาพมี 2 ปัจจัย คือ

1.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (genetics) มีหลักฐานเชิงประจักษ์จากการวิจัยสนับสนุนว่า ปัจจัยด้านพันธุกรรมเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการติดสุรา (Suhuckit, 2006; Sadock & Sadock, 2003) มีผลการวิจัยทางครอบครัวพบว่า อัตราการติดสุราในบิดา มารดา พี่ น้อง และบุตรของผู้ที่เสพติดสุราจะสูงกว่าคนทั่วไปถึง 3-5 เท่า ผลการวิจัยในฝาแฝด พบว่าฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งติดสุราอีกคนหนึ่งก็จะมีโอกาสติดสุราได้ถึงร้อยละ 50 – 60 และในแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบจะมีอัตราการเสพติดสุราเหมือนหรือใกล้เคียงกับอัตราในพี่น้อง (Higuchi, Matsushita & Kashima, 2006; Reich et al., 1988 cited in Halgin and Whitebourne, 2000) รวมทั้งมีผลการวิจัยในมนุษย์มีการค้นพบความผิดปกติของยีนส์ซึ่งทำหน้าที่เป็นแม่พิมพ์ทางพันธุกรรม จึงเป็นหลักฐานสนับสนุนว่าพฤติกรรมการเสพติดสุราอาจมีผลมาจากปัจจัยในเรื่องของยีนส์ด้วย (Higuchi, Matsushita & Kashima, 2006; Reich et al, 1998; Begleiter et al, 1998 cited in Halgin & Whitbourne, 2000)

1.2 ปัจจัยด้านชีวเคมี (Biochemical factors) Mechanism of action alcohol ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ สารสื่อประสาทหลายตัวในสมองและมีผลต่อ specific receptors ต่างๆ (Johnson, Koob, Schuckit, Mason, & Ait-Daoud, 2006; Sadock & Sadock, 2003; Halgin, & Whitebourne, 2000) ซึ่งผลของแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท ดังนี้

2.1.1 Gamma aminobutyric acid (GABA) เป็นสารสื่อประสาทที่มีบทบาทในการลดการทำงานของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ ความวิตกกังวลซึ่งปกติสารนี้จะหลั่งออกมาในขณะที่บุคคลมีจิตใจสงบหรือเวลาที่ออกกำลังกาย แอลกอฮอล์ทำให้ GABA หลั่งออกมามากทำให้ผู้ดื่มมีความรู้สึกมีความสุข ผ่อนคลาย ช่วยในการนอนหลับ (Heinz, Wilwer, & Mann, 2003)

2.1.2 Dopamine แอลกอฮอล์กระตุ้นให้มีการหลั่ง Dopamine เพิ่มขึ้น ในบริเวณที่เป็น Reward system ใน Ventral tegmental area ทำให้ผู้ดื่มสุราเกิดความสุข ความพึงพอใจ จึงต้องการดื่มซ้ำๆ จนเกิดการติดในที่สุด (Heinz, et al., 2003)

2.1.3 Opioids พบว่าแอลกอฮอล์เพิ่มการหลั่งของ endogenous opioids ในร่างกาย ทำให้ผู้ดื่มรู้สึกพึงพอใจ อารมณ์ดี (euphoria) แต่เมื่อขาดสุรา จะทำให้รู้สึกอารมณ์ไม่มีความสุข กระวนกระวายจนต้องแสวงหาสุรามาดื่มอีก (พงศธร เนตราคม, 2549)

2.1.4 Serotonin แอลกอฮอล์กระตุ้นให้มีการหลั่ง Serotonin เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ดื่มรู้สึกเป็นสุข อารมณ์ดี ในผู้ป่วยที่ติดสุราเรื้อรังจะพบระดับของ Serotonin ในน้ำไขสันหลังลดลง ทำให้มีอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยจึงต้องดื่มสุราเพื่อลดความรู้สึกดังกล่าว (พิชัย แสงชาญชัย, 2544; พงศธร เนตราคม, 2549)

จากการศึกษาผู้ป่วยเสพติดสุราพบว่ามีระดับของ dopamine serotonin และ endorphine ต่ำใน nucleus accumbens และ ventral tegmental area และมี GABA ต่ำใน ventral tegmental area ทั้งนี้เพราะฤทธิ์ของสุราทำให้สารสื่อประสาทหลายตัวในสมองส่วนบริเวณ mesolimbic system ลดลงซึ่งสมองส่วนนี้มี hypothalamus อันเป็นศูนย์กลางควบคุมการดื่ม ความรู้สึกทางเพศ ความพึงพอใจ และความอิ่ม สำหรับกลไกการออกฤทธิ์ของสุรา เมื่อมีการดื่มสุราเข้าไปในร่างกายระดับของ แอลกอฮอล์ในกระแสเลือดจะสูงขึ้นอย่างรวดเร็วหลังจากดื่มทันที โดยในช่วง 20 นาทีแรกของการ ดื่มจะทำให้มีการหลั่ง dopamine และ serotonin ภายในสมองมากขึ้น ทำให้แสดงอาการของความ สนุกสนาน ครึกครื้น (mild euphoria) ซึ่งเป็นฤทธิ์ในการกระตุ้นของแอลกอฮอล์ในช่วงแรกๆ และเป็น reward effect ที่เป็นตัวการสำคัญทำให้เกิดความอยากและความต้องการจะดื่มต่อไปอีกเรื่อยๆ ในระยะต่อมา เมื่อระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดเริ่มลดลงจากเดิมจะมีผล negative reinforcement ทำให้อารมณ์ไม่ค่อยเป็นสุข (dysphoria) และเมื่อผู้ป่วยหยุดดื่มแอลกอฮอล์อย่างกระทันหัน ระบบต่างๆของสมองจะทำงานเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะระบบประสาทอัตโนมัติ (Sympathetic autonomic nervous system) เกิดเป็นกลุ่มอาการถอนแอลกอฮอล์ เช่น อาการมือสั่น เหงื่อออกมาก วิดกกังวล คลื่นไส้อาเจียน ประสาทหลอน อาจมีอาการชักเกร็งกระตุก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องกลับไปดื่มสุราซ้ำอีก (Saunders, 2004; กรมสุขภาพจิต, 2547; พิชัย แสงชาญชัย, 2544)

2. แนวคิดทางจิตวิทยา (Psychological Perspective)

ในด้านพฤติกรรมศาสตร์มองว่าการติดสุราเป็นผลมาจากระบบการเรียนรู้แบบ การวางเงื่อนไข (classical conditioning) ที่ทำให้เกิดอาการอยาก (craving) และการกลับไปดื่มสุรา ซ้ำ (Brien, Childress, Ehrman, & Robbins, 1998 cited in Halgin & Whitebourne, 2000) อย่างไรก็ตาม นักทฤษฎีและนักวิจัยเชื่อว่าการติดสุรานี้เกิดจากปัจจัยด้านจิตวิทยาหลายอย่าง รูปแบบหนึ่ง

ที่นิยมนำมาอธิบายการติดสุราได้แก่ Expectency model ซึ่งมาจากแนวคิด Cognitive-behavior และ social learning perspective ซึ่ง Dimeff & Marlatt (1998) ได้อธิบายว่าผู้ที่ติดสุรามักจะมีความคาดหวังทางบวกต่อผลของสุราในลักษณะของการได้รับการเสริมแรง (reinforcement) และการเรียนรู้ทางสังคม (social learning) อีกแนวคิดหนึ่งที่พบว่ามีความสำคัญกับการใช้สารเสพติดคือ Self-efficacy expectancies (Halgin & Whitbourne, 2000; Marlatt & Gordon, 1985) คือความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญหน้า ซึ่งถูกกำหนดจากประสบการณ์ในอดีตและการประเมินสภาพปัญหาเปรียบเทียบกับความสามารถของตน Self-efficacy จะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลนั้นจะใช้ coping skill อย่างเหมาะสมหรือไม่ และ Self-efficacy มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลผ่านทางความคิด แรงจูงใจ และอารมณ์ (cognition, motivation and emotion) และบุคคลที่มีระดับของ Self-efficacy ต่ำจะสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดและมีแนวโน้มของการกลับไปเสพติดซ้ำสูง อีกทั้งบุคลิกภาพของผู้ที่เสพติดสุราเองมักจะเป็นบุคคลที่มีลักษณะการปรับตัวไม่ได้ทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ มีภาวะพึ่งพา ไม่สามารถต่อสู้กับความผิดหวัง รู้สึกบาป รู้สึกไร้ค่า และใช้สุราเป็นหนทางในการลดความเครียดจากจิตใจได้นานนักนี้ (ปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542) ดังนั้นจึงพบสาเหตุหนึ่งของการเสพติดสุราว่าดื่มเพื่อลดความเครียดในการทำงาน หรือการดำรงชีวิตประจำวัน หรือต้องการลดภาวะทางอารมณ์ที่ไม่สามารถทนทานได้ เช่น ความก้าวร้าว ความรู้สึกซึมเศร้า และเพื่อทำให้เกิดความกล้า เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง อีกทั้งการขาดความรู้สึกลึกซึ้งในครอบครัวจากสภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม ขาดความรักความเข้าใจต่อกันในครอบครัว (สมภพ เรืองตระกูล, 2546)

3. แนวคิดทางสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural Perspective)

ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมนับว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุรา จากความเชื่อที่ว่า การดื่มสุราเกิดจากสภาพสิ่งแวดล้อม แรงกดดันจากสังคม การเลี้ยงดูในครอบครัว วัฒนธรรม เชื้อชาติ ศาสนา การไม่มีงานประจำทำ ความยากจน ความขัดแย้งของกลุ่มสามัคคี ภรรยาในครอบครัว บุคคลที่ดื่มสุรามักจะอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีสมาชิกในครอบครัว หรือกลุ่มเพื่อนดื่มสุราและมีทัศนคติที่ดีต่อการดื่มสุรา นอกจากนี้คือการอยู่ในแหล่งที่มีสุราจำหน่าย และสามารถหาซื้อได้ง่าย ซึ่งจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ของเบเกอร์และชัตเตอร์แลนด์ (Becker & Shuterland, 1998 อ้างใน ปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542) พบว่า การเสพติดและการติดสุรา มีผลมาจากประสบการณ์ทางสังคมที่เคยได้รับมาก่อน ส่วนทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement theory) Dimeff & Marlatt (1998) อธิบายถึงเหตุผลของการเสพติดสุราว่ามีผลมาจากแรงเสริมทางบวก คือการได้ประโยชน์จากการเสพติดสุรา ครอบครัว เพื่อนและสื่อมวลชน เช่น

ภาพยนตร์หรือโฆษณาต่างๆ ที่จะช่วยเสริมให้เกิดความคิดที่ว่า การเสพยาเป็นสิ่งที่ทำให้พวกเขา รู้สึกว่าได้รับการยอมรับ และได้รับความสนใจจากบุคคลอื่น

สรุป สรุปได้ว่าการติดสุราของบุคคลนั้น มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (multifactorial etiology) ได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ คือเรื่องของพันธุกรรม โดยมีผลการวิจัยพบว่าอัตราการติดสุราในบิดา มารดา ที่ น้อย และบุตรของผู้ที่เสพยาติดสุราจะสูงกว่าคนทั่วไปถึง 3-5 เท่า และฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งติดสุราอีกคนหนึ่งก็จะมีโอกาสติดสุราได้ถึงร้อยละ 50 – 60 รวมทั้งฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของสุราที่มีผลต่อสมอง โดยเฉพาะบริเวณ mesolimbic system ซึ่งเกี่ยวข้องกับ positive reinforcement จากสารเสพติดโดยตรง สุราจะทำให้มีการหลั่งสาร dopamine serotonin และ endogenous opioids ภายในสมองเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ดื่มเกิดความรู้สึกสนุกสนาน ครึกครื้น (mild euphoria) ซึ่งเป็น reward effect ทำให้เกิดความอยากและความต้องการจะดื่มต่อไปอีกเรื่อย ๆ และเมื่อผู้ป่วยหยุดดื่มสุราอย่างกะทันหัน ระบบประสาทอัตโนมัติจะทำงานเพิ่มมากขึ้น เกิดเป็นกลุ่มอาการถอนสุรา เช่น อาการสั่น เหงื่อออกมาก วิดกกังวล ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยต้องกลับไปดื่มสุราซ้ำอีก ปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น ลักษณะบุคลิกภาพที่เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด เช่น บุคลิกภาพแบบพึ่งพิง บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม วิธีการแก้ไขปัญหาก็ไม่เหมาะสม คือการใช้สุราในการแก้ไขปัญหา ด้านอารมณ์ โรคและความเจ็บป่วยทางจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยใช้สุราเพื่อระงับอาการทางจิตของตนเอง หรืออาการทางจิตทำให้ผู้ป่วยติดสุราเพราะไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และปัจจัยเสี่ยงทางสังคม และครอบครัว ได้แก่ การเลียนแบบจากบุคคลในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน การที่สังคมยอมรับการดื่มสุรา และความง่ายในการเข้าถึงสุรา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้บุคคลดื่มสุรา แต่หลังจากดื่มไประยะหนึ่งผลของสุราต่อสมองและกระบวนการเรียนรู้ในช่วงของการดื่มสุราจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนพฤติกรรมจากการดื่มเป็นครั้งคราวไปสู่การติดสุราในที่สุด

โทษและผลกระทบจากการดื่มสุรา

การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลได้สร้างความสูญเสียให้กับตัวผู้ดื่มเอง ครอบครัวและสังคมส่วนรวม ทั้งทางตรงและทางอ้อม องค์การอนามัยโลกรายงานว่าร้อยละ 5 ของการตายและความพิการทั่วโลกเกิดจากการบริโภคแอลกอฮอล์ ซึ่งความสูญเสียนี้มากกว่ายาเสพติดอื่นถึง 5 เท่า นักวิชาการได้ศึกษาและรายงานเรื่องโทษและผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ไว้ ดังนี้ (Saunders, 2004 อ้างใน อินทรา ปัทมินทร และรัชฎ์ลักษณ์ แก้วเมือง, 2547)

1. ผลกระทบต่อตัวผู้ดื่ม

1.1 ผลกระทบจากการดื่มมากหรือการหยุดดื่มทันที

ภาวะเมาแอลกอฮอล์หรือพิษของแอลกอฮอล์ (Alcohol intoxication) อาการและ

อาการแสดงขึ้นอยู่กับระดับของแอลกอฮอล์ในเลือด ดังนี้ ระดับแอลกอฮอล์ 20 – 99 mg% ผู้ดื่มจะเริ่มเสียการทรงตัว อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง 100 - 199 mg% เริ่มมีอาการทางประสาทวิทยา การตอบสนองช้าลง ระบบกล้ามเนื้อทำงานไม่สัมพันธ์กัน มีอาการแสดงทางจิตใจและอารมณ์ 200 - 299 mg% จะมีอาการเมาอย่างชัดเจน สมองส่วนการเคลื่อนไหวถูกกด เดินเซอย่างมาก 300 - 399 mg% มีภาวะสับสนหรือเริ่มซึม 400 - 499 mg% ความรู้สึกตัวลดลง อาจถึงขั้นโคม่า ถ้าระดับแอลกอฮอล์ในเลือดมากกว่า 500 mg% จะเกิดการหายใจ และกดการเต้นของหัวใจ ผู้ป่วยมักเสียชีวิต (พงศธร เนตราคม, 2549; พิชัย แสงชาญชัย, 2549)

อาการขาดสุรา (Alcohol withdrawal) ผู้ป่วยที่ดื่มสุราเป็นประจำเมื่อหยุดดื่มจะมีอาการแสดงอาจเกิดได้ตั้งแต่ 6 – 8 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้าย โดยผู้ป่วยมักมีอาการ เหงื่อออกมาก ชีพจรเร็ว มือสั่น นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน ร้อนวูบวาบที่ใบหน้า หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง อาจมีอาการทางจิต ประสาทหลอนมักเป็นประสาทหลอนทางตา ทางการได้ยิน หรือทางประสาทสัมผัสผิวหนัง อาจรู้สึกว่ามีแมลงจำนวนมากมาไต่ตามตัว อาการมักเป็นรุนแรงในวันที่ 2 และจะดีขึ้นในวันที่ 4 หรือ 5 ภายหลังต่อมาผู้ป่วยอาจมีอาการวิตกกังวล นอนไม่หลับและความผิดปกติของประสาทอัตโนมัติต่อไปอีกนาน 3 – 6 เดือน ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะมีอาการที่รุนแรงเรียกว่า Alcohol withdrawal delirium หรือ delirium tremens โดยมีอาการดังต่อไปนี้ คือ สั่นมาก การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมากกว่าปกติ เพื่อ สับสนไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล (disorientation) วงจรการนอนผิดปกติ อาจเกิดอาการทางจิต ผู้ป่วยอาจมีอาการชักแบบเกร็งกระตุก (Tonic – clonic fits) ซึ่งมักเกิดภายใน 12 – 24 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้าย (พิชัย แสงชาญชัย, 2549)

1.2 ผลกระทบทางร่างกายที่เกิดจากการดื่มสุรา

สุรามีผลกระทบต่อสุขภาพในระบบต่างๆ ของร่างกายหลายระบบ โดยมีผลทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง (Saunders, 2004 อ้างใน อินทิรา ปัทมินทร และรัชฎ์ลักษณ์ แก้วเมือง, 2547; กรมสุขภาพจิต, 2547) ระบบที่สำคัญของร่างกายซึ่งได้รับผลกระทบจากการดื่มสุรา ได้แก่

ระบบประสาท แอลกอฮอล์มีฤทธิ์เป็นสารกดประสาท มีผลต่อสมองโดยผ่านทางสารสื่อประสาทหลายประเภท ทำให้ผู้ดื่มมีพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป โดยในช่วงเริ่มต้นที่ดื่ม จะมีอาการสนุกสนานร่าเริง จนกระทั่งแสดงอาการเมาให้เห็น คือ สูญเสียการทรงตัว เดินเซ มีอาการสับสน ความคิดและการตัดสินใจผิดพลาด กล้ามเนื้อทำงานไม่สัมพันธ์กันเพราะสมองส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหวถูกกด มึนงง ง่วงซึม และเมื่อดื่มในปริมาณมากอาจทำให้เกิดอาการหมดสติหรือเสียชีวิตได้ แอลกอฮอล์มีพิษโดยตรงต่อเซลล์สมอง ทำให้สมองเสื่อม ในผู้ติดสุราพบว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสมอง ทำให้ช่องน้ำในสมองโตขึ้น มีการสูญเสียเซลล์ประสาท ซึ่งจะมีผลต่อการเสื่อมทางจิตหลายประการ ผู้ป่วยมักมีปัญหาเรื่องบุคลิกภาพเปลี่ยนไป โรคเส้นเลือดใน

สมองหลายประเภทมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการบริโภคแอลกอฮอล์ที่ก่อให้เกิดอันตราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื่มในปริมาณมาก ๆ ในคราวเดียวกัน (กรมสุขภาพจิต, 2547)

ระบบทางเดินอาหาร โรคตับที่เกิดจากแอลกอฮอล์ เป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญในประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ การเกิดพยาธิสภาพในตับจากแอลกอฮอล์ มี 3 รูปแบบหลักๆ ได้แก่ การมีไขมันสะสมในตับ ตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ และโรคตับแข็ง และแอลกอฮอล์ยังมีส่วนต่อการดูดซึมของสารอาหารโดยเฉพาะวิตามินและกรดโปรตีนต่างๆ ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการและขาดวิตามิน โดยเฉพาะวิตามินบี (Saunders, 2004; กรมสุขภาพจิต, 2547)

ระบบหัวใจและหลอดเลือด การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งมีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น อาการของหัวใจล้มเหลว นอนราบไม่ได้ มีอาการบวมที่เท้า และหัวใจเต้นผิดจังหวะ จะเกิดขึ้นในระหว่างการได้รับพิษของแอลกอฮอล์และการขาดแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจเกิดจากการดื่มในปริมาณมากในโอกาสพิเศษ (Saunders, 2004; กรมสุขภาพจิต, 2547)

ระบบเมตาบอลิซึมและต่อมไร้ท่อ (Metabolism และ Endocrine glands) แอลกอฮอล์สามารถทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือมีอาการของเบาหวานได้ เนื่องจากการทำลายเซลล์ของตับอ่อนที่ทำหน้าที่ในการสร้างอินซูลิน และทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดต่ำได้ถ้าดื่มติดต่อกันโดยไม่รับประทานอาหาร 2-3 วัน ทำให้ผู้ที่ดื่มสุราเกิดอาการอ่อนเพลีย หิว เหงื่อออก เป็นลม หมดสติ และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต มีโอกาสเกิดโรคที่เกิดจากการผลิตกลูโคคอร์ติคอยด์มากเกินไป ผู้ป่วยจะมีอาการบวมที่บริเวณใบหน้า อ้วน และความดันโลหิตสูง (Alcoholic pseudo-Cushing's syndrome) นอกจากนี้ยังทำให้เกิดโรคข้ออักเสบที่เรียกว่า โรคเก๊าท์ โดยเฉพาะในคนที่มียาระดับของกรดยูริกในเลือดสูงกว่าปกติ โดยมีการอักเสบ บวมแดง และปวดที่นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้าง และตามข้ออื่นๆของร่างกาย (กรมสุขภาพจิต, 2547)

1.3 ผลกระทบทางจิตประสาทเนื่องจากการดื่มสุรา

ความบกพร่องทางสติปัญญา รวมทั้งการเคลื่อนไหว จะเกิดขึ้นหลังจากการดื่มในแต่ละครั้ง ซึ่งขึ้นอยู่กับปริมาณการดื่มในครั้งนั้นๆ ด้วย สมองของผู้ป่วยที่ติดสุรามาเป็นระยะเวลานาน จะถูกทำลาย ทำให้เกิดความบกพร่องด้านความจำ ซึ่งรูปแบบที่รุนแรงที่สุดคือ Korsakoff syndrome มีความสัมพันธ์กับการขาดไธอามีนร่วมกับการได้รับพิษจากแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติที่สมองส่วนหน้า (Frontal lobe syndrome) ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการคิด การวางแผน การจัดระบบความคิด การเข้าใจต่อสภาพแวดล้อม และการฝ่อของสมองน้อย (Cerebella atrophy) ทำให้เกิดการทรงตัวไม่ดี เดินเซ มีอาการมือสั่น (กรมสุขภาพจิต, 2547)

2. ผลกระทบต่อครอบครัว

การดื่มสุรายังเกิดผลกระทบต่อครอบครัวทั้งบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว สุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว ผลจากการที่พ่อหรือแม่ดื่มสุราเป็นประจำ จะทำให้บุตรขาดความอบอุ่น ไม่ได้ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวเท่าที่ควร มีปัญหาครอบครัวแตกแยก (Chabda, 2005) นอกจากนี้การดื่มสุราเป็นประจำ ยังทำให้ผู้ที่ดื่มขาดความรับผิดชอบในครอบครัวและเป็นตัวอย่างในการเลียนแบบพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อโตขึ้น อีกทั้งยังทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ก่อให้เกิดบรรยากาศที่เต็มไปด้วยความไม่มั่นคง ซึ่งครอบครัวที่ใช้สุรามีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัวมากกว่าครอบครัวที่ไม่ได้ใช้สุราถึง 3.84 เท่า (รัชชัย คงสกันษ์ และ นฤมล โพธิ์แจ่ม, 2550) ผู้ดื่มสุราเป็นประจำจะต้องเสียเงินในการซื้อสุรามาดื่ม ทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว และเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นคนในครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลซึ่งส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้

3. ผลกระทบต่อสังคม

การดื่มสุราก่อให้เกิดอุบัติเหตุจราจร ปัญหาอาชญากรรม การทารุณกรรมทางเพศ และเมื่อเมาสุราก็จะมีการฝ่าฝืนกฎหมายในรูปแบบต่างๆ และยังก่อให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจ โดยผู้ดื่มสุราเองมักมีปัญหาความก้าวร้าวในอาชีพการงาน นักดื่มหลายรายพบปัญหาเศรษฐกิจ ขาดรายได้ และผลกระทบต่อเศรษฐกิจส่วนรวม คือการสูญเสียผลผลิต ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และค่าเสียหายรวมรายจ่ายของรัฐจากอาชญากรรมและความรุนแรงที่มีสาเหตุจากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นจำนวนหลายล้านบาทต่อปี (จุริย์ อุสาหะ และเสริมชัย จุฬาสรีกุล, 2548)

สรุป สรุปได้ว่าการการดื่มสุราของบุคคลนั้น มีผลกระทบตามมาทั้งต่อตัวของผู้ดื่มเอง คือผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ผลจากการดื่มสุราในปริมาณมาก (Intoxication) ผลจากการหยุดดื่มสุราทำให้เกิดอาการถอนสุรา (Alcohol withdrawal) เกิดความเจ็บป่วยขึ้นในระบบต่างๆ ของร่างกาย ที่สำคัญ คือระบบประสาทสมอง ระบบทางเดินอาหาร ระบบหัวใจและหลอดเลือด ในด้านจิตใจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เนื่องจากสุรามีผลโดยตรงต่อสมอง ผู้ที่ติดสุรามักจะไม่สามารถดำเนินชีวิตและปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนเดิม นอกจากนั้นยังมีผลกระทบต่อบุคคลอื่นๆ เริ่มตั้งแต่บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ไปจนถึงชุมชนและสังคมโดยรวม และพบว่า การดื่มสุราเป็นสาเหตุของความรุนแรงต่างในสังคมทั้งอุบัติเหตุ การทำร้ายร่างกายและทรัพย์สิน รวมทั้งการล่วงละเมิดทางเพศในรูปแบบต่างๆ

การบำบัดผู้ติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุราจากแหล่งวิชาการต่างๆ พบว่าการบำบัดผู้ติดสุรานั้นมีขั้นตอนและรูปแบบการบำบัดที่หลากหลาย ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ขั้นตอนของการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ (Treatment and Rehabilitation)

การบำบัดรักษาผู้ติดสุรามีขั้นตอนที่สำคัญ ดังนี้ (Sadock & Sadock, 2003)

1.1 การประเมินและการวินิจฉัย (Assessment and Diagnosed)

1.2 การรักษาอาการพิษของสุรา (Detoxification)

1.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)

2. รูปแบบการบำบัดรักษา การบำบัดผู้ติดสุรามีรูปแบบหลัก ดังต่อไปนี้

2.1 การบำบัดทางยา (Pharmacotherapy) เพื่อใช้รักษาผู้ป่วยที่ติดสุรา ซึ่งสามารถสรุปตามกลไกการออกฤทธิ์ของยาได้ ดังนี้ (Halgin & Whitbourne, 2000; Heather & Stockwell, 2004; Sadock & Sadock, 2003)

2.1.1 ยาที่ช่วยลดอาการอยากดื่มสุรา (Anticraving drug) ได้แก่ Naltrexone เป็นยาตัวแรกที่ถูกนำมาใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1994 เป็นยาที่มีบทบาทสำคัญในการรักษาผู้ติดสุราในช่วงของการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพราะช่วยลดอาการอยากดื่มสุราและลดความรู้สึกเป็นสุขจากการดื่มสุรา กลไกการออกฤทธิ์คือ Naltrexone เป็นยาในกลุ่ม Opioid antagonist ซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของ Endogenous opioid โดยจะไปแย่งจับกับ opioid receptors ในสมอง ทำให้เปลี่ยนแปลง reinforcing ของสุรา จึงช่วยลดความอยากดื่มสุราลง

Acamprosate หรือ calcium acetylhomotaurinate เป็นอนุพันธ์ของกรดอะมิโน มีผลต่อระบบสารสื่อประสาททั้ง GABA และ glutamate โดยนักวิจัยเชื่อว่าการออกฤทธิ์ต่อระบบของสารสื่อประสาท glutamate เป็นกลไกหลักของยาในการรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์

2.1.2 ยาที่ทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์เมื่อไปดื่มสุรา (Antagonist drug) คือยา Disulfiram เป็นยาเบื่อเหล้าที่ใช้มานาน มีฤทธิ์ขัดขวาง Enzyme aldehyde dehydrogenase (ALDH) เมื่อผู้ป่วยรับประทานยานี้แล้วไปดื่มสุราจะทำให้แอลกอฮอล์ไม่สามารถถูกย่อยได้ตามวงจรปกติ ผู้ป่วยจะเกิดอาการพิษของ aldehyde คือ มีอาการปวดศีรษะ หน้าแดง มีอาการร้อนวูบวาบที่ผิวหนัง บริเวณใบหน้า แขนขา และหน้าอก ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น หายใจขัด มึนงงวิงเวียนศีรษะ ตาพร่ามัว สับสน ส่วนใหญ่อารมณ์จะคงอยู่ประมาณ 30 นาที มักหายเองได้ แต่บางรายอาจมีอาการรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ภายในช่วง 2 สัปดาห์หลังหยุดรับประทานยา ถ้าผู้ป่วยไปดื่มสุราอาจยังมีปฏิกิริยาเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยที่ได้ประโยชน์จากยานี้คือ

ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษา

2.1.3 ยาที่ลดอาการถอนสุรา (Withdrawal) ยาตัวแรกที่ถูกนำมาใช้คือยาในกลุ่ม Benzodiazepines ได้แก่ diazepam หรือ chlordiazepoxide สำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ที่เป็นโรคตับควรใช้ยาที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้น และไม่ย่อยสลายโดยตรงที่ตับ ได้แก่ lorazepam ยากลุ่มนี้ช่วยลดอาการ withdrawal และป้องกันการเกิด delirium tremens

2.1.4 ยากลุ่มต้านอารมณ์ซึมเศร้า (Antidepressants) เช่น ยา Trazadone และ Fluoxetine เพื่อช่วยควบคุมและลดการดื่มสุรา เป็นยาที่ให้ผลระยะสั้นแต่ได้ผลดีในผู้ที่ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (comorbid depressive disorders) ผลการวิจัยพบว่ายาต้านอารมณ์เศร้าในกลุ่ม selective serotoninreuptake inhibitors (SSRIs) มีบทบาทในการลดอาการอยากดื่มสุราหรือลดการดื่มสุราลงได้

2.2 การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Treatment) จากผลการศึกษาพบว่า การบำบัดทางจิตสังคมที่นำมาใช้ในผู้ป่วยสุรา มีดังต่อไปนี้ (Moos, 2007; Heather & Stockwell, 2004; Phukao, Saunders & Varghese, 2003; Sadock & Sadock, 2003; Halgin & Whitbourne, 2000; พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, 2549)

2.1.1 การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing and Motivational Enhancement Therapy)

2.1.2 การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด-พฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy)

2.1.3 การบำบัดตามหลักการ 12 ขั้นตอน (Twelve step facilitation)

2.1.4 การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention)

2.1.5 การบำบัดเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา (Relapse prevention)

2.1.6 การบำบัดแบบสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy)

2.1.7 การบำบัดครอบครัว (Family/ Marital therapy)

2.1.8 พฤติกรรมสังคมและเครือข่ายบำบัด (Social behavior and network therapy)

สรุปผลจากการศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Treatment) ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รายงานว่ามีประสิทธิภาพสำหรับการบำบัดผู้ติดสุราแบบผู้ป่วยนอก มี 3 รูปแบบหลัก (Moos, 2007; Heather & Stockwell, 2004; Phukao, Saunders & Varghese, 2003; Sadock & Sadock, 2003; Halgin & Whitbourne, 2000; พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2549) ได้แก่

1. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) เป็นการบำบัดโดยใช้วิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational enhancement) ที่มุ่งเน้นกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง เป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบโดยใช้พื้นฐานจิตวิทยาการจูงใจ (Motivational psychology) และแนวทางการให้การปรึกษารายบุคคลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ในการแก้ไขความลังเลใจของผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Miller, 1995) โดยแบ่งระยะของการบำบัดออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะ Building Motivation for Change ระยะ Commitment strengthening และระยะ Follow through ใช้การบำบัด 4 sessions คือในสัปดาห์ที่ 1, 2, 6 และ 12 (Miller, Zweben, DiClemente & Rychtarik, 1992)

2. การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด-พฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy) เป็นการบำบัดที่เน้นการฝึกความชำนาญในการเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ประกอบไปด้วย การรู้เท่าทันและโต้แย้งความคิดที่ไม่เหมาะสม (cognitive errors) การปรับเปลี่ยนแนวคิดที่ตนเองมีต่อการเสพติด (cognitive reframe) การให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับกระบวนการกลับไปติดแอลกอฮอล์ซ้ำ (Relapse process) การป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปติดซ้ำ (Relapse prevention) การเรียนรู้และหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่เราให้เกิดอาการอยากดื่มแอลกอฮอล์ (Triggers) การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มและเสพติดซ้ำ (high risk situation) การฝึกทักษะต่างๆที่จำเป็นต่อการเลิกแอลกอฮอล์ ทักษะทางสังคม โดยใช้กลวิธีการฝึกสอนทั้งทักษะด้านความคิด และพฤติกรรม เช่น ทักษะการโต้แย้งความคิดที่ไม่เหมาะสม ทักษะการจัดการกับอาการอยากดื่ม ทักษะการจัดการกับอารมณ์ทางลบ ทักษะการผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น และสิ่งสำคัญคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยวิถีชีวิตที่สมดุล (balanced daily life-style) เพื่อเอื้อต่อการเลิกแอลกอฮอล์ (Moos, 2007; Heather & Stockwell, 2004; Phukao, Saunders & Varghese, 2003; Kadden, Carroll, Donovan, Cooney, Monti, Abrams, et al., 1992)

3. การบำบัดโดยใช้หลัก 12 ขั้นตอน (Twelve step Facilitation) เป็นการบำบัดเพื่อเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาไปตามหลัก 12 ขั้นตอน ตามหลักการ Twelve steps Concept ซึ่งอาศัยปัจจัยด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) เข้ามารับบำบัดรักษาผู้ติดสุรา หลัก 12 ขั้นตอนเป็นแนวคิดของการพัฒนาทางจิตวิญญาณตนเองเพื่อเอาชนะการติดแอลกอฮอล์ที่ตนเองประสบอยู่ เป้าหมายเพื่อให้เกิดความสงบสุขทางจิตวิญญาณ (Sobriety) โดยบทบาทของผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจหลักการ 12 ขั้นตอน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาด้านตนเอง โดยสรุปคือผู้ป่วยต้องยอมรับก่อนว่าตนเองไม่สามารถแก้ปัญหาติดสุราของตน (Powerlessness) และการติดสุราทำให้ชีวิตของตนเองยุ่งจนควบคุมไม่ได้ (Unmanageable) ให้ศรัทธาต่อพลังอำนาจที่อยู่เหนือตนเอง (Higher power) ซึ่งอาจเป็นพระเจ้าหรือ

อะไรก็ได้ที่บุคคลนั้นมีความศรัทธาเพื่อให้อะไรสักอย่างช่วยเหลือในการเลิกสุรา ผู้ติดสุราต้องกลับมาองและยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง และสิ่งที่ได้กระทำไม่ดีต่อบุคคลอื่น พยายามปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น เมื่อสามารถแก้ไขปัญหของตนเองได้ก็ให้ช่วยเหลือผู้อื่นต่อไป ผู้บำบัดจะส่งเสริมให้ผู้ติดสุราเข้าร่วมกลุ่มผู้ติดสุราในนาม (Alcoholics Anonymous: AA) ในชุมชน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ติดสุราที่มีลักษณะช่วยเหลือกันเอง (Self - Help group) โดยสมาชิกช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่มีผู้เชี่ยวชาญในการดำเนินงาน แต่มักใช้บุคคลที่เคยติดสุราและประสบความสำเร็จในการเลิกดื่มเป็นผู้นำกลุ่ม (Miller & Rollnick, 2002; Nowinski, Baker & Carroll, 1992)

สรุป สรุปได้ว่าการบำบัดผู้ติดสุรานั้นมีรูปแบบการบำบัดหลักอยู่ 2 รูปแบบ คือการบำบัดโดยใช้ยา (Pharmacological Treatment) เพื่อแก้ไขปัญหาด้านทางพยาธิวิทยาของภาวะการติดสุรา โดยฤทธิ์ของยาจะช่วยลดอาการอยากดื่มสุรา ทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์เมื่อไปดื่มสุรา ลดและป้องกันอาการถอนพิษสุรา รวมทั้งลดภาวะซึมเศร้าซึ่งเกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา และอีกรูปแบบหนึ่งคือการบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Treatment) ซึ่งมีทั้งการบำบัดเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม รวมทั้งการบำบัดที่มุ่งเน้นไปที่ครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย และมีข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า รูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิผลสำหรับการรักษาผู้ติดสุราแบบผู้ป่วยนอกเป็นรายบุคคลมี 3 รูปแบบหลัก ได้แก่ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรม และการบำบัดโดยใช้หลักการ 12 ขั้นตอน

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาด้านทางคลินิกในครั้งนี้ ผู้ศึกษาสนใจที่จะใช้รูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) ซึ่งมีผลการวิจัยพบว่าเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ติดสุรา (Sellman, Sullivan, Dore, Adamson, & MacEwan, 2001) โดยใช้จำนวนครั้งของการบำบัดเพียง 4 ครั้ง ภายในเวลา 12 สัปดาห์ และพบว่ามีประสิทธิผลไม่แตกต่างจากการบำบัดด้วยวิธีอื่น เช่น การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมหรือ การบำบัดโดยใช้หลัก 12 ขั้นตอน ซึ่งใช้จำนวนครั้งมากกว่าคือ 12 ครั้ง (UKATT Research Team, 2005; Project MATCH Research Group, 1998) รวมทั้งเป็นรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและสามารถนำไปใช้ได้จริง

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนี้ เป็นการบำบัดที่เน้นการสร้างความแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยใช้องค์ความรู้ในเรื่องขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) ของ Prochaska & Diclemente ในการอธิบายพฤติกรรมการดื่มหรือติดสุราของผู้ป่วย และให้การบำบัดตามระดับความพร้อมและความตั้งใจของผู้ป่วยรวมทั้งการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด เพื่อช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดและช่วยในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราได้ (Miller, 1995) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model หรือ Stages of Change)

เป็นทฤษฎีที่ Prochaska ได้เริ่มพัฒนาขึ้นในปี 1985 โดยบูรณาการแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาและหลักการสำคัญของรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อนำมาอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยเชื่อว่าคนไม่เหมือนกันดังนั้นจึงไม่สามารถใช้ทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียวมาอธิบายพฤติกรรม หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ทั้งหมด ต่อมาทฤษฎีที่สำคัญอีก 2 คน ได้แก่ DiClemente และ Norcross ได้ร่วมกันพัฒนาทฤษฎีเพื่อนำมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จนกระทั่งเป็นที่แพร่หลายในเวลาต่อมา (พิชัย แสงชาญชัย, 2549)

ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎี

1. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่สามารถอธิบายได้โดยทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียว
2. พฤติกรรมของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงแบบเป็นขั้นตอน
3. การจัดกิจกรรมเพื่อช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ควรจัดให้ตอบสนองต่อความต้องการของบุคคลในแต่ละขั้นของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง

หลักการของทฤษฎี

หลักการของทฤษฎี จะเน้นการตัดสินใจของบุคคลที่ตั้งใจจะเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งจะต่างจากแนวคิดหรือทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ที่จะเน้นอิทธิพลทางสังคม หรืออิทธิพลทางชีววิทยาที่มีผลต่อพฤติกรรม ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change) ของ Prochaska & DiClemente อธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตั้งแต่ขั้นที่ไม่ใส่ใจไม่ตระหนักในปัญหาจนถึงขั้นที่ลงมือเปลี่ยนแปลงแก้ไข ไปสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง ตามทฤษฎี Stage of change ผู้ให้การบำบัดต้องวิเคราะห์ให้ได้ว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผู้บำบัดควรมีการตอบสนองที่เหมาะสมในขั้นตอนนั้นๆ จะทำให้ผู้ป่วยยับยั้งไปสู่ขั้นตอนถัดไปได้ จนไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างคงทนถาวร

Core Concepts ของทฤษฎี ได้แก่

1. ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change)
2. กระบวนการของการเปลี่ยนแปลง (Processes of change)
3. การชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ (Decisional balance)
4. การรับรู้ความสามารถในตน (Self-efficacy)

Stages of Change

ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง ที่เป็นโครงสร้างหลักของทฤษฎีมี 5 ขั้นตอน (Prochaska, & Norcross, 2003) ดังนี้

1. Pre-contemplation ขั้นไม่สนใจปัญหาหรือขั้นก่อนซังใจ คือการไม่มีความตั้งใจหรือความคิดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นขั้นที่บุคคลยังไม่รู้ว่าพฤติกรรมนั้นเป็นปัญหา หรือไม่สนใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
2. Contemplation ขั้นลังเลใจหรือขั้นซังใจ เป็นขั้นที่บุคคลเริ่มมีความตั้งใจหรือความคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เริ่มตระหนักว่าพฤติกรรมนั้นเป็นปัญหา และคิดว่าจะเปลี่ยนแต่ยังไม่พร้อม และไม่มีแผนที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะเวลาอันใกล้
3. Preparation ขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว เป็นขั้นที่บุคคลมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และตั้งใจว่าจะลงมือปฏิบัติเร็ว ๆ นี้มีการวางแผน หาข้อมูล ขอคำปรึกษา และเริ่มลงมือกระทำ พฤติกรรมบางอย่างแล้วแต่ยังไม่อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม
4. Action ขั้นลงมือปฏิบัติ คือการที่มีการปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมที่เหมาะสมไปแล้ว ระยะเวลาหนึ่ง เป็นขั้นที่บุคคลได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกในการดำเนินชีวิตที่ผ่านมาแต่ยังไม่ถึง 6 เดือน โดยต้องบรรลุตามเกณฑ์ที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าเหมาะสมที่จะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงได้
5. Maintenance ขั้นกระทำต่อเนื่องหรือขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม เป็นขั้นที่บุคคลกระทำพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน โดยยังคงมีการป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมเดิม แม้จะไม่เข้มงวดเท่ากับที่อยู่ในขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) เพราะในขั้นกระทำต่อเนื่องนี้ สิ่งที่จะกระตุ้นให้กลับไปทำพฤติกรรมเดิมมีอิทธิพลน้อยลง ในขณะที่บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น ที่จะดำรงพฤติกรรมใหม่ให้คงอยู่ต่อไป

Processes of Change

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือกิจกรรมทั้งภายในและภายนอกที่บุคคลใช้ เพื่อให้ตนสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้ผ่านขั้น (stage) นั้นๆ ได้

Decision Balance

การชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ หมายถึงการที่บุคคลชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดี (Pros) และข้อเสีย (Cons) ในการทำพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสามารถตัดสินใจได้

Self – efficacy

การรับรู้ความสามารถในตน หมายถึงการที่บุคคลมีความเชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์หรือพฤติกรรมที่ต้องการ ถ้าบุคคลมีการรับรู้ว่าเขามีความสามารถจัดการกับสถานการณ์บางอย่างได้ เขาก็จะสามารถเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงได้

โดยไม่กลับไปมีพฤติกรรมเดิม เพราะถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนอยู่ในระดับสูง สิ่งล่อใจต่าง ๆ ก็จะมีอิทธิพลน้อย ในทางกลับกันหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ สิ่งล่อใจต่าง ๆ ก็จะมีอิทธิพลสูงขึ้น (Prochaska, & Norcross, 2003)

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET)

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนี้ใช้พื้นฐานของการบำบัดที่เรียกว่าการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) คิดค้นขึ้นมาโดย Miller ในปี 1983 (Miller & Rollnick, 2002) และพัฒนาเป็นเครื่องมือการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ในโครงการวิจัย Project MATCH ของ National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) โดย Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik ในปี ค.ศ. 1992 (Project MATCH Research Group, 1997) Motivational Enhancement Therapy เป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบบนพื้นฐานของจิตวิทยาการสร้างแรงจูงใจ (Motivational Psychology) และใช้องค์ความรู้ในเรื่องขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) ของ Prochaska & DiClemente เป็นการบำบัดที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยไม่เน้นการสอนและฝึกทักษะต่างๆให้กับผู้ป่วย การบำบัดนี้มีแนวคิดพื้นฐานว่า ถ้าผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงแล้วผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมได้ด้วยตัวเอง (Miller, 1995) การบำบัดใช้เวลาครั้งละ 45 – 50 นาที จำนวน 4 ครั้ง ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยให้การบำบัดในสัปดาห์ที่ 1, 2, 6 และ 12 และเปิดโอกาสให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดเพื่อในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงมากยิ่งขึ้น

องค์ประกอบของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีดังต่อไปนี้

1. การประเมินระดับของแรงจูงใจ จากองค์ความรู้ของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ผู้บำบัดควรประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วยให้ได้ว่าอยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผู้บำบัดควรมีการตอบสนองที่เหมาะสมในขั้นตอนนั้นๆ (stage match intervention) จะทำให้ผู้ป่วยพัฒนาไปสู่ขั้นตอนถัดไป ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดและการตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด (Prochaska, et al., 1995) มีดังนี้

1.1 ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre – contemplation) ผู้ป่วยไม่คิดว่าตนเองมีปัญหาจากการใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด และคิดว่าตนเองควบคุมการเสพได้ จะหยุดเมื่อไรก็ได้ขึ้นอยู่กับความต้องการของตนเอง รู้สึกชื่นชอบในความสุขที่ได้รับจากแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด ไม่คิดว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ มองไม่เห็นผลเสียที่เกิดขึ้น ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องหยุดโดยเด็ดขาดหรือควบคุม

การดื่ม มักโทษบุคคลรอบข้างหรือโทษสิ่งแวดล้อมว่าเป็นสาเหตุทำให้ตนเองเครียด จึงต้องไปใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด (Prochaska, et al., 1992)

การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัดคือ การประเมินสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย แบบแผนและปริมาณการดื่มสุรา เพื่อนำมาให้อาหารสะท้อนกลับ (Feedback) ให้ผู้ป่วยทราบว่าปัญหาสุขภาพอย่างไร มีการติดสุราในระดับไหน และการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (Information) เกี่ยวกับสุขภาพ และผลกระทบต่อสุขภาพ โดยให้อาหารผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา เน้นข้อเท็จจริง เป็นเหตุเป็นผล เป็นกลาง ไม่ชี้นำ กรอบงา หรืออุให้กลัว (Miller, 1995)

1.2 ขั้นลังเลใจ (Contemplation) ในขั้นนี้ผู้ป่วยมักประสบกับผลกระทบทางลบจากการใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดบ้างแล้ว แต่อาจจะไม่รุนแรงมากนัก เช่น มีปัญหาสุขภาพ ถูกจับกุม มีปัญหากับญาติ ผู้บังคับบัญชาตักเตือน เป็นต้น แต่ยังไม่ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงแก้ไข ผู้ป่วยยังเห็นว่าแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดมีคุณมากกว่าโทษ (Prochaska, et al., 1992)

การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัดคือ การพูดคุยถึงข้อดีและข้อเสีย (Pros and Cons) ของการใช้และการเลิกใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด โดยปกติผู้บำบัดมักเห็นข้อเสียของการเสพ และข้อดีของการเลิกเสพแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด ส่วนผู้ป่วยมักจะเห็นข้อดีของการใช้และข้อเสียของการเลิกใช้ แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด ดังนั้นผู้บำบัดควรเป็นกลางและเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบทั้ง 4 ประเด็น โดยผู้บำบัดมีหน้าที่แสดงความห่วงใยต่อสุขภาพของผู้ป่วย ไม่คุกคามหรือทำทนาย ให้เกียรติผู้ป่วย รับฟังความคิดเห็น ไม่ตัดสินผิดถูก อาจให้อาหารที่ถูกต้องไปด้วย (Miller, 1995)

1.3 ขั้นตัดสินใจหยุดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด อย่างจริงจัง (Determination) ในขั้นนี้ผู้ป่วยมักประสบกับโทษภัยของแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดที่รุนแรง หรือตระหนักถึงปัญหาจากการใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด และต้องการเลิกเสพ (Prochaska, et al., 1992)

การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัดคือ การให้ทางเลือกในการเลิกแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด (Menu) ไม่ควรมีทางเลือกมากเกินไปจนสับสนหรือน้อยเกินไปจนเหมือนถูกบังคับ ผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยเลือกได้อย่างอิสระ (freedom of choice) เน้นความรับผิดชอบในการเลือกของผู้ป่วยเอง (Responsibility) และส่งเสริมศักยภาพในการทำ (Self – efficacy) ของผู้ป่วย (Miller, 1995)

1.4 ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ในขั้นนี้ผู้ป่วยกำลังลงมือหยุดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด แต่ยังไม่สำเร็จ ระยะเวลาที่อยู่ในช่วง 6 เดือนแรก ผู้ป่วยได้พยายามทำตามวิถีทางที่ตนเองได้เลือก เพื่อให้เลิกแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดได้ ผู้ป่วยอาจกระทำไม่ได้ไม่สม่ำเสมอในบางช่วง (Prochaska, et al., 1992)

การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัดคือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำตามวิธีที่ตนเองเลือกได้อย่างต่อเนื่อง (Compliance or Adherence) ความเข้าใจในวิธีการ ความชำนาญในการกระทำ ให้ความหวัง และกำลังใจ ช่วยจัดอุปสรรคที่อาจทำให้กระทำไม่ได้ต่อเนื่อง (Miller, 1995)

1.5 ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) ในขั้นนี้ผู้ป่วยมักเลิกแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดมาได้ประมาณ 6 เดือน อารมณ์ ความคิด ค่อนข้างมั่นคง กระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกได้อย่างต่อเนื่อง มีความมั่นใจว่าตนเองเลิกแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดได้

การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัดคือ การป้องกันการกลับไปใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดซ้ำ (Relapse Prevention) การมีวิถีชีวิตที่สมดุล มีคุณค่า การออกกำลังกาย การบริหารเวลา การผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพตนเอง การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ การควบคุมสิ่งเร้าที่ทำให้หายากยา การหมั่นสังเกตสัญญาณเตือนที่สื่อถึงการกลับไปติดซ้ำ เป็นต้น

1.6 การกลับไปมีปัญหาล้ำ (Relapse) ในขั้นนี้ผู้ป่วยเริ่มต้นจากการนำพาตนเองเข้าไปสู่สถานการณ์ที่เสี่ยง การปล่อยให้ตนเองมีความประมาททางอารมณ์และจิตใจ การไม่สามารถจัดการกับอาการอยากยา ความประมาทเลินเล่อ การปล่อยให้กลับไปใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดซ้ำ ปฏิกริยาทางจิตใจที่ตามหลังจากการปล่อยให้ไปใช้ เช่น รู้สึกผิด ซ้ำเติมตนเอง ปฏิเสธความจริง เป็นต้น จนกระทั่งควบคุมการใช้ไม่ได้ กลับไปมีปัญหาดิแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดอีก (Prochaska, et al., 1992)

การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัดคือ การดึงผู้ป่วยให้กลับไปสู่หนทางของการหยุดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด ให้เร็วที่สุด (Recovery Process) การประคับประคอง การให้กำลังใจ การยอมรับความอ่อนแอของตนเอง การสารภาพผิด มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา การสรุปบทเรียน การมุ่งมั่นในการเลิกแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดต่อไป (Miller, 1995)

2. พื้นฐานของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Basic Motivational Principles)

การบำบัดแบบ Motivational Enhancement Therapy เริ่มต้นจากสมมติฐานที่ว่า ความรับผิดชอบและศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงมีอยู่ภายในตัวของผู้ป่วย ผู้บำบัดมีหน้าที่เสริมสร้างแรงจูงใจและทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลง โดยใช้หลักการพื้นฐาน 5 วิธี (Miller, & Rollnick, 2002) ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

2.1 Express Empathy คือการแสดงความเห็นอกเห็นใจ ผู้บำบัดจะใช้การสื่อสารที่แสดงถึงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้ป่วย โดยการหลีกเลี่ยงการสื่อสารที่ทำให้เกิดความเลื่อมล้ำต่ำสูงระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกอย่างอิสระ และกำหนดทิศทางเป้าหมายของตนเอง โดยในกระบวนการแต่ละขั้นตอน ผู้ป่วยเท่านั้นที่จะเป็นผู้ตัดสินใจ (Miller & Rollnick, 2002)

2.2 Develop discrepancy คือการทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างสถานการณ์ในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากเป็น แรงจูงใจของการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้น ต่อเมื่อผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เขาเป็นอยู่ กับสิ่งที่เขาต้องการจะเป็น กระบวนการของการบำบัดคือการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจ เอาใจใส่กับความรู้สึกนี้ การพูดคุยถึงผลลัพธ์ที่เกิดตามหลังจากการดื่ม การทำให้ผู้ป่วยได้ข้อมูลเหล่านี้อย่างเหมาะสม ก็จะกระตุ้นให้เกิดภาวะวิกฤต จนกระทั่งผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง (Miller, & Rollnick, 2002)

2.3 Avoid Argumentation คือการหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง ในระหว่างการบำบัดผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจ สับสน ผู้ป่วยอาจใช้กลไกการป้องกันตัวเองที่ทำให้ตนรู้สึกไม่สบายใจน้อยลง และไม่ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม บางครั้งอาจมีความรู้สึกต่อต้านว่าผู้บำบัดไม่เข้าใจตนเองอย่างแท้จริง แนวทางการบำบัดรูปแบบนี้จะหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง ไม่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยยอมรับการวินิจฉัยของผู้บำบัด แต่ควรใช้วิธีการทำให้ผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์และโทษที่เกิดขึ้นตามหลังการดื่ม และในขณะเดียวกันให้เห็นผลดีของการดื่มน้อยลง (Miller, & Rollnick, 2002)

2.4 Roll with Resistant เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อต้าน ผู้บำบัดไม่ควรปล่อยให้ความรู้สึกต่อต้านนั้นดำเนินต่อไป แต่ควรยอมรับความรู้สึกต่อต้านนั้น และดำเนินการบำบัดต่อไปโดยมีเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้บำบัดอาจจะเสนอแนวทางใหม่ในการคิดเกี่ยวกับปัญหา แต่ไม่ใช่เป็นการบังคับให้เชื่อหรือปฏิบัติตาม การสรุปเนื้อหาต่างๆ ควรมาจากคำพูดของผู้ป่วยเอง

2.5 Support Self-efficacy การส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วย โดยปกติผู้ป่วยจะยังไม่ทำการเปลี่ยนแปลงจนกว่าจะรู้สึกว่ามีความหวังที่จะทำได้สำเร็จ ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีศักยภาพคือ ความรู้สึกว่าคุณมีความสามารถที่จะทำให้สำเร็จได้ ซึ่งในสถานการณ์เช่นนี้หน้าที่ของผู้บำบัดคือ การชักชวนและชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ และถ้าผู้ป่วยทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม ก็จะมีผลในการลดปัญหาต่างๆ ที่เกิดตามมาหลังจากการดื่ม โดยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนมีความหวังและมองโลกในด้านบวก (Miller, & Rollnick, 2002)

ระยะของการบำบัด (Phase of Therapy) รูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจะแบ่งการบำบัดออกเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Building Motivation for Change)

ระยะแรกของการบำบัด ให้ความสำคัญกับการสร้างให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา (Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1992) เพราะผู้ป่วยแต่ละคนจะมีระดับของความตั้งใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกัน บางคนมีความพร้อมที่จะรักษาและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทันที บางคนยังไม่ต้องการที่จะเลิกดื่มสุราแต่มาปรึกษาเพราะ

ครอบครัว นายจ้าง หรือถูกกฎหมายบังคับรักษา ผู้บำบัดจึงต้องสร้างให้เกิดแรงจูงใจที่เข้มแข็งและมั่นคงที่จะเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการใช้กลยุทธ์ที่สำคัญ 8 ประการ ดังนี้ (Miller, et al., 1992; Miller & Rollnick, 1995; Miller & Rollnick, 2002)

1. การกระตุ้นให้พูดข้อความจูงใจตนเอง (Eliciting Self-Motivational Statement) แนวคิดของจิตวิทยาการจูงใจ (Motivational theory) มุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเป็นไปในแนวทางของทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (Self – perception theory) จากคำกล่าวที่ว่า “เมื่อฉันได้ยินสิ่งที่ฉันบอกกับตัวเอง ฉันเรียนรู้ในสิ่งที่ฉันเชื่อ” (As I hear myself talk, I learn what I believe) ผู้บำบัดจะใช้วิธีการเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความที่จูงใจตนเองออกมา (Self Motivational Statement) โดยวิธีการของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) (Miller & Rollnick, 1995; Miller & Rollnick, 2002) โดยมีวิธีการหรือกลยุทธ์ที่สำคัญ ได้แก่

1.1 กลยุทธ์การใช้คำถาม (Evocative questions) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความจูงใจตนเอง ผู้บำบัดควรเข้าใจว่าผู้ป่วยอาจมีความลังเลใจอยู่บ้างในการตัดสินใจว่าจะเลิกแอลกอฮอล์ดีหรือไม่ แม้ว่าผู้ป่วยจะยังไม่ตระหนักในปัญหาที่ตาม ข้อความจูงใจที่ต้องการให้ผู้ป่วยพูดคือ ข้อความที่แสดงถึงการตระหนักในปัญหาจากการดื่มสุรา (Problem recognition) ข้อความที่แสดงถึงความกังวลกับปัญหาการดื่มหรือการติดสุรา (Concern) ข้อความที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะเลิกดื่มสุรา (Intention to change) และข้อความที่แสดงถึงทัศนคติที่ดีในการเลิกดื่มสุรา (Optimism for change) (Miller & Rollnick, 2002)

1.2 กลยุทธ์การตรวจสอบเหตุผลทั้ง 2 ด้าน (Exploring pros and cons) คือการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบข้อดีและข้อเสียของการดื่มและการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบทุกๆ ด้าน จนกระทั่งผู้ป่วยตัดสินใจได้เองซึ่งจะทำให้แรงจูงใจมั่นคงกว่าการชักจูงจากผู้บำบัดฝ่ายเดียว (Miller & Rollnick, 2002)

1.3 กลยุทธ์การถามเพื่อให้ได้รายละเอียด (Elaboration) เมื่อผู้ป่วยมีโอกาสพูดได้มาก ผู้ป่วยจะพูดข้อความจูงใจตนเองมากขึ้น ผู้บำบัดก็ทำหน้าที่ตั้งคำถาม สะท้อน และสรุปความ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้คิด ได้ฟังข้อความจูงใจของตนเองมากขึ้นเรื่อยๆ แรงจูงใจก็จะมีมากขึ้น (Miller & Rollnick, 2002)

1.4 กลยุทธ์การจินตนาการ (Imagining) โดยผู้บำบัดถามถึงสิ่งที่เลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้น หากผู้ป่วยยังไม่เลิกดื่มแอลกอฮอล์ แล้วจินตนาการสมมติว่าตนเองอยู่ในสภาวะนั้นจะเป็นอย่างไร ผู้ป่วยก็จะถูกเร้าให้เกิดความกังวลใจ ความกังวลใจจะทำให้เกิดแรงจูงใจที่อยากจะเปลี่ยนแปลงแก้ไข (Miller & Rollnick, 2002)

1.5 กลยุทธ์การคาดการณ์ในอนาคต (Looking forward) โดยผู้บำบัดถามถึงความคาดหวังในอนาคต อาจถามว่า อะไรจะดีขึ้นถ้าเลิกดื่มแอลกอฮอล์ สุขภาพจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรถ้าไม่เลิกดื่มแอลกอฮอล์ (Miller & Rollnick, 2002)

1.6 กลยุทธ์มองย้อนกลับไปสู่อดีต (Looking back) โดยให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบช่วงเวลาในอดีตก่อนที่จะดื่มหรือติดแอลกอฮอล์กับปัจจุบันว่ามีอะไรแตกต่างกันบ้าง (Miller & Rollnick, 2002)

1.7 กลยุทธ์สำรวจเป้าหมายในชีวิต (Exploring goals) ผู้บำบัดอาจถามผู้ป่วยว่าอะไรคือสิ่งที่สำคัญมากที่สุดในชีวิต อะไรคือเป้าหมายในชีวิต อะไรเป็นสิ่งที่เขาเป็นห่วง ความเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมายในชีวิตอย่างไร เมื่อผู้ป่วยได้พูดถึงเป้าหมายในชีวิต หรือสิ่งที่มีค่าในชีวิตพร้อมกับการเห็นความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผู้ป่วยก็จะมีแรงจูงใจในการแก้ไขความเจ็บป่วยในปัจจุบันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในชีวิต (Miller & Rollnick, 2002)

1.8 กลยุทธ์ขัดเพื่อให้แย้ง (Paradoxical challenge) โดยผู้บำบัดใช้เหตุผลของจิตใจด้านที่ไม่อยากรักษาต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยโต้แย้งหรือกระตุ้นจิตใจด้านที่อยากรักษาต่อเนื่อง เช่น “ดูเหมือนคุณยังเสียดายความสุขที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์อยู่มาก คงจะเลิกมันยาก” (Miller & Rollnick, 2002)

2. การฟังอย่างเห็นอกเห็นใจ (Listening with Empathy) การยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด ผู้บำบัดควรใช้การสื่อสารที่แสดงถึงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการบำบัดรักษาตามรูปแบบของ Motivational Enhancement Therapy การเข้าใจภาวะของการเสพติดยอมรับที่ผู้ป่วยยังไม่ตระหนักในปัญหา หรือยังมองไม่เห็นข้อเสียของการดื่มสุรา การใช้เทคนิคบำบัดนี้มีประโยชน์คือ (Miller & Rollnick, 2002)

2.1 ช่วยลดการต่อต้านจากผู้ป่วย

2.2 เป็นการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพูดต่อ และสามารถเจาะลึกลงไปในเรื่องนั้นๆ ได้

2.3 ช่วยสร้างสัมพันธภาพการบำบัดที่ดี เป็นการสื่อสารที่แสดงถึงความเข้าใจ

2.4 เป็นการช่วยให้ผู้บำบัดเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะบอกจริงๆ และถูกต้อง

2.5 เป็นตัวช่วยในการเปลี่ยนมุมมองหรือความคิดเห็นของผู้ป่วยที่แสดงออกมา

3. การใช้คำถาม (Questioning) ผู้บำบัดจะใช้คำถามที่มีจุดมุ่งหมายกับผู้ป่วย โดยถามถึงความรู้สึก ความคิด ความตระหนัก และแผนการปฏิบัติ ข้อมูลที่ผู้ป่วยตอบออกมาผู้บำบัดก็จะใช้การตอบสนองด้วยวิธีการต่างๆ คือการสะท้อนความ (empathic reflection) การยืนยันรับรอง (affirmation) และ การเปลี่ยนมุมมองใหม่ (reframing) (Miller & Rollnick, 2002)

4. การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Presenting Personal Feedback) ระยะแรกของการบำบัดจะต้องมีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับจากผลการประเมินผู้ป่วยในด้านต่างๆ ซึ่งอาจจะเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน ข้อมูลที่จะสะท้อนกลับควรเป็นข้อมูลที่ได้มาจากการประเมินแบบมีโครงสร้าง มีผลการประเมินอย่างชัดเจน ขณะที่ให้ข้อมูลผู้บำบัดควรสังเกตผู้ป่วยไปด้วยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้สอบถาม หรือแสดงความคิดเห็นด้วย (Miller & Rollnick, 2002)

5. การยืนยันรับรอง (Affirming the Client) ผู้บำบัดจะใช้โอกาสขณะบำบัดในการยืนยันรับรองในความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย ซึ่งวิธีการนี้มีประโยชน์หลายอย่าง ได้แก่

- 5.1 การทำให้สัมพันธภาพในการบำบัดมีความมั่นคง
- 5.2 ช่วยเสริมสร้างทัศนคติทางบวกและเสริมศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วย
- 5.3 เป็นการเสริมแรง และยืนยันรับรองข้อความจริงใจที่ผู้ป่วยพูดออกมา
- 5.4 สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

6. การจัดการกับการต่อต้าน (Handling Resistance) การต่อต้านจากผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ต้องคำนึงถึงในการบำบัดรูปแบบนี้ การที่ผู้ป่วยแสดงการต่อต้านระหว่างการบำบัดเป็นการพยากรณ์ว่าผลลัพธ์ของการบำบัดจะไม่ดี ลักษณะการต่อต้าน เช่น พูดคัดค้านผู้บำบัด พูดสอดแทรก ถ้อยคำท้าทาย ไม่เห็นด้วย แสดงความเป็นปฏิกิริยาอย่างชัดเจน การพูดออกนอกเรื่อง ไม่ตอบคำถาม ไม่ตั้งใจฟัง การปกป้องตนเองโดยการไม่ยอมรับในปัญหา แก้ว โทษผู้อื่น เป็นต้น (Miller & Rollnick, 2002) เป้าหมายสำคัญคือการหลีกเลี่ยงการเกิดการต่อต้านจากผู้ป่วย เมื่อผู้บำบัดพบว่าตนเองกำลังถูกเถียงกับผู้ป่วย ต้องยอมรับว่ามีปัญหาเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงเป้าหมายการปฏิบัติ คำนึงถึงเป้าหมายที่สำคัญคือต้องการให้ผู้ป่วยพูดข้อความจริงใจตนเอง กลยุทธ์สำหรับผู้บำบัดในการลดแรงต้าน ได้แก่

- 6.1 การสะท้อนกลับในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดออกมา (Simple reflection)
- 6.2 การสะท้อนกลับและขยายความ (Reflection with amplification)
- 6.3 การพูดสะท้อนกลับด้วยข้อความอีกด้านหนึ่ง (Double-Sided Reflection)
- 6.4 เปลี่ยนหรือย้ายจุดสนใจไปเรื่องอื่น (Shifting Focus)
- 6.5 หมุนไปกลับแรงต้าน (Roll with resistance) หรือทำให้กลมกลืน บางครั้งผู้บำบัดอาจหมุนตามแรงต้านไปก่อน แล้วดึงผู้ป่วยกลับมาในจุดที่พอดี

7. การเปลี่ยนมุมมอง (Reframing) เป็นกลยุทธ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เปลี่ยนมุมมองการรับรู้ของตนเองใหม่ หรือให้ความหมายใหม่ กลยุทธ์นี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ หรือเป็นการทำให้ผู้ป่วยมองปัญหาทางบวก โดยบางครั้งอาจจะเป็นลักษณะของการต้องการให้เกิดผลในทางตรงกันข้ามคือ paradoxical effect (Miller & Rollnick, 2002)

8. การสรุปความ (Summarizing) ผู้บำบัดควรใช้การสรุปความในระหว่างการบำบัด หรือเมื่อจบชั่วโมงการบำบัด เป็นการสรุปว่าผู้ป่วยได้พูดอะไรออกมาบ้าง โดยเฉพาะการพูดวนซ้ำ หรือสรุปความคำพูดที่เป็นข้อความจริงของผู้ป่วย อาจสรุปเรื่องการต่อต้าน ความลังเลใจของผู้ป่วยไปด้วย การสรุปความช่วยให้ผู้ป่วยได้ยืนยันข้อความจริงตนเองเป็นครั้งที่ 3 ครั้งแรกจากตัวของผู้ป่วยเอง ครั้งที่ 2 ในช่วงที่ผู้บำบัดสะท้อนกลับ และครั้งที่ 3 จากการสรุปความในช่วงท้าย (Miller & Rollnick, 2002)

ระยะที่ 2 การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญา (Commitment Strengthening)

การบำบัดระยะที่สองนี้ เน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และการสร้างพันธะสัญญาในการเปลี่ยนแปลงคือการทำให้คำมั่นสัญญาที่จะหยุดแอลกอฮอล์มีความหนักแน่น มั่นคง (Miller, et al., 1992)

การบำบัดในระยะที่สอง มีขั้นตอนและวิธีการดังต่อไปนี้ (Miller, et al., 1992; Miller & Rollnick, 1995)

1. Recognizing change readiness ผู้บำบัดตรวจสอบความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อปัญหาของตนเอง ว่าผู้ป่วยยอมรับว่าเป็นปัญหา หรือยังลังเลใจ หรือเห็นว่าเป็นปัญหาอย่างมากต้องการแก้ไขอย่างจริงจัง หากคิดว่าเป็นปัญหา ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ประกาศคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดสนับสนุนให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงแก้ไข เสนอทางเลือกในการแก้ไข เป็นต้น

2. Asking key questions วิธีการหนึ่งที่มีประโยชน์สำหรับการเปลี่ยนการบำบัดจากระยะที่ 1 ไปสู่ระยะที่ 2 คือการสรุปข้อความที่มีความสำคัญ และการใช้คำถามเพื่อสรุปความหมายเหล่านั้น

3. Discussing a plan ในการเปลี่ยนผ่านจากระยะของการเสริมสร้างแรงจูงใจมาสู่ระยะของการทำให้คำมั่นสัญญาหนักแน่นมั่นคง เป็นจุดที่มีความสำคัญ ผู้ป่วยจะต้องเริ่มต้นวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้บำบัดจะสะท้อนกลับและยืนยันรับรองในสิ่งที่เหมาะสม ผู้ป่วยอาจจะเริ่มจุดเปลี่ยนนี้จากการพูดบอกว่าอยากจะเปลี่ยนแปลง หรือถามว่าควรจะทำอย่างไรดี หรือไม่ ผู้บำบัดก็อาจจะเป็นผู้กระตุ้นเอง ด้วยคำถามที่เป็นกุญแจสำคัญ

เป้าหมายสำคัญในการบำบัดระยะนี้คือ พยายามรวบรวมความคิดของผู้ป่วย และในที่สุดก็คือแผนการที่ว่า จะทำอย่างไรดีกับการดื่มสุราในขณะนี้ ผู้บำบัดจะไม่บอกผู้ป่วยว่าควรจะเปลี่ยนแปลงตัวเองอย่างไร หรือสอนทักษะอะไรให้ ข้อความที่ควรสรุปก็คือ “มีคุณเพียงคนเดียวเท่านั้น ที่จะเปลี่ยนวิธีการดื่มสุราของตัวเองได้ มันขึ้นอยู่กับคุณ” คำถามต่อไปก็ควรจะเป็นว่า “คุณคิดว่า คุณจะทำได้อย่างไร” “อะไรที่จะช่วยเหลือคุณได้บ้าง”

4. Communicating Free Choice สิ่งสำคัญตลอดการบำบัดแบบ Motivational Enhancement Therapy ก็คือความรับผิดชอบของผู้ป่วย และอิสระในการเลือก ควรมีการกล่าวถึงเรื่องนี้ ระหว่างการบำบัดในระยะที่ 2 ด้วย

5. Consequences of Action and Inaction ที่สำคัญคือการถามผู้ป่วยถึงการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นถ้าเขายังคงดื่มสุราต่อไป สิ่งที่เขาทำนายจะเป็นอย่างไร อาจจะเขียนรายการเป็นข้อๆ ให้เห็นอย่างชัดเจน เช่นเดียวกับประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับว่ามีอะไรบ้าง ถ้ามีการเปลี่ยนแปลง อาจจะคุยกันในเรื่องที่ผู้ป่วยกลัวในการที่จะเปลี่ยนแปลง จะเกิดผลเสียอะไรบ้างถ้าเลิกดื่มสุรา มีประโยชน์อะไรบ้างถ้ายังคงดื่มสุราต่อไป อาจจะเขียนข้อดี ข้อเสีย เปรียบเทียบกัน

6. Information and Advice ในช่วงนี้ผู้ป่วยอาจถามข้อมูลและความเห็นจากผู้บำบัด สำหรับเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ ผู้บำบัดควรตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมา ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และควรจะถามต่อว่าผู้ป่วยคิดอย่างไรกับข้อมูลที่ผู้บำบัดให้ไป ยอมรับได้หรือไม่ ผู้ป่วยอาจจะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้

7. Abstinence and harm reduction ไม่ใช่ผู้ป่วยทุกคนที่จะเลิกดื่มสุราได้ทั้งหมดในทันที เป้าหมายก็คือการให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเลือก ในการบำบัดแบบ Motivational Enhancement Therapy นี้ ผู้ป่วยจะสร้างตัวเลือกขึ้นมาเอง อย่างน้อยเป้าหมายก็คือช่วยลดการดื่ม ลดความเสี่ยงต่ออันตรายจากการดื่มลง แต่ข้อสำคัญคือห้ามสนับสนุนการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย

8. Handling resistance ใช้หลักการของการลดแรงต้านคือ ผู้บำบัดไม่ควรไปท้าทายความตั้งใจของผู้ป่วย แต่อาจจะใช้เทคนิคการสะท้อนความ หรือการเปลี่ยนมุมมอง หรืออาจจะใช้เทคนิคการพูดในทางตรงกันข้าม

9. The change plan worksheet การบันทึกแผนการเปลี่ยนแปลง ควรใช้ในการบำบัดระยะที่สองนี้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้กำหนดแผนการปฏิบัติอย่างเฉพาะเจาะจง ชัดเจน อาจจะใช้วิธีการจดบันทึกทันทีที่ผู้ป่วยคิดแผนออกมาจากสมองได้ ไม่ควรเริ่มต้นด้วยการเติมคำลงในกระดาษคำถาม ควรจะเป็นความคิดที่ผุดขึ้นมาจากตัวของผู้ป่วยเองในระหว่างที่มีการสนทนากัน

10. Recapitulating ในตอนท้ายของการบำบัดระยะที่สองนี้ เมื่อผู้บำบัดรู้สึกว่าคุณป่วยตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงแน่นอนแล้ว ควรจะมีการสรุปในสิ่งที่ปรากฏออกมา ได้แก่ การกล่าวย้ำถึงเหตุผลในการเลิกดื่มที่พบตั้งแต่การบำบัดระยะแรก รวมทั้งข้อมูลที่ได้ร่วมกันสร้างขึ้นมาระยะที่สอง การเน้นย้ำคำพูดที่เป็นข้อความจริงใจของผู้ป่วยเอง ใช้การบันทึกเป็นแนวทางในการเปลี่ยนแปลง

11. Asking for Commitment หลังจากได้สรุปไปแล้ว ให้พยายามนำผู้ป่วยเข้าสู่การยืนยันที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองอย่างเป็นทางการ สิ่งสำคัญก็คือการให้ผู้ป่วยยืนยันด้วยคำพูดว่าจะทำ

ตามขั้นตอนที่ได้วางแผนไว้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการ

ระยะ ที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow Though)

ในช่วงโม่งบำบัดที่ 3 และ 4 คือสัปดาห์ที่ 6 และ 12 การบำบัดในระยะนี้จะเน้นที่การตรวจสอบแรงจูงใจ การเสริมแรงซ้ำ และการย้ำคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง โดยมีกระบวนการ ดังนี้

Reviewing Progress เริ่มต้นด้วยการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยพบกับผู้บำบัดครั้งสุดท้าย พูดคุยถึงความตั้งใจและแผนการเปลี่ยนแปลงที่ได้ทำไปแล้ว และลงลึกในเรื่องความก้าวหน้า ผู้บำบัดใช้การตอบสนองด้วย การให้ข้อมูลย้อนกลับ การใช้คำถาม การยืนยันรับรอง และการให้ความหมายใหม่ ทบทวนเป้าหมายและอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา

Renewing Motivation ตรวจสอบแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง อาจใช้คำถามว่า “ผู้ป่วยจำได้หรือไม่ว่าเหตุผลสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยต้องการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุราคืออะไร” และให้การเสริมสร้างแรงจูงใจเช่นเดียวกับการบำบัดในระยะที่ 1

Redoing Commitment การทำให้คำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหนักแน่นมั่นคงเช่นเดียวกับการบำบัดในระยะที่ 2 เพื่อเป็นการยืนยันซ้ำให้ความตั้งใจของผู้ป่วยมีความหนักแน่นมั่นคง โดยเฉพาะเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาหรือหยุดการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และต้องมีการประเมินซ้ำ อาจจะวางแผนและให้คำสัญญาใหม่ ควรให้การเสริมแรง ส่งเสริมความเชื่อมั่นในการทำ และส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายและวางแผนใหม่อีกครั้ง

ชั่วโมงของการบำบัดตามรูปแบบ Motivational Enhancement Therapy

วิธีการบำบัดรูปแบบนี้ใช้ชั่วโมงในการบำบัดน้อย เน้นที่การสร้างแรงจูงใจ โดยทั่วไปใช้ประมาณ 4 ครั้ง ชั่วโมงการรักษครั้งที่ 1 – 2 เป็นชั่วโมงเพื่อการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ การสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง และการทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง และเป็นช่วงที่ญาติจะเข้าร่วมด้วย ญาติจะเข้าร่วมด้วยไม่เกิน 2 ครั้ง ชั่วโมงการบำบัดครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ชั่วโมงการรักษครั้งที่ 3 – 4 ในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 เป็นการติดตามต่อเนื่อง (Miller & Rollnick, 2002; Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik 1992)

บุคคลสำคัญมีส่วนร่วมในการบำบัด (Involving a Significant other) หรือเรียกว่าบทบาทของบุคคลสำคัญในการบำบัด (Role of significant others in treatment)

ในการบำบัดผู้ติดสุราตามแนวทาง Motivational Enhancement Therapy นี้ ญาติมีส่วนสำคัญในการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ญาติในที่นี้หมายถึง บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อน ผู้ที่

ใกล้ชิดผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งบุคลากรทางการแพทย์เอง (Miller, et al., 1992; Miller & Rollnick, 2002) ผู้บำบัดควรประเมินเพื่อค้นหาว่า ใครเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และให้ผู้ป่วยเชิญญาติมาเข้าร่วมในชั่วโมงการบำบัดรักษาในในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ซึ่งญาตินั้นมีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากในการช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง

เป้าหมาย สำหรับการเข้ามามีส่วนร่วมของญาติมี ดังต่อไปนี้

1. การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดกับญาติ
2. การทำให้ญาติเห็นความสำคัญของการเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วย ประโยชน์ที่ได้รับจากการที่ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราจะส่งผลต่อทั้งครอบครัว
3. การทำให้ญาติให้คำมั่นสัญญาที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราได้สำเร็จ
4. การส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือร่วมใจภายในครอบครัว ในการแก้ไขปัญหาของสมาชิก ในทางปฏิบัติผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้แสดงความคิดเห็น และหาทางร่วมกันในการแก้ไขปัญหา เปิดโอกาสให้ญาติได้แสดงความห่วงใย และการสนับสนุนผู้ป่วย
5. การเปิดโอกาสให้ญาติได้จูงใจผู้ป่วยในการหยุดใช้สุราโดยการบอกถึงความทุกข์ใจที่เกิดขึ้น ผลกระทบต่อครอบครัวที่ผู้ป่วยอาจคาดไม่ถึง การแสดงข้อมูลสะท้อนกลับของญาติภายใต้บรรยากาศของความเป็นห่วงเป็นใยในตัวผู้ป่วย มองเชิงบวก ความเห็นอกเห็นใจ การสนับสนุน และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการหยุดดื่มสุราให้ได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้
6. การจำกัดการมีส่วนร่วมของญาติ จะใช้ในกรณีที่ญาติมีปฏิกิริยารุนแรงและแสดงออกในทางลบต่อผู้ป่วย หรือญาติมีแนวโน้มกระตุ้นเร้าให้เกิดการทะเลาะวิวาท มองแต่พฤติกรรมด้านลบ พุดถึงแต่เรื่องที่ผู้ป่วยผิดพลาด

สรุป สรุปได้ว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนี้เป็นรูปแบบการบำบัดที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองอย่างเป็นขั้นตอนโดยครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัด ซึ่งจะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่ามีประสิทธิภาพสำหรับใช้บำบัดผู้ติดสุราแบบผู้ป่วยนอก อีกทั้งใช้ระยะเวลาและจำนวนครั้งของการบำบัดน้อยจึงมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปฏิบัติจริง รูปแบบการบำบัดนี้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยติดสุราที่มักจะปฏิเสธปัญหา มีความลังเลใจในการที่จะลดหรือเลิกดื่ม หรือตั้งใจเลิกดื่มแต่ยังไม่รู้ว่าจะเริ่มต้นอย่างไร ผู้ศึกษาได้นำรูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนี้ไปดำเนินการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดสุราแบบผู้ป่วยนอก ต่อไป

กรอบแนวคิดของการศึกษา (Conceptual Framework)

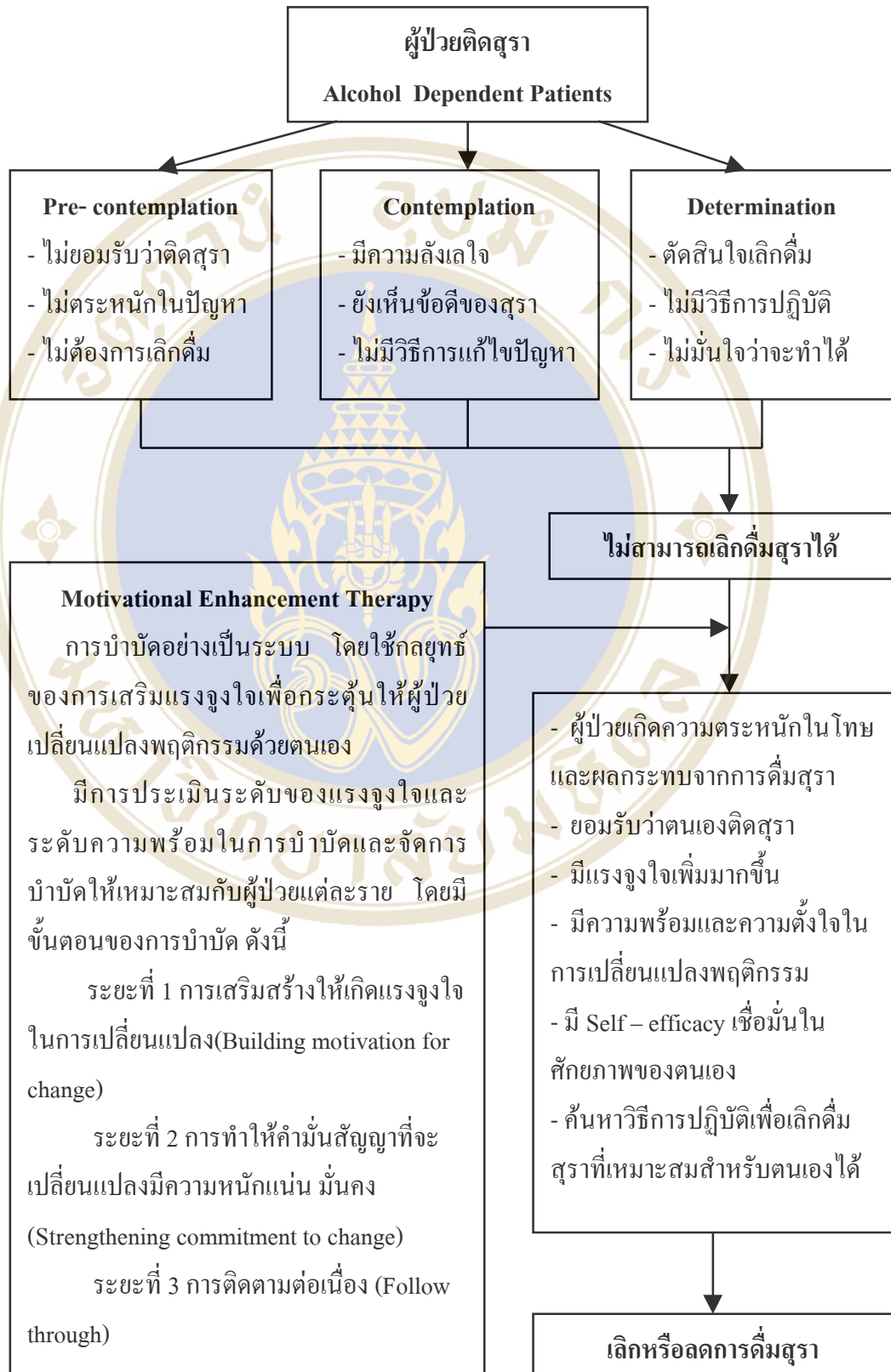
เมื่อบุคคลเริ่มต้นดื่มสุรา ผลของสุราจะออกฤทธิ์ต่อสมองบริเวณที่เกี่ยวข้องกับ reward effect และกลไกการออกฤทธิ์ของสุราทำให้มีการหลั่งสารสื่อประสาท dopamine และ serotonin เพิ่มขึ้นซึ่งเป็นผลการตอบสนองทางบวก (positive reinforcement) ทำให้ผู้ดื่มเกิดความสุข สนุก ครึกครื้น (mild euphoria) ลดความเครียด ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Saunders, 2004) และเมื่อดื่มสุราแล้วได้ผลการตอบสนองทางบวกตามที่ต้องการ ทำให้เกิดความอยากและความต้องการจะดื่มต่อไปซ้ำๆ จนนำไปสู่การติดสุรา (dependence) ในที่สุดซึ่งเมื่อเกิดการติดสุราแล้วผู้ป่วยจะไม่สามารถเลิกดื่มได้โดยง่ายอันเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการ และปัจจัยสำคัญหนึ่งคือการขาดแรงจูงใจ (Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1992; Miller & Rollnick, 2002) ผู้ป่วยมักมีความคิดความเชื่อ (Cognitive) ว่าตนเองทำไม่ได้ ไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้ ยังรู้สึกว่าได้ประโยชน์จากการดื่มสุร่ายู่มาก (Positive outcome expectation) ผู้ป่วยบางคนคิดถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นน้อยกว่าความเป็นจริง รวมทั้งไม่สามารถอดทนต่อภาวะการถอนสุรา (withdrawal) ในด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affective) ผู้ติดสุรามักมีอารมณ์ทางลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และมีการควบคุมหรือจัดการกับอารมณ์ไม่เหมาะสม มักใช้วิธีแก้ปัญหาโดยการดื่มสุรา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีลักษณะปฏิเสธความจริง ไม่ยอมรับว่าตนเองติดสุรา (Denial) ไม่ยอมรับในปัญหาที่เกิดจากการติดสุรา (Recognition) ใช้การอ้างเหตุผล (Rationalization) และมีความลังเลใจในการเริ่มต้นเลิกดื่ม (Ambivalence) (Miller, et al., 1992; Miller & Rollnick, 1991)

การศึกษารูปแบบหรือแนวปฏิบัติพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราในครั้งนี้ ศึกษาตามหลักการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) (Miller, et al., 1992) ซึ่งรูปแบบของการบำบัดนี้เน้นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราตามระดับของความตั้งใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change) ของ Prochaska & DiClemente ซึ่งได้อธิบายพฤติกรรมการดื่มสุราของบุคคลไว้ 5 ขั้น ดังนี้คือ 1) ขั้นเฝ้าเฉยต่อปัญหา (Pre-contemplation) 2) ขั้นลังเลใจ (Contemplation) 3) ขั้นตัดสินใจ (Determination) 4) ขั้นลงมือแก้ไข (Action) และ 5) ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถดำรงพฤติกรรมการหยุดดื่มไว้ได้ มีการกลับไปดื่มซ้ำเป็นครั้งคราวและไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้กลับไปดื่มซ้ำเป็นครั้งคราวได้ และดื่มในปริมาณเพิ่มมากขึ้น บุคคลก็จะกลับไปติดซ้ำ (Relapse) ในที่สุด (Prochaska & Norcross, 2003) ซึ่งผู้ป่วยติดสุราที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ใน 3 ขั้นตอนแรกคือ ผู้ป่วยที่ยังไม่ต้องการเลิกดื่มสุรา ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่ยอมรับว่าตนเองติด

สุรา ไม่ตระหนักในโทษและผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุราแต่เข้ารับการรักษาเนื่องจากปัญหาทางด้านสุขภาพที่เป็นผลมาจากการดื่มสุรา หรือญาติขอร้องให้มารักษา กลุ่มที่สองคือผู้ป่วยที่รับรู้ในโทษและผลกระทบจากสุรา รับรู้ว่าตนเองติดสุรา แต่มีความลังเลใจในการที่จะเลิกดื่ม เพราะยังต้องการผลทางบวกจากสุรา ยังไม่มีวิธีการจัดการกับปัญหาของตนเองด้วยวิธีการอื่นนอกจากวิธีการเดิมที่เคยใช้คือการดื่มสุรา และกลัวผลทางลบที่เกิดจากการหยุดดื่ม อีกกลุ่มหนึ่งคือผู้ป่วยที่ตัดสินใจที่จะเลิกดื่ม ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความตั้งใจที่จะเลิกดื่มสุรา แต่มักจะยังไม่มีความรู้วิธีการจัดการหรือแก้ไขปัญหที่เหมาะสมกับตนเอง และไม่มั่นใจว่าตนเองจะทำได้ก็อย่างขาด self – efficacy ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ในกระบวนการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) ในขั้นตอนแรกจัดให้มีการประเมินระดับของแรงจูงใจและระดับความพร้อมในการบำบัด เพื่อจัดการบำบัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (Prochaska, et al., 1992) ขั้นตอนต่อมาคือการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ซึ่งแบ่งการบำบัดออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเสริมสร้างให้เกิดแรงจูงใจ (Building motivation for change) โดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองติดสุรา ตระหนักในผลกระทบทางลบจากการดื่มสุราและมองเห็นผลทางบวกจากการเลิกดื่มสุรา ระยะที่ 2 การทำให้คำมั่นสัญญาที่มีความหนักแน่น มั่นคง (Strengthening commitment to change) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่น มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและต้องการการบำบัดรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ประกาศคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง โดยญาติจะเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดในระยะเวลาที่ 1 และระยะที่ 2 นี้เพื่อช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง สำหรับระยะที่ 3 การติดตาม (Follow through strategies) ประเมินระดับความตั้งใจและส่งเสริมให้เกิด Self-efficacy ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เมื่อบุคคลมีศักยภาพเพียงพอ ก็จะสามารถดำเนินชีวิตให้ปลอดภัยจากสุราในสถานการณ์ต่างๆ ที่เคยดื่มได้ ซึ่งการบำบัดโดยวิธีนี้เน้นการเสริมสร้างให้ผู้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราไม่เน้นหรือสอนเทคนิควิธีการหยุดดื่มสุรา โดยเชื่อว่าหากผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราที่เหมาะสมได้ (DiClemente, Bellino & Neavins, 1999) เช่น สามารถหาวิธีการจัดการกับปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดและปัญหาทางอารมณ์โดยไม่ต้องพึ่งพิงสุรา สามารถควบคุมตนเองไม่ให้ดื่มสุรา รวมทั้งการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นความเสี่ยง (high risk situation) ของตนเองได้ ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในขั้นลงมือแก้ไข (Action) และขั้นกระทำอย่างต่อเนื่อง (Maintenance) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดหรือหยุดดื่มสุราได้ในที่สุด

กรอบแนวคิดของการศึกษา (Conceptual Framework)



บทที่ 3

การดำเนินการ

รูปแบบการดำเนินการ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ติดสุรานี้ ผู้ศึกษาใช้รูปแบบขั้นตอนการดำเนินการโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2004) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพราะเป็นรูปแบบที่ได้บูรณาการรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งมีอยู่หลายรูปแบบ มาสรุปเป็นกิจกรรมหรือขั้นตอนของการดำเนินการที่ชัดเจน ซึ่งมีขั้นตอนในการใช้ผลงานวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรม ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a topic or problem)

การคัดเลือกประเด็นปัญหาทางคลินิก เพื่อนำมาศึกษาทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้มาจากสิ่งกระตุ้น 2 ลักษณะคือ

1. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน (Problem-focused triggers) คือพิจารณาปัญหาจากสิ่งที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานในคลินิกตามปกติ หรือเกิดขึ้นในบริบทของการประเมินคุณภาพหรือการพัฒนาการปฏิบัติงาน ถ้าประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่บุคลากรส่วนใหญ่ในหน่วยงานประสบ และสอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงาน จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

2. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่ได้จากการทบทวนองค์ความรู้ (Knowledge-focused triggers) คือพิจารณาปัญหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยต่างๆ ที่มีอยู่่างานวิจัยนั้นมีแนวโน้มที่จะช่วยในการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาทางคลินิกที่กำลังเผชิญอยู่หรือไม่ และมีความเป็นไปได้ในการนำมาประยุกต์ใช้หรือไม่

โดยการคัดเลือกหัวข้อหรือปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข ต้องมีความสำคัญมากเพียงพอสำหรับหน่วยงานที่จะเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ มีผลกระทบต่อคนจำนวนมาก สอดคล้องกับแผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าหน่วยงานและทีมสหวิชาชีพ มีความมุ่งมั่นและความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 2 การรวบรวมและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and Evaluating evidence)

การรวบรวมและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นขั้นตอนของการสืบค้นเพื่อรวบรวมงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา ในขั้นตอนนี้ถ้าพบว่าหลักฐานจากงานวิจัยมากพอ ให้นำไปประเมินคุณภาพของหลักฐาน วิเคราะห์และสังเคราะห์และพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ โดยบูรณาการข้อมูลเพื่อสรุปเป็นองค์ความรู้ในการแก้ปัญหา โดยองค์ความรู้ได้มาจากข้อค้นพบของงานวิจัยแต่ละเรื่องที่มีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน และเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพและความเข้มแข็ง สามารถประยุกต์ใช้กับบริบททางคลินิก มีความคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ แต่หากพบว่าหลักฐานงานวิจัยยังไม่เพียงพอ ให้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ เช่น ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ทฤษฎีและองค์ความรู้ที่ดีที่สุดในการปฏิบัติในปัจจุบันมาใช้ร่วมด้วย

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential)

การประเมินแนวโน้มของความเป็นไปได้ในการนำนวัตกรรมที่ได้จากการสรุปและบูรณาการข้อมูลจากงานวิจัยไปใช้ในบริบทที่เฉพาะเจาะจงขององค์กร ซึ่งมีมิติของการประเมิน 3 มิติหลัก ดังนี้

1. Transferability หมายถึง การนำหรือการถ่ายทอดความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ สู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง เป็นการประเมินว่าข้อเสนอแนะหรือแนวปฏิบัติที่ได้เป็นสิ่งที่ดี มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่ กลุ่มประชากรในหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการนำข้อเสนอแนะไปใช้หรือไม่ ประเมินในการดูแลของหน่วยงานในหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยมีความแตกต่างหรือคล้ายคลึงกับประชากรของหน่วยงานที่จะนำข้อเสนอแนะไปใช้หรือไม่ และการนำข้อเสนอแนะไปใช้จะใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานและการประเมินผลนานหรือไม่

2. Feasibility หมายถึง ประเด็นที่ต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการนำลงสู่การปฏิบัติ ได้แก่ ความเป็นไปได้ในเชิงสภาพแวดล้อม ทรัพยากรเกื้อหนุน และบุคลากรภายในหน่วยงาน จะต้องประเมินถึงความเป็นอิสระของพยาบาลในการที่จะเริ่มหรือเลิกใช้ข้อเสนอแนะนั้น ต้องมีการประเมินว่าข้อเสนอแนะรบกวนการทำงานของบุคลากรหรือไม่ ฝ่ายบริหารมีการสนับสนุนให้นำข้อเสนอแนะมาใช้ในหน่วยงานหรือไม่ รวมทั้งประเมินบรรยากาศในองค์กรว่า ส่งเสริมต่อการนำข้อเสนอแนะไปใช้อย่างไร จะต้องประเมินความเห็นชอบของบุคลากรอื่นๆ ว่ามีความสนใจและสนับสนุนหรือต่อต้านและหากมีการนำข้อเสนอแนะไปใช้จะเกิดความขัดแย้งภายในหน่วยงานหรือไม่

นอกจากนี้ ถ้าข้อเสนอจำเป็นที่จะต้องมีการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติมตามแนวปฏิบัติ ต้องประเมินว่าสามารถฝึกทักษะบุคลากรในหน่วยงานโดยฝึกเอง หรือต้องเชิญบุคลากรภายนอกมาช่วยฝึก มีความยากลำบากมากน้อยเพียงใด หากมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ ต้องประเมินว่าหน่วยงานมีความพร้อม ในการจัดหาอุปกรณ์หรือไม่ มีเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสมหรือไม่

3. Cost – benefit ratio หมายถึง การนำข้อเสนอไปใช้ จะต้องมีการประเมินสัดส่วนระหว่างประโยชน์ที่ได้รับ กับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น กล่าวคือ จะต้องมีการประเมินความเสี่ยง และผลประโยชน์ที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นหากนำข้อเสนอไปใช้ จะต้องมีการประเมินค่าใช้จ่ายสำหรับวัสดุอุปกรณ์จากการนำข้อเสนอไปใช้ทั้งระยะสั้นและระยะยาว และต้องประเมินได้ว่าหากไม่ได้ใช้ข้อเสนอคือยังคงปฏิบัติแบบเดิม จะเกิดความเสี่ยงอย่างไร

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา การนำนวัตกรรมไปใช้ในการปฏิบัติ และการประเมินนวัตกรรม (Developing, Implementing and Evaluating the Innovation)

ขั้นตอนการพัฒนาเพื่อนำนวัตกรรมไปใช้ปฏิบัติจริง และประเมินนวัตกรรม โดย

1. การวางแผนการประเมินนวัตกรรม เช่น การระบุผลลัพธ์ที่ต้องการ ระบุวิธีการ ระยะเวลา และความถี่ของการประเมินผลลัพธ์
2. การรวบรวมข้อมูลพื้นฐานตามผลลัพธ์ที่กำหนด ก่อนการนำนวัตกรรมมาใช้
3. เขียนแนวปฏิบัติที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างชัดเจน ใช้ภาษาที่ผู้อ่านเข้าใจได้ง่าย อาจใช้แผนแสดงขั้นตอนของงาน (flow chart) ช่วย
4. ประชาสัมพันธ์ และฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้แนวปฏิบัติ
5. ทดลองใช้แนวปฏิบัติในหน่วยงานจริง กับกลุ่มเป้าหมายจำนวนหนึ่งก่อน
6. ประเมินผลกระทบและการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ว่าแนวปฏิบัติได้รับการยอมรับหรือไม่ สามารถปฏิบัติตามหรือมีปัญหาในการปฏิบัติอย่างไร และผลลัพธ์เป็นอย่างไร โดยทีมงานหรือผู้ศึกษาจะต้องพิจารณาผลจากการศึกษานำร่องก่อนว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ ที่จะนำวิธีปฏิบัติตามโครงการนำร่องนั้นไปเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในองค์กร ถ้าไม่เหมาะสมให้ย้อนกลับไปประเมินวิธีการและกระบวนการที่นำแนวปฏิบัตินั้นมาทดลองใช้ ว่ามีปัญหาอะไรและควรแก้ไขอย่างไร หากการปฏิบัตินั้นเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้จริงให้ลงมือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในองค์กร และประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นว่าเหมาะสมหรือไม่ ถ้าผลการตัดสินใจบอกว่าไม่เหมาะสมด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น สิ้นเปลืองทรัพยากร ไม่คุ้มค่า ให้ย้อนกลับไปขั้นตอนของการสืบค้นใหม่เพื่อแก้ไข แต่ถ้าพิจารณาแล้วพบว่ามีความเหมาะสม ให้หากลวิธีในการทำให้การเปลี่ยนแปลงนั้น เกิดความยั่งยืนและเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในองค์กรต่อไป

ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ขั้นตอนการดำเนินการ โครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Polit & Beck (2004) มาใช้ในการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยติดสุรา ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a topic or problem)

1. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน (Problem-focused triggers)

จากการที่ผู้ศึกษา ปฏิบัติงานประจำหน่วยงานยาเสพติด กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการให้บริการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ประสบปัญหาจากการใช้สารเสพติดทุกชนิด ปัจจุบันพบสถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยสุราในจังหวัดราชบุรีมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลของโรงพยาบาลราชบุรีพบว่าสถิติของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ประเภทผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคในกลุ่มที่เกิดจากการใช้สุรา Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (Alcohol use disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD- 10) ตั้งแต่ปี 2546 ถึงปี 2550 มีจำนวนรวม 141, 607, 1,192, 1,330 และ 1,289 รายตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 29, 95, 152, 197 และ 167 ราย ตามลำดับ (รายงานประจำปีโรงพยาบาลราชบุรี, 2550) สถิติของผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ยกเว้นในปี 2550 จำนวนผู้ป่วยลดลงเล็กน้อยเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาบ้าในจังหวัดราชบุรีซึ่งกลับมารุนแรงอีกครั้งหนึ่ง และเนื่องจากผู้ศึกษารับผิดชอบการให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่ติดสุราโดยตรง จากประสบการณ์ที่ผ่านมาพบปัญหาสำคัญในการบำบัดผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ยอมรับว่าตนเองติดสุรา ไม่มีแรงจูงใจในการเริ่มต้นเลิกดื่ม มีความลังเลใจในการตัดสินใจที่จะลดหรือจะเลิกดื่ม เมื่อเริ่มต้นบำบัดแล้วก็มักจะขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราหรือกลับไปติดซ้ำเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านหลังจากหยุดดื่มได้ช่วงเวลาหนึ่งหรือการกลับไปดื่มทันทีเมื่อแพทย์รักษาความเจ็บป่วยทางร่างกายหรือทางจิตใจที่เกิดจากสุราดีขึ้นแล้ว รูปแบบการบำบัดเดิมคือการรักษาด้วยยาโดยจิตแพทย์และการให้การปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention) จำนวน 1 – 2 ครั้งโดยพยาบาล พบว่าไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดหรือเลิกดื่มสุราได้จากสถิติของการบำบัดรักษาผู้ติดสุราแบบผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ปี 2548 – 2550 วัดผลเมื่อบำบัดครบ 4 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถลดหรือเลิกดื่มสุราได้ถึงร้อยละ 45.1, 51.5 และ 46.7 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่สามารถลดปริมาณการดื่มได้ในระยะแรก ก็ยังคงมีการกลับไปดื่มซ้ำในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนกลับไปเสพติดซ้ำในที่สุด

ปัญหาผู้ป่วยสุราที่เข้ามารับการบำบัดไม่สามารถลดหรือเลิกดื่มสุราได้ เป็นปัญหาที่ได้รับความประณามจากทีมผู้ปฏิบัติและผู้บริหารหน่วยงานแล้วว่ามีสำคัญ เพราะเป็นปัญหาที่มีความเสี่ยงสูง (High risk) มีปริมาณผู้ป่วยสูง (High volume) สูญเสียค่าใช้จ่ายขององค์กร (High

cost) และทำให้คุณภาพของการพยาบาลไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ อันจะมีผลกระทบต่อระบบการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) เพราะไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิตและกระทรวงสาธารณสุข ปี 2550 ที่กำหนดให้ คำนีชีวัดทางคลินิกคือผู้ผ่านการบำบัดปัญหาจากสารเสพติดมีอัตราการเลิกเสพได้ในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 60

2. สิ่งกระตุ้นจากการทบทวนองค์ความรู้ (Knowledge-focused triggers)

การติดสุราของบุคคลนั้น มีสาเหตุจากหลายปัจจัย (multifactorial etiology) ทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ คือเรื่องของพันธุกรรม ซึ่งมีผลการวิจัยพบว่ามีอัตราการติดสุราในบิดา มารดา พี่ น้อง และบุตรของผู้ที่เสพติดสุราจะสูงกว่าคนทั่วไป รวมทั้งฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของสุราที่มีผลต่อสมองที่เกี่ยวข้องกับ positive reinforcement สุราจะทำให้มีการหลั่งสาร dopamine และ serotonin ภายในสมองเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ดื่มเกิดความสนุกสนาน ครึกครื้น ซึ่งเป็น reward effect ทำให้เกิดความอยากและความต้องการจะดื่มต่อไปอีกเรื่อย ๆ และเมื่อผู้ป่วยหยุดดื่มแอลกอฮอล์อย่างกะทันหัน ระบบประสาท Sympathetic autonomic nervous system จะทำงานเพิ่มมากขึ้น เกิดเป็นกลุ่มอาการถอนแอลกอฮอล์ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยต้องกลับไปดื่มสุราซ้ำอีก (Johnson, Koob, Schuckit, Mason, & Ait-Daoud, 2006; Sadock & Sadock, 2003; Halgin, & Whitebourne, 2000) ปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น ลักษณะบุคลิกภาพที่เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด วิธีการแก้ไขปัญหาก็ไม่เหมาะสม คือการใช้สุราในการแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์ และปัจจัยทางสังคมและครอบครัว คือการเลียนแบบจากบุคคลในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน การที่สังคมยอมรับการดื่มสุราและความสะดวกในการเข้าถึงสุรา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้บุคคลดื่มสุรา แต่หลังจากดื่มไประยะหนึ่งผลของสุราต่อสมองและกระบวนการเรียนรู้ในช่วงของการติดสุราจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนพฤติกรรมจากการดื่มเป็นครั้งคราว ไปสู่การติดสุราในที่สุด

จากการศึกษารูปแบบการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราแบบผู้ป่วยนอกพบว่า รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model) เป็นแนวคิดที่นิยมนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยแนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจและความตั้งใจของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงแบบเป็นขั้นตอน โดยผู้บำบัดจะต้องประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นตอน (stage)ใดของการเลิกยา และจัดกิจกรรมให้ตอบสนองกับความพร้อมและความต้องการในแต่ละขั้นตอนของความตั้งใจ (Prochaska & Norcross, 2003) ซึ่งมีขั้นตอนหลักดังนี้คือ ขั้นเฝ้าเฉยต่อปัญหา (Pre-contemplation) ขั้นลังเลใจ (Contemplation) ขั้นตัดสินใจ (Determination) ขั้นลงมือแก้ไข (Action) และขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) ขั้นตอนที่เป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือขั้นตัดสินใจและขั้นลงมือแก้ไข ผู้ป่วยจะเริ่มตระหนักในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง เช่น

ผู้ติดสุราจะเริ่มตระหนักในเรื่องการดื่มสุราของตน และถ้าได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้หยุดดื่มสุราในขั้นตอนนี้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยพัฒนาไปสู่ขั้นตอนของการลงมือแก้ไขคือเริ่มหยุดดื่มสุราและขั้นตอนการกระทำอย่างต่อเนื่องต่อไป และจากการศึกษารูปแบบการบำบัดผู้ติดสุราแบบผู้ป่วยนอกพบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) เป็นการบำบัดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับ มีความพร้อมและมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง โดยการบำบัดรูปแบบนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านไปสู่ขั้นตอนต่อไปคือการลงมือปฏิบัติและพัฒนาไปสู่ขั้นตอนของการกระทำอย่างต่อเนื่อง

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งนี้ ผู้ศึกษาสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา ตามหลักการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) (Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1992) ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมในระยะเริ่มแรก หลังจากผู้ป่วยได้ผ่านการรักษาปัญหาทางร่างกายและทางจิตใจทั้งแบบผู้ป่วยในหรือแบบผู้ป่วยนอกแล้ว ทั้งนี้เพราะพบว่าผู้ติดสุราส่วนใหญ่ยังมีความลังเลใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา และไม่มีแรงจูงใจมากพอที่จะเริ่มต้นหยุดดื่ม ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการกระตุ้นให้มีกำลังใจ และเสริมแรงจูงใจที่เพียงพอ (ทิพาวดี เอมวรรณนะ, 2547) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีลักษณะปฏิเสธความจริง ไม่ยอมรับว่าตนเองติดสุรา (Denial) ไม่ยอมรับในปัญหาที่เกิดจากการติดสุรา (Recognition) หรือมองปัญหาน้อยกว่าความเป็นจริง (Minimization) ใช้การอ้างเหตุผล (Rationalization) และมีความลังเลใจในการเริ่มต้นเลิกดื่ม (Ambivalence) (Miller & Rollnick, 1991; Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik 1992; พิชัย แสงชาญชัย, 2549) โดยผู้ศึกษาได้ทบทวนเฉพาะงานวิจัยหรือแนวปฏิบัติที่ใช้แนวคิดของรูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model หรือ Stages of change) โดยใช้รูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) ซึ่งเป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่พยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างอิสระ เป็นการบำบัดที่ใช้ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการบำบัดน้อยกว่าวิธีอื่นๆ แต่มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน (UKATT Research Team, 2005; Project MATCH Research Group, 1998; Miller, Zweben, DiClemente & Rychtarik, 1992) ซึ่งเหมาะสมกับบริบทของการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้งช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายของหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 2 การรวบรวมและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and Evaluating Evidence)

เมื่อได้กำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิก และวางแผนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อใช้ในกลุ่มผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดหรือเลิกดื่ม

สุราโดยกำหนดรูปแบบของการบำบัดคือการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีขั้นตอนในการรวบรวมและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

1. แนวทางการสืบค้น (Searching Strategy)

เพื่อให้ได้งานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (PICO Framework) (Craig & Smyth, 2002) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้น ดังนี้

1.1 Population: Key word ที่ใช้คือ Alcohol dependence และ alcoholism

1.2 Intervention: Key word ที่ใช้คือ Motivational enhancement therapy และ Psychosocial intervention

1.3 Comparison Intervention: ไม่มีการเปรียบเทียบ

1.4 Outcome: Key word ที่ใช้คือ Alcohol Abstinence และ Alcohol Reduction

2. กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ สำหรับการศึกษา วิเคราะห์ และนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยติดสุรา มีดังนี้

2.1 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกคือการบำบัดผู้ติดสุราแบบผู้ป่วยนอก โดยใช้รูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจ

2.2 เป็นงานวิจัยที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) งานวิจัยเชิงทดลอง หรืองานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง

2.3 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997 – ค.ศ. 2008

2.4 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ฉบับสมบูรณ์

2.5 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3. วิธีการที่ใช้ในการค้นหาและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ เช่น วิทยานิพนธ์และสารนิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา แนวปฏิบัติทางคลินิก ที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยทำการสืบค้นจากระบบต่างๆ ดังนี้

3.1 ฐานข้อมูลต่างๆ

- ฐานข้อมูลแนวปฏิบัติของสถาบันต่างๆ ได้แก่ [www. guidelines.gov](http://www.guidelines.gov)

- ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review)

ได้แก่ [www. Cochrane.org](http://www.Cochrane.org), www. Joannabriggs.edu.au

- ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ Blackwell Synergy, CINAHL, Science Direct, OVID, MEDLINE

3.2 สืบค้นด้วยมือ Hand search งานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสุรา เช่น Journal of Studies on Alcohol, Alcoholism: Clinical and Experimental Research และการสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (Reference list) ของบทความหรืองานวิจัย

4. เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence) ใช้เกณฑ์การประเมินของ Melnyk & Fineout- Overholt (2005) โดยมีการแบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

Level I หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Systematic review หรือ meta-analysis ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่มาจากงานวิจัย RCTs หรือเป็นหลักฐานจาก Guidelines ที่ได้มาจาก Systematic review ที่มาจากงานวิจัย RCTs

Level II หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยอย่างน้อยหนึ่งเรื่องที่เป็นงานวิจัย RCTs

Level III หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Level IV หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case control และ Cohort study ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี

Level V หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของงานวิจัยแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VII หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้มาจากความคิดเห็นหรือทัศนะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

5. สรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ (Assessment of Included Studies)

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์พบงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดที่สามารถนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยติดสุรา จำนวนทั้งหมด 8 เรื่อง แต่คัดออก 2 เรื่อง ดังนี้

1. Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Frankforter, T. L., Horn, D. V., Crits-Christoph, P. et. al. (2007). Site Matters: Multisite randomized trial of motivational enhancement therapy in community drug abuse clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 556-567.

คัดออกเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย มีการใช้สารเสพติดหลายประเภท ได้แก่ แอลกอฮอล์ โคเคน กัญชา และในการวิเคราะห์ผลการวิจัยตามสมมติฐานของงานวิจัยไม่ได้แยกวิเคราะห์เฉพาะในกลุ่มของผู้ติดสุรา

2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2003). *The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care*. A national clinical guideline. Scotland.

คัดออกเนื่องจากงานวิจัยไม่มีรายละเอียดของ Intervention ที่จะนำมาสังเคราะห์เพื่อใช้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ไม่ได้ระบุรายละเอียดที่ชัดเจนเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติว่ามีกระบวนการพัฒนาอย่างไร และไม่ระบุการใช้ผลงานวิจัยในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลที่กำหนด และผ่านการประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว พบงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 6 เรื่อง เป็น Meta-Analysis จำนวน 1 เรื่อง Randomized controlled trial จำนวน 4 เรื่อง และ One group time series design จำนวน 1 เรื่อง ดังต่อไปนี้

Meta-Analysis (Level I) จำนวน 1 เรื่อง

(1) Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). *The Efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843–861.

Randomized Controlled Trial (Level II) จำนวน 4 เรื่อง

(1) Project MATCH Research Group. (1998). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Three -Year Drinking Outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(6), 1300-1311.

(2) Sellman, J. D., Sullivan, P. F., Dore, G. M., Adamson, S. J., & MacEwan, I. (2001). A randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(3), 389 – 396.

(3) UKATT Research Team. (2005). Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomized UK alcohol treatment trial. *BMJ*, 331, 541-545.

(4) ศิริณา ศรีททพิสิฐ, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, นิทกร สอนชา และ การุณย์ หงษ์กา (2551). การใช้สื่อร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดผู้ติดสุรา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(2), 151 - 164.

One Group Time Series Design (Level IV) จำนวน 1 เรื่อง

(1) สุนทรี ศรีโกไสย, ภัทราภรณ์ พุ่งคำป็น และ ชารินี สุวรรณยศ. (2549). ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51(2), 25-36.

6. การวิเคราะห์ สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากอ่านบททบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยทั้ง 6 เรื่องแล้วพบว่าเนื้อหาตรงกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขและจำนวนงานวิจัยเพียงพอ จึงนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียดใส่ตารางสกัดข้อมูล (ภาคผนวก ง) และนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สังเคราะห์ได้เพื่อเสนอแนวทาง/รูปแบบการแก้ไขปัญหาดังไป

วิธีปฏิบัติที่แนะนำ

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง นำมาสังเคราะห์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยติดสุรามาสรุปเป็นข้อเสนอแนะ วิธีปฏิบัติที่แนะนำ (Recommendation) ตามระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout overholt (2005) ดังนี้

1. ลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับรูปแบบการบำบัด

1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการติดสุราโดยแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM – IV –TR criteria (ศิริณา ศรีททพิสิฐและคณะ, 2551) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2) หรือตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD – 10 (สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549) (ความน่าเชื่อถือระดับ 4)

1.2 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (Project MATCH Research Group, 1998) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

1.3 ไม่ได้อยู่ในภาวะถอนสุรา (Alcohol withdrawal syndrome) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM – IV criteria (Sellman et al, 2001)หรือประเมินด้วย Alcohol Withdrawal Scale (AWS) ได้น้อยกว่า 5 คะแนน (ศิริณา ศรีททพิสิฐและคณะ, 2551) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

1.4 ไม่มีปัญหาความเสื่อมของความคิดและสติปัญญา (Cognitive impairment) (Project MATCH Research Group, 1998) ประเมินโดยใช้ MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

1.5 ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายหรือโรคทางจิตที่ยังควบคุมไม่ได้ (Project MATCH Research Group, 1998; Sellman et al, 2001; UKATT Research Team, 2005) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

1.6 สมัครใจเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Project MATCH Research Group, 1998; Sellman et al, 2001; UKATT Research Team, 2005; ศิริณา ศรัทธาพิสิฐและคณะ, 2551) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

2. คุณสมบัติของผู้บำบัด

2.1 เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในสถานบำบัดยาเสพติดหรือการบำบัดผู้ติดยาอย่างน้อย 2 ปี (Project MATCH Research Group, 1998; UKATT Research Team, 2005) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

2.2 เป็นพยาบาลที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป (Project MATCH Research Group, 1998) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

2.3 เป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการทำจิตบำบัดรายบุคคล หรือการให้การปรึกษารายบุคคล (Project MATCH Research Group, 1998; Sellman et al, 2001) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

2.4 เป็นผู้ผ่านการอบรมเทคนิคการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing/Motivational Enhancement Therapy) (Project MATCH Research Group, 1998; Sellman et al, 2001; UKATT Research Team, 2005) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

3. แนวคิดของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

3.1 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) เป็นการบำบัดที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบำบัดนี้มีแนวคิดพื้นฐานว่า ถ้าผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงแล้วผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมได้ด้วยตัวเอง ดังนั้นผู้บำบัดต้องทำหน้าที่ในการกระตุ้นหรือเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง (Project MATCH Research Group, 1998) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

3.2 ควรให้การบำบัดผู้ติดยาเป็นรายบุคคล (Burke et al, 2003) (Level I), (Project MATCH Research Group, 1998; Sellman et al, 2001; UKATT Research Team, 2005; ศิริณา ศรัทธาพิสิฐ และคณะ, 2551) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

3.3 ควรมีการประเมินระดับของแรงจูงใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงก่อนเริ่มให้การบำบัดในแต่ละครั้ง เพื่อให้การบำบัดได้อย่างเหมาะสมกับระดับความตั้งใจและความ

พร้อมของผู้ป่วยแต่ละราย (Project MATCH Research Group, 1998; Sellman et al, 2001; UKATT Research Team, 2005; ศิริณา ศรัทธาพิสิฐและคณะ, 2551) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

3.4 ควรให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดเพื่อส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ญาติจะมีส่วนช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง (Project MATCH Research Group, 1998; Sellman et al, 2001; UKATT Research Team, 2005) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

4. วิธีการบำบัด

4.1 ระยะเวลา ควรใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 30 – 50 นาที จำนวน 3 - 7 ครั้ง ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยให้การบำบัดในสัปดาห์ที่ 1, 2, 6 และ 12 (Project MATCH Research Group, 1998; Sellman et al, 2001; ศิริณา ศรัทธาพิสิฐและคณะ, 2551) ควรให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 เพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง (Project MATCH Research Group, 1998; UKATT Research Team, 2005) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

4.2 กระบวนการบำบัด การบำบัดโดยใช้ Motivational Enhancement Therapy ให้การบำบัดผู้ป่วยโดยแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะของการเสริมสร้างแรงจูงใจในสัปดาห์ที่ 1 ของการบำบัด ระยะของการทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาในสัปดาห์ที่ 2 ของการบำบัด และระยะของการติดตามต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 6 – 12 ของการบำบัด (Project MATCH Research Group, 1998; Sellman et al, 2001; UKATT Research Team, 2005) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2) ซึ่งอาจติดตามได้ตั้งแต่ 1 – 4 ครั้ง (สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ, 2549) (ความน่าเชื่อถือระดับ 4)

ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างให้เกิดแรงจูงใจในการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา กิจกรรมในระยะแรกของการบำบัด จะให้ความสำคัญกับการสร้างให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา เพราะผู้ป่วยแต่ละคนจะมีระดับของความตั้งใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกัน ผู้บำบัดจึงต้องสร้างให้เกิดแรงจูงใจที่เข้มแข็งและมั่นคงที่จะเริ่มต้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Project MATCH Research Group, 1998) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

ระยะที่ 2 การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญา (Commitment strengthening) วัตถุประสงค์ เพื่อทำให้คำมั่นสัญญาและความตั้งใจที่จะหยุดดื่มสุรามีความหนักแน่นมั่นคง กิจกรรมการบำบัดในระยะนี้ เน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และการสร้างพันธะสัญญาในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราให้มีความหนักแน่น มั่นคง (Project MATCH Research Group, 1998) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow through) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง กิจกรรมการบำบัดในระยะนี้จะเน้นที่การตรวจสอบแรงจูงใจ การเสริมแรงซ้ำ และการย้ำค้ำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง (Project MATCH Research Group, 1998) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

การให้บุคคลสำคัญของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม

การให้บุคคลสำคัญหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด (Involving a Significant other) หรือเรียกว่าบทบาทของบุคคลสำคัญในการบำบัด (Role of significant others in treatment) ผู้บำบัดควรประเมินเพื่อค้นหาว่า ใครคือบุคคลสำคัญหรือบุคคลใกล้ชิดที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราและให้ผู้ป่วยเชิญเข้าร่วมในการบำบัดในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง (Project MATCH Research Group, 1998; Sellman et al, 2001; UKATT Research Team, 2005) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

5. การติดตามและประเมินผลการบำบัด

5.1 ระยะเวลาในการติดตาม ควรติดตามเพื่อประเมินผลหลังการบำบัดอย่างน้อย 1 ปี คือช่วงเวลา 3 เดือน 6 เดือน (Sellman et al, 2001) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2) และ 12 เดือนหลังการบำบัด (Burke et al, 2003) (ความน่าเชื่อถือระดับ 1)

5.2 วิธีการประเมินผล

5.2.1 ประเมินปริมาณและความถี่ของการดื่มสุรา โดยประเมินจากร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (Percent day abstinence) และปริมาณการดื่มต่อวัน (Drinks per drinking day) หรือร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (Percent of heavy drinking days) โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน (standard drink) ของแต่ละประเทศ (Burke et al, 2003) (ความน่าเชื่อถือระดับ 1)

5.2.2 ประเมินภาวะการติดสุรา (Alcohol Dependence) หลังการบำบัดครบ 1 ปี ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM – IV –TR criteria (ศิริณา ศรีททาทิสิฐและคณะ, 2551) (ระดับ 2) หรือเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD – 10 (สุนทรี ศรีโกโสและคณะ, 2549) (ความน่าเชื่อถือระดับ 4)

5.3 ผู้ติดตาม การติดตามหลังการบำบัดสามารถให้ผู้ป่วยเป็นผู้ติดตามเอง (Project MATCH Research Group, 1998; UKATT Research Team, 2005) (ระดับ 2) หรือส่งต่อให้ผู้อื่นติดตาม (Sellman, et al., 2001; ศิริณา ศรีททาทิสิฐและคณะ, 2551) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

5.4 วิธีการติดตาม การติดตามหลังการบำบัด โดยการนัดผู้ป่วยมาพบที่หน่วยบำบัด และสัมภาษณ์ข้อมูล การโทรศัพท์ติดตาม หรือการติดตามที่บ้าน (Project MATCH Research Group, 1998; Sellman, et al., 2001; UKATT Research Team, 2005) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

6. เครื่องมือที่ใช้ในการบำบัด

6.1 แบบประเมินอาการถอนสุราใช้ประเมินก่อนเข้าโปรแกรม (Alcohol Withdrawal Scale: AWS) (ศิริณา ศรีทราพิสิฐ และคณะ, 2551) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

6.2 แบบวัดระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาสำหรับผู้ดื่มสุรา ใช้ประเมินในระยะของการบำบัด (Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness scale: SOCRATES-8A) (Miller & Tonigan, 1996) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

6.3 แบบบันทึกการดื่มสุรา ใช้ประเมินในระยะการติดตามผล (Project MATCH Research Group, 1998; UKATT Research Team, 2005; ศิริณา ศรีทราพิสิฐและคณะ, 2551) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

การตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Expert Reviews)

โดยการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่

1. จิตแพทย์ จำนวน 2 ท่าน
2. พยาบาลที่ได้รับวุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) ที่มีประสบการณ์ในการบำบัดผู้ติดสุราจำนวน 1 ท่าน

ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. ควรมีส่วนแสดงขั้นตอนการปฏิบัติ (Flow Chart)
2. ในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์มีการติดตาม 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน แต่การปฏิบัติจริงอาจจะติดตามได้มากกว่านั้น ควรติดตามอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทุก 1 เดือน จนครบกำหนด 1 ปีตามแนวปฏิบัติ เพราะถ้าระยะเวลาห่างเกินไป ผู้ป่วยมักจะขาดการรักษา
3. ในขณะที่ติดตามประเมินผลควรให้ Intervention ทุกระยะเพื่อคงแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราไว้ได้อย่างต่อเนื่อง
4. การประเมินผลอาจจะใช้ ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (Percent of heavy drinking days) แทนจำนวนวันที่หยุดดื่ม เพราะในการติดตามเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยจะจำจำนวนวันที่ดื่มหนักได้มากกว่า หรือควรจะมีการประเมินด้วยผลการตรวจเลือดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา เช่น การตรวจการทำงานของตับ (Liver Function Test) ถ้าศักยภาพของโรงพยาบาลสามารถทำได้

ผู้ศึกษานำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุง แก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาสาหรณิพนธ์ โดยได้เพิ่มผังขั้นตอนแสดงการปฏิบัติงาน ปรับเพิ่มจำนวนครั้งของการติดตามและการให้ Intervention ในขณะที่ติดตามเพื่อคงแรงจูงใจและพฤติกรรมกาหยุดดื่มสุราไว้ รวมทั้งการใช้ ร้อยละของวันที่ดื่มหนัก ในการประเมินผลหลังการบำบัด

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษารุ่นนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยติดสุรา ผู้ศึกษาใช้รูปแบบขั้นตอนการดำเนินการโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2004) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีขั้นตอนในการใช้ผลงานวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรม 4 ขั้นตอนหลัก แต่การศึกษารุ่นนี้ปฏิบัติเฉพาะ 3 ขั้นตอนแรกเท่านั้นคือ ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a topic or problem) ขั้นตอนที่ 2 การรวบรวมและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and Evaluating Evidence) ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพจำนวน 6 เรื่อง นำมาวิเคราะห์สังเคราะห์และสกัดเนื้อหา นำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับใช้กับผู้ป่วยติดสุราแบบผู้ป่วยนอก และผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยติดสุราที่มีความสมบูรณ์ และผู้ศึกษาได้ดำเนินการในขั้นตอนที่ 3 คือการประเมินศักยภาพและความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ปฏิบัติจริง และขั้นตอนที่ 4 วางแผนการพัฒนาเพื่อนำนวัตกรรมไปใช้ในการปฏิบัติ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินศักยภาพและความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential)

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยติดสุราที่พัฒนาขึ้นนำมาประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2004) โดยประเมิน 3 มิติ ดังนี้

1. การประยุกต์ความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ (Transferability of the finding)

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้เพราะมีลักษณะเดียวกันคืองานบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มประชากรคล้ายคลึงกันคือกลุ่มผู้ป่วยติดสุรา (Alcoholic dependent patients) ประจักษ์ในการดูแลเหมือนกันคือการบำบัดแบบองค์รวม

คือให้การบำบัดทั้งกาย และจิตสังคมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง วัตถุประสงค์ของการบำบัดเหมือนกันคือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มสุราหรือสามารถลดการดื่มสุราได้ โดยรูปแบบการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจนี้เป็นการบำบัดที่เน้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจจากภายในและเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงตนเองโดยผู้บำบัดทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้เกิดแรงจูงใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมการดื่มสุราของตนเองได้ ซึ่งเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยติดสุราที่พบในหน่วยงานของผู้ศึกษาที่ผู้ป่วยมักจะปฏิเสธว่าตนเองไม่ได้ติดสุรา มีความลังเลใจในการเริ่มต้นเลิกดื่ม ไม่มั่นใจว่าตนเองจะทำได้ ดังนั้นการนำเสนอแนะจากแนวปฏิบัติพยาบาลไปใช้มีแนวโน้มที่จะทำให้ผลการบำบัดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยสามารถนำไปทดลองใช้ เพื่อประเมินประสิทธิภาพก่อนที่จะนำไปใช้ปฏิบัติจริง

2. ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation)

แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้สามารถนำไปใช้ได้จริงในหน่วยงาน พยาบาลสามารถใช้หรือเลิกใช้วัตรกรรมนี้ได้โดยอิสระเพราะอยู่ในขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช และทีมผู้ปฏิบัติงานยาเสพติด น่าจะให้ความร่วมมือและสนับสนุนเพราะเป็นสิ่งที่มิประโยชน์ต่อผู้ป่วยและต่อหน่วยงาน เนื่องจากทีมผู้ปฏิบัติเองต้องการพัฒนาคุณภาพของการบำบัดรักษาผู้ป่วย ส่วนผู้บริหารมีนโยบายส่งเสริมให้มีการพัฒนานวัตกรรมเพื่อนำมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพของงาน อันจะนำไปสู่คุณภาพของโรงพยาบาล หน่วยงานมีความพร้อมในด้านบุคลากรเพราะมีพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการบำบัดผู้ติดสุราและผ่านการฝึกอบรมเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) มาแล้ว แต่ควรได้รับการฝึกอบรมการบำบัดแบบ Motivational Enhancement Therapy เพิ่มเติม มีสถานที่บำบัดและห้องให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน และมีสิ่งสนับสนุนต่างๆ เพียงพอ อีกทั้งรูปแบบการบำบัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้เป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เป็นการบำบัดรายบุคคล สามารถปฏิบัติได้จริงโดยทำควบคู่ไปกับงานประจำ จำนวนครั้งของการปฏิบัติไม่มากจนเกินไปคือครั้งละ 30 -50 นาที จำนวน 3 - 7 ครั้ง การประเมินผลสามารถทำได้ง่าย เพียงใช้การสัมภาษณ์และใช้แบบบันทึกการดื่มสุรา

3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost – benefit ratio)

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนี้สามารถนำไปใช้ได้จริงในหน่วยงาน เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุรา โดยรูปแบบของบำบัดไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายในด้านกายภาพต่อผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกอึดอัดหรือเครียดที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์รายบุคคลกับ

ผู้บำบัด เพราะต้องมีการอภิปรายและเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกและวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต้องใช้เวลาเดินทางมาบำบัดที่โรงพยาบาล แต่โปรแกรมก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวเพราะจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองโดยมีครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดคอยสนับสนุน และผู้ป่วยจะได้รับการเสริมแรงเป็นระยะ ๆ และเห็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติของตนเอง ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการลดหรือเลิกดื่มสุรา ซึ่งมีความคุ้มค่าในการนำมาใช้ แนวปฏิบัตินี้มีค่าใช้จ่ายในเรื่องวัสดุอุปกรณ์เพิ่มจากการปฏิบัติแบบเดิมไม่มากนัก เพราะเป็นการให้การปรึกษารายบุคคล ใช้เพียงแบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกความก้าวหน้า และแบบประเมินผลเท่านั้น แต่ผู้บำบัดต้องใช้เวลาในการบำบัดผู้ป่วยแต่ละรายเพิ่มมากขึ้นกว่าการปฏิบัติตามปกติ จึงเป็นการเพิ่มภาระงาน (workload) ในการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 4 วางแผนการพัฒนา เพื่อนำนวัตกรรมไปใช้ในการปฏิบัติ (Developing, Implementing and Evaluating the Innovation)

เป็นการนำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ (Pilot study) ในองค์กร หลังจากได้ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลเรียบร้อยแล้ว ซึ่งต้องมีการดำเนินการ ดังนี้

1. นำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เสนอต่อผู้บริหารและทีมปฏิบัติของหน่วยงานยาเสพติด เพื่อพิจารณาประโยชน์ ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงและให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมให้ข้อเสนอแนะเพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมสำหรับการนำไปทดลองใช้
2. เสนอขออนุมัติผู้บริหารของโรงพยาบาล เพื่อนำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยติดสุรา ไปทดลองใช้ในหน่วยงานนำร่อง
3. เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้บริหารแล้ว นำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้เพื่อประเมินกระบวนการในการบำบัด ประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ และปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและผู้รับบริการ
4. ติดตามประเมินผลจากการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล กำหนดแผนการพัฒนาคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนั้นควรนำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ไปทดลองปฏิบัติ (Pilot Study) ในหน่วยงานนำร่อง เพื่อประเมินความเป็นไปได้และประเมินประสิทธิผลที่เกิดขึ้นก่อนนำไปใช้ปฏิบัติจริง
2. การบำบัดตามโปรแกรมนี้เป็นการบำบัดระยะสั้นเพียง 3 - 7 ครั้งในเวลา 12 สัปดาห์ และมีการติดตามผลเป็นระยะๆ ผู้ศึกษาจึงขอเสนอให้มีการเสริมแรงจิตใจเป็นระยะๆ เพิ่มขึ้นในช่วงเวลาของการติดตามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี เพื่อให้ผู้ป่วยยังคงพฤติกรรมการเลิกหรือลดการดื่มสุราไว้ได้
3. ควรมีการเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลไปยังบุคลากรในทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในองค์กรและภายนอกองค์กรโดยวิธีการต่างๆ เช่น การประชุมวิชาการ การลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางวิชาการ และการเผยแพร่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ เมื่อได้ประเมินแล้วว่าแนวปฏิบัติมีประสิทธิภาพเพียงพอ และมีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้เพื่อให้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา
สำหรับผู้ป่วยติดสุรา (THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE
GUIDELINE FOR MOTIVATIONAL ENHANCEMENT TO CHANGE ALCOHOL
CONSUMPTION BEHAVIOR IN ALCOHOL DEPENDENT PATIENTS)

สลิษา หลิมศิริรัตน์ 4936689 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ประภา ยุทธไตร พย.ด., ช่อทิพย์ สันธนะนิช ปร.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุราเป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายและสังคมยอมรับ จึงมีการจำหน่ายอย่างแพร่หลาย สถานการณ์ในปัจจุบันพบว่า การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของคนไทยมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าคนไทยบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มขึ้นจาก 7.71 ลิตร/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 8.47 ลิตร/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2547 รวมทั้งพบว่าจำนวนของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ได้เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย และจากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2546 รายงานว่าคนไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประมาณ 18.61 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 35.5 ของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป โดยประชากรกลุ่มวัยทำงานอายุ 25 – 44 ปี เป็นกลุ่มที่ดื่มมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มเยาวชนชาย อายุ 11-19 ปี (จิริย์ อุตสาหะ และเสริมชัย จุฬาสรีกุล, 2548) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ (2547) ที่ได้สำรวจความชุกของโรคจิตเวช ในประเทศไทยในการสำรวจระดับชาติปี 2546 โดยใช้วิธีการสำรวจในชุมชนทุกภาคของประเทศ จากกลุ่มตัวอย่าง 11,700 ราย ผลการศึกษาพบว่าโรคจิตเวชที่เกิดจากแอลกอฮอล์ มีความชุกมากที่สุดถึงร้อยละ 28.5 รองลงมาคือโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล

การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลได้สร้างความสูญเสียให้กับตัวของผู้ดื่มและสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อมไม่น้อยกว่ายาเสพติดชนิดอื่น การดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของผู้ดื่มทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในด้านสังคมผู้ติดสุรามักบกพร่องในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ต่างๆ ทั้งบทบาทในครอบครัว หน้าที่การงาน และบทบาทต่อสังคม มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อสุราและการขาดรายได้เพราะปฏิบัติหน้าที่การงานได้ลดลง (อินทรา ปัทมินทร และธัญลักษณ์ แก้วเมือง, 2547) นอกจากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวของผู้ป่วยโดยตรงแล้ว การดื่มสุรายังเกิดผลกระทบ

ต่อครอบครัวทั้งด้านเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อสังคม คือก่อให้เกิดอุบัติเหตุจราจร ปัญหาอาชญากรรม การทารุณกรรมทางเพศ การฝ่าฝืนกฎหมายในรูปแบบต่างๆ และยังก่อให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจเป็นจำนวนหลายล้านบาทต่อปี (จิริย์ อุตสาหะ และเสริมชัย จุฬาสรีกุล, 2548)

สถานการณ์ในจังหวัดราชบุรีในปัจจุบันพบว่า ปัญหาจากผู้ดื่มสุราที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลของโรงพยาบาลราชบุรี ตั้งแต่ปี 2546 ถึงปี 2550 มีผู้ป่วยแอลกอฮอล์ประเภทผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคในกลุ่มของ Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (Alcohol use disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD- 10) จำนวนรวม 141, 607, 1,192, 1,330 และ 1,289 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 29, 95, 152, 197 และ 167 ราย ตามลำดับ (เวชระเบียนโรงพยาบาลราชบุรี, 2546 - 2550) จะเห็นได้ว่าสถิติของผู้ป่วยสุราที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ยกเว้นในปี 2550 จำนวนผู้ป่วยลดลงเล็กน้อยอาจเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาบ้าในจังหวัดราชบุรีที่กลับมารุนแรงอีกครั้งหนึ่ง

ผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ไขปัญหาทางคลินิกที่พบในหน่วยงานคือ ปัญหาผู้ป่วยติดสุราที่เข้ามารับการบำบัดรักษาไม่มีแรงจูงใจในการเริ่มต้นหยุดดื่มสุรา การกลับไปดื่มสุราในขณะที่อยู่ระหว่างการบำบัด และไม่สามารถหยุดหรือเลิกดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ซึ่งเป็นการบำบัดทางจิตสังคมในระยะเริ่มแรก หลังจากผู้ป่วยได้ผ่านการรักษาปัญหาทางร่างกายและทางจิตใจทั้งแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกแล้ว โดยใช้วิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราหรือลดการดื่มสุราลงให้อยู่ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยติดสุรา

วิธีดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ขั้นตอนการดำเนินการ โครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Polit & Beck (2004) มาใช้ในการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยติดสุรา ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา

1. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน

จากการที่ผู้ศึกษา ปฏิบัติงานประจำหน่วยงานยาเสพติด กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรีซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการให้บริการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ประสบปัญหาจากการใช้สารเสพติดทุกชนิด ปัจจุบันพบสถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยสุราในจังหวัดราชบุรีมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และพบว่ารูปแบบการบำบัดเดิมคือการรักษาด้วยยาโดยแพทย์และการให้การปรึกษาแบบสั้น (Brief intervention) จำนวน 1 – 2 ครั้งโดยพยาบาล ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดหรือเลิกดื่มสุราได้ จากสถิติของการบำบัดรักษาผู้ติดสุราแบบผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ปี 2548 – 2550 วัดผลเมื่อบำบัดครบ 4 เดือนพบว่าผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถลดหรือเลิกดื่มสุราได้ถึงร้อยละ 45.1, 51.5 และ 46.7 ตามลำดับ

2. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นจากการทบทวนองค์ความรู้

จากการศึกษารูปแบบการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราแบบผู้ป่วยนอกพบว่า รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model) เป็นแนวคิดที่นิยมนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยแนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจและความตั้งใจของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงแบบเป็นขั้นตอน โดยผู้บำบัดจะต้องประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นตอน (stage)ใดของระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการบำบัดรักษา และจัดกิจกรรมให้ตอบสนองกับแต่ละระดับของความตั้งใจ (Prochaska & Norcross, 2003)

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งนี้ ผู้ศึกษาสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา ตามหลักการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) (Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1992) ทั้งนี้เพราะพบว่าผู้ติดสุราส่วนใหญ่ยังมีความลังเลใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา และไม่มีแรงจูงใจมากพอที่จะเริ่มต้นหยุดดื่ม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีลักษณะปฏิเสธความจริง ไม่ยอมรับว่าตนเองติดสุรา ไม่ยอมรับในปัญหาที่เกิดจากการติดสุราหรือมองปัญหาน้อยกว่าความเป็นจริง และมีความลังเลใจในการเริ่มต้นเลิกดื่ม (Miller, et al., 1992; Miller & Rollnick, 2002) อีกทั้งเป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่พยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างอิสระ เป็นการบำบัดที่ใช้ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการบำบัดน้อยกว่าวิธีอื่นๆ เช่น Cognitive Behavior Therapy หรือ Twelve Steps Facilitation แต่มีประสิทธิผลใกล้เคียงกัน (UKATT Research Team, 2005; Project MATCH Research Group, 1998; Miller, et al., 1992) ซึ่งเหมาะสมกับบริบทของการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้งช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายของหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 2 การรวบรวมและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

1. แนวทางการสืบค้น

เพื่อให้ได้งานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (PICO Framework) (Craig & Smyth, 2002) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้น ดังนี้

1.1 Population: Key word ที่ใช้คือ Alcohol dependence และ alcoholism

1.2 Intervention: Key word ที่ใช้คือ Motivational enhancement therapy และ Psychosocial intervention

1.3 Comparison Intervention: ไม่มีการเปรียบเทียบ

1.4 Outcome: Key word ที่ใช้คือ Alcohol abstinence และ Alcohol reduction

2. กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) หลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยสำหรับการศึกษา วิเคราะห์ และนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยติดสุรา มีดังนี้

2.1 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาหรือแนวปฏิบัติทางคลินิก คือรูปแบบของการบำบัดผู้ติดสุราแบบผู้ป่วยนอก โดยใช้รูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจ

2.2 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) งานวิจัยเชิงทดลอง หรืองานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง

2.3 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997 – ค.ศ. 2008

2.4 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ฉบับสมบูรณ์

2.5 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3. วิธีการที่ใช้ในการค้นหาและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ เช่น วิทยานิพนธ์และสารนิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา แนวปฏิบัติทางคลินิก ที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยทำการสืบค้นจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ดังนี้

3.1 จากกระบวนฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่

- ฐานข้อมูลแนวปฏิบัติของสถาบันต่างๆ ได้แก่ [www. guidelines.gov](http://www.guidelines.gov)

- ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ได้แก่ www.Cochrane.org, www.Joannabriggs.edu.au

- ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทางการแพทย์ และงานวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ Blackwell Synergy, CINAHL, Science Direct, OVID, MEDLINE

3.2 การสืบค้นด้วยมือ (Hand search) จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสุรา เช่น Journal of Studies on Alcohol, Alcoholism: Clinical and Experimental Research วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (Reference list) ของงานวิจัยที่ศึกษา

ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลที่กำหนด พบงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือกที่สามารถนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ จำนวน 6 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพและจัดระดับความเข้มแข็งหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์การประเมินของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) พบว่าเป็นงานวิจัยระดับ 1 คืองานวิจัยที่เป็น Meta-analysis จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยระดับ 2 คืองานวิจัย Randomized controlled trials จำนวน 4 เรื่องและงานวิจัยระดับ 4 คืองานวิจัยเดี่ยวแบบ One group time series design จำนวน 1 เรื่อง หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์และสกัดเนื้อหาลงตาราง แล้วนำข้อความในตารางมาพิจารณาสรุปเนื้อหาและประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากงานวิจัยทั้งหมด นำไปสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล

4. การตรวจสอบความแม่นยำตรงของแนวปฏิบัติ นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลที่ได้รับวุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน

สรุปสาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง นำมาสังเคราะห์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ติดสุรานำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะ วิธีปฏิบัติที่แนะนำ (Recommendation) ตามระดับความของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout overholt (2005) ดังนี้

1. ลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับรูปแบบการบำบัด

1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการติดสุรา ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM – IV – TR criteria (ความน่าเชื่อถือระดับ 2) หรือตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD – 10 (ความน่าเชื่อถือระดับ 4)

1.2 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

1.3 ไม่ได้อยู่ในภาวะถอนสุรา (Alcohol withdrawal syndrome) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM – IV criteria (ระดับ 2) หรือประเมินด้วย Alcohol Withdrawal Scale (AWS) ได้น้อยกว่า 5 คะแนน (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

1.4 ไม่มีปัญหาความเสื่อมของความคิดและสติปัญญา (Cognitive impairment) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

1.5 ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมทางกายหรือโรคร่วมทางจิตเวชที่ยังควบคุมอาการไม่ได้ (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

2. คุณสมบัติของผู้บำบัด

2.1 เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในสถานบำบัดยาเสพติดหรือการบำบัดผู้ติดสุราอย่างน้อย 2 ปี (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

2.2 เป็นพยาบาลที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

2.3 เป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการทำจิตบำบัดรายบุคคล หรือการให้การปรึกษารายบุคคล (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

2.4 เป็นผู้ผ่านการอบรมเทคนิคการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing และ Motivational Enhancement Therapy) (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

3. แนวคิดของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

3.1 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการบำบัดที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีแนวคิดที่ว่าถ้าผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงแล้วผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมได้ด้วยตัวเอง ผู้บำบัดจึงมีหน้าที่ในการกระตุ้นหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

3.2 ควรให้การบำบัดโดยประเมินระดับของแรงจูงใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นรายบุคคล และจัดกิจกรรมการบำบัดให้ตอบสนองกับระดับของความพร้อมและความต้องการ การรักษาของผู้ติดสุรา (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

3.3 ควรให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีและช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

4. หลักการพื้นฐานของการบำบัด ได้แก่

4.1 ผู้บำบัดใช้การสื่อสารที่แสดงถึงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้ป่วย (Express empathy) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกอย่างอิสระ และกำหนดทิศทางเป้าหมายของตนเอง (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

4.2 ผู้บำบัดส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่าง สภาพในปัจจุบันที่ยังคงคลุมเครือ กับเป้าหมายที่ต้องการจะเป็น (Develop discrepancy) แรงจูงใจของการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างนั้น (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

4.3 ผู้บำบัดหลีกเลี่ยงการเกิดการโต้แย้งในระหว่างบำบัด (Avoid argumentation) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

4.4 ผู้บำบัดยอมรับความรู้สึกต่อต้านของผู้ป่วย (Roll with resistant) และดำเนินการบำบัดต่อไปเพื่อทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนการรับรู้ หรือเปลี่ยนมุมมองความคิด (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

4.5 ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพและความสามารถของตนเองที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา (Support self-efficacy) (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

5. วิธีการบำบัด

5.1 ระยะเวลาของการบำบัด ควรใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 30 – 50 นาที จำนวน 3 - 7 ครั้ง ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

ควรให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดในระยะที่ 1 - 2 เพื่อช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

5.2 กระบวนการบำบัด การบำบัดโดยใช้ Motivational Enhancement Therapy ให้การบำบัดผู้ป่วยโดยแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะของการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง ในสัปดาห์ที่ 1 ของการบำบัด ระยะของการทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาในสัปดาห์ที่ 2 ของการบำบัด และระยะของการติดตามต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 4 – 12 ของการบำบัด ซึ่งอาจให้การบำบัดในระยะนี้ได้ตั้งแต่ 1 – 5 ครั้ง (ความน่าเชื่อถือระดับ 2) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างให้เกิดแรงจูงใจในการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา กิจกรรมในระยะแรกของการบำบัด คือการประเมินความพร้อมและความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย การให้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการบำบัด การกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความจูงใจตนเอง และใช้กลวิธีการบำบัดต่างๆ เพื่อสร้างให้เกิดแรงจูงใจที่เข้มแข็งที่จะเริ่มต้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ระยะที่ 2 การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญา วัตถุประสงค์ เพื่อให้คำมั่นสัญญา และความตั้งใจที่จะหยุดดื่มสุรามีความหนักแน่น มั่นคง กิจกรรม การบำบัดในระยะนี้ เน้นการสร้างความตั้งใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และการสร้างพันธะสัญญาในการที่จะเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดื่มสุราให้มีความหนักแน่น มั่นคง

ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง กิจกรรมการบำบัดในระยะนี้จะเน้นที่การตรวจสอบแรงจูงใจ การเสริมแรงซ้ำ และการย้ำคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง

การให้บุคคลสำคัญของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม

การให้บุคคลสำคัญหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด หรือเรียกว่า บทบาทของบุคคลสำคัญในการบำบัด บุคคลสำคัญในที่นี้อาจเป็นคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนของผู้ป่วย ผู้บำบัดควรประเมินเพื่อค้นหาว่า ใครคือบุคคลสำคัญหรือบุคคลใกล้ชิดที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราและให้ผู้ป่วยเชิญเข้าร่วมในการบำบัดในครั้งที่ 1 หรือ ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

6. การติดตามและประเมินผลการบำบัด

6.1 ระยะเวลาในการติดตาม ควรติดตามเพื่อประเมินผลหลังการบำบัดอย่างน้อย 1 ปี (ความน่าเชื่อถือระดับ 1) โดยติดตามในช่วงเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือนหลังการบำบัด หรือติดตามเป็นระยะๆ ทุก 1 เดือนโดยพิจารณาตามความเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย

6.2 วิธีการประเมินผล

6.2.1 ประเมินปริมาณและความถี่ของการดื่มสุรา โดยประเมินจากร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม ปริมาณการดื่มต่อวัน หรือร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)

6.2.2 ประเมินภาวะการติดสุราหลังการบำบัดครบ 1 ปี ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM – IV –TR criteria (ความน่าเชื่อถือระดับ 2) หรือตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD – 10

6.3 ผู้ติดตาม การติดตามหลังการบำบัดสามารถให้ผู้ป่วยเป็นผู้ติดตามเอง หรือส่งต่อให้ผู้อื่นติดตาม (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

6.4 วิธีการติดตาม การติดตามหลังการบำบัด โดยการนัดผู้ป่วยมาพบที่หน่วยบำบัด และสัมภาษณ์ข้อมูล การโทรศัพท์ติดตาม หรือการติดตามที่บ้าน (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

7. เครื่องมือที่ใช้ในการบำบัด

7.1 แบบประเมินอาการถอนสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS)

7.2 แบบบันทึกการดื่มสุรา

7.3 แบบวัดระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา
สำหรับผู้ดื่มสุรา (Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness scale: SOCRATES-8A)

7.4 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment of
Function Scale: GAF)

7.5 แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (Mini-International Neuropsychiatric
Interview: MINI)

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินศักยภาพและความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา
สำหรับผู้ป่วยติดสุราที่พัฒนาขึ้น นำมาประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลตาม
กรอบแนวคิดของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2004) โดยประเมิน 3 มิติ ดังนี้

1. การเทียบเคียงความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ (Transferability of
the finding)

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้เพราะ
มีลักษณะเดียวกันคืองานบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มประชากรคล้ายคลึงกันคือกลุ่มผู้ป่วยติด
สุรา ปรัชญาในการดูแลเหมือนกันคือการบำบัดแบบองค์รวมโดยให้การบำบัดทั้งทางกายและทาง
จิตสังคมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง วัตถุประสงค์ของการบำบัดเหมือนกันคือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ
เลิกดื่มสุราหรือสามารถลดการดื่มสุราได้ โดยรูปแบบการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจนี้เป็นการ
บำบัดที่เน้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจจากภายในและเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงตนเองโดยผู้บำบัดทำหน้าที่
เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ และส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถหยุดดื่มสุราได้
ซึ่งเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยติดสุราที่พบในหน่วยงานของผู้ศึกษา ที่พบว่าผู้ป่วยมักจะปฏิเสธ
ว่าตนเองไม่ได้ติดสุรา มีความลังเลใจในการเริ่มต้นเลิกดื่ม ไม่มั่นใจว่าตนเองจะทำได้ ดังนั้นการนำ
ข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติพยาบาลไปใช้มีแนวโน้มที่จะทำให้ผลการบำบัดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
โดยสามารถนำไปทดลองใช้ เพื่อประเมินประสิทธิภาพก่อนที่จะนำไปใช้ปฏิบัติจริง

2. ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในสถานการณ์จริง (Feasibility of
implementation) แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้สามารถนำไปใช้ได้จริงในหน่วยงาน พยาบาลสามารถ
ใช้หรือเลิกใช้วัตรกรรมนี้ได้โดยอิสระเพราะอยู่ในขอบเขตหน้าที่ ผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้า

กลุ่มงานจิตเวช และทีมผู้ปฏิบัติงานยาเสพติด น่าจะให้ความร่วมมือและสนับสนุนเพราะเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์ต่อผู้ป่วยและต่อหน่วยงาน เนื่องจากทีมผู้ปฏิบัติเองต้องการพัฒนาคุณภาพของการบำบัดรักษาผู้ป่วย ส่วนผู้บริหารมีนโยบายส่งเสริมให้มีการพัฒนานวัตกรรมเพื่อนำมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพของงาน อันจะนำไปสู่คุณภาพของโรงพยาบาล หน่วยงานมีความพร้อมในด้านบุคลากรเพราะมีพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการบำบัดผู้ติดสุราและผ่านการฝึกอบรมเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) มาแล้ว แต่ควรได้รับการฝึกอบรมการบำบัดแบบ Motivational Enhancement Therapy เพิ่มเติม มีสถานที่บำบัดและห้องให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน และมีสิ่งสนับสนุนต่างๆ เพียงพอ อีกทั้งรูปแบบการบำบัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้เป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เป็นการบำบัดรายบุคคล สามารถปฏิบัติได้จริงโดยทำควบคู่ไปกับการประจำ จำนวนครั้งของการปฏิบัติไม่มากจนเกินไปคือครั้งละ 30 -50 นาที จำนวน 3 - 7 ครั้ง การประเมินผลสามารถทำได้ง่าย เพียงใช้การสัมภาษณ์และใช้แบบบันทึกการดื่มสุรา

3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost – benefit ratio)

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนี้สามารถนำไปใช้ได้จริงในหน่วยงาน เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุรา โดยรูปแบบของการบำบัดไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายในด้านกายภาพต่อผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกอึดอัดหรือเครียดที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์รายบุคคลกับผู้บำบัด เพราะต้องมีการอภิปรายและเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกและวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต้องใช้เวลาเดินทางมาบำบัดที่โรงพยาบาล แต่โปรแกรมก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวเพราะจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดื่มสุราของตนเองโดยมีครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดคอยสนับสนุน และผู้ป่วยจะได้รับการเสริมแรงเป็นระยะ ๆ และเห็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติของตนเอง ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการลดหรือเลิกดื่มสุรา ซึ่งมีความคุ้มค่าในการนำมาใช้ แนวปฏิบัตินี้มีค่าใช้จ่ายในเรื่องวัสดุอุปกรณ์เพิ่มจากการปฏิบัติแบบเดิมไม่มากนัก เพราะเป็นการให้การปรึกษารายบุคคล ใช้เพียงแบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกความก้าวหน้า และแบบประเมินผลเท่านั้น แต่ผู้บำบัดต้องใช้เวลาในการบำบัดผู้ป่วยแต่ละรายเพิ่มมากขึ้นกว่าการปฏิบัติตามปกติ จึงเป็นการเพิ่มภาระงาน (workload) ในการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 4 วางแผนการพัฒนา เพื่อนำนวัตกรรมไปใช้ในการปฏิบัติ (Developing, Implementing and Evaluating the Innovation)

หลังจากได้พัฒนาร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลเรียบร้อยแล้ว นำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ไปทดลองใช้ (Pilot study) ในองค์กร โดยดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. นำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เสนอต่อผู้บริหารและทีมปฏิบัติของหน่วยงานยาเสพติด เพื่อพิจารณาประโยชน์ ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้และให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมให้ข้อเสนอแนะเพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมสำหรับการนำไปทดลองใช้ในหน่วยงาน
2. เสนอขออนุมัติผู้บริหารของโรงพยาบาล เพื่อนำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยติดสุรา ไปทดลองใช้ในหน่วยงานนำร่อง
3. เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้บริหารแล้ว นำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้เพื่อประเมินกระบวนการในการบำบัด ประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ และปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและผู้รับบริการ
4. ติดตามประเมินผลจากการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล กำหนดแผนการพัฒนาคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนั้นควรนำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ไปทดลองปฏิบัติ (Pilot Study) ในหน่วยงานนำร่อง เพื่อประเมินความเป็นไปได้และประเมินประสิทธิผลที่เกิดขึ้นก่อน
2. การบำบัดตามโปรแกรมนี้เป็นการบำบัดระยะสั้นเพียง 3 - 7 ครั้งในเวลา 12 สัปดาห์ และมีการติดตามผลเป็นระยะๆ ผู้ศึกษาจึงขอเสนอให้มีการเสริมแรงจูงใจเป็นระยะๆ เพิ่มขึ้นในช่วงเวลาของการติดตามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี เพื่อให้ผู้ป่วยยังคงพฤติกรรมการเลิกหรือลดการดื่มสุราไว้ได้
3. ควรมีการเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลไปยังบุคลากรในทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในองค์กรและภายนอกองค์กรโดยวิธีการต่างๆ เช่น การประชุมวิชาการ การลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางวิชาการ และการเผยแพร่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ เมื่อได้ประเมินแล้วว่าแนวปฏิบัติมีประสิทธิภาพเพียงพอ และมีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้เพื่อให้เกิดการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE
FOR MOTIVATIONAL ENHANCEMENT TO CHANGE ALCOHOL
CONSUMPTION BEHAVIOR IN ALCOHOL DEPENDENT PATIENTS

SALISA LIMSIRORAT 4936689 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORS COMMITTEE: PRAPA YUTTATRI, D.N.S.,
CHORTHIP SANTANAVANICH, Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Alcohol is a legitimate addictive substance being sold and accepted by vast societies. In current situation, consumption of alcohol is increasing. From the WHO database, consumption of alcohol in Thai people increased from 7.71 liters/person/year in 2000 to 8.47 liters/person/year in 2004 and the number of alcohol consumer was increased respectively. From the survey of National Statistical Office in 2003 found that number of Thai drinker was about 18.61 million or 35.5 percent of people aged more than 11 years. People in working group aged from 25-44 years were the largest group followed by the teenage from 11-19 years (Usaha and Chulasereekul, 2005) that was correlated with the study by Siriwanarangsana, et al. (2004) which surveyed the psychiatric disorder prevalence in every part of Thailand from the national survey in 2003 totally of 11,700 samples and found that alcohol related psychiatric disorders were the most frequent group that established to 28.5 percent and followed by depression and anxiety disorders.

Drinking alcohol has led to the loss to the drinker and to the social in both direct or indirect ways not less than any other addictive agents. It effects on the mental and physical health of the drinkers and on their activities extended from family, working, to other social functions. It caused expenses and lowered income from incapability of working. (Patamintorn and Kaewmuang, 2004). Beside the direct impact on the drinker, drinking alcohol still has the effect on family in economic

status, relationship and mental health of family members. In social aspect, it causes many problems extended from accidents, crime, sexual violence, and many law breaking actions to the loss of national economy in millions of Bath a year. (Usaha and Chulasereekul, 2005).

In current status in Ratchaburi province, the problems related to alcohol has the tendency to arise. From Ratchaburi Hospital data since 2003 to 2007 there were out-patient alcohol patients that have the diagnosis of mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (alcohol use disorder) by the WHO, ICD-10 criteria in amount of 141, 607, 1192, 1330 and 1289 respectively. Among these patients there were new cases of 29, 95, 152, 197 and 167 respectively (Ratchaburi Hospital medical records, 2003-2007). The statistic data showed that the number of patient had tendency to increase every year except slightly decline in 2007 which may be related with the re-spreading of amphetamine in this year.

The investigator realized the important in managing clinical problem found in the department that the alcohol dependent patients have no motivation for starting to quit drinking, re-use of alcohol during the treatment, and could not continue the abstinent state. In this study, the investigator interested in developing a nursing guideline to promote motivation to quit alcohol drinking which is an earlier stage in psychosocial treatment after the treatment in mental and physical problem from in-patient and out-patient structure by using motivational enhancement therapy to quit or reduce alcohol drinking down to non-hazardous level.

Purpose of the Study

To develop a clinical nursing practice guideline for motivational enhancement to change alcohol consumption behavior in alcohol dependent patients

Methodology

The evidence-based practice model, proposed by Polit & Beck (2004), was adapted to develop a clinical nursing practice guideline for motivational enhancement to change alcohol consumption behavior in alcohol dependent patients. The model consisted of the following elements:

Step I. Selecting a topic or problem

1. Problem-focused triggers

Since the investigator is working in addiction clinic psychiatric department Ratchaburi hospital, which is a clinic in response to treatment and rehabilitation of drug addiction patients, found that nowadays the problem of alcohol patients in Ratchaburi province has a tendency to increased and found that the conventional treatment by doctor prescribed medication and brief intervention in 1-2 sessions by nurse could not help the patient quit or reduce alcohol drinking. Statistic in out-patient treatment since 2005-2007 measured after finished 4 month course found that the patients who could not quit or reduce the alcohol drinking were 45.1, 51.5, and 46.7 percent respectively.

2. Knowledge-focused triggers

The study of treatment model to change drinking behavior of alcohol patients in out-patient clinic found that the Transtheoretical model is the favorable method in solving health problems by the concept of paying attention to person's decision and intention to change his behavior in stepwise manner. The therapist had to assess the stage of the patient's readiness to change and apply activities suitable for each stage of the patients. (Prochaska & Norcross, 2003)

In this developing nursing guideline, the investigator interested in nursing guideline to enhance patient's motivation to quit drinking by Motivational Enhancement Therapy (Miller, Zweben, DiClemente, and Rychtarik, 1992) since most of the patients have reluctance in changing drinking behavior and don't have enough motivation to start quit drinking (Miller, et al., 1992; Miller & Rollnick, 2002). Besides, psychosocial treatment can not only be freely applied and used less session than other model as Cognitive Behavior Therapy or Twelve Steps Facilitation but as effective in producing change in problem drinkers.(UKATT Research Team, 2005; Project MATCH Research Group, 1998; Miller, et al., 1992) which is suitable for the context of general hospital for treating patients in out-patient department and can save the expenses of the organization.

Step 2. Assembling and evaluating evidence

1. Searching evidence

To obtain researches and evidence-based works that related to the subject in this study, the searching guidelines included using searching words in PICO Framework (Craig & Smyth, 2002) as the measure of the search as follows:

- 1.1 Population: Key words used are “alcohol dependence” and “alcoholism”.
- 1.2 Intervention: Key words used are “motivational enhancement therapy” and “psychosocial intervention”.
- 1.3 Comparison Intervention: no comparison.
- 1.4 Outcome: Key words used are “alcohol abstinence” and “alcohol reduction”.

2. Criteria for selecting evidence-based documents

Criteria for selecting researches and evidence-based documents for the study and analysis to develop a clinical nursing practice guideline for motivational enhancement to change alcohol consumption behavior in alcohol dependent patients consisted of the following details:

- 2.1 Related to the clinical problem or clinical practice guideline which therapeutic model for alcohol out patients was motivational enhancement therapy
- 2.2 A systematic review, Meta-analysis, Experimental research, or Quasi- experimental research
- 2.3 Evidence period covered from 1997 - 2008
- 2.4 The selected evidences would be full-text papers
- 2.5 Both Thai and English databases

3. Sources of evidence

Searching is based on the researches and evidence based documents such as Thesis, Thematic paper, Clinical nursing practice guideline published in both Thai and English from various databases, as listed below

- 3.1 Database used for searching

- Database containing clinical guidelines of various institutes and organizations: www.guidelines.gov

- Databases containing information on systematic review: www.Cochrane.org, www.Joannabriggs.edu.au

- Databases of nursing research or health science research: Blackwell Synergy, CINAHL, Science Direct, OVID, MEDLINE

3.2 Hand Search

- Hand search of journals on alcohol dependence such as Journal of Studies on Alcohol, Alcoholism: Clinical and Experimental Research, Journal of the Psychiatric Association of Thailand

- Hand search from reference lists of researches

Evidence-based searching results

Results from searching through evidence-based databases revealed researches that could be developed into a clinical nursing practice guideline occurred in 6 studies. After a quality assessment and arranging strength of evidence, based on the criteria of Melnyk & Fineout Overholt (2005), the findings indicated that there were the research level I on a Meta-analysis, research level II on 4 studies of Randomized Controlled Trials and research level IV, One Group Time Series Design. All 6 studies were read, analyzed and extracted contents into tables. Extracted contents in the tables were concluded into important issues that will be used to develop a clinical nursing practice guideline.

4. The validity of the developed practice guideline, contents and language used were valid by 3 professionals consisted of two psychiatrists and Advanced Practice Mental Health Nurse (APN)

Main Conclusions from Evidence-based Data

From relevant evidence-based review and analysis in developing a clinical nursing practice guideline for motivational enhancement to change alcohol consumption behavior in alcohol dependent patients; finally, the recommendation

was summarized by strength level of evidence, based on the criteria of Melnyk & Fineout Overholt (2005) as follows

1. Suitable patient characteristics for the treatment model

1.1 Patients who had been diagnosed as alcohol dependence, by DSM – IV –TR criteria (Level II) or based on ICD – 10 (Level IV)

1.2 Minimum age of 18 years. (Level II)

1.3 No alcohol withdrawal syndrome (Level II) defined by the DSM – IV –TR criteria (Level II) or assessed by Alcohol Withdrawal Scale (AWS) < 5 points (Level IV)

1.4 No cognitive impairment (Level II)

1.5 No significant physical or psychiatric conditions (Level II)

2. Criteria for therapists

2.1 Having at least 2 years experience working in drug addiction department or treating alcohol patients. (Level II)

2.2 Bachelor degree in Nursing or higher. (Level II)

2.3 Having knowledge and experience in individual psychotherapy or individual counseling. (Level II)

2.4 Finish training course of Motivation Interviewing technique and Motivational Enhancement Therapy. (Level II)

3. Concepts of Motivational Enhancement Therapy

3.1 Motivational Enhancement Therapy (MET) approach emphasizes on promoting motivation for changing behaviors which begins with the assumption that when the client has motivation for change, he will find the processes by himself. The therapist should encourage the client for motivation to change his behaviors. (Level II)

3.2 Treatment should be assessed in level of motivation and readiness for changing behaviors. Activities that correspond with those levels should be set up (Level II) and individual treatment sessions were recommended (Level I)

3.3 Involving the significant other in the first two of these four sessions of the therapy was advised to make good relationship and help patient changing behavior (Level II)

4. Rationale and basic principles (Level II) include :

4.1 Express empathy, therapist uses communication with empathy and pays great respect for the client. The client has right to freely choose and make his own's goal. (Level II)

4.2 Develop discrepancy, therapist encourages the clients to see the difference between their currently drinking status and desired result they wanted. Motivation for change occurs when clients perceive this discrepancy. (Level II)

4.3 Avoid Argumentation, therapist employs avoiding argumentation during therapeutic session. (Level II)

4.4 Roll with Resistant, therapist accepts resistance by rolling with it and continues the therapy to make the clients change their thought and perspective. (Level II)

4.5 Support Self-efficacy, therapist help client to be confident in his potential to change their own drinking behavior. (Level II)

5. Therapeutic method

5.1 Therapeutic session used 30 – 50 minutes per session, 3 – 7 sessions in 12 weeks. (Level II)

Recognizing of significant others in phase 1 or phase 1 and phase 2 to make good relationship and could enhance client's motivation to change behavior and continue the therapy (Level II).

5.2 The process of Motivational Enhancement Therapy consisted of three phases, the first treatment phase (week 1) was to building motivation for change, the second phase (week 2) was strengthening commitment to change and the third phase, at week 4 – 12, was the follow through period which might take 1-5 sessions (Level II) as follows

Phase I: Building motivation for change

The early phase of MET focused on developing clients, motivation to make

a change in their drinking. The stages of change readiness and treatment eagerness should be assessed before the sessions begin. The session focused on providing structured feedback from the initial assessment regarding problems associated with drinking. Therapist task was to shift the balance in favor of change: elicits self-motivational statements, employs motivational strategies to mobilize the client's own resources to start changing behavior (Level II)

Phase II Strengthening commitment to change

This session aimed to build client's motivation to initiate or continue change. Continuing the motivation enhancement process, working toward consolidating commitment to change would be done in this phase. (Level II)

Phase III Follow through Session

The therapist continued to monitor and encourage progress. Three processes were involved in the follow through: reviewing progress, renewing motivation, and redoing commitment. (Level II)

Involving a significant others

Involving a significant others or role of significant others in treatment was used. Significant others may be spouse, family member or friend, and the therapist should evaluate who the significant others were. Clients in MET would be strongly urged to bring a significant other to be actively engaged in treatment process. Involving significant others in the first two of these four sessions therapy that could enhance client's motivation to change the behavior and continue the therapy. (Level II)

6. Follow-up and Evaluation

6.1 Follow – Up period should be done at least 1 year (Level I), at 3 month, 6 month and 12 month after intervention for enhancing motivation (Level II) or monthly follow up by considering the suitability in each patient.

6.2 Methodology to evaluate outcome

6.2.1 Evaluate amount and frequency of alcohol consumption by percent day abstinence and drinks per drinking day or percent of heavy drinking days (Level II)

6.2.2 Assess alcohol dependence status 1 year post treatment by using DSM – IV –TR criteria (Level II) or based on ICD – 10 (Level IV)

6.3 The follow- up session could be done by therapist or refer to other personnel, (Level II) such as primary health care personnel in community

6.4 Method to follow-up was made by interviewing patients at the hospital, by telephone, or at patient's home (Level II)

6.5 The instruments

6.5.1 Alcohol Withdrawal Scale: AWS (Level II)

6.5.2 Alcohol Consumption Form (Level II)

6.5.3 Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness scale: SOCRATES-8A (Level II)

6.5.4 Global Assessment of Function Scale: GAF (Level IV)

6.5.5 Mini-International Neuropsychiatric Interview: MINI (Level II)

Step 3: Assessing Implementation Potential

The implementation potential of a clinical nursing practice guideline for motivational enhancement to change alcohol consumption behavior in alcohol dependent patients was assessed with the criteria proposed by Polit and Beck (2004), as detailed below.

1. Transferability of the finding

The clinical nursing practice guideline developed by the investigator is appropriate for the target organization and population which resembled to the outpatient settings with the same philosophy in biopsychosocial intervention and client center therapy. The aim of the guideline is leading to alcohol abstinence or reduce alcohol consumption in alcohol dependent patients. The research materials that provided evidence for this guideline recommended therapists to enhance the client's own motivation for change and commitment to change their drinking behavior. These therapeutic strategies are suitable for the patients being in the stage of change of pre-contemplation, contemplation and determination and low self efficacy for change. The application of this clinical nursing practice guideline into clinical practice tends to improve the effectiveness of intervention. Using this guideline should be try out and evaluated the efficiency before adoption into real practical use.

2. Feasibility of implementation

This clinical nursing practice guideline is feasible to implement within the organization. Nurses can comfortably consider to use or not to use this guideline since this is in the authority extent of nurses. Cooperation from involved persons should give advantages to patients and organizations. Practical team wanted to develop quality of the treatment while administrative team wanted to promote novel methods to improve efficacy of the work leading to improve hospital quality. The studied organization is ready in personnel aspect, consisted of general nurses and psychiatric nurses experienced in treating alcohol dependent patients but should be trained in motivational enhancement therapy course, in workplace aspect that is counseling room, treatment area and other facilities. Besides, this nursing practice guideline is not too complex since it is an individual treatment, can be run parallel with existing routine works, each treatment session is not too much that is 30-50 minutes for only 4-7 sessions and the evaluation can be done easily by interviewing and using drinking record forms.

3. Cost-benefit ratio

The application of clinical nursing practice guideline is appropriate for the organization to improve the effectiveness of alcohol dependent intervention. The implementation of this guideline has no risk or danger to patient's physical health. Even though the patients and relatives have to travel to the hospital for treatment sessions, but this program will make advantages to patients and relatives by enhancing patient's motivation to change their drinking behavior involved by significant others. The patients will be reinforced periodically and can see the results by themselves which will increase their confidence in reducing or quitting alcohol drinking. There is no further expenses from conventional procedures since using only personal counseling and paper forms which include interviewing form and evaluation form. However, therapists have to take more time in treating individuals than usual, this increased the workload in practice.

Step 4: Developing, Implementing and Evaluating the Innovation

After optimum revisions of this clinical nursing practice guideline proposal, it will be implemented as a pilot study of the organization which has to be done as follows

1. Present this guideline proposal to the administrator and Drug dependent division team to determine its advantage, appropriateness, and feasibility and then open for suggestions from personnel who will be involved in this pilot process for completeness and appropriateness of this implementation.
2. Submit this guideline proposal to the administrator for approval on implementation in the organization unit for pilot study.
3. After the approval, the try-out process will be done to evaluate the treatment process, satisfaction of the team and clients then adjust the guideline to be suitable for the organization and client contexts.
4. Continue evaluating the try-out result and planning for further development of the guideline.

Recommendations

1. Since this study involved in steps to develop clinical nursing practice guideline using the analysis and synthesis of evidence-based documents, the pilot study is recommended to evaluate the feasibility and effectiveness.
2. This program is a brief intervention taking only 3 - 7 sessions on 12 weeks and some follow-up sessions. The investigator suggested that it is important to have “booster” sessions to reinforce the motivational processes begun in the initial sessions to be continued at least 1 year to maintain alcohol abstinence or alcohol reduction.
3. When this clinical nursing practice guideline has been enough evaluated for effectiveness, it should be publicized to other relevant internal and external divisions. It may be presented in academic conferences, published in journals or other publications, or posted in electronic databases so that this guideline will be widely used and developed continuously in the future.

รายการอ้างอิง

- กมลรัตน์ จิตติชัยโรจน์. (2547). การศึกษาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา. *ประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 12, 15, 45-47.*
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *คู่มือการให้การปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน*. เชียงใหม่: พลอยการพิมพ์.
- จรรย์ อุสาหะ และเสริญ จุฬาสรีกุล. (2548). สถานการณ์บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 14(1), 1-7.*
- ทิพาวดี เอมะวรรณะ. (2547). *จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ทิพาวดี เอมะวรรณะ. (2548). *จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้ง.
- นิตานถ โสภเกิด. (2545). *ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ที่ติดยาในโรงพยาบาลลำพูน*. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ. (2549). *รายงานสถานการณ์สุราประจำปี 2549*. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.). กรุงเทพฯ: ไซดาสตูดิโอครีเอชั่น แอนด์พับลิชชิง.
- ประไพ ทายุทธ. (2545). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมานิช หล่อตระกูล. (2539). *DSM-IV ฉบับภาษาไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ปริทรรศ ศิลปกิจ, พันธนาภ กิตติรัตน์ไพบูลย์ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2542). *ความชุกและสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดยา*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- พงศธร เนตราคม. (2549). *ประสาทชีววิทยาของโรคจิตสารเสพติด*. ใน พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด* (หน้า 37-43). กรุงเทพฯ: สำนักงาน ป.ป.ส.

- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ. (2547). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี 2546. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(2), 177-188.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2544). สุราและความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง. ใน วิโรจน์ วีระชัย และคณะ (บรรณาธิการ), *ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด* (หน้า 213-233). ปทุมธานี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2549). การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจ. ใน พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด* (หน้า 153-164). กรุงเทพฯ: สำนักงาน ป.ป.ส.
- พิชัย แสงชาญชัย พงศธร เนตราคม และนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ). (2549). *ตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ป.ป.ส.
- รณชัย คงสกนธ์. (2548). ความสัมพันธ์ของสุรากับปัญหาความรุนแรงในครอบครัว. ในการประชุมวิชาการสุราระดับชาติครั้งที่ 1, ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- รณชัย คงสกนธ์ และนฤมล โพธิ์แจ่ม. (2550). การดื่มสุรแบบอันตรายกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัวไทย: ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมแบบจับคู่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(3), 296-305.
- โรงพยาบาลราชบุรี. (2550). *รายงานประจำปี โรงพยาบาลราชบุรี*.
- วิวัฒน์ เขวงชัยขง, อัจฉรา ฟองคำ และนิศานาด โชคเกิด. (2543). การศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยในที่ติดสุราในระดับผิดปกติในโรงพยาบาลลำพูน. *วารสารกรมการแพทย์*, 25, 87-95.
- ศรีสมบัติ วานิช และฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2539). การพยาบาลผู้ติดยาเสพติด. ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการสถาบันพระบรมราชชนก.
- ศิริณา ศรีทราพิสิฐ, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, นิทกร สอนชา และการุณย์ หงษ์กา. (2551). การใช้สื่อร่วมกับการเสริมสร้างแรงใจในการบำบัดผู้ติดสุรา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(2), 151-164.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2546). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายรัตน์ นกน้อย, พิชัย แสงชาญชัย, อุษา ดันติแพทยากร และราม รังสินธุ์. (2547). ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษากับผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ. รายงานการวิจัย.

- สุนทรี ศรีโกไสย. (2550). วิธีการหยุดดื่มสุราให้สำเร็จ การจัดการความรู้ในผู้ที่เคยติดสุรา. *ประชุมวิชาการวิทยาการก้าวหน้าทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนทรี ศรีโกไสย, ภัทราภรณ์ พุ่งคำปิ่น และ ชาลินี สุวรรณยศ. (2549). ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มารับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51(2), 25-35.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2547). สถานการณ์และเทคนิควิธีการแก้ปัญหาสุขภาพจิต. รายงานการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 3, กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อัจฉรา ฟองคำ, นิสานาถ โชคเกิด, ชไมพร ทวีขศรี และ ชัยนตร์ธร ปทุมมานนท์. (2546). ผลของการให้การปรึกษาแบบสั้นในการบำบัดผู้ติดสุรา และลักษณะที่มีผลต่อความสำเร็จในการบำบัดรักษาที่คลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลลำพูน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 49(1), 15-26.
- อินทิรา ปัทมินทร และรัชฎ์ลักษณ์ แก้วเมือง (เรียบเรียง). (2547). *องค์ความรู้และรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์*. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic criteria form DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andreasson, S., & Ojehagen, A. (Eds.). (1997). *Treating alcohol and drug abuse on evidence based review*. VCH: Wiley.
- Beyer, S. (2003). The client with a substance-related disorders. In *Psychiatric Nursing Biological & Behavioral Concepts* (pp. 533-582). Texas: Veterans Administration North Texus Health Care System.
- Bien, T. H., Miller, W. R., & Boroughs, J. M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 21, 347-356.
- Brown, J. M., & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation an outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211-218.

- Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The Efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843-861.
- Chabda, V. (2005). *Substance Abuse: Global Burden let to be solved*. National Conference Alcohol Consumption and Related Problems in Thailand. Bangkok: Center for Alcohol Studies.
- Cohen, E., Feinn, R., Arias, A., & Kranzler, H. R. (2007). Alcohol treatment utilization: Findings from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 214-221.
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2002). *The evidence-based practice manual for nurse*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- DiClemente, C. C., Bellino, L. E., & Neavins, T. M. (1999). Motivational for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 86-92.
- Dimeff, L., Marlatt, G. (1998). Preventing relapse and maintaining change in addictive behaviors. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 513-525.
- Frisch, N. C., & Lawence, E. F. (2002). *Psychiatric Mental Health Nursing* (2nd ed.). USA: Delmar, a division of Thomson Learning.
- Halgin, R. P. & Whitebourne, S. K. (2000). *Abnormal psychology: clinical perspectives on psychological disorders* (3rd ed.). USA: McGraw-Hill.
- Heather, N., & Stockwell, T. (2004). *The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems*. England: John Wiley & Sons.
- Heinz, A., Wilwer, M., & Mann, K. (2003). Therapy and supportive care of alcoholics: guidelines for practitioners. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 17(4), 695-708.
- Higuchi, S., Matsushita, S. & Kashima, H. (2006). New findings on the genetic influences on alcohol use and dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 253-265.
- Johnson, B. A., Koob, G. F. Schuckit, M. A., Mason, B. J. & Ait-Daoud, N. (2006). Understanding and treatment alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30(3), 567-584.

- Kadden, R., Carroll, K., Donovan, D., Cooney, N., Monti, P., Abrams, D., et al. (1992). *Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Project MATCH Monograph Series. Volume 3.
- Longabaugh, R., & Morgenstern, J. (1999). Cognitive-behavioral coping-skills therapy for alcohol dependence: Current status and future directions. *Alcohol Research and Health*, 23, 78-85.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Melnik, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Miller, W. R. (1995). *Motivational enhancement therapy with drug abusers*. Dependence of Psychology and center on alcoholism, substance abuse, and addictions (CASAA). The University of New Mexico.
- Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1995). Motivational interviewing: What is MI?. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. G. (1992). *Motivational Enhancement Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Project MATCH Monograph Series. Volume 2.

- Moos, R. H. (2007). Theory- based active ingredients of effective treatments for substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, 109-121.
- Nowinski, J., Baker, S., & Carroll, K. (1992). *12-step facilitation therapist manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Project MATCH Monograph Series. Volume 1.
- Phukao, D., Saunders, B. J., & Varghese, T. F. (2003). Updating the processes and pathways involved in drinking behavioral changes and the psychosocial treatment of alcohol use disorders. *Journal of Psychiatric Association Thailand*, 49(1), 27-41.
- Polit, D. F., & Beck, C. K. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (2003). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis* (5th ed.). USA.
- Project MATCH Research Group. (1997). Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction*, 92(12), 1671-1698.
- Project MATCH Research Group. (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project MATCH three-year drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(6), 1300-1311.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55, 305-312.
- Rudolf, H. M. (2007). Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, 109-121.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of Psychiatri: behavioral sciences, clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Saunders, J. B. (2004). *Alcohol use, Hazardous use and Dependence*. Centre for Drug and Alcohol Studies, Department of Psychiatry, School of Medicine, University of Queensland, Australia.

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2003). *The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. A national clinical guideline*. Scotland.
- Sellman, J. D., Sullivan, P. F., Dore, G. M., Adamson, S. J., & MacEwan, I. (2001). A Randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(3), 389-396.
- Suhuckit, M. A. (2006). Recent developments in the genetics of alcohol dependence. In Johnson, B. A., Koob, G. F., Schuckit, M. A., Mason, B. J. & Ait-Daoud, N. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30(3), 570-571.
- The National Conference. (2005). *Alcohol Consumption and Related Problems in Thailand*. Bangkok: Center for Alcohol Studies.
- The Second National Conference. (2006). *Alcohol: Evidence-based impacts and intervention*. Bangkok: Center for Alcohol Studies.
- Treasure, J. (2004). Motivational interviewing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 331-337.
- UKATT Research Team. (2001). United kingdom alcohol treatment trial (UKATT): hypotheses, Design and methods. *Alcohol & Alcoholism*, 36(1), 11-21.
- UKATT Research Team. (2005). Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomized UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ*, Retrieve March 29, 2007, from <http://bmj.com/cgi/content/full/331/7516/541-545>.



ภาคผนวก ก

แนวปฏิบัติการพยาบาล

ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล:

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา
สำหรับผู้ป่วยติดสุรา

แหล่งอ้างอิงทางบรรณานุกรม:

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล สารนิพนธ์คณะพยาบาลศาสตร์. การพัฒนาแนว
ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยติด
สุรา; ตุลาคม 2551 (เอกสารอ้างอิง 12 รายการ)

ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

1. กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ: ผู้ป่วยที่มีภาวะการติดสุรา (Alcohol dependent patients)
2. กลุ่มบุคลากรที่ใช้แนวปฏิบัติ: พยาบาลจิตเวช หรือพยาบาลวิชาชีพ
3. วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ: เพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการเสริมสร้าง
แรงจูงใจให้กับผู้ป่วยติดสุรา ให้สามารถลดหรือเลิกดื่มสุราได้
4. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย: ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะการติดสุรา
(Alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM – IV - TR หรือ ICD – 10 ที่มีอายุตั้งแต่ 18
ปีขึ้นไป ไม่ได้อยู่ในภาวะถอนสุรา (Alcohol withdrawal syndrome) ไม่มีโรคร่วมทางกายหรือโรค
ร่วมทางจิตเวชที่ยังควบคุมไม่ได้ และไม่มีปัญหาเรื่องความบกพร่องทางความคิดและความจำ เป็น
ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลทั่วไป
5. ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ:
 - 5.1 ผู้ป่วยติดสุราเกิดแรงจูงใจภายในทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา
คือเลิกดื่มหรือลดการดื่มสุราลงได้
 - 5.2 ลดจำนวนครั้งของการกลับไปติดสุราซ้ำ
6. การประเมินผลลัพธ์
 - 6.1 ปริมาณและความถี่ของการดื่มสุรา
 - 6.2 การกลับไปติดสุราซ้ำ

วิธีดำเนินการ

1. **แนวทางการสืบค้น** กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (PICO Framework) (Craig & Smyth, 2002) ดังนี้

1.1 Population: Key word ที่ใช้คือ Alcohol dependence และ alcoholism

1.2 Intervention: Key word ที่ใช้คือ Motivational enhancement therapy และ Psychosocial intervention

1.3 Comparison Intervention: ไม่มีการเปรียบเทียบ

1.4 Outcome: Key word ที่ใช้คือ Alcohol abstinence และ Alcohol reduction

2. กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ (Inclusion criteria) มีดังต่อไปนี้

2.1 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาหรือแนวปฏิบัติทางคลินิก ที่ต้องการพัฒนาคือรูปแบบของการบำบัดผู้ติดสุราแบบผู้ป่วยนอกโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจ

2.2 เป็นงานวิจัยที่เป็น การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) งานวิจัยเชิงทดลอง หรืองานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง

2.3 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997 – ค.ศ. 2008

2.4 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ฉบับสมบูรณ์

2.5 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3. วิธีการที่ใช้ในการค้นหาและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ เช่น วิทยานิพนธ์และสารนิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษาที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยทำการสืบค้นจากแหล่งข้อมูล ดังนี้

3.1 สืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่

1) ฐานข้อมูลแนวปฏิบัติของสถาบันต่างๆ ได้แก่ [www. guidelines.gov](http://www.guidelines.gov)

2) ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ได้แก่ www. Cochrane.org, www. Joannabriggs.edu.au

3) ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ Blackwell Synergy, CINAHL, Science Direct, OVID, MEDLINE

3.2 การสืบค้นด้วยมือ (Hand search)

1) จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสุรา เช่น

Journal of Studies on Alcohol, Alcoholism: Clinical and Experimental Research, วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

2) การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (Reference list) ของงานวิจัยที่ศึกษา

4. เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence) ใช้เกณฑ์การประเมินของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) โดยมีการแบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

Level I หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Systematic review หรือ Meta-analysis ที่มาจากงานวิจัย RCTs หรือเป็น Guidelines ที่ได้มาจาก Systematic review ที่มาจากงานวิจัย RCTs

Level II หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยอย่างน้อยหนึ่งเรื่องที่เป็นงานวิจัย RCTs

Level III หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Level IV หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case control และ Cohort study ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี

Level V หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ของงานวิจัยแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยว แบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VII หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้มาจากความคิดเห็นหรือทัศนะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

5. ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลที่กำหนด พบงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือกที่สามารถนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ จำนวน 6 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพและจัดระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์การประเมินของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) พบว่าเป็นงานวิจัยระดับ 1 คืองานวิจัยที่เป็น Meta-analysis จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยระดับ 2 คืองานวิจัย Randomized controlled trials จำนวน 4 เรื่องและงานวิจัยระดับ 4 คืองานวิจัยแบบ One group time series design จำนวน 1 เรื่อง ดังนี้

1. Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The Efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843–861.

2. Project MATCH Research Group. (1998). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Three -Year Drinking Outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(6), 1300-1311.

3. Sellman, J. D., Sullivan, P. F., Dore, G. M., Adamson, S. J., & MacEwan, I. (2001). A randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(3), 389-396.

4. UKATT Research Team. (2005). Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomized UK alcohol treatment trial. *BMJ*, 331, 541-545.

5. ศิริณา ศรีทราพิสิฐ, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, นิทกร สอนชา และ การุณย์ หงษ์กา (2551). การใช้สื่อร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดผู้ติดสุรา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(2), 151-164.

6. สุนทรี ศรีโกไสย, ภัทราภรณ์ พุ่งคำปัน และ ชารินี สุวรรณยศ. (2549). ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51(2), 25-36.

หลังจากนั้นนำหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 6 เรื่อง มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสกัดเนื้อหา ลงตาราง ตามลำดับหัวข้อคือ 1) วัตถุประสงค์การวิจัย 2) ทฤษฎี 3) สมมติฐานการวิจัย 4) ระเบียบวิธีวิจัย 5) ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 6) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ 7) สถานที่ในการศึกษา 8) เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ 9) การบำบัด 10) ผลการวิจัย 11) การสรุปเพื่อนำไปใช้ 12) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 13) การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์ 14) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ และนำข้อความในตารางมาพิจารณาสรุปเนื้อหาและประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากงานวิจัยทั้งหมด นำไปสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยติดสุรา

วิธีประเมินความตรงของแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นซึ่งผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปริกษาสารนิพนธ์แล้ว นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ความเหมาะสมของภาษา และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปฏิบัติจริงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องการบำบัดแบบ Motivational Enhancement Therapy และมีความชำนาญในการบำบัดผู้ป่วยสุรา จำนวน 1 ท่าน อาจารย์แพทย์ซึ่งเป็นจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการและมีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยสุรา 1 ท่าน พยาบาลที่ได้รับวุฒิปริญญาปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวช (APN) ที่มีประสบการณ์ในการบำบัดผู้ติดยาจำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะนั้นมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ถูกต้องชัดเจนและสมบูรณ์ที่สุด

แนวปฏิบัติการพยาบาล

นำประเด็นที่สกัดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกเรื่องมาบูรณาการ สังเคราะห์และนำเสนอเป็นข้อเสนอแนะ (Recommendations) ในการดูแลผู้ป่วยติดยาที่เข้ามารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทั่วไป ด้วยรูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แนวคิดของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

1.1 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) เป็นการบำบัดที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบำบัดนี้มีแนวคิดพื้นฐานว่า ถ้าผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงแล้วผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมได้ด้วยตัวเอง ดังนั้นผู้บำบัดต้องทำหน้าที่ในการกระตุ้นหรือเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

1.2 ควรให้การบำบัดผู้ติดยาเป็นรายบุคคล (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 1)

1.3 ควรมีการประเมินระดับของแรงจูงใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยก่อนเริ่มบำบัด (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

1.4 ควรให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดในระยะที่ 1-2 เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

2. หลักการพื้นฐานของการบำบัด การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีหลักการพื้นฐานในการบำบัดดังนี้ (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

2.1 ผู้บำบัดใช้การสื่อสารที่แสดงถึงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้ป่วย (Express empathy) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกอย่างอิสระ และกำหนดทิศทางเป้าหมายของตนเอง โดยในกระบวนการบำบัดแต่ละขั้นตอน ผู้ป่วยเท่านั้นที่จะเป็นผู้ตัดสินใจ

2.2 ผู้บำบัดส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างสถานการณ์ในปัจจุบันที่ติดสุรากับเป้าหมายที่ต้องการจะเป็น (Develop discrepancy) แรงจูงใจของการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เขาเป็นอยู่กับสิ่งที่เขาต้องการจะเป็น

2.3 ผู้บำบัดหลีกเลี่ยงการโต้แย้งในขณะที่บำบัด (Avoid argumentation) ในระหว่างการ

บำบัดผู้ป่วยอาจใช้กลไกการป้องกันตัวเองที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจน้อยลง และอาจไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจตนเองอย่างแท้จริง แนวทางการบำบัดรูปแบบนี้จะหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง ไม่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยยอมรับการวินิจฉัยของผู้บำบัด แต่ควรใช้วิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นผลลัพธ์และโทษที่เกิดขึ้นหลังจากการดื่ม และในขณะเดียวกันก็ให้เห็นผลดีของการหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลง

2.4 ผู้บำบัดยอมรับความรู้สึกต่อต้านของผู้ป่วย (Roll with resistant) การที่ผู้ป่วยแสดงการต่อต้านระหว่างการบำบัดเป็นการพยากรณ์ว่าผลลัพธ์ของการบำบัดจะไม่ดี เมื่อผู้บำบัดพบว่าผู้ป่วยกำลังต่อต้าน ต้องยอมรับว่ามีปัญหาเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงเป้าหมายการปฏิบัติ กลยุทธ์สำหรับผู้บำบัดในการลดแรงต้าน เช่น การสะท้อนกลับในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดออกมา (Simple reflection) การพูดสะท้อนกลับด้วยข้อความอีกด้านหนึ่ง การเปลี่ยนหรือย้ายจุดสนใจ (Shifting focus) หรือการคล้อยตามไปก่อนเพื่อลดแรงต้าน แล้วจึงค่อยๆ ดึงผู้ป่วยกลับมาในจุดที่พอดี

2.5 ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพและความสามารถของตนเองที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม (Support self-efficacy) โดยปกติผู้ป่วยจะยังไม่ทำการเปลี่ยนแปลงจนกว่าจะรู้สึกว่าจะมีความหวังที่จะทำได้สำเร็จ ซึ่งในสถานการณ์เช่นนี้หน้าที่ของผู้บำบัดคือ การชักชวนและชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ และถ้าผู้ป่วยทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม ก็จะมีผลในการลดปัญหาต่างๆ ที่เกิดตามมาหลังจากการดื่ม โดยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนมีความหวัง

3. การเตรียมการก่อนให้การบำบัด

3.1 คุณสมบัติของผู้บำบัด

- 1) เป็นผู้ที่มิประสบการณ์การปฏิบัติงาน ในสถานบำบัดยาเสพติดหรือการบำบัดผู้ติดสุราอย่างน้อย 2 ปี (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)
- 2) เป็นพยาบาลที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)
- 3) เป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการทำจิตบำบัดรายบุคคล หรือการให้การปรึกษารายบุคคล (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)
- 4) เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมรูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing และ Motivational Enhancement Therapy) (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

3.2 วัสดุ อุปกรณ์

- 1) แบบประเมินอาการถอนสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS)
- 2) แบบบันทึกการดื่มสุรา

3) แบบวัดระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการ การรักษา สำหรับผู้ดื่มสุรา (Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness scale: SOCRATES-8A) (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

4) แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment of Function Scale: GAF) (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

5) แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (Mini-International Neuropsychiatric Interview: MINI) (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

4. การบำบัด

4.1 ลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสม

1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการติดสุรา ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM – IV – TR criteria (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2) หรือตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD – 10 (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 4)

1.2 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

1.3 ไม่อยู่ในภาวะถอนสุรา (Alcohol withdrawal syndrome) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM – IV criteria หรือประเมินด้วย Alcohol Withdrawal Scale (AWS) ได้น้อยกว่า 5 คะแนน (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

1.4 ไม่มีปัญหาความเสื่อมของความคิดและสติปัญญา (Cognitive impairment) (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

1.5 ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมทางกายหรือโรคร่วมทางจิตเวชที่ยังควบคุมไม่ได้ (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

4.2 ระยะเวลาของการบำบัด

ควรใช้เวลาในการบำบัดครั้งละอย่างน้อย 30 – 50 นาที จำนวน 3-7 ครั้ง ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

4.3 ขั้นตอนการบำบัด

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้การบำบัดผู้ป่วยโดยแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะของการเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งจะทำในสัปดาห์ที่ 1 ของการบำบัด ระยะของการทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในสัปดาห์ที่ 2 ของการบำบัด และระยะของการติดตามต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 4 - 12 ของการบำบัด ซึ่งอาจติดตามได้ตั้งแต่ 1 – 5 ครั้ง (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Building Motivation for Change)

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างให้เกิดแรงจูงใจในการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา

กิจกรรม ระยะแรกของการบำบัด ให้ความสำคัญกับการสร้างให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา เพราะผู้ป่วยแต่ละคนจะมีระดับของความตั้งใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกัน ผู้บำบัดจึงต้องสร้างให้เกิดแรงจูงใจที่เข้มแข็งและมั่นคงที่จะเริ่มต้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ประเมินความพร้อมและความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยก่อนให้การบำบัด ในเรื่องของความตระหนักในปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา (Recognition) ความลังเลใจ (Ambivalence) และแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม (Taking steps) เพื่อจะได้ให้การบำบัดอย่างเหมาะสม และเน้นย้ำว่าการตัดสินใจและความรับผิดชอบในการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเท่านั้น อาจใช้แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาสำหรับผู้ดื่มสุรา (Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale: SOCRATES-8A) (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

2. ให้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการบำบัด เช่น ระดับการติดสุราของผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน ผลกระทบของการดื่มสุราต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อสะท้อนความรุนแรงของปัญหา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามสิ่งที่ยังสงสัยเกี่ยวกับผลการประเมิน วิธีการแปลผล และให้โอกาสผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นต่อข้อมูลดังกล่าว หลังจากนั้นผู้บำบัดอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างถูกต้อง หรือผู้บำบัดซักถามผู้ป่วยเพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

3. กระตุ้นให้พูดข้อความจูงใจตนเอง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ตามแนวทางของทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (Self – perception theory) จากคำกล่าวที่ว่า “เมื่อฉันได้ยินสิ่งที่ฉันบอกกับตัวเอง ฉันเรียนรู้ในสิ่งที่ฉันเชื่อ” (As I hear myself talk, I learn what I believe) กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยพูดข้อความใดๆ ออกมา ผู้ป่วยจะได้ยินสิ่งที่บอกกับตนเองและผู้ป่วยจะเชื่อในสิ่งนั้น และบันทึกข้อความจูงใจตนเองที่ผู้ป่วยกล่าวออกมา ผู้บำบัดจะใช้กลยุทธ์ในการบำบัดต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพูดข้อความจูงใจตนเองออกมา (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2) ดังต่อไปนี้

3.1 ใช้คำถามเพื่อให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเองออกมา ควรใช้คำถามที่จะกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยกล่าวข้อความที่แสดงถึงความตระหนักในปัญหาจากการดื่มสุรา เช่น “การดื่มสุราที่ผ่านมามีผลกระทบต่อคุณหรือคนรอบข้างอย่างไรบ้าง”

คำถามกระตุ้นความกังวลกับปัญหาการดื่มหรือการติดสุรา เช่น “คุณคิดว่าจะเป็นอย่างไรบ้างถ้าคุณยังคงดื่มสุราต่อไป”

คำถามที่กระตุ้นความตั้งใจที่จะเลิกดื่มสุรา เช่น “อะไรที่ทำให้คุณอยากเลิกดื่มสุรา”

คำถามที่กระตุ้นทัศนคติที่ดีในการเลิกดื่มสุรา เช่น “อะไรทำให้คุณคิดว่า คุณจะเลิกดื่มสุราได้สำเร็จ”

3.2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบเหตุผลทั้ง 2 ด้าน คือข้อดีและข้อเสียของการดื่มสุราและการเลิกดื่มสุรา โดยให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบในทุกๆ ด้านและไตร่ตรองอย่างรอบคอบ จนกระทั่งผู้ป่วยตัดสินใจได้เอง ซึ่งจะช่วยให้แรงจูงใจมีความมั่นคง

3.3 ถามในรายละเอียด เพื่อให้ผู้ป่วยพูดข้อความจูงใจตนเองมากขึ้นโดยผู้บำบัดทำหน้าที่ตั้งคำถาม ใช้การสะท้อนและการสรุปความ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้คิดและได้ฟังข้อความจูงใจของตนเองซ้ำๆ แรงจูงใจก็จะมีความมั่นคง

3.4 ให้ผู้ป่วยได้จินตนาการถึงสิ่งที่เลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้น หากผู้ป่วยยังไม่เลิกดื่มสุรา แล้วสมมติว่าผู้ป่วยตกอยู่ในสภาวะนั้นจะเป็นอย่างไร เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลใจ จะทำให้เกิดแรงจูงใจที่อยากจะเปลี่ยนแปลงแก้ไขตนเอง

3.5 ให้ผู้ป่วยมองย้อนกลับไปสู่อดีตและเปรียบเทียบช่วงอดีตก่อนที่จะดื่มหรือติดสุรากับปัจจุบันว่ามีอะไรแตกต่างกันบ้าง

3.6 ถามถึงความคาดหวังในอนาคต ว่าอะไรจะดีขึ้นถ้าเลิกดื่มสุรา สุขภาพจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร

3.7 ให้ผู้ป่วยสำรวจเป้าหมายในชีวิต ว่าอะไรคือสิ่งที่สำคัญมากที่สุดในชีวิต อะไรเป็นสิ่งที่เขาเป็นห่วง ความเจ็บป่วยหรือสภาพการติดสุราในปัจจุบันเป็นอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมายในชีวิตอย่างไร เมื่อผู้ป่วยได้พูดถึงเป้าหมายในชีวิต หรือสิ่งที่มีค่าในชีวิตพร้อมกับการเห็นสภาพของตนเองในปัจจุบัน ผู้ป่วยก็จะมีแรงจูงใจในการแก้ไขการติดสุราในปัจจุบันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในชีวิตของตนเอง

3.8 กลยุทธ์การจัดเพื่อให้แย้ง โดยผู้บำบัดใช้เหตุผลของจิตใจด้านที่ไม่อยากรักษาต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แย้งหรือกระตุ้นจิตใจด้านที่อยากรักษาต่อเนื่อง เช่น “ดูเหมือนคุณยังเสียดายความสุขที่เกิดจากการดื่มสุราอยู่มาก คุณคงจะเลิกมันยาก”

4. ใช้เทคนิควิธีการบำบัดต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจ (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2) ได้แก่

4.1 ฟังผู้ป่วยอย่างเข้าใจ ยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด และให้เกียรติผู้ป่วย ยอมรับที่ผู้ป่วยยังไม่ตระหนักในปัญหา หรือยังไม่เห็นข้อเสียของการดื่มสุรา

4.2 ถามถึงความคิด ความรู้สึก ความตระหนัก และแผนการปฏิบัติ เมื่อผู้ป่วยตอบออกมา ผู้บำบัดก็จะตอบสนองด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การสะท้อนกลับ การยืนยันรับรอง หรือการ

เปลี่ยนมุมมองใหม่ในความคิดที่ยังไม่ถูกต้อง

4.3 ยืนยันรับรองในความคิดที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยพูดออกมา เพื่อเสริมแรงใจ สร้างทัศนคติทางบวกในการเปลี่ยนแปลง และทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการที่จะปฏิบัติ เช่น “วิธีการเลิกดื่มสุราที่คุณคิดว่าจะทำนั้นเป็นสิ่งที่ดี” “คุณเข้มแข็งพอที่จะเริ่มต้นเปลี่ยนแปลง”

4.4 แก้ไขการต่อต้าน เมื่อเกิดการต่อต้านขึ้นระหว่างการบำบัด จะทำให้การบำบัดไม่ประสบความสำเร็จ ผู้บำบัดต้องใช้วิธีการต่างๆ ในการลดแรงต้านจากผู้ป่วย อาจใช้การสะท้อนกลับ (reflection) สิ่ง que ผู้ป่วยพูดซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดอีกครั้งหนึ่ง เช่น “คุณกำลังบอกว่าการที่คุณดื่มสุราไม่เกิดผลกระทบกับใครเลย” การหมุนตาม (rolling with) แทนที่จะโต้แย้งความคิดของผู้ป่วย อาจเป็นลักษณะ paradoxical เช่น “บางครั้งการหยุดดื่มทั้งหมดในทันทีก็เป็นเรื่องยาก”

4.5 เปลี่ยนมุมมอง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้เปลี่ยนมุมมองการรับรู้ของตนเองใหม่ หรือให้ความหมายใหม่ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองในการแก้ไขปัญหาไปในทางบวกหรือสร้างสรรค์มากขึ้น เช่น ถ้าผู้ป่วยบอกว่าการดื่มสุราเป็นการให้รางวัล ผู้บำบัดอาจบอกว่า “การให้รางวัลกับตัวเองบ้างเป็นสิ่งจำเป็นแต่ที่จริงแล้วมีวิธีการให้รางวัลกับตัวเองหลายอย่าง ที่คุณสามารถเลือกใช้ได้ นอกจากการดื่ม”

4.6 สรุปความในระหว่างการบำบัดเป็นช่วงๆ หรือเมื่อจบชั่วโมงการบำบัด (Summarization) เพื่อทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นตลอดการสนทนา รวมทั้งสรุปคำพูดที่เป็นข้อความจริงใจตนเองที่ผู้ป่วยพูดออกมาด้วย เพื่อย้ำให้ผู้ป่วยได้ยินข้อความซ้ำ ซึ่งจะช่วยเพิ่มแรงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจพูดถึงความตั้งใจที่ผู้ป่วยแสดงออกระหว่างการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวน

ระยะที่ 2 การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญา (Commitment Strengthening)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้คำมั่นสัญญา และความตั้งใจที่จะหยุดดื่มสุรามีความหนักแน่น มั่นคง (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

กิจกรรม การบำบัดในระยะนี้ เน้นการสร้างแรงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และการสร้างพันธะสัญญาในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราให้มีความหนักแน่น มั่นคง โดยมีกิจกรรมการบำบัด ดังต่อไปนี้ (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

1. ผู้บำบัดตรวจสอบความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อปัญหาของตนเอง ว่าผู้ป่วยยอมรับว่าเป็นปัญหา หรือยังลังเลใจ หรือเห็นว่าเป็นปัญหามากต้องการแก้ไขอย่างจริงจัง

2. ให้โอกาสผู้ป่วยที่จะเลือกว่าจะเลิกดื่มสุราหรือไม่ อย่างน้อยเป้าหมายก็คือช่วยลดปริมาณและความถี่ของการดื่มลง เพื่อลดความเสี่ยงและอันตรายที่เกิดจากการดื่ม แต่ไม่สนับสนุนให้มีการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมายอื่นทดแทน เมื่อพบว่าผู้ป่วยยังไม่ประกาศความตั้งใจในการเลิก

ดื่มสุรารายละเอียดขาด ผู้บำบัดควรยอมรับความคิดและการตัดสินใจของผู้ป่วย

2.1 ถ้าผู้ป่วยแสดงความลังเลใจในการที่จะหยุดดื่มสุรา ผู้บำบัดใช้วิธีการดังนี้

- 1) ผู้บำบัดควรเข้าใจที่ผู้ป่วยมีความลังเลใจ ไม่โกรธ ไม่ได้เถียงกับผู้ป่วย
- 2) อาจใช้เทคนิคการสะท้อนเพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าเขามีความลังเลใจ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่สำคัญเพื่อช่วยในการตัดสินใจ หรือแก้ไขความเข้าใจผิดของผู้ป่วย
- 3) พูดคุยถึงข้อดีและข้อเสียของการดื่มสุราและการเลิกดื่มโดยใช้ท่าทีที่เป็นกลาง
- 4) เสนอว่าหากผู้ป่วยยังไม่แน่ใจ ให้ทดลองหยุดสุราดูก่อน และหากิจกรรมอื่นทำทดแทนในช่วงเวลาที่เลิกดื่ม อาจทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างที่ชัดเจนของสภาพที่ยังดื่มและเมื่อหยุดดื่มสุราได้

2.2 ถ้าผู้ป่วยตัดสินใจค่อยๆ ลดการดื่มสุรา ผู้บำบัดใช้วิธีการดังนี้

- 1) ผู้บำบัดควรให้ข้อมูลว่าการหยุดโดยเด็ดขาด มีโอกาสประสบความสำเร็จมากกว่าการค่อยๆ ลดปริมาณ
- 2) เคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยโดยเน้นย้ำความรับผิดชอบในการตัดสินใจของผู้ป่วยเอง
- 3) แนะนำให้ผู้ป่วยหาวิธีติดตามปริมาณการดื่มของตนเอง เช่น การบันทึกปริมาณการดื่มในแต่ละวัน การให้ญาติมีส่วนร่วมด้วย โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับของการดื่มที่ปลอดภัย

2.3 ถ้าผู้ป่วยคิดว่าจะไม่หยุดดื่มสุรารายละเอียดแน่นอน ผู้บำบัดใช้วิธีการดังนี้

- 1) ผู้บำบัดแสดงความเห็นใจที่ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกลังเลและไม่พร้อมในการตัดสินใจ
- 2) เปิดโอกาสให้พูดคุยถึงอุปสรรคที่อาจมีอยู่ ให้ข้อมูลในกรณีที่เข้าใจผิด
- 3) เน้นว่าผู้บำบัดห่วงใยและให้กำลังใจในการตัดสินใจ แต่สุดท้ายอยู่ที่การตัดสินใจของผู้ป่วยเอง
- 4) ยุติการบำบัดในครั้งนั้นๆ ให้ข้อมูลในการติดต่อกับผู้บำบัด อาจมีจดหมายเขียนข้อความแสดงความห่วงใยและให้กำลังใจ และแสดงถึงความยินดีที่จะให้คำปรึกษาเพิ่มเติมหากผู้ป่วยและญาติต้องการ

3. หากผู้ป่วยคิดและยอมรับว่าการดื่มสุราเป็นปัญหาของตนเองแล้ว ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยได้เริ่มต้นวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้บำบัดจะสะท้อนกลับและยืนยันรับรองในสิ่งที่เหมาะสม โดยผู้ป่วยอาจจะเริ่มต้นวางแผนและคิดวิธีการได้เอง หรือผู้บำบัดอาจใช้การกระตุ้นด้วยคำถาม และตามด้วยการสรุปความ โดยเน้นย้ำความรับผิดชอบของผู้ป่วย และอิสระในการเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง

4. ให้ผู้ป่วยบันทึกแผนการเปลี่ยนแปลง เพื่อช่วยในการกำหนดแผนการปฏิบัติอย่างเฉพาะเจาะจง ชัดเจน อาจจะใช้วิธีการจดบันทึกทันทีที่ผู้ป่วยคิดแผนออกมาจากสมองได้ ควรจะเป็นความคิดที่เกิดขึ้นมาจากตัวของผู้ป่วยเองในระหว่างที่มีการสนทนากัน

5. การสรุปในตอนท้ายของการบำบัด เมื่อผู้บำบัดรู้สึกว่าคุณผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงแน่นอนแล้ว ควรสรุปในสิ่งที่ปรากฏออกมา ได้แก่ การกล่าวอ้างถึงเหตุผลในการเลิกดื่มที่พบตั้งแต่การบำบัดครั้งแรก รวมทั้งแผนการปฏิบัติที่ได้ร่วมกันสร้างขึ้นมาในระยะที่สอง การเน้นย้ำคำพูดที่เป็นข้อความจูงใจของผู้ป่วย ใช้การบันทึกเป็นแนวทางในการกำกับเปลี่ยนแปลง

6. ถ้ามถึงความตั้งใจ หลังจากได้สรุปไปแล้ว ให้พยายามนำผู้ป่วยเข้าสู่การยืนยันที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองอย่างเป็นทางการ สิ่งสำคัญก็คือการให้ผู้ป่วยยืนยันด้วยคำพูดว่าจะทำตามขั้นตอนที่ได้วางแผนไว้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามที่ต้องการ ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ประกาศคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย

ระยะ ที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow Though)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง

กิจกรรม การบำบัดในระยะนี้จะเน้นที่การตรวจสอบแรงจูงใจ การเสริมแรงซ้ำ และการย้ำคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้ (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

1. การติดตามความก้าวหน้า (Reviewing progress) เริ่มต้นด้วยการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยพบกับผู้บำบัดครั้งสุดท้าย พูดคุยถึงความตั้งใจและแผนการปฏิบัติที่ผู้ป่วยได้ทำไปแล้วในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยสอบถามถึงการปฏิบัติเพื่อลดหรือเลิกดื่มสุรา ว่าผู้ป่วยได้ทำตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ ถ้าผู้ป่วยทำได้เหมาะสมตามเป้าหมายผู้บำบัดให้การยืนยันรับรองความคิดหรือพฤติกรรมนั้น ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ตามแผน ผู้บำบัดสอบถามถึงปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นและร่วมกับผู้ป่วยหาวิธีการแก้ไขปัญห และวางแผนการปฏิบัติต่อไป

2. การเสริมแรงจูงใจซ้ำ (Renewing motivation) ผู้บำบัดตรวจสอบแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยถามทบทวนถึงเหตุผลสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยต้องการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา และให้การเสริมสร้างแรงจูงใจเช่นเดียวกับการบำบัดในระยะที่ 1 คือการใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความจูงใจตนเอง การให้ผู้ป่วยได้พูดถึงผลดีผลเสียของการดื่มและการไม่ดื่มสุรา การทำให้ผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างเป้าหมายในอนาคตและสภาพการติดสุราในปัจจุบัน โดยใช้เทคนิคต่างๆ ของการบำบัดเพื่อส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจ เช่น การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ การยืนยันรับรองความคิดหรือพฤติกรรมที่เหมาะสม การให้ผู้ป่วยได้เปลี่ยนมุมมองใหม่

3. การย้ำคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง (Redoing commitment) การทำให้คำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยมีความหนักแน่นมั่นคงเช่นเดียวกับการบำบัดในครั้งที่ 2 โดยเฉพาะเมื่อพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีปัญหาหรือหยุดการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ผู้บำบัดต้องประเมินความตั้งใจและแรงจูงใจซ้ำ และให้การส่งเสริมศักยภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้ตั้งเป้าหมายและวางแผนใหม่อีกครั้ง โดยให้การเสริมแรง และส่งเสริมความเชื่อมั่นในการทำได้

การให้บุคคลสำคัญของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม

การให้บุคคลสำคัญหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด (Involving a Significant other) หรือเรียกว่าบทบาทของบุคคลสำคัญในการบำบัด (Role of significant others in treatment) บุคคลสำคัญในที่นี้อาจเป็นคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนของผู้ป่วย ผู้บำบัดควรประเมินเพื่อค้นหาว่า ใครคือบุคคลสำคัญหรือบุคคลใกล้ชิดที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราและให้ผู้ป่วยเชิญเข้าร่วมในการบำบัด 1 หรือ 2 ครั้งในช่วงแรกของการบำบัด (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

เป้าหมาย เป้าหมายของการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด มีดังต่อไปนี้ (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

1. เพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างญาติและผู้บำบัด
2. เพื่อสร้างความตระหนักให้กับญาติ ถึงผลกระทบและความรุนแรงของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของผู้ป่วย
3. เพื่อให้ญาติได้ให้คำมั่นสัญญาที่จะช่วยแก้ไขปัญหการดื่มสุราร่วมกับผู้ป่วย
4. เพื่อให้ญาติทราบถึงบทบาท และมองเห็นความสำคัญของตนเองที่จะมีส่วนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มสุราได้สำเร็จ
5. เพื่อให้ญาติช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากการให้ข้อมูลสะท้อนกลับของญาติ
6. เพื่อส่งเสริมหรือเพิ่มระดับความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัว

กิจกรรมการบำบัดในครั้งที่ 1

1. ในช่วงต้นของการบำบัด ผู้บำบัดควรกล่าวชื่นชมญาติที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ
2. อธิบายให้ญาติเห็นความสำคัญและตระหนักในบทบาทของตนเองในการช่วยเหลือผู้ป่วย เพราะญาตินั้นเป็นผู้ที่ใกล้ชิดที่สุดและสามารถช่วยผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหการดื่มสุราได้ ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากญาติจะมีส่วนช่วยในการวางแผนการบำบัดและการหาวิธีที่เหมาะสม

สำหรับผู้ป่วย รวมทั้งชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการที่ผู้ป่วยเลิกดื่มสุรา ซึ่งจะส่งผลต่อทั้งครอบครัว

3. ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือร่วมใจภายในครอบครัว ในการแก้ไขปัญหาของสมาชิก โดยผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้แสดงความคิดเห็น และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เปิดโอกาสให้ญาติได้แสดงความรู้สึกห่วงใย และให้การสนับสนุนผู้ป่วย โดยผู้บำบัดอาจใช้คำถาม ดังนี้

“ญาติรู้สึกเป็นห่วงผู้ป่วยในเรื่องอะไรบ้าง”

“ญาติคิดว่าตนเองจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราได้อย่างไรบ้าง”

4. เปิดโอกาสให้ญาติได้พูดคุยใจผู้ป่วยเพื่อให้หยุดดื่มสุรา โดยให้บอกผู้ป่วยถึงความทุกข์ใจที่เกิดขึ้น ผลกระทบต่อครอบครัวที่ผู้ป่วยอาจคาดไม่ถึง การแสดงข้อมูลสะท้อนกลับของญาติภายใต้บรรยากาศของความเป็นห่วงเป็นใยในตัวผู้ป่วย การมองเชิงบวก ความเห็นอกเห็นใจ การสนับสนุนและให้กำลังใจ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ โดยผู้บำบัดอาจใช้คำถามกระตุ้นให้ญาติพูดข้อความใจผู้ป่วย เช่น

“คุณเป็นห่วงสามีของคุณในเรื่องใดบ้าง”

“คุณกังวลว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้างหากเขายังคงดื่มต่อไป”

“ถ้าเขาเปลี่ยนแปลงการดื่มสุราจะเกิดผลดีอะไรต่อครอบครัวของคุณบ้าง”

กิจกรรมการบำบัดในครั้งที่ 2

1. ให้ญาติได้ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) โดยผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ญาติได้บอกถึงผลกระทบทางลบต่อครอบครัวที่เกิดจากการดื่มสุรา เพิ่มเติมจากการบำบัดในครั้งแรก เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง เช่น ผลกระทบด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว การเป็นตัวอย่างการดื่มสุราให้กับบุตรหรือเด็กในครอบครัว

2. ให้ญาติได้แสดงการสนับสนุนผู้ป่วย (Eliciting support) หรือแสดงความพึงพอใจ และยอมรับในพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดควรส่งเสริมให้ญาติแสดงออกมาโดยการพูดหรือการกระทำ เช่น ให้ญาติกล่าวชม หรือให้จัดเวลาสำหรับการอยู่ร่วมกันมากขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยไม่ดื่มสุรา

3. ให้ญาติได้กล่าวข้อความใจ (Eliciting self-motivational statements) ผู้บำบัดควรใช้กลวิธีนี้ในการบำบัดญาติในครั้งที่ 2 หลังจากที่ผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาสติดบทวนจากข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจากชั่วโมงบำบัดในครั้งแรก ในระยะนี้ผู้ป่วยมักจะมีการต่อต้านน้อยลงภายหลังจากที่มีเวลาได้คิดถึงเรื่องการดื่มและผลกระทบจากการดื่มสุราของตนเอง และมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4. ให้อาจารย์ได้บอกถึงความคาดหวัง (Addressing the significant others expectations) เมื่อได้พูดถึงเป้าหมายและกลวิธีสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแล้ว ผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้อาจารย์ได้แสดงความคิดเห็นและบอกถึงความคาดหวัง ความเห็นที่แตกต่างของผู้ป่วยและญาติจะโยงไปถึงพฤติกรรมการดื่มสุราในอนาคตของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องนำมาพูดคุยกัน ผู้บำบัดควรนำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยในครั้งแรก เช่น ความรุนแรงของปัญหาการดื่มสุรา รูปแบบของการดื่ม มาใช้ในการกำหนดข้อตกลงระหว่างผู้ป่วยและญาติ วัตถุประสงค์ของการบำบัดคือการร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่แต่ละฝ่ายพึงพอใจ ซึ่งจะทำได้ถ้ามีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติที่จะร่วมมือกันในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุราที่มีความหนักแน่นมั่นคงมากขึ้น

การจำกัดการมีส่วนร่วมของญาติ (Handling significant others disruptiveness)

ในบางกรณีการให้อาจารย์เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด อาจเป็นอุปสรรคหรือขัดขวางการสร้างแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือทำให้ปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยแย่ลง เช่นพบว่าญาติมีปฏิกิริยารุนแรงต่อต้าน และแสดงออกในทางลบต่อผู้ป่วย หรือญาติมีแนวโน้มกระดุนรำให้เกิดการทะเลาะวิวาท มองแต่พฤติกรรมด้านลบ พูดถึงแต่เรื่องที่ผู้ป่วยผิดพลาด ผู้บำบัดจำเป็นต้องแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2) ดังต่อไปนี้

กิจกรรม

1. จำกัดการมีส่วนร่วมของญาติ โดยการลดจำนวนครั้งของการเข้าร่วม ผู้บำบัดเพียงให้ข้อมูลกับญาติในเรื่องปริมาณและรูปแบบของการดื่มสุราของผู้ป่วย ความรุนแรงของปัญหาจากการดื่มสุรา วิธีการบำบัดรักษา ผู้บำบัดจำกัดการมีปฏิสัมพันธ์กับญาติโดยให้ข้อมูลเฉพาะที่จำเป็นเพื่อให้ญาติเข้าใจถึงปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยและแผนการบำบัดเท่านั้น

2. เน้นความสำคัญที่ตัวของผู้ป่วย ผู้บำบัดควรบอกญาติว่าสิ่งสำคัญคือการที่ญาติมีความตั้งใจและตัดสินใจที่จะนำผู้ป่วยเข้ามาสู่กระบวนการบำบัด แสดงว่าญาติจัดให้ปัญหาการดื่มสุราเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุดในขณะนี้ ดังนั้นปัญหาอื่นๆ ระหว่างผู้ป่วยและญาติ ควรจะแก้ไขภายหลังจากที่ผู้ป่วยจบโปรแกรมการบำบัดแล้ว หลังจากนั้นก็ให้การบำบัดเฉพาะกับตัวของผู้ป่วยเท่านั้น

3. จำกัดการตัดสินใจของญาติ ถ้าการเข้าร่วมของญาติทำให้เกิดปัญหาในการบำบัด ผู้บำบัดจัดให้ญาติเป็นเพียงพยานในการเปลี่ยนแปลงเท่านั้น ไม่ต้องให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในกระบวนการบำบัด ในการวางเป้าหมายหรือแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วย

4. ผู้บำบัดไม่จำเป็นต้องเชิญญาติกลับมาเข้าร่วมการบำบัด ในครั้งที่ 2 เพราะรูปแบบการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจนี้ได้กำหนดไว้ว่า จะให้ญาติเข้าร่วมมากที่สุดไม่เกิน 2 ครั้งซึ่งอาจให้ญาติเข้าร่วมเพียงครั้งเดียวก็ได้

การติดตามและประเมินผลการบำบัด

1. ระยะเวลาในการติดตาม ควรติดตามเพื่อประเมินผลหลังการบำบัดอย่างน้อย 1 ปี (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 1) โดยติดตามในช่วงเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือนหลังการบำบัด หรือติดตามเป็นระยะๆ ทุก 1 เดือนโดยพิจารณาตามความเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย

2. วิธีการประเมินผล

2.1 ประเมินปริมาณและความถี่ของการดื่มสุราในขณะติดตามผู้ป่วย โดยประเมินจากร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (Percent days abstinence) ปริมาณการดื่มต่อวัน (Drinks per drinking day) หรือร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (Percent heavy drinking days) โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน (standard drink) ของแต่ละประเทศ (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

2.2 ประเมินภาวะการติดสุรา (Alcohol dependence) โดยแพทย์หลังการบำบัดครบ 1 ปีตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM – IV –TR criteria (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2) หรือตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD – 10 (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 4)

3. ผู้ติดตาม การติดตามหลังการบำบัดสามารถให้ผู้ป่วยเป็นผู้ติดตามเอง หรือส่งต่อให้ผู้อื่นติดตาม (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2) เช่น พยาบาลจิตเวชหรือพยาบาลวิชาชีพในชุมชนที่ได้รับ การอบรมวิธีการสัมภาษณ์ตามรูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ตามแนวปฏิบัติการ พยาบาลแล้ว

4. วิธีการติดตาม การติดตามหลังการบำบัด โดยการนัดผู้ป่วยมาพบที่หน่วยบำบัดและ สัมภาษณ์ข้อมูล การโทรศัพท์ติดตาม หรือการติดตามที่บ้าน (ความน่าเชื่อถือ ระดับ 2)

โดยผู้บำบัดพิจารณาเลือกรูปแบบการติดตามตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ให้ผู้ป่วยมาพบที่หน่วยบำบัดในเดือนที่ 3, 6 และ 12 หลังบำบัดครบ ส่วนในช่วงเวลาอื่นๆ อาจ ติดตามโดยการโทรศัพท์สอบถามข้อมูลและถ้าผู้ป่วยขาดการติดต่อไปอาจติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน ควรสอบถามข้อมูลทั้งจากตัวของผู้เองและญาติหรือผู้ใกล้ชิด

หลักฐานที่ใช้ในการสนับสนุนแนวปฏิบัติ

เป็นหลักฐานที่ปรากฏอยู่ในตารางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (ภาคผนวก ง)

ประโยชน์และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้

1. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ

1.1 พยาบาลที่ทำหน้าที่ให้การบำบัดผู้ป่วยติดสุรามีแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับใช้ กับผู้ป่วยที่เข้ามารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกเป็นรูปแบบเดียวกัน

1.2 หน่วยงานและโรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งจะช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.3 ผู้ป่วยและญาติได้รับความพึงพอใจจากการบำบัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

2. ข้อควรพิจารณาในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

2.1 ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินจากจิตแพทย์ก่อน ถ้าพบว่ามีภาวะการคิดสุราที่รุนแรง มีภาวะการถอนสุรา มีโรคร่วมทางกายหรือโรคร่วมทางจิตเวชควรได้รับการบำบัดรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ ที่เหมาะสม เช่น การรับเข้ารักษาแบบผู้ป่วยใน หรือการบำบัดด้วยยา จนกระทั่งอาการดังกล่าวดีขึ้นแล้ว จึงแนะนำให้เข้าโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบผู้ป่วยนอกต่อ

2.2 พยาบาลวิชาชีพที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ ควรมีความรู้และประสบการณ์ในการบำบัดผู้ป่วยติดสุราหรือสารเสพติด มีความรู้เรื่องการปรึกษารายบุคคลหรือการทำจิตบำบัดรายบุคคล และผ่านการฝึกอบรมการสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing and Motivational Enhancement Therapy)

การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในคลินิก

1. นำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เสนอต่อผู้บริหารและทีมปฏิบัติของหน่วยงาน เพื่อพิจารณาประโยชน์ ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงและให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมให้ข้อเสนอแนะเพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในหน่วยงานมากยิ่งขึ้น

2. เสนอขออนุมัติผู้บริหารของโรงพยาบาล เพื่อนำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยติดสุราไปทดลองใช้ (Pilot study) ในหน่วยงานนำร่อง 1 หน่วยก่อน

3. เตรียมความพร้อมโดยการจัดทำคู่มือการบำบัด และเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองและการประเมินผลลัพธ์

4. เตรียมบุคลากรที่จะใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทั้งในด้านความรู้และทักษะที่จำเป็น โดยการฝึกอบรมในหน่วยงาน หรือส่งไปฝึกอบรมนอกหน่วยงาน

5. นำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ (Pilot study) เพื่อประเมินกระบวนการในการบำบัด และประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน และปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของผู้รับบริการและของหน่วยงาน

6. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้ว เสนอคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน เพื่อขออนุมัติใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการของหน่วยงาน และกำหนดแผนการพัฒนาคูณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้อย่างต่อเนื่อง

ข้อมูลอื่นๆ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาล

1. วัน เดือน ปี ที่สร้าง: ตุลาคม 2551
2. ผู้สร้าง: นางสาวสลิดา หลิมศิริรัตน์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภา ยุทธไตร และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ สันธนะวนิช
3. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ
 - 3.1 พันเอก นายแพทย์พิชัย แสงชาญชัย จิตแพทย์ กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
 - 3.2 อาจารย์ นายแพทย์นันทวัช สิทธิรักษ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
 - 3.3 นางสาวสุนทรี ศรีโกไสย พยาบาลวิชาชีพ 7 วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขากายภาพบำบัดและจิตเวช กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง
4. แหล่งเงินทุน: -
5. เอกสารอ้างอิง

Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The Efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843–861.

Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2002). *The evidence-based practice manual for nurse*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Melnik, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. G. (1992). *Motivational Enhancement Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Project MATCH Monograph Series. Volume2.

Polit, D.F., & Beck, C.K. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Project MATCH Research Group. (1997). Project MATCH secondary a priori hypotheses.

Addiction, 92(12), 1671–1698.

Project MATCH Research Group. (1998). Matching alcoholism treatments to client

heterogeneity: project MATCH three-year drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(6), 1300-1311.

Sellman, J. D., Sullivan, P. F., Dore, G. M., Adamson, S. J., & MacEwan, I. (2001).

A Randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(3), 389–396.

UKATT Research Team. (2001). United kingdom alcohol treatment trial (UKATT): hypotheses,

Design and methods. *Alcohol & Alcoholism*, 36(1), 11–21.

UKATT Research Team. (2005). Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of

the randomized UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ*, Retrieve March 29, 2007, from <http://bmj.com/cgi/content/full/331/7516/541-545>.

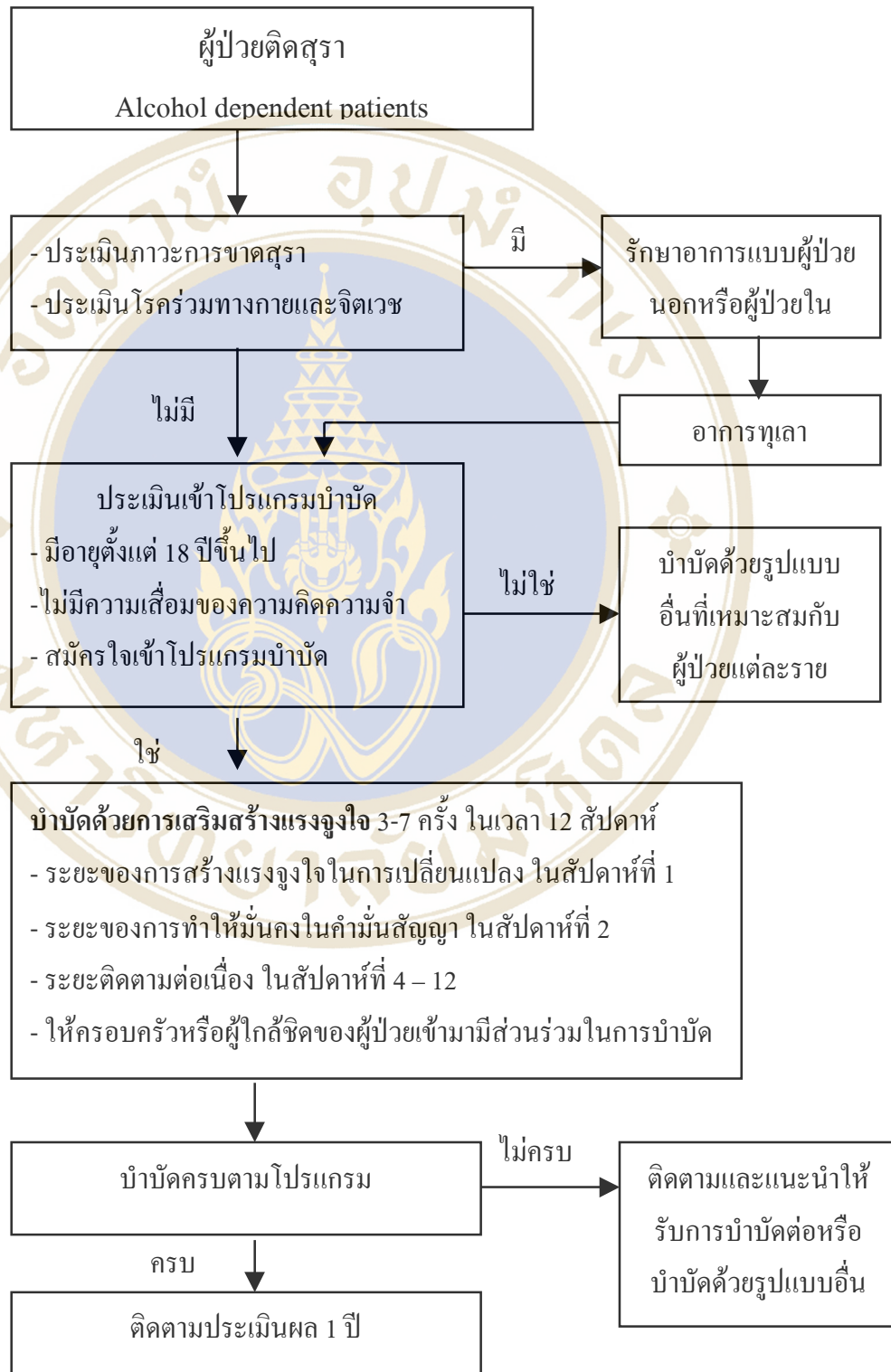
ศิริณา ศรีทราพิสิฐ, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, นิติกร สอนชา และ การุณย์ หงษ์ก่า. (2551).

การใช้สื่อร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดผู้ติดสุรา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(2), 151-164.

สุนทรี ศรีโกไสย, ภัทราภรณ์ พุ่งคำปิ่น และ ชาลินี สุวรรณยศ. (2549). ผลของการบำบัดเพื่อเสริม

สร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มารับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51(2), 25-35.

ขั้นตอนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ป่วยติดสุรา



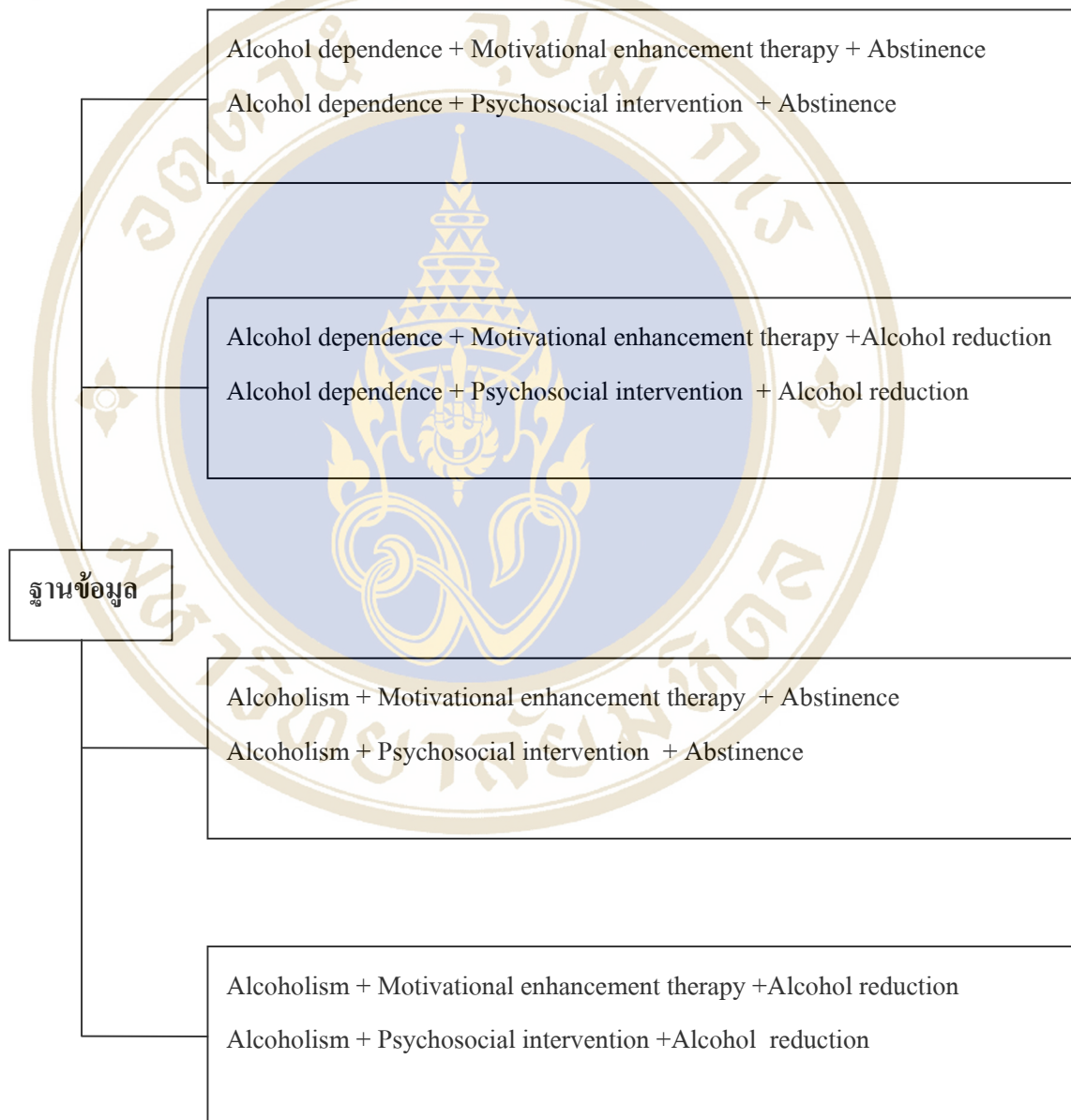
ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

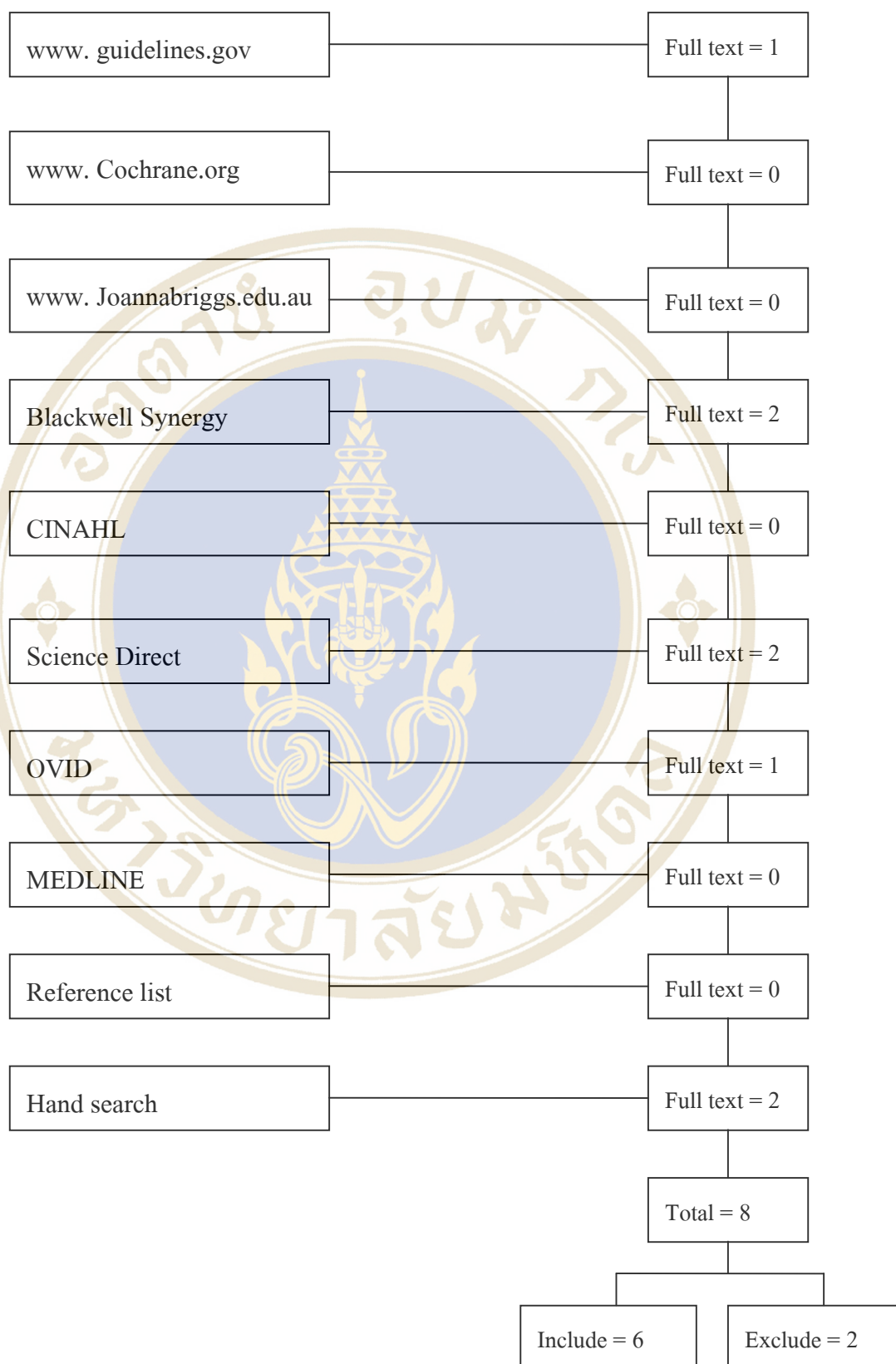
แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา สำหรับผู้ป่วยติดสุรา ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง แม่นตรง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปฏิบัติจริงจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดังมีรายนามต่อไปนี้

1. พันเอก นายแพทย์พิชัย แสงชาญชัย จิตแพทย์ กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. อาจารย์ นายแพทย์นันทวัช สิริธีรภัย อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสุนทรี ศรีโกไสย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง

ภาคผนวก ก



แผนภาพที่ 1 ผังการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์



แผนภาพที่ 1 ฟังการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)

ภาคผนวก ง

ตารางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

เรื่องที่ 1

ชื่อเรื่อง

Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH
Three -Year Drinking Outcomes

ผู้วิจัย

Project MATCH Research Group
(Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity)

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์ Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 1998, 22(6), 1300 -1311

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	เพื่อรายงานผลการติดตามผู้ป่วยจากการวิจัยเชิงทดลอง Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity ผู้ป่วยสุราที่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมต่างกัน 3 รูปแบบ ในระยะ 3 ปีหลังการทดลอง
ทุนการวิจัย	ทุนจาก National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism ประเทศสหรัฐอเมริกา
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	ใช้การจัดระดับความเข้มแข็งของงานวิจัย ของ Melnyk and Fineout-Overholt (2005) งานวิจัยนี้มีระดับความเข้มแข็งที่ ระดับ 2
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ป่วยสุราที่สมัครใจเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการติดสุรา (Alcohol dependence) และดื่มสุราเป็นครั้งคราว (Alcohol abuse) โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-III-R 2) มีการดื่มสุราในช่วง 3 เดือนก่อนเข้ารับการรักษา 3) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 4) จบการศึกษาระดับ Grade 6 ขึ้นไป 5) สมัครใจที่จะถูกสุ่มเข้าวิธีการบำบัด 3 วิธี ที่แตกต่างกัน

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1) มีการใช้ยาเสพติดชนิดอื่น หรือใช้ยาเสพติดชนิดนี้เข้าสู่เส้นเลือดภายในช่วงเวลา 6 เดือนก่อนมาบำบัด 2) มีอาการของโรคจิตหรือ มีปัญหา cognitive impairment ที่รุนแรง 3) มีลักษณะที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น 4) ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่งไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้ - มีผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมการบำบัดทั้งหมดจำนวน 952 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการติดสุรา (Alcohol dependence) = 96% ผู้ป่วยใช้สุราในทางที่ผิด (Alcohol abuse) = 4 % - ขณะติดตามสัมภาษณ์เพื่อประเมินผลในช่วงเดือนที่ 37 – 39 พบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 806 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่ขาดหายไป 146 คน ดังนี้ ติดต่оไม่ได้ 45 คน (4.7 %) ปฏิเสธการให้ข้อมูล 73 คน (7.7 %) เสียชีวิตไปแล้ว 28 คน (2.9 %)
Setting ของงานวิจัย	สถานบำบัดแบบผู้ป่วยนอก 5 แห่ง ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่อยู่ในโครงการวิจัยของ Project MATCH
เครื่องมือที่ใช้วัด	เครื่องมือที่ใช้ในการติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วย 1. วัด Primary outcome ใช้ Form 90 ประเมินความถี่ของการดื่มสุรา ได้แก่ ร้อยละของจำนวนวันที่ไม่ดื่มสุรา (Percent day abstinent: PDA) และประเมินปริมาณของการดื่ม จากจำนวนดื่มมาตรฐานของการดื่มในแต่ละวัน (Drinks per drinking day: DDD) 2. แบบประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ (Drinker Inventory of Consequences) (Miller, Tonigan & Longabaugh, 1995)
การบำบัด	1. กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้าวิธีการรักษา 3 รูปแบบ คือ 1) Motivational Enhancement Therapy (MET) บำบัดครั้งละ 45 – 50 นาที รวม 4 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 6 และ 12 2) Cognitive Behavioral Coping Skills Therapy (CBT) บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 12 ครั้ง

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	3) 12-Step Facilitation Therapy บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้งรวม 12 ครั้ง 2. เป็นการบำบัดรายบุคคล ที่มีระยะเวลาการบำบัด 12 สัปดาห์ 3. ผู้บำบัดผ่านการอบรมจากทีมผู้วิจัยส่วนกลางโดยให้เลือกวิธีการบำบัดที่เหมาะสมกับตัวเอง 4. มีการบันทึกวิดีโอเทป และมี Supervise โดยผู้เชี่ยวชาญ 5. มีคู่มือการบำบัดสำหรับผู้บำบัดอย่างละเอียดทั้ง 3 รูปแบบ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดรูปแบบ Motivational Enhancement Therapy ผู้ป่วยได้รับการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นรายบุคคล โดยมีองค์ประกอบของการบำบัด ได้แก่ 1.การประเมินระดับของแรงจูงใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (Stages of change) ว่าอยู่ในระดับใด ผู้บำบัดให้การตอบสนองอย่างเหมาะสมกับระดับของความตั้งใจของผู้ป่วย (Prochaska & Diclemente, 1982) เช่น เมื่อผู้ป่วยอยู่ในขั้นลังเลใจ (Contemplation) ผู้บำบัดควรเลือกใช้วิธีการตรวจสอบเหตุผลทั้ง 2 ด้าน (Exploring pros and cons) คือให้ผู้ป่วยวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของการยังงดดื่มสุราหรือการเลิกดื่มสุรา 2.ใช้หลักการพื้นฐานของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งมีอยู่ 5 อย่าง ได้แก่ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Express empathy) การทำให้ผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างสถานภาพในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากเป็น (Develop discrepancy) การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (Avoid argumentation) การจัดการกับการต่อต้าน (Roll with resistant) และ การส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วย (Support self-efficacy) ขั้นตอนของการบำบัด มี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วัตถุประสงค์ เพื่อเสริมสร้างให้เกิดแรงจูงใจ (Building motivation for change) โดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองติดสุรา ตระหนักในผลกระทบทางลบจากการดื่มสุรา และมองเห็นผลทางบวกจากการเลิกดื่มสุรา

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	วิธีการ : การสร้างแรงจูงใจด้วยวิธีการดังต่อไปนี้ 1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจริงใจตนเองโดยการถามเพื่อกระตุ้น (Evocative questions) การถามเพื่อตรวจสอบข้อดีข้อเสียของการดื่มและไม่ดื่มสุรา (Exploring pros and cons) ถามลงลึกเพื่อให้ได้รายละเอียดมากๆ (Elaboration) จินตนาการสมมติ (Imagining) กลยุทธ์คาดการณ์ในอนาคต (Looking forward) มองย้อนกลับไปสู่อดีต (Looking back) สำรวจเป้าหมายในชีวิต (Exploring goals) เพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดเปรียบเทียบ และการพูดท้าทายในทางตรงกันข้าม (Paradoxical challenge) 2. การฟังผู้ป่วยอย่างเห็นอกเห็นใจ (Listening with empathy) ยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด และให้เกียรติผู้ป่วย ยอมรับที่ผู้ป่วยยังไม่ตระหนักในปัญหา หรือยังมองไม่เห็นข้อเสียของการดื่มสุรา 3. การใช้คำถามที่มีจุดมุ่งหมายกับผู้ป่วย (Questioning) โดยถามลงลึกถึงความคิด ความรู้สึก ความตระหนัก และแผนการปฏิบัติ 4. การให้ข้อมูลสะท้อนกลับในช่วงแรกของการบำบัด (Presenting personal feedback) จากผลการประเมินผู้ป่วยในด้านต่างๆ ความรุนแรงของปัญหาการดื่มสุรา ผลกระทบจากการดื่มสุราที่มีต่อสภาพกาย จิต และสังคม โดยผู้บำบัดสรุปข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยทั้งจากการ สัมภาษณ์ประวัติ แบบประเมินการดื่มสุรา การตรวจร่างกาย และการตรวจสภาพจิต 5. การยืนยันรับรองในความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย (Affirming the client) เพื่อเสริมแรงจูงใจ และสร้างทัศนคติทางบวกในการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการที่จะปฏิบัติต่อ 6. การหลีกเลี่ยงและลดแรงต่อต้านจากผู้ป่วย (Handling resistance) เมื่อผู้บำบัดพบว่าผู้ป่วยกำลังต่อต้าน ต้องยอมรับว่ามีปัญหาเกิดขึ้น และเปลี่ยนแปลงเป้าหมายการปฏิบัติ กลยุทธ์สำหรับผู้บำบัดในการลดแรงต้าน เช่น การสะท้อนกลับในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดออกมา การคล้อยตามไปก่อนเพื่อลดการต่อต้าน แล้วจึงดึงผู้ป่วยกลับมาในจุดที่พอดีในภายหลัง

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	7. การเปลี่ยนมุมมองใหม่ หรือการให้ความหมายใหม่ (Reframing) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้เปลี่ยนมุมมองการรับรู้ของตนเองใหม่ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยมองปัญหาทางบวก 8. การสรุปความในระหว่างการบำบัด หรือเมื่อจบชั่วโมงการบำบัด (Summarizing) เพื่อทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นตลอดการสนทนา รวมทั้งสรุปคำพูดที่เป็นข้อความจริงใจตนเองที่ผู้ป่วยพูดออกมาด้วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้อินของความซ้ำ ซึ่งจะช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจพูดถึงความลังเลที่ผู้ป่วยแสดงออกระหว่างการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวน ระยะที่ 2 วัตถุประสงค์ เพื่อให้คำมั่นสัญญาที่มีความหนักแน่น มั่นคง (Strengthening commitment to change) ส่งเสริมให้เกิดความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการ การบำบัดรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ประกาศคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง วิธีการ การบำบัดในระยะนี้เน้นที่การสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และการสร้างพันธะสัญญาในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราให้มีความหนักแน่นมั่นคง โดยมีกิจกรรมการบำบัด ดังต่อไปนี้ 1. ตรวจสอบความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อปัญหาของตนเองว่าผู้ป่วยยอมรับว่าเป็นปัญหา หรือยังลังเลใจ (Recognizing change readiness) 2. ให้โอกาสผู้ป่วยที่จะเลือกว่าจะเลิกดื่มสุราหรือไม่ อย่างน้อยเป้าหมายก็คือช่วยลดปริมาณและความถี่ของการดื่มลง เพื่อลดความเสี่ยงและอันตรายที่เกิดจากการดื่ม (Harm reduction) แต่ไม่สนับสนุนให้มีการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมายอื่นทดแทน เมื่อพบว่าผู้ป่วยยังไม่ประกาศความตั้งใจในการเลิกดื่มสุราอย่างเด็ดขาด ผู้บำบัดควรยอมรับความคิดและการตัดสินใจของผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	2.1 ถ้าผู้ป่วยแสดงความลังเลใจในการที่จะหยุดดื่มสุรา ผู้บำบัดใช้วิธีการดังนี้ 1) ผู้บำบัดควรเข้าใจที่ผู้ป่วยมีความลังเลใจ ไม่โกรธ ไม่ได้เถียงกับผู้ป่วย 2) อาจใช้เทคนิคการสะท้อนเพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าเขามีความลังเลใจ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่สำคัญเพื่อช่วยในการตัดสินใจ หรือแก้ไขความเข้าใจผิดของผู้ป่วย 3) พยายามถึงข้อดีและข้อเสียของการดื่มสุราและการเลิกดื่มโดยใช้ท่าทีที่เป็นกลาง 4) เสนอว่าหากผู้ป่วยยังไม่แน่ใจ ให้ทดลองหยุดสุราดูก่อน และหากิจกรรมอื่นทำทดแทนในช่วงเวลาที่เลิกดื่ม อาจทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างที่ชัดเจนของสภาพที่ยังดื่มและเมื่อหยุดดื่มสุรา 2.2 ถ้าผู้ป่วยตัดสินใจค่อยๆ ลดการดื่มสุรา ผู้บำบัดใช้วิธีการดังนี้ 1) ผู้บำบัดควรให้ข้อมูลว่าการหยุดโดยเด็ดขาด มีโอกาสประสบความสำเร็จมากกว่าการค่อยๆ ลดปริมาณ 2) เคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยโดยเน้นย้ำความรับผิดชอบในการตัดสินใจของผู้ป่วยเอง 3) แนะนำให้ผู้ป่วยหาวิธีติดตามปริมาณการดื่มของตนเอง เช่น การบันทึกปริมาณการดื่มในแต่ละวัน การให้ญาติมีส่วนร่วมด้วย โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับของการดื่มที่ปลอดภัย 2.3 ถ้าผู้ป่วยคิดว่าจะไม่หยุดดื่มสุราอย่างแน่นอน ผู้บำบัดใช้วิธีการดังนี้ 1) ผู้บำบัดแสดงความเห็นใจที่ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกลังเลและไม่พร้อมในการตัดสินใจ 2) เปิดโอกาสให้พูดคุยถึงอุปสรรคที่อาจมีอยู่ ให้ข้อมูลในกรณีที่เข้าใจผิด 3) เน้นว่าผู้บำบัดห่วงใยและให้กำลังใจในการตัดสินใจ แต่สุดท้ายอยู่ที่การตัดสินใจของผู้ป่วยเอง

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	4) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติยุติการบำบัดในครั้งนั้น และนัดให้มาพบใหม่อีกครั้ง 3. หากผู้ป่วยคิดและยอมรับว่าการดื่มสุราเป็นปัญหาของตนเองแล้ว ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยได้เริ่มต้นวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยผู้บำบัดจะสะท้อนกลับและยืนยันรับรองในสิ่งที่เหมาะสม โดยผู้ป่วยอาจจะเริ่มต้นวางแผนและคิดวิธีการได้เอง หรือผู้บำบัดอาจใช้การกระตุ้นด้วยคำถาม และตามด้วยการสรุปความ โดยเน้นย้ำความรับผิดชอบของผู้ป่วย และอิสระในการเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง 4. ให้ผู้ป่วยบันทึกแผนการเปลี่ยนแปลง เพื่อช่วยในการกำหนดแผนการปฏิบัติอย่างเฉพาะเจาะจง ชัดเจน อาจจะใช้วิธีการจดบันทึกทันทีที่ผู้ป่วยคิดแผนออกมาจากสมองได้ ควรจะเป็นความคิดที่เกิดขึ้นมาจากตัวของผู้ป่วยเองในระหว่างที่มีการสนทนากัน 5. การสรุปในตอนท้ายของการบำบัด เมื่อผู้บำบัดรู้สึกว่าคุณป่วยตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงแน่นอนแล้ว ควรสรุปในสิ่งที่ปรากฏออกมา ได้แก่ การกล่าวอ้างถึงเหตุผลในการเลิกดื่มที่พบตั้งแต่การบำบัดระยะแรก รวมทั้งแผนการปฏิบัติที่ได้ร่วมกันสร้างขึ้นมาในระยะที่สอง การเน้นย้ำคำพูดที่เป็นข้อความจริงใจตัวเองของผู้ป่วย (Recapitulating) อาจใช้การบันทึกเป็นแนวทางในการเปลี่ยนแปลง 6. ถ้ามุ่งถึงความตั้งใจ หลังจากได้สรุปไปแล้ว ผู้บำบัดพยายามนำผู้ป่วยเข้าสู่การยืนยันที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองอย่างเป็นทางการ สิ่งสำคัญก็คือการให้ผู้ป่วยยืนยันด้วยคำพูดว่าจะทำตามขั้นตอนที่ได้วางแผนไว้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามที่ต้องการ (Asking for commitment) ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ประกาศคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow through strategies) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง กิจกรรมการบำบัดในระยะนี้จะเน้นที่การตรวจสอบแรงจูงใจ การเสริมแรงซ้ำ และการย้ำคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	วิธีการ 1. การติดตามความก้าวหน้า (Reviewing progress) เริ่มต้นด้วยการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยพบกับผู้บำบัดครั้งสุดท้าย พูดคุยถึงความตั้งใจและแผนการปฏิบัติที่ผู้ป่วยได้ทำไปแล้วในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยสอบถามถึงการปฏิบัติเพื่อลดหรือเลิกดื่มสุราว่าผู้ป่วยได้ทำตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ ถ้าผู้ป่วยทำได้เหมาะสมตามเป้าหมายผู้บำบัดให้การยืนยันรับรองความคิดหรือพฤติกรรมนั้น ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ตามแผน ผู้บำบัดสอบถามถึงปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นและร่วมกับผู้ป่วยหาวิธีการแก้ไขปัญหา และวางแผนการปฏิบัติต่อ 2. ตรวจสอบแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง และให้การเสริมสร้างแรงจูงใจเช่นเดียวกับการบำบัดในระยะที่ 1 (Renewing motivation) 3. การย้ำคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง (Redoing Commitment) การทำให้คำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยมีความหนักแน่นมั่นคงเช่นเดียวกับการบำบัดในระยะที่ 2 โดยเฉพาะเมื่อพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีปัญหาหรือหยุดการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ผู้บำบัดต้องประเมินความตั้งใจและแรงจูงใจซ้ำ และให้การส่งเสริมศักยภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้ตั้งเป้าหมายและวางแผนใหม่อีกครั้งโดยให้การเสริมแรง และส่งเสริมความเชื่อมั่นในการทำได้ (self – efficacy) การให้ญาติมีส่วนร่วมในการบำบัด (Involving a significant other) หรือเรียกว่าบทบาทของญาติในการบำบัด (Role of significant others in treatment) โดยผู้บำบัดประเมินเพื่อค้นหาว่า ใครเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการเลิกดื่มสุรา และให้ผู้ป่วยเชิญมาเข้าร่วมในชั่วโมงการบำบัดรักษา ในส่วนของการสร้างแรงจูงใจ ญาติก็มีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากเช่นเดียวกัน โดยจะให้ญาติเข้าร่วมการบำบัดในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. เพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างญาติและผู้บำบัด

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	2. เพื่อสร้างความตระหนักให้กับญาติ ถึงผลกระทบและความรุนแรงของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของผู้ป่วย 3. เพื่อให้ญาติได้ให้คำมั่นสัญญาที่จะช่วยแก้ไขปัญหการดื่มสุราร่วมกับผู้ป่วย 4. เพื่อให้ญาติทราบถึงบทบาท และมองเห็นความสำคัญของตนเองที่จะมีส่วนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มสุราได้สำเร็จ 5. เพื่อให้ญาติช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากการให้ข้อมูลสะท้อนกลับของญาติ 6. เพื่อส่งเสริมหรือเพิ่มระดับความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัว กิจกรรมการบำบัดครั้งที่ 1 1. ในช่วงต้นของการบำบัด ผู้บำบัดควรกล่าวชื่นชมญาติที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ 2. อธิบายให้ญาติเห็นความสำคัญและตระหนักในบทบาทของตนเองในการช่วยเหลือผู้ป่วย เพราะญาตินั้นเป็นผู้ที่ใกล้ชิดที่สุดและสามารถช่วยผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหการดื่มสุราได้ ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากญาติจะมีส่วนช่วยในการวางแผนการบำบัดและการหาทวิวิธีที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการที่ผู้ป่วยเลิกดื่มสุรา ซึ่งจะส่งผลต่อทั้งครอบครัว 3. ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือร่วมใจภายในครอบครัวในการแก้ไขปัญหของสมาชิก โดยผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้แสดงความคิดเห็น และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เปิดโอกาสให้ญาติได้แสดงความรู้สึกห่วงใย และให้การสนับสนุนผู้ป่วย 4. เปิดโอกาสให้ญาติได้พุดจูงใจผู้ป่วยเพื่อให้หยุดดื่มสุรา โดยให้บอกผู้ป่วยถึงความทุกข์ใจที่เกิดขึ้น ผลกระทบต่อครอบครัวที่ผู้ป่วยอาจคาดไม่ถึง การแสดงข้อมูลสะท้อนกลับของญาติภายใต้บรรยากาศของความเป็นห่วงเป็นใยในตัวผู้ป่วย การมองเชิงบวก ความเห็นอกเห็นใจ การสนับสนุนและให้กำลังใจ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	กิจกรรมการบำบัดในครั้งที่ 2 1. การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Eliciting feedback) โดยผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้บำบัดได้บอกถึงผลกระทบทางลบต่อครอบครัวที่เกิดจากการดื่มสุรา เพิ่มเติมจากการบำบัดในครั้งแรก เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง เช่น ผลกระทบด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว การเป็นตัวอย่างการดื่มสุราให้กับบุตรหรือเด็กในครอบครัว 2. การสนับสนุนผู้ป่วย (Eliciting support) หรือแสดงความพึงพอใจและยอมรับในพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดควรส่งเสริมให้ผู้บำบัดแสดงความรู้สึกออกมาโดยการพูดหรือการกระทำ เช่น ให้ญาติกล่าวชม หรือให้เวลาสำหรับการอยู่ร่วมกันมากขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยไม่ดื่มสุรา 3. ให้ญาติได้กล่าวข้อความจูงใจ (Eliciting self-motivational statements) ผู้บำบัดควรใช้กลวิธีนี้ในการบำบัดญาติในครั้งที่ 2 หลังจากที่ผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาสคิดทบทวนจากข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจากชั่วโมงบำบัดในครั้งแรก ในระยะนี้ผู้ป่วยมักจะมีการต่อต้านน้อยลงภายหลังจากที่มีเวลาได้คิดถึงเรื่องการดื่มและผลกระทบจากการดื่มสุราของตนเอง และมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 4. ให้ญาติได้บอกถึงความคาดหวัง (Addressing the significant others expectations) เมื่อได้พูดถึงเป้าหมายและกลวิธีสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแล้ว ผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้ผู้บำบัดได้แสดงความคิดเห็นและบอกถึงความคาดหวัง ความเห็นที่แตกต่างของผู้ป่วยและญาติจะโยงไปถึงพฤติกรรมการดื่มสุราในอนาคตของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องนำมาพูดคุยกัน ผู้บำบัดควรนำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยในครั้งแรกเช่น ความรุนแรงของปัญหาการดื่มสุรา รูปแบบของการดื่ม มาใช้ในการกำหนดข้อตกลงระหว่างผู้ป่วยและญาติ วัตถุประสงค์ของการบำบัดคือการร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่แต่ละฝ่ายพึงพอใจ ซึ่งจะช่วยให้คำมั่นสัญญาและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติที่จะร่วมมือกันในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรามีความหนักแน่นมั่นคงมากขึ้น

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	การจำกัดการมีส่วนร่วมของญาติ (Handling significant others disruptiveness) ในบางกรณีการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด อาจเป็นอุปสรรคหรือขัดขวางการสร้างแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือทำให้ปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยแย่ลง เช่นพบว่าญาติมีปฏิกิริยารุนแรง ต่อต้าน และแสดงออกในทางลบต่อผู้ป่วย หรือญาติมีแนวโน้มกระตุ้นเร้าให้เกิดการทะเลาะวิวาท มองแต่พฤติกรรมด้านลบ พุดถึงแต่เรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยผิดหวัง ผู้บำบัดจำเป็นต้องแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และจำกัดการมีส่วนร่วมของญาติ
ผลการวิจัย	1. การอยู่บำบัดครบตามโปรแกรม ทั้งจำนวนครั้งและระยะเวลา พบว่า MET มีผู้บำบัดครบโปรแกรม 82 %, CBT = 69% และ TSF = 63% 2. ผู้ป่วยสุรา 237 คน (29.4%) ที่ได้รับการบำบัดทั้ง 3 วิธี ยังคงหยุดดื่มสุราได้ที่ระยะเวลา 3 ปีหลังการบำบัด 3. การประเมินผลในระยะ 3 ปีหลังการรักษาพบว่า การบำบัดผู้ติดสุราด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน 3 วิธี มีประสิทธิผลในการลดการดื่มสุราของผู้ป่วยใกล้เคียงกัน 4. ในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องอารมณ์และการต่อต้าน (Anger, Hostile) ใช้การบำบัดด้วย MET ได้ผลดีกว่าวิธีของ CBT และ TSF เพราะเทคนิคของการบำบัดที่เป็นแบบ non-confrontation และมีกลวิธีเฉพาะของการบำบัดรูปแบบของ MET ที่ช่วยลดการต่อต้านของผู้ป่วย
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. รูปแบบการบำบัดแบบ Motivational Enhancement Therapy เหมาะสำหรับการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ติดสุราแบบผู้ป่วยนอก ในวัยผู้ใหญ่คืออายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ไม่มีอาการของโรคจิต ไม่มีความบกพร่องทางด้านความจำไม่มีปัญหาเรื่องกระบวนการคิดและการติดต่อสื่อสาร 2. การวัดผลลัพธ์หลักโดย 2.1 ใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราทั้งปริมาณและความถี่ของการดื่ม

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	2.2 ใช้แบบประเมินปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา 3. กรอบแนวคิดของการบำบัดคือใช้พื้นฐานของจิตวิทยาการจูงใจ (Motivational psychology) เน้นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง 4. คุณสมบัติของผู้บำบัด 4.1 เป็นผู้ที่มีความรู้ในเรื่องของการให้การปรึกษารายบุคคล 4.2 ผ่านการอบรมเทคนิคการสัมภาษณ์หรือการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing:MI หรือ Motivational Enhancement Therapy:MET) 5. หลักการบำบัดที่สามารถนำไปใช้ได้ หลักการ Motivational Enhancement Therapy เป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบ บนพื้นฐานของจิตวิทยาการสร้างแรงจูงใจ(Motivational Psychology) ที่เน้นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง (Miller, 1992) และใช้องค์ความรู้ในเรื่องขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของ Prochaska & Diclemente (1982) และการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client – centered) วัตถุประสงค์ของการบำบัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง สามารถค้นหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตัวเอง เน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับผิดชอบในการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง กระบวนการบำบัด ครั้งที่ 1 วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) วิธีดำเนินการ: เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองติดสุราตระหนักในผลกระทบทางลบจากการดื่มสุราและมองเห็นผลทางบวกจากการเลิกดื่มสุรา โดยใช้กลวิธีการบำบัดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ครั้งที่ 2 วัตถุประสงค์ เพื่อให้คำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลงมีความหนักแน่น มั่นคง (Strengthening commitment to change) วิธีดำเนินการ: ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและต้องการการบำบัดรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ประกาศคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง โดยใช้กลวิธีการบำบัดเพื่อให้เกิดแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ครั้งที่ 3 การติดตาม (Follow through strategies) วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินระดับความตั้งใจและส่งเสริมให้เกิด Self-efficacy ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตัวเองอย่างต่อเนื่อง วิธีดำเนินการ 1. ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากพบกับผู้ป่วยครั้งสุดท้าย (Reviewing progress) พูดคุยถึงความตั้งใจและแผนการเปลี่ยนแปลงที่ได้ทำไปแล้ว และเจาะลึกในเรื่องความก้าวหน้าของการปฏิบัติ 2. ตรวจสอบแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง และให้การเสริมสร้างแรงจูงใจเช่นเดียวกับการบำบัดในระยะที่ 1 (Renewing motivation) 3. การทำให้คำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหนักแน่น มั่นคงเช่นเดียวกับการบำบัดในระยะที่ 2 (Redoing commitment) โดยเฉพาะเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาหรือหยุดการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ มีการประเมินซ้ำ อาจะวางแผนและให้คำสัญญาใหม่ ให้การเสริมแรง ส่งเสริมความเชื่อมั่นในการทำ (self – efficacy) การให้บุคคลสำคัญของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัด (Involving a Significant other) วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและญาติ และเพื่อให้ญาติเห็นความสำคัญและให้คำมั่นสัญญาในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถหยุดดื่มสุราได้สำเร็จ วิธีการ ผู้บำบัดประเมินเพื่อค้นหาว่า ใครเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และให้ผู้ป่วยเชิญญาติมาเข้าร่วมในชั่วโมงการบำบัดรักษา โดยให้ญาติเข้าร่วมด้วยในการบำบัดระยะที่ 1 และระยะที่ 2

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของการบำบัดผู้ติดสุรา 3 รูปแบบ ได้แก่ Motivational Enhancement Therapy, Cognitive Behavior Therapy และ 12-Step Facilitation Therapy ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือปัญหาผู้ติดสุราไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราได้และหน่วยบำบัดยังไม่มีรูปแบบการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่มีประสิทธิภาพที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยสุรา 2. การวิจัยเป็นเรื่องของการบำบัดโดย Psychosocial intervention เป็นการบำบัดรายบุคคล พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมตามรูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาแล้วสามารถนำไปใช้ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสุราที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลพยาบาลมีเอกสิทธิ์และมีขอบเขตในการบำบัดได้โดยอิสระ 3. งานวิจัยนี้มีสมมติฐานที่สอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือการศึกษาวิธีการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย โดยการรักษาเป้าหมายเหมือนกันคือต้องการให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราได้ หรือลดการดื่มสุราลง 4. กระบวนการปฏิบัติ และกระบวนการประเมินผลสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้จริงในหน่วยงาน
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์	เป็นงานวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial ความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับ 2 มีความน่าเชื่อถือ งานวิจัยนี้มีคุณภาพ โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำเข้า มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือพัฒนามาจากทีมผู้เชี่ยวชาญ มีงานวิจัยรองรับและผ่านการทดสอบหาความเชื่อมั่นแล้ว การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลการใช้ค่าสถิติเหมาะสมในเชิงวิจัย และตอบคำถามงานวิจัยได้ มีความน่าเชื่อถือ ในแง่มุมของแหล่งตีพิมพ์ที่มีชื่อเสียงในเรื่องสุรา ทีมผู้วิจัยเป็นอาจารย์ของมหาวิทยาลัยต่างๆในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ร่วมเป็นทีมวิจัยปัญหาสุราของสถาบันวิจัยปัญหาสุราของสหรัฐอเมริกา (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) โดยใช้ทุนในการวิจัย 27 ล้านดอลลาร์สหรัฐ เป็นการศึกษาวิจัยด้านการรักษาผู้ติดสุราที่ใหญ่ที่สุดเท่าที่เคยมีการศึกษามา

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนำไปใช้ในการปฏิบัติ	การพิจารณาแนวโน้มนำไปใช้ได้ที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ปฏิบัติ 1. Transferability of the finding การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติมีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้เพราะมีลักษณะเดียวกันคืองานบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มประชากรคล้ายคลึงกันคือผู้ป่วยสุรา มีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา รูปแบบการบำบัดนี้มีประโยชน์กับผู้ป่วยที่ติดสุรา (Alcohol dependence) หรือผู้ป่วยที่ดื่มสุราเป็นครั้งคราว (Alcohol abuse) 2. Feasibility of implementation ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง พยาบาลสามารถใช้วัตรกรรมนั้นได้เพราะอยู่ในขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องน่าจะให้ความร่วมมือเพราะเป็นสิ่งที่มิมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและต่อหน่วยงาน และเป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เป็นการบำบัดรายบุคคล สามารถปฏิบัติได้จริงโดยทำควบคู่ไปกับงานประจำ จำนวนครั้งของการปฏิบัติไม่มากเกินไปคือใช้เวลาครั้งละ 45 - 50 นาที จำนวน 4 ครั้ง 3. Cost-benefit ratio โปรแกรมนี้ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายในด้านกายภาพต่อผู้ป่วย แต่ต้องใช้เวลาในการเดินทางและการมาบำบัด แต่โปรแกรมก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยเพราะจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง และผู้ป่วยจะได้รับการเสริมแรงเป็นระยะๆและเห็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติของตนเอง ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการลด/เลิกดื่มสุราซึ่งมีความคุ้มค่าในการนำมาใช้ การใช้โปรแกรมบำบัด มีค่าใช้จ่ายน้อย เพราะไม่ต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือใดๆ มีเพียงเอกสาร เครื่องมือประเมินผู้ป่วย แบบบันทึกการดื่มสุรา และอุปกรณ์เครื่องเขียน ส่วนพยาบาลที่ทำหน้าที่บำบัดนั้นต้องมีประสบการณ์ในการบำบัดผู้ป่วยติดสุราหรือสารเสพติด มีทักษะในการให้การปรึกษารายบุคคลหรือจิตบำบัดรายบุคคล และได้รับการฝึกอบรมวิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement therapy)

ตารางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

เรื่องที่ 2

ชื่อเรื่อง

A Randomized Controlled Trial of Motivational Enhancement Therapy (MET) for Mild to Moderate Alcohol Dependence

ผู้วิจัย

Sellman, J. D., Sullivan, P. F., Dore, G. M., Adamson, S. J. & MacEwan, I.

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์ Journal of Studies on Alcohol (2001) MAY; 62(3), 389–396.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดรูปแบบ Motivational Enhancement Therapy (MET) ในการรักษาผู้ติดสุรา 2. เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยสุราด้วย MET กับกลุ่มที่ให้คำปรึกษาแบบ Nondirective reflective listening (NDRL) และกลุ่มควบคุมที่ให้เพียงวิธีการรักษาเดิม (No Further Counselling/NFC)
ทุน	ได้รับทุนจาก Health Research Council และ The Alcohol Advisory Council of New Zealand
คำถามของการวิจัย	1. MET มีประสิทธิภาพมากกว่าการบำบัดแบบให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) และการนัดติดตาม (Follow up) เพียงอย่างเดียว หรือไม่ 2. MET มีประสิทธิภาพมากกว่าการให้การบำบัดแบบ Nondirective reflective listening 4 ครั้ง หรือไม่
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	ใช้การจัดระดับความเข้มแข็งของงานวิจัย ของ Melnyk and Fineout-Overholt (2005) งานวิจัยนี้มีระดับความเข้มแข็งที่ ระดับ 2
Setting งานวิจัย	clinical setting Alcohol and Drug Service ในเมือง Christchurch ประเทศ New Zeland
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก ว่าเป็น Alcohol Dependence ในระดับ mild to moderate ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV criteria (APA, 1994) และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย มีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการติดสุราสมัครใจเข้าร่วมโครงการในระยะเริ่มต้นทั้งหมดรวม 194 คน

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	Exclusion criteria : 1. ผู้ป่วยที่มี severe dependence 2. ผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยรูปแบบอื่นๆ อยู่ก่อนแล้ว 3. ผู้ที่ได้รับการประเมินว่าหยุดดื่มสุราได้แล้ว (Abstinence) 4. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามี Alcohol withdrawal syndrome โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV 5. ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย หรือโรคทางจิต 6. ผู้ป่วยที่มีผลของระดับ Liver Function Test สูงผิดปกติ เมื่อสัมภาษณ์และคัดเลือกรวม Inclusion criteria และ Exclusion criteria แล้ว เหลือกลุ่มตัวอย่าง 125 คน มีกลุ่มตัวอย่างถูกคัดออกจำนวน 69 คนดังนี้ - มีผลการตรวจเลือดที่เกี่ยวกับการทำงานของตับผิดปกติ และมีอาการถอนสุรา จำนวน 25 คน - มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายหรือโรคทางจิต 9 คน - เคยได้รับการรักษาด้วยยา Disulfiram 2 คน - ประเมินแล้วไม่พบว่ามีลักษณะของการติดสุรา 6 คน - ผลการประเมินก่อนเข้าโครงการไม่สมบูรณ์ 15 คน - มีการคัดออกก่อนที่จะร่วมเข้าวิธีการบำบัด 12 คนด้วยเหตุผลต่างๆ ได้แก่ ไม่มาตามนัด 6 คน ติดคุก 4 คน ไปเป็นทหาร 1 คนและมีปัญหารุนแรงในครอบครัว 1 คน ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัด จำนวน 125 คน ได้ลงชื่อยินยอม (Informed consent) เข้าร่วมโครงการบำบัด กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการบำบัดพื้นฐานคือ feedback/education หลังจากนั้นขาดการรักษากลับไป 3 คน เหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 122 คน ร่วมเข้ากลุ่มทดลองคือกลุ่มที่บำบัดแบบเสริมแรงสูงใจ (MET) 42 คน กลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดแบบ nondirective reflective listening (NDRL) 40 คน และ กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบำบัดใดๆ เพิ่มจากการ feedback และการนัดติดตาม(No Further Counseling) 40 คน

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้วัด	1. National Alcohol Drinking Guideline level ใช้วัดปริมาณและความถี่ของการกลับไปดื่มสุราโดยประเมินที่การดื่มหนัก (unequivocal heavy drinking) ดังนี้ - คำว่า unequivocal heavy drinking หมายถึงการดื่ม 10 ดื่มมาตรฐานหรือมากกว่าต่อครั้งที่ดื่ม หรือดื่มจำนวน 6 ครั้งหรือมากกว่าในช่วงเวลา 6 เดือน - ลักษณะเครื่องมือเป็นชุดของข้อคำถาม series of question from “no drink” to “unequivocal heavy drinking” คือเริ่มตั้งแต่ ไม่ดื่ม ดื่มอย่างน้อย 1 ครั้ง ดื่ม 6 ครั้งหรือมากกว่า และดื่ม 10 ดื่มมาตรฐานหรือมากกว่า 2. แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment Scale (GAS) โดยใช้ประเมินก่อนและหลังการทดลอง แบบประเมินนี้มี คะแนน 0 – 100
การบำบัด	การประเมิน (Assessment) ก่อนบำบัด 1. ผู้ช่วยผู้วิจัยอาวุโส (senior research assistant) จะเป็น ผู้ประเมินข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ที่อยู่ การลงชื่อยินยอม การสัมภาษณ์ข้อมูลทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับเงื่อนไขของการวิจัย (criteria) การวินิจฉัยภาวะการติดสุรา ประวัติการดื่มสุรา ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ทั้งจำนวนวันที่หยุดดื่ม จำนวนวันที่ดื่มหนัก คือมากกว่า 10 ดื่มมาตรฐาน โดยให้ญาติมีส่วนในการให้ข้อมูลด้วย และผลการตรวจเลือดหาระดับของสารเคมีที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของตับ 2. การประเมินโดยหนึ่งในผู้ประเมินจากทีมวิจัย ได้แก่จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก หรือ senior psychiatric trainee โดยประเมินในเรื่อง Diagnostic Interview for Genetic Studies: DIGS และ ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม หลังจากนั้นจะมีการประชุมทีมผู้วิจัยเพื่อยืนยันการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-IV ในกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย โดยใช้ผลของ DIGS และ GAS เป็นข้อมูลประกอบ

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	การบำบัดระยะก่อนทดลอง 1. ระยะก่อนทดลอง กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการบำบัดครั้งแรก เรียกว่า Feedback/education session ซึ่งเป็น standard care โดยให้ญาติเข้าร่วมด้วย โดยกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะได้รับการ feedback ในเรื่องระดับการสุราของตนเองในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา รวมทั้งการวินิจฉัยภาวะการติดสุรา และจะได้รับคำแนะนำให้เลิกดื่มถ้าสามารถทำได้ หรือให้ลดการดื่มลงให้อยู่ในระดับมาตรฐาน พร้อมทั้งมีเอกสารและแผ่นพับแจกให้ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้เรื่อง “standard drink” “cutting down” “stopping drinking” 2. หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับการบำบัดในระยะต่อไป ทั้งข้อมูลในเรื่องวิธีการบำบัดของตนเอง และคำแนะนำที่ไม่ให้ไปรับการรักษาด้วยวิธีอื่นในช่วงเวลา 6 สัปดาห์ ยกเว้นการเข้ากลุ่ม self-help group 3. กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม โดยการสุ่มมี 2 กระบวนการได้แก่ 1) สุ่มเลือกผู้บำบัด 2) สุ่มเลือกรูปแบบการบำบัด การบำบัดระยะทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดทุกวิธีจะได้รับ 2 sessions เหมือนกัน คือ feedback/education session และ 6 week review กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดด้วยรูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) ซึ่งเหมือนกับรูปแบบการบำบัดที่ใช้ในโครงการวิจัย Project MATCH ของ Miller et al. (1992) ซึ่งใช้หลักการพื้นฐานของการบำบัด 5 ข้อ (Miller & Rollnick, 2002) ได้แก่ 1) การแสดงความเข้าใจในตัวผู้ป่วย (express empathy) 2) การทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในปัญหาของตนเอง (Develop discrepancy)

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	3) หลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย (avoiding argumentation) 4) ปรับตัวกับการต่อต้านที่เกิดขึ้น (rolling with resistance) 5) ส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วย (supporting self-efficacy) และใช้กลวิธีเฉพาะสำหรับการบำบัดใน 2 ระยะหลักได้แก่ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง ระยะที่ 2 การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญา มีการประยุกต์วิธีการบำบัดซึ่งทำให้ต่างไปจากรูปแบบการบำบัดตามคู่มือของ Project MATCH เล็กน้อย ดังนี้ 1) ประเมินการดื่มสุราโดยใช้มาตรฐานของประเทศ นิวซีแลนด์ แทนของเดิมที่ใช้เกณฑ์ของประเทศสหรัฐอเมริกา 2) แยก feedback/education session ออกมา ซึ่งตามโปรแกรมเดิมจะรวมอยู่ในการบำบัดในระยะที่ 1 3) ให้ญาติเข้าร่วมบำบัดเฉพาะใน feedback/education session เท่านั้น ซึ่งตามโปรแกรมเดิมจะให้ญาติเข้าร่วมในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 4) ใช้เวลาในการบำบัด 6 สัปดาห์ จากเดิม 12 สัปดาห์ 5) เพิ่มกลวิธีการบำบัดของ Miller et al. (1992) 6 กลวิธีเข้าไปในการบำบัดใน 2 sessions ซึ่งจะใช้ตามดุลยพินิจของผู้บำบัดซึ่งขึ้นอยู่กับระดับ stage of change ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ดังนี้ - การบำบัดใน Phase I ใช้กลวิธี “Problems and concerns” “Good things-less good things” “Personal dissonance” - การบำบัดใน Phase II ใช้กลวิธี “Life satisfaction” “Costs and benefits” and “Construction of decisional balances” กลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมที่ 1 ได้รับการบำบัดด้วยวิธี Nondirective reflective listening (NDRL) โดยใช้พื้นฐานการบำบัดแบบ person – centered therapy โดยการรับฟังผู้ป่วยโดยไม่ชี้นำ ประเด็นการสนทนาระหว่าง

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	การบำบัดจะขึ้นอยู่กับผู้ป่วยเท่านั้น กลุ่มควบคุมกลุ่มที่ 2 ไม่ได้รับ intervention ใดๆ เพิ่ม นอกจากการบำบัดแบบเดิมคือการให้ข้อมูลสะท้อนกลับและการให้ความรู้ (Feed back & educator) และการนัดติดตามที่ระยะเวลา 6 สัปดาห์ การประเมินผล ในสัปดาห์ที่ 12 หลังการบำบัดครบ โดยการสัมภาษณ์เรื่องปริมาณและความถี่ของการดื่มสุราและความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม ผู้บำบัด ผู้บำบัดเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การบำบัดผู้ติดสารเสพติดอยู่แล้ว จะได้รับการอบรมวิธีการบำบัดเพิ่มเติมจากทีมผู้วิจัยอาวุโส (Senior research assistant) ทั้งการบำบัดแบบ MET และ NDRL โดยได้รับการฝึกอบรมแบบกลุ่มจำนวน 15 ชั่วโมง รวมทั้งการฝึกการบำบัดรายบุคคล โดยในแต่ละวันผู้บำบัดแต่ละคนจะได้รับผู้ป่วยตัวอย่าง 2 คนและฝึกให้การบำบัดด้วยรูปแบบ MET และ NDRL อย่างละ 1 คน เมื่อจบการฝึกอบรมตามเกณฑ์มาตรฐานแล้ว ผู้บำบัดจำนวน 4 จาก 5 คนได้รับการคัดเลือกให้เข้ามาอยู่ในทีมวิจัย และถูกสุ่มให้ใช้วิธีการบำบัดสำหรับกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ในการบำบัดด้วยวิธี MET และ NDRL จะได้รับการบันทึกเทปเพื่อนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญในทีมวิจัยตรวจสอบในประเด็นสำคัญคือ 1. สามารถเสริมแรงทางบวกตามวัตถุประสงค์ของการบำบัดแต่ละวิธี 2. มั่นใจได้ว่าการใช้ กลวิธีของการบำบัดแบบ MET และ เน้นเรื่องการดื่มสุรา 3. มั่นใจได้ว่าการบำบัดแบบ NDRL ผู้บำบัดไม่ได้เพิ่มสิ่งใดเข้าไปเพิ่มเติมนอกจากการฟังอย่างเข้าใจ ผู้วิจัยจะสุ่มเทปจากการบำบัดมา 8 sessions ได้เป็น MET 5 sessions และ NDRL 3 sessions นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 2 คนซึ่งความคิดเห็นเป็นอิสระต่อกันตรวจสอบพบที่มีความเห็นตรงกัน 100 %

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	การติดตาม ผู้ช่วยผู้วิจัยอาวุโส (A senior research assistant) ที่ไม่รู้สภาพความเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม จะเป็นผู้ติดตามผู้บำบัดจำนวน 122 คน หลังจากบำบัดครบ 6 สัปดาห์ ซึ่งเป็นการติดตามที่บ้านใน 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1. การดื่มสุราเน้น จำนวนวันที่ดื่มมากกว่า 10 ดื่มมาตรฐาน 2. การประเมินคะแนนการปฏิบัติหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (Global Assessment Scale) ในช่วงเดือนที่ผ่านมาทั้งในเรื่องการทำงาน สัมพันธภาพ ปัญหาสุขภาพที่ยังคงอยู่เมื่อเทียบกับการประเมินก่อนรักษา ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ได้รับการยืนยันความถูกต้องจากญาติของผู้ป่วยจำนวน 22 คน คือจากกลุ่ม MET 6 คน กลุ่ม NDRL 8 คน และกลุ่ม NFC 8 คน
ผลการวิจัย	1. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาพบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม 2. เปรียบเทียบระดับคะแนน GAS พื้นฐานระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ ANOVA พบว่า กลุ่มที่บำบัดด้วย MET แตกต่างจากกลุ่ม NFC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$, post hoc Tukey HSD) 3. เปรียบเทียบระดับคะแนน GAS หลังการทดลองกับก่อนการทดลองในแต่ละกลุ่ม ด้วยสถิติ paired t-test ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4. เปรียบเทียบการกลับไปดื่มหนัก (unequivocal heavy drinking) ระหว่างกลุ่มโดยใช้ ANOVA พบว่า กลุ่ม MET มีอัตราของการกลับไปดื่มหนักแตกต่างกับกลุ่มควบคุม 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$) โดย MET= 42.9%, NDRL= 62.5 %, NFC= 65.0 % 5. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Logistic regression analysis เมื่อแยกตัวแปรและการบำบัดออกจากกันพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 3 เรื่อง ได้แก่ - ระดับการดื่มหนักหลังการบำบัดแตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ, ประวัติการใช้กัญชา และประวัติการติดกัญชา ต่างกัน

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	- จำนวนครั้งของการดื่มหนักเมื่อบำบัดด้วย NFC เท่ากับ 3 ต่างจากการบำบัดด้วย MET (OR= 2.95, 95% CL:1.10-7.92) - จำนวนครั้งของการดื่มหนักเมื่อบำบัดด้วย NDRL เท่ากับ 2.5 ต่างจากการบำบัดด้วย MET (OR= 2.62, 95% CL:1.01-6.85)
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การบำบัดผู้ติดสุราด้วยวิธี Motivational enhancement therapy เหมาะสมที่จะนำไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการติดสุรา(Alcohol Dependence)ในระดับ mild ถึง moderate ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขอ DSM –IV ที่เข้ารับการบำบัดเพื่อเลิกดื่มสุราแบบผู้ป่วยนอกในสถานบำบัด ส่วนผู้ที่มีภาวะการติดสุราอย่างหนัก (severe dependence) นั้นควรใช้วิธีการรักษาที่เข้มข้นอื่นๆ ร่วมด้วย ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการ withdrawal และไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวช 2. การวัดผลลัพธ์หลักโดย 2.1 วัดปริมาณและความถี่ของการกลับไปดื่มสุราโดยประเมินที่การดื่มหนัก (unequivocal heavy drinking) วัดโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของ Alcohol national drinking guideline level 2.2 ประเมินการปฏิบัติหน้าที่โดยรวม(general functioning) โดยใช้ Global Assessment Scale (GAS) ก่อนและหลังการบำบัด 3. คุณสมบัติของผู้บำบัด 3.1 เป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการบำบัดผู้ติดสุราหรือสารเสพติดในสถานบำบัด 3.2 ผ่านการอบรมเทคนิคการบำบัดเพื่อเสริมแรงใจ 4. หลักการบำบัดที่สามารถนำไปใช้ได้ 4.1 องค์ประกอบของการบำบัด คือการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้เทคนิคการบำบัดเพื่อเสริมแรงใจ ครั้งละ 50 นาที รวม 4 ครั้ง ในช่วงเวลา 6 สัปดาห์ 4.2 เป้าหมายของการบำบัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	4.3 กระบวนการบำบัดที่สำคัญมี 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Building Motivation for Change) ระยะที่ 2 วัตถุประสงค์ เพื่อให้คำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลงมีความหนักแน่นมั่นคง (Strengthening Commitment to Change) 4.4 ใช้หลักการพื้นฐานของการบำบัดที่สำคัญ 5 ข้อ (Miller & Rollnick, 2002) ได้แก่ 1) การแสดงความเข้าใจในตัวผู้ป่วย (express empathy) 2) การทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในปัญหาของตนเอง (develop discrepancy) 3) หลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย (avoid argumentation) 4) ปรับตัวกับการต่อต้านที่เกิดขึ้น (roll with resistance) 5) ส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วย (support self-efficacy)
ความสอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาทางคลินิก	Clinical relevance 1.งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกของผู้ศึกษาคือปัญหาผู้ติดยาที่เข้ามารับการบำบัดไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราได้ และหน่วยบำบัดยังไม่มีรูปแบบการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่มีประสิทธิภาพที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยติดยา 2. การวิจัยเป็นเรื่องของการบำบัดโดย Psychosocial Intervention ผลการวิจัยพยาบาลสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงในการดูแลผู้ป่วยสุราที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล เนื่องจากพยาบาลทุกคนมีเอกสิทธิ์และมีขอบเขตในการปฏิบัติได้โดยอิสระ 3.งานวิจัยนี้มีสมมติฐานที่สอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย โดยการรักษาเป้าหมายเหมือนกันคือต้องการให้ผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มหรือลดการดื่มสุราลง

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (ต่อ)	4.กระบวนการปฏิบัติ และกระบวนการประเมินผลสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้จริง
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์	Scientific merit งานวิจัยนี้มีคุณภาพ นับตั้งแต่กระบวนการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำเข้า มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือมีการตรวจสอบหาความเชื่อมั่นก่อนนำมาใช้ การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล การใช้ค่าสถิติเหมาะสมในเชิงวิจัย และตอบคำถามงานวิจัยได้ งานวิจัยมีการออกแบบเป็นอย่างดีในทุกขั้นตอนเพื่อป้องกันการ Bias เช่น มีการสุ่มวิธีการบำบัดให้กับผู้บำบัดแต่ละคน ซึ่งผ่านการอบรมทั้ง 2 วิธี โดยไม่รู้ตัวมาก่อนว่าตนเองจะได้บำบัดด้วยวิธีใด และการให้ผู้ติดตามและประเมินผลเป็นคนละคนกับผู้ที่ได้รับการบำบัด ได้รับทุนการวิจัย จาก Health Research Council และ The Alcohol Advisory Council of New Zealand ซึ่งเป็นสถาบันด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเรื่องสุราและสุขภาพของประเทศนิวซีแลนด์ มีความน่าเชื่อถือ ในแง่มุมของแหล่งตีพิมพ์ที่มีชื่อเสียงในเรื่องสุรา คือตีพิมพ์ใน Journal of Study Alcohol ผู้ศึกษาปฏิบัติงานเป็นบุคลากรของสถาบันการศึกษาวิจัยเรื่องสุราและยาเสพติด ในโรงพยาบาล ระดับมหาวิทยาลัยของประเทศนิวซีแลนด์
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	Implementation potential การพิจารณาแนวโน้ม/ความเป็นไปได้ที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในทางปฏิบัติ 1) Transferability of the finding มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้เพราะมีลักษณะเดียวกันคืองานบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มประชากรคล้ายคลึงกันคือผู้ป่วยที่มีภาวะการติดสุรา (alcohol dependence) ปรัชญาในการดูแลเหมือนกันคือการเน้นการบำบัดแบบ Psychosocial Treatment เป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา โปรแกรมนี้มีประโยชน์กับผู้ป่วยประเภทเดียวกันคือผู้ที่ติดสุราผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในผู้ติดสุราในระดับเล็กน้อยถึง

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	ปานกลาง (mild to moderate) ส่วนกลุ่มที่ติดสุรารุนแรง (severe) นั้น ถูกคัดออกเพราะทีมผู้วิจัยมีความเห็นว่าเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการบำบัดที่รูปแบบอื่นที่เข้มข้นกว่า เช่น การบำบัดแบบผู้ป่วยใน หรือ การบำบัดด้วยโปรแกรมความคิด-พฤติกรรมบำบัด (Cognitive-behavior therapy) และควรแนะนำให้เข้ากลุ่มผู้ติดสุราอนินาม (Alcoholic Anonymous: AA) ต่อไป 2) Feasibility of implementation พยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างอิสระเพราะอยู่ในขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องน่าจะให้ความร่วมมือเพราะเป็นสิ่งที่ประโยชน์ต่อผู้ป่วยและต่อหน่วยงาน และเป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เป็น Individual Intervention สามารถปฏิบัติได้จริงโดยทำควบคู่ไปกับการประจำจำนวนครั้งของการปฏิบัติไม่มากจนเกินไปคือจำนวน 4 ครั้ง ในเวลา 6 สัปดาห์ ไม่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ เพราะเน้นการให้คำปรึกษาเป็นหลัก มีเพียงแบบบันทึกและแบบติดตามประเมินผล เพียงแต่ผู้บำบัดต้องเพิ่มภาระงานมากขึ้นเพราะต้องใช้เวลาในการให้การปรึกษาผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จำนวนรายละ 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 50 นาที พยาบาลที่จะให้การบำบัดควรมีประสบการณ์ในการบำบัดผู้ติดสุราหรือสารเสพติดและผ่านการอบรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาแล้ว 3) Cost-benefit ratio โปรแกรมนี้ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายในด้านการกายภาพต่อผู้ป่วย แต่โปรแกรมก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยเพราะจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง และผู้ป่วยจะได้รับการเสริมแรงเป็นระยะๆ และเห็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติของตนเอง ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการลด/เลิกดื่มสุราซึ่งมีความคุ้มค่าในการนำมาใช้ ทำให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้บำบัด ผู้ป่วยและญาติ

ตารางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

เรื่องที่ 3

ชื่อเรื่อง

Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomized UK alcohol treatment trial (UKATT)

ผู้วิจัย

UKATT (United Kingdom Alcohol Treatment Trial) Research Team (2005)

แหล่งที่พิมพ์ปีที่พิมพ์ BMJ (2005), 331, 541

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผล ของพฤติกรรมสังคมและเครือข่ายบำบัด (Social behavior and network therapy: SBNT) ซึ่งเป็นการรักษาผู้ติดสุราแบบใหม่ กับการเสริมแรงจิตใจ (Motivational enhancement therapy : MET)
ทุนวิจัย	The Medical Research Council with collaborating clinical in Leeds, Birmingham and Cardiff and national co – ordination in Newcastle
ระเบียบวิธีวิจัย	Pragmatic Randomized trial
ระดับของงานวิจัย	ใช้การจัดระดับความเข้มแข็งของงานวิจัย ของ Melnyk and Fineout-Overholt (2005) งานวิจัยนี้มีระดับความเข้มแข็งที่ ระดับ 2
สมมติฐานงานวิจัย	1. การบำบัดทางสังคม Social behavior and network therapy และ Motivational enhancement therapy มีประสิทธิผลและ cost effective ในการบำบัดผู้ติดสุราเท่าเทียมกัน 2. การบำบัดทั้งสองวิธีช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างชัดเจน
Setting ของงานวิจัย	สถานบำบัดยาเสพติด 7 แห่ง ในเมือง Birmingham, Cardiff และ Leeds ของประเทศอังกฤษ
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรารายใหม่ ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดเครือข่ายของมหาวิทยาลัย York ในประเทศอังกฤษ รวม 3,241 ราย ได้รับการคัดกรอง 2,748 ราย ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 742 คน ได้รับการสัมภาษณ์และลงชื่อยินยอม (Informed consent) ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1) มีอายุต่ำกว่า 16 ปี 2) ผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดประเภทอื่นนอกจากสุรา 3) ผู้ที่มีแผนจะย้ายที่อยู่ในช่วงเวลา 1 ปี 4) มีการเจ็บป่วยทางจิตที่ยังควบคุมไม่ได้ 5) มีความบกพร่องด้านความคิดความจำอย่างรุนแรง 6) ผู้ที่ไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาอังกฤษได้ 7) ผู้ที่เคยได้รับการบำบัดการติดยาด้วยวิธีอื่นๆ มาแล้ว ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1. ผู้บำบัดในแต่ละสถานบำบัดเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมาะสม 2. ทีมผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และประเมินซ้ำว่ามีคุณสมบัติเหมาะสมตามเกณฑ์หรือไม่ 3. ให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกลงชื่อยินยอม 4. สุ่มผู้บำบัดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนแยกตามหน่วยบำบัด 5. สุ่มวิธีการบำบัดให้กับผู้บำบัดแต่ละคนเพื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง 742 ราย ได้รับการสุ่มเข้ารับการบำบัดแบบ - Motivational enhancement therapy จำนวน 442 ราย - Social behavior and network therapy จำนวน 320 ราย การติดตามผลหลังการบำบัด 3 เดือนมีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสัมภาษณ์ 689 ราย (93%) การติดตามผลหลังการบำบัด 12 เดือนมีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสัมภาษณ์ 617 ราย (83.2 %) กลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองติดตามผลไม่ได้จำนวน 125 ราย ดังนี้ - เสียชีวิต 12 ราย - ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยต่อ 35 ราย - ไม่สามารถติดต่อได้ 78 ราย

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้วัด	Primary outcome measures 1.ปริมาณการดื่มสุรา (Alcohol consumption) โดยใช้ Form 90 (Miller, 1996) ประกอบไปด้วย - ร้อยละของดื่มมาตรฐานในวันที่ย่อยดื่ม (Drinks Per Drinking Day) - ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (Percent Days Abstinence) 2. ระดับของ γ-glutamyl transferase (GGT) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของตับตรวจสอบโดยวิธี Reflotron 3. ระดับของการติดสุรา (Alcohol dependence) เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Leeds dependence questionnaire (LDQ; Raistrick et. al., 1994) 4. ปัญหาที่สัมพันธ์กับสุรา (Alcohol related problem) เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Alcohol Problem Questionnaire (APQ, Drummon, 1990) Secondary outcome measures เป็นการประเมินในเรื่องคุณภาพชีวิต, ตัวแปรด้านเศรษฐกิจ, และภาวะสุขภาพทั่วไป (Health related quality of life) เครื่องมือที่ใช้วัด 1. ดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพ (health status index EQ-5D) (EuroQol Group, 1990; Brooks, 1996) 2. แบบสอบถามภาวะสุขภาพโดยรวม (health profile SF-36) (Garratt et. al., 1993) 3. แบบสอบถามค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (Healthcare Utilization Questionnaire) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยศูนย์เศรษฐศาสตร์สุขภาพของมหาวิทยาลัย York เพื่อใช้ประเมินค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพในช่วงเวลา 6 เดือน 4. แบบประเมินสภาวะสุขภาพทั่วไป (General health questionnaire /GHQ-28, Goldberg, 1972) 5. แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (Addiction Severity Index/ASI) – Psychiatric Severity composite score (McLelland et. al., 1980) 6. แบบประเมินสิ่งแวดล้อมของครอบครัว (Family Environment Scale)(Moos and Moos, 1986)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้วัด (ต่อ)	ผู้ประเมิน เป็นทีมผู้วิจัยประกอบไปด้วยพยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด ผู้ให้การปรึกษา นักจิตวิทยา หรือผู้ให้การปรึกษาด้านยาเสพติด โดยผู้ประเมินผล 12 เดือนหลังการบำบัดจะเป็นคนละทีมกับผู้บำบัดและไม่รู้สถานภาพของความเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม
การบำบัด	ผู้บำบัด 1. ผู้บำบัดเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบำบัดที่ร่วมโครงการวิจัย ประกอบไปด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด ผู้ให้การปรึกษา นักจิตวิทยา หรือผู้ให้การปรึกษาด้านยาเสพติด 2. ผู้บำบัดจำนวน 76 คน ได้รับการฝึกอบรมจากหน่วยบำบัดสารเสพติด (The Training Department of the Leeds Addiction Unit) ซึ่งได้รับการรับรองจาก University of Leeds and The Leeds College of Health for Diploma Level โดยได้รับการฝึกทักษะการเสริมแรงใจ และการบำบัดญาติหรือเพื่อนและมีการบันทึกเทปไว้ ผู้บำบัดได้รับการฝึกทั้ง 2 วิธี มีการบันทึกวิดีโอเทป ภายใต้การดูแล (Supervise) ของผู้เชี่ยวชาญ มีผู้บำบัดที่ผ่านเกณฑ์การฝึกอบรมจำนวน 52 คน 3. ผู้บำบัดจะถูกสุ่มให้ใช้วิธีการบำบัด 1 ใน 2 วิธี คือการบำบัดรูปแบบ MET หรือ SBNT ในการวิจัย 4. ทีมผู้วิจัยที่มีหน้าที่สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง 2 ครั้งคือ ภายหลังการทดลอง 3 เดือน และ 12 เดือนโดยผู้สัมภาษณ์จะเป็นคนละคนกับผู้บำบัดเพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่าง 1. กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้าสู่วิธีการบำบัด 2 รูปแบบ ได้แก่ กลุ่มที่ 1 บำบัดด้วยวิธี Motivational enhancement therapy (MET) จำนวน 442 ราย - ใช้การบำบัดด้วยวิธีการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมแรงใจ ตามรูปแบบของมิลเลอร์และโรลนิก (Miller,1983; Miller & Rollnick ,1991) ร่วมกับการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (objective feedback)

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (objective feedback) เกี่ยวกับข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยใน session แรก ใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 50 นาที 3 ครั้งภายใน 12 สัปดาห์ โดยให้การบำบัดในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 8 เป็นรูปแบบการบำบัดเหมือนกับที่ใช้ในโครงการ Project MATCH ของประเทศสหรัฐอเมริกา แต่มีการประยุกต์ให้เหมาะกับบริบทของประเทศไทยและตามวัตถุประสงค์ของทีมวิจัย UKATT ของประเทศไทย คือ 1. ปรับ session ของการบำบัดจาก 4 ครั้งเหลือ 3 ครั้ง เพราะระยะเวลาที่ใช้บำบัดในการวิจัยของ UKATT มีเพียง 8 สัปดาห์น้อยกว่าของ Project MATCH ที่ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์โดยการบำบัดในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ของโปรแกรมยังคงเหมือนเดิม ส่วนระยะของการติดตาม (Follow-through) เปลี่ยนเป็นสัปดาห์ที่ 8 เดิมของโครงการ Project MATCH เป็นสัปดาห์ที่ 6 และ 12 แต่ยังคงมีช่วงเวลาในการบำบัดทั้งหมด 12 สัปดาห์ เพื่อให้สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาและอุปสรรคไม่สามารถมาตามนัดได้ภายใน 8 สัปดาห์ 2. ลดการเข้าร่วมของญาติเหลือเพียง 1 ครั้งในสัปดาห์แรก (เดิม 2 ครั้ง) เพื่อไม่ให้มีผลแทรกซ้อนกับกลุ่มเปรียบเทียบคือ SBNT ที่เน้นการบำบัดญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วย กลุ่มที่ได้รับการบำบัดรูปแบบ Motivational Enhancement Therapy ผู้ป่วยได้รับการบำบัดเป็นรายบุคคล โดยมีองค์ประกอบของการบำบัดตามโปรแกรม ได้แก่ 1. การประเมินระดับของแรงจูงใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (Stage of change) ว่าอยู่ในระดับใด ผู้บำบัดให้การตอบสนองอย่างเหมาะสมกับระดับของความตั้งใจของผู้ป่วย (Prochaska, Diclemente, & Norcross, 1992) 2. ใช้หลักการพื้นฐานของการบำบัดเพื่อเสริมแรงจูงใจ ซึ่งมีอยู่ 5 อย่างได้แก่ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Express empathy), ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างสภาพในปัจจุบันกับเป้าหมาย

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ที่ต้องการอยากจะเป็น (Develop discrepancy), การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (Avoid argumentation), ขอมรับการต่อต้าน (Roll with resistant) และ การส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วย (Support self-efficacy) หลักการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ใช้ขั้นตอนการบำบัด 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 วัตถุประสงค์ เพื่อเสริมสร้างให้เกิดแรงจูงใจ (Building motivation for change) โดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองติดสุรา ตระหนักในผลกระทบทางลบจากการดื่มสุราและมองเห็นผลทางบวกจากการเลิกดื่มสุรา ระยะที่ 2 วัตถุประสงค์ เพื่อให้คำมั่นสัญญาที่มีความหนักแน่น มั่นคง (Strengthening commitment to change) ส่งเสริมให้เกิดความมุ่งมั่น และมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระยะที่ 3 การติดตาม (Follow through strategies) วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินระดับความตั้งใจและส่งเสริมให้เกิด Self-efficacy ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตัวเองอย่างต่อเนื่อง กลุ่มที่ 2 บำบัดด้วยรูปแบบพฤติกรรมสังคมและเครือข่ายบำบัด Social behavior and network therapy (SBNT) ใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 50 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 8 ครั้ง 8 สัปดาห์ 1. หลักการบำบัดรูปแบบ SBNT คือ การบำบัดผู้ติดสุราจะประสบความสำเร็จและคงการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุราไว้ได้ ต้องอาศัยการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม (social network) การบำบัดรูปแบบนี้มีเป้าหมายที่จะหยุดหรือลดการดื่มสุราลง 2. การบำบัดมีแนวคิดพื้นฐาน 3 ประการคือ 2.1 การนำหรือสร้างเครือข่ายทางสังคมเพื่อสนับสนุนให้ผู้ติดสุราเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น การนำญาติ หรือเพื่อนสนิทมาร่วมวางแผนที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	2.2 สมาชิกครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดของผู้ติดสุราเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการบำบัดรักษา ผู้นำบัตยงคงทำการรักษาโดยผ่านผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยต่อไปได้แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มาพบผู้นำบัตแล้ว 2.3 การรักษาที่มีเป้าหมายที่จะสร้างเงื่อนไข (conditions) เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือ และคงสภาพการเปลี่ยนแปลงในอนาคต เช่น การวางกลยุทธ์ที่จะเผชิญกับการดื่มสุราร่วมกับผู้ติดสุราและสมาชิกเครือข่าย 3. บทบาทของผู้นำบัต ได้แก่ 3.1 การคิดถึงเครือข่าย (thinking network) เพื่อให้เครือข่ายเพิ่มความช่วยเหลือแก่ผู้ติดสุรา ซึ่งอาจรวมถึง social skill training แก่ผู้ติดสุราที่อยู่อย่างโดดเดี่ยว เพื่อให้มีความสามารถในการสร้างเครือข่าย 3.2 การพยายามทำให้ความช่วยเหลือเกิดขึ้น รวมถึงการลดความขัดแย้งระหว่างผู้ติดสุรากับเครือข่าย 3.3 ผู้นำบัตเป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้เกิดการช่วยเหลือแก่ผู้ติดสุราเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 3.4 ผู้นำบัตเป็นหัวหน้าทีมของงานต่างๆ (task-oriented team leader) เพื่อให้ไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้คือการลดหรือหยุดดื่มสุรา 4. การบำบัดมี 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 (ครั้งที่1) ค้นหาเครือข่ายให้กับผู้ป่วย ระยะที่ 2 (ครั้งที่ 2 – 7) การสร้างแรงจูงใจให้เครือข่ายร่วมมือกับผู้ติดสุราในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระยะที่ 3 (ครั้งที่8) คือการสรุปการบำบัดที่ผ่านมาทั้ง 7 ครั้งและเตรียมผู้ป่วยและเครือข่ายเพื่อคงการเปลี่ยนแปลงที่ดีไว้
ผลการวิจัย	1. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรมบำบัดทั้งหมด 742 ราย ได้รับการสัมภาษณ์เมื่อบำบัดครบ 3 เดือน 689 ราย (93.0%) บำบัดครบ 12 เดือน 617 ราย (83.2%) 2. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลของการบำบัดทั้ง 2 วิธี ที่ระยะเวลา 3 เดือนและ 12 เดือนโดยใช้สถิติ Analysis of covariance พบว่า

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	การบำบัดทั้ง 2 กลุ่มมีประสิทธิผลไม่แตกต่างกัน คือกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับคั่งสุรา ระดับการติดสุรา และปัญหาที่สัมพันธ์กับสุราลดลง รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตดีขึ้นในช่วงเวลา 12 เดือน หลังการรักษา 2.1 การคั่งสุราลดลง 48% ในเดือนที่ 3 และ 45% ในเดือนที่ 12 หลังการบำบัด 2.2 ปัญหาที่สัมพันธ์กับสุราลดลง 44% ในเดือนที่ 3 และ 50% ในเดือนที่ 12 หลังการบำบัด 2.3 อัตราของวันที่หยุดดื่มเพิ่มจาก 29% เป็น 43% ในเดือนที่ 3 และ เป็น 46% ในเดือนที่ 12 หลังการบำบัด 2.4 จำนวนดื่มมาตรฐานต่อวันลดลงจาก 27 เหลือ 18 ในเดือนที่ 3 และ 19 ในเดือนที่ 12 หลังการบำบัด 2.5 ระดับของการติดสุราประเมินโดย Leeds dependence questionnaire ลดจาก 17 เหลือ 12 ในเดือนที่ 3 และ 11 ในเดือนที่ 12 หลังการบำบัด 3. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพโดยรวม (health profile) องค์ประกอบด้านร่างกาย ที่ 3 เดือนหลังการบำบัด วัดโดย SF-36 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่บำบัดด้วย SBNT สูงกว่ากลุ่มที่บำบัดด้วย MET 1.31 (95% confidence interval 0.05 – 2.57) 4. ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันเล็กน้อยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 4.1 กลุ่มที่ได้รับ MET มีการดื่มเหลือน้อยกว่า 1.1 แก้วมาตรฐานต่อวันที่ดื่ม (95 % confidence interval, 95% CI = -1.0-3.2) 4.2 กลุ่มที่ได้รับ MET มีปัญหาการติดสุราซึ่งวัดโดย Leeds dependence questionnaire ลดลงมากกว่า โดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.6 คะแนน (95% CI = -0.7-2.0) 4.3 กลุ่มที่ได้รับ MET มีคะแนนการเกิดปัญหาที่สัมพันธ์กับสุราลดลงมากกว่าโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.5 คะแนน (95% CI = -0.4 - 1.4)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	4.4 กลุ่มที่ได้รับ SBNT มีช่วงเวลาที่หยุดคั้งนานกว่าโดยเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 1.2 (95% CI = - 4.5 %- 6.9%)
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. รูปแบบการบำบัดแบบ Motivational Enhancement Therapy เหมาะสำหรับการนำไปใช้ในการบำบัดกลุ่มผู้ติดสุราแบบผู้ป่วยนอก ในวัยผู้ใหญ่ คือผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 16 ปี ที่มีปัญหาการติดสุราเป็นปัญหาหลัก ไม่มีอาการของโรคทางกายหรือทางจิต ขณะมาบำบัด 2. การบำบัดแบบ Motivational Enhancement Therapy มีประสิทธิผลในการลดการคั้งสุรา ในกลุ่มผู้ที่ติดสุราในระดับน้อยถึงระดับมาก (Low to High Dependence) 3. การวัดผลลัพธ์หลักโดย 3.1 ประเมินปริมาณและความถี่ของการคั้งสุรา 3.2 ประเมินปัญหาที่สัมพันธ์กับการคั้งสุรา 4. คุณสมบัติของผู้บำบัด 4.1 เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในสถานบำบัดยาเสพติด 4.2 ผ่านการอบรมเทคนิคการบำบัดเพื่อเสริมแรงจูงใจหรือการสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงจูงใจ 5. หลักการบำบัดที่สามารถนำไปใช้ได้ วัตถุประสงค์ของการบำบัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการคั้งสุราของตนเอง สามารถค้นหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตัวเอง เน้นย้าให้ผู้ป่วยรับผิดชอบในการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง กระบวนการบำบัด ครั้งที่ 1 วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) โดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองติดสุรา ตระหนักในผลกระทบทางลบจากการคั้งสุราและมองเห็นผลทางบวกจากการเลิกคั้งสุรา

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ครั้งที่ 2 วัตถุประสงค์ เพื่อให้คำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลงมีความหนักแน่น มั่นคง (Strengthening commitment to change) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นและมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ครั้งที่ 3 การติดตาม (Follow through strategies) วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินระดับความตั้งใจและส่งเสริมให้เกิด Self-efficacy ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองอย่างต่อเนื่อง การให้ญาติมีส่วนร่วมในการบำบัด (Involving a Significant other) วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและญาติและเพื่อให้ญาติเห็นความสำคัญและให้คำมั่นสัญญาในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถหยุดดื่มสุราได้สำเร็จ ผู้บำบัดประเมินเพื่อค้นหาว่าใครเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และให้ผู้ป่วยเชิญญาติมาเข้าร่วมในชั่วโมงการบำบัดรักษา โดยให้ญาติเข้าร่วมด้วย ในการบำบัดระยะที่ 1 การติดตาม 1. โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยภายหลังการบำบัด อาจติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน เวลาที่ใช้ในการติดตามคือ เดือนที่ 3 และ เดือนที่ 12 หลังการบำบัด 2. ประเมินการดื่มสุรา จำนวนสุราที่ดื่มต่อวัน และจำนวนวันที่หยุดดื่ม ระดับของการติดสุรา ปัญหาที่สัมพันธ์กับการใช้สุรา และประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม
ความสอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบำบัดผู้ติดสุราด้วย รูปแบบพฤติกรรมสังคมและเครือข่ายบำบัด (social behavior and network therapy) และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) เป็นการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือปัญหาผู้ติดสุราไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราได้และหน่วยบำบัดยังไม่มีรูปแบบการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่มีประสิทธิภาพที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยสุรา

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (ต่อ)	2. การวิจัยเป็นเรื่องของการบำบัดโดย Psychosocial Intervention ผลการวิจัยพยาบาลสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงในการดูแลผู้ป่วยสุราเนื่องจากพยาบาลทุกคนมีเอกสิทธิ์และมีขอบเขตในการปฏิบัติได้โดยอิสระ เพียงแต่พยาบาลต้องมีประสบการณ์ในการบำบัดผู้ป่วยสุราและผ่านการฝึกอบรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจก่อน 3.งานวิจัยนี้มีสมมติฐานที่สอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือการศึกษาวิธีการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย โดยการรักษาเป้าหมายเหมือนกันคือต้องการให้ผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มสุราได้ หรือลดการดื่มสุราลง 4. กระบวนการปฏิบัติ และกระบวนการประเมินผลสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้จริงในหน่วยงาน งานวิจัยออกแบบมาเพื่อให้สามารถนำผลไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติทางคลินิก
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์	เป็นการศึกษาวิจัยแบบ Pragmatic Randomized trial สำหรับการบำบัดผู้ติดสุราที่ใหญ่ที่สุดในประเทศอังกฤษเท่าที่เคยมีการวิจัยมาก่อน ความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับ 2 มีความน่าเชื่อถือ งานวิจัยนี้มีคุณภาพ โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำเข้าการบำบัด 2 วิธีที่ต่างกัน มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างชัดเจน การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล การใช้ค่าสถิติเหมาะสมในเชิงวิจัย และตอบคำถามงานวิจัยได้ มีการออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดี มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตลอดการวิจัย คือ การสุ่มผู้บำบัด และวิธีการบำบัด การเปลี่ยนทีมติดตามเพื่อป้องกันการลำเอียง และการปรับชั่วโมงการบำบัดญาติในการบำบัดแบบ MET เพื่อให้รูปแบบการบำบัดต่างจากกลุ่มของ SBNT ที่เน้นบทบาทของญาติ มีความน่าเชื่อถือ ในแง่มุมมองของแหล่งตีพิมพ์ที่มีชื่อเสียงในเรื่องสุรา ทีมผู้วิจัยเป็นอาจารย์ของมหาวิทยาลัย York ในประเทศอังกฤษที่รับผิดชอบในการวิจัยปัญหาเรื่องสุราโดยเฉพาะ (United Kingdom Alcohol Treatment Trial : UKATT)

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนำไปใช้ในการปฏิบัติ	การพิจารณาแนวโน้มนำไปใช้ได้ที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ปฏิบัติ 1. Transferability of the finding การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติมีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้เพราะมีลักษณะเดียวกันคืองานบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มประชากรคล้ายคลึงกันคือผู้ป่วยจิตเวช เป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรารูปแบบการบำบัดนี้มีประโยชน์กับผู้ป่วยประเภทเดียวกันคือผู้ที่ติดสุราในระดับน้อยถึงระดับมาก (low to high dependence) 2. Feasibility of implementation ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง พยาบาลสามารถใช้นวัตกรรมนั้นได้เพราะอยู่ในขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องน่าจะให้ความร่วมมือเพราะเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อผู้ป่วยและต่อหน่วยงาน และเป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เป็นการบำบัดรายบุคคล สามารถปฏิบัติได้จริงโดยทำควบคู่ไปกับการบำบัดรายบุคคล สามารถปฏิบัติได้จริงโดยทำควบคู่ไปกับการบำบัดรายบุคคล จำนวนครั้งของการปฏิบัติไม่มากเกินไปคือใช้เวลาครั้งละ 50 นาที จำนวน 3 ครั้ง 3. Cost-benefit ratio โปรแกรมนี้ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายในด้านกายภาพต่อผู้ป่วย แต่โปรแกรมก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยเพราะจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง ผู้ป่วยจะเห็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติของตนเอง ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการลด/เลิกดื่มสุราซึ่งมีความคุ้มค่าในการนำมาใช้ แต่อาจจะเพิ่ม work load ของพยาบาลเพราะต้องใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยครั้งละ 50 นาที รวม 3 ครั้ง การใช้โปรแกรมบำบัด มีค่าใช้จ่ายน้อย เพราะใช้เพียงแบบบันทึกและอุปกรณ์เครื่องเขียน ส่วนพยาบาลที่ทำหน้าที่บำบัดนั้นต้องมีประสบการณ์ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหรือสารเสพติด มีทักษะในการให้การปรึกษารายบุคคลหรือจิตบำบัดรายบุคคล และได้รับการฝึกอบรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement therapy)

ตารางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

เรื่องที่ 4

ชื่อเรื่อง

The Efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials

ผู้วิจัย

Burke, B.L., Arkowitz, H. & Menchola, M.

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์ Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2003, 71(5), 843–861

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	1. เพื่อนำเสนอคุณลักษณะพื้นฐานของ control clinical trial ของ adaptations of motivational interviewing (AMIs) 2. เพื่อประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงประสิทธิผลของ Motivational interviewing 3. เพื่อประเมินผลของ Motivational interviewing ต่อ sustained efficacy 4. เพื่อประเมิน Clinical impact ของ Motivational interviewing 5. เพื่ออธิบายตัวแปรที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการใช้ Motivational interviewing
ทุนการวิจัย	-
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิเคราะห์เมตา (Meta –Analysis) ของงานวิจัยที่เป็น Randomized Controlled Trials
ระดับของงานวิจัย	Research design เป็น Meta –Analysis ระดับ 1
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	งานวิจัย Controlled clinical trials ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้ Motivational interviewing ในการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รักษาหรือกลุ่มที่รักษาโดยใช้ placebo โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัยคือ 1) เป็นงานวิจัยที่ใช้ Motivational Interviewing เป็น Intervention หลัก และอาจมีการเปรียบเทียบกับวิธีการวิจัยรูปแบบอื่น เช่น cognitive behavior therapy

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	2. เป็นการบำบัดรายบุคคล 3. รูปแบบของงานวิจัยต้องเป็น Controlled clinical trial ดังนี้ 3.1 มีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 3.2 มีกลุ่มเปรียบเทียบหรือกลุ่มควบคุมอย่างน้อย 1 กลุ่ม 3.3 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอกับแต่ละประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา ได้งานวิจัยจำนวน 30 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ใช้ Motivational Interviewing ในผู้ติดสุรา 15 เรื่อง ผู้ติดบุหรี่ 2 เรื่อง ผู้ติดยาเสพติด 5 เรื่อง มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ 2 เรื่อง ปัญหาการออกกำลังกาย 4 เรื่อง ปัญหาการรับประทานอาหาร 1 เรื่อง และปัญหาความร่วมมือในการรักษา (Treatment adherence) 1 เรื่อง Sample size: แต่ละเรื่องมีกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 22 ถึง 952 คน ค่าเฉลี่ย 206 คน Setting: สถาบันบำบัดส่วนใหญ่เป็นคลินิกบำบัดสารเสพติด 11 เรื่อง โรงพยาบาลจิตเวช 9 เรื่อง และในคลินิกเฉพาะทางของโรงพยาบาลทั่วไป 10 เรื่อง
วิธีการสืบค้น	1. สืบค้นจาก Reference sections ของการวิจัย Meta-analysis ของ motivational interviewing จำนวน 3 เรื่อง 2. สืบค้นจาก motivational interviewing website (www.motivationalinterview.org) 3. สืบค้นจาก database search (PsycINFO) โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นว่า “motivational interviewing” 4. โดยการส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ไปยังสมาชิกของ Motivational Interviewing Network of Trainers ทุกคน เพื่อสืบค้นงานวิจัยที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งที่มีการตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์
สถิติที่ใช้วิเคราะห์	1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาบรรยายคุณลักษณะต่างๆของกลุ่มตัวอย่าง 2. คำนวณหาค่า effect size ที่ 95% confidence interval

หัวข้อ	รายละเอียด
สถิติที่ใช้วิเคราะห์ (ต่อ)	3. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Homogeneity analyses 4. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Multiple regression analysis
ผลการวิจัย	1. Motivational Interviewing มีประสิทธิผลในผู้ติดสุรา และแสดงให้เห็นถึง clinical impact โดยกลุ่มตัวอย่างมีอัตราของ Improvement rate 51 % ลดการดื่มสุราลง 56 % และมี social impact ในระดับปานกลาง ($d=0.47$) ตัวแปรควบคุมในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ จำนวนครั้งของ intervention รูปแบบของ Motivational Interviewing และประเภทของปัญหาสุขภาพ ทั้งหมดถูกนำมาศึกษาโดยใช้การวิเคราะห์แบบ homogeneity และ multiple regression 2. การใช้ Motivational Interviewing เฉพาะในกลุ่มของผู้ที่ติดสุรา มีประสิทธิผลเทียบเท่ากับการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆที่เข้มข้นกว่า (active treatment) เช่น Cognitive Behavior Therapy และมีประสิทธิผลมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด 3. จากงานวิจัยในกลุ่มผู้ติดสุรา 6 เรื่องที่ใช้ Motivational Interviewing เป็น Intervention เพียงอย่างเดียวในกลุ่มตัวอย่าง 373 ราย พบว่าสามารถลดปริมาณของการดื่มสุราได้ โดยลดจาก 35.7 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (Standard Drinks/week) ก่อนทดลองเหลือ 15.6 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ที่หลังการทดลอง 1 ปี
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การใช้ Motivational Interviewing มีประสิทธิผลในการลดปริมาณการดื่มสุราในกลุ่มผู้ติดสุรา 2. เป็นการบำบัดแบบรายบุคคลใน Setting แบบผู้ป่วยนอก 3. จำนวนครั้งของการบำบัดคือ 2 – 4 ครั้ง ซึ่งจำนวนครั้งเป็นตัวแปรที่มีผลต่อประสิทธิผลต่อการบำบัด 4. การบำบัดด้วย Motivational Interviewing มีความชัดเจนในเรื่อง Cost-effectiveness 5. การประเมินประสิทธิผล (Clinical Impact) ในการบำบัดผู้ติดสุรา จากการทบทวนพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่จะเน้นที่การลดพฤติกรรมการดื่ม (reduction in drinking) มากกว่าการเลิกดื่ม (abstinence)

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	การพิจารณาแนวโน้ม/ความเป็นไปได้ที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 1. Transferability of the finding การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้เพราะมีลักษณะเดียวกัน คืองานบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มประชากรคล้ายคลึงกันคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพคือผู้ป่วยติดสุรา ใช้รูปแบบเดียวกันคือการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจโดยมีเป้าหมายของการวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในด้านต่างๆต่อผู้ป่วยและพบว่าโปรแกรมนี้นี้มีประสิทธิผลในผู้ติดสุราจริง 2. Feasibility of implementation ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง พยาบาลสามารถใช้นวัตกรรมนั้นได้เพราะอยู่ในขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล ผู้บริหาร หัวหน้าหน่วยงาน และผู้ร่วมงาน น่าจะให้ความร่วมมือเพราะเป็นสิ่งที่มิประโยชน์ต่อผู้ป่วยและต่อหน่วยงาน และเป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เป็นการบำบัดรายบุคคล สามารถปฏิบัติได้จริงโดยทำควบคู่ไปกับงานประจำ 3. Cost-benefit ratio โปรแกรมนี้ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายในด้านกายภาพต่อผู้ป่วย แต่โปรแกรมก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย เพราะจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีแรงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง ผู้ป่วยจะได้รับการเสริมแรงและเห็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติของตนเอง ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการลด/เลิกดื่มสุราซึ่งมีความคุ้มค่าในการนำมาใช้ การใช้โปรแกรมบำบัด มีค่าใช้จ่ายน้อย เพราะไม่ต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือใดๆมีเพียงแบบประเมินและแบบบันทึก และระยะเวลาในการบำบัดสั้น เพียงครั้งละ 45-50 นาที จำนวน 2-4 ครั้ง

ตารางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

เรื่องที่ 5

ชื่อเรื่อง การใช้สื่อร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดผู้ติดสุรา

ผู้วิจัย ศิริณา ศรัทธาพิสิฐ, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, นิทกร สอนชา และ
การุณย์ หงษ์กา

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์ วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2551, 53(2), 151 - 164.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยวิธีเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา โดยใช้สื่อให้เห็นภาพผลเสียของสุราต่อร่างกายเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่ใช้สื่อ เพื่อลดการดื่มสุราในกลุ่มผู้ติดสุรา
ทุนวิจัย	ทุนสนับสนุนจากสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	ใช้การจัดระดับความเข้มแข็งของงานวิจัย ของ Melnyk and Fineout-Overholt (2005) งานวิจัยนี้มีระดับความเข้มแข็งที่ ระดับ 2
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น ทำการศึกษาในผู้ป่วยติดสุราที่มารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 46 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ Inclusion Criteria 1. มีอายุ 18 – 65 ปี 2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Alcohol dependence ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text revision (DSM-IV-TR) criteria จากการสัมภาษณ์ของจิตแพทย์ โดยใช้ Mini-International Neuropsychiatric Interview เป็นเครื่องมือช่วยในการสัมภาษณ์ 3. ประเมินความรุนแรงของอาการถอนสุราโดยใช้แบบประเมิน Alcohol Withdrawal Scale (AWS) ได้คะแนนน้อยกว่า 5 คะแนน 4. สามารถอ่านออก เขียนได้ และพูดคุยสื่อสารได้

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	5. สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย Exclusion Criteria มีเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา ดังนี้ 1. มีการวินิจฉัยโรคอื่นใน axis I นอกเหนือจาก alcohol dependence ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV TR เช่น schizophrenia, anxiety disorder, mood disorder, dementia เป็นต้น 2. มีการตั้งครรภ์
Setting	กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	เครื่องมือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1.1 Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) 1.2 Alcohol Withdrawal Scale (AWS) 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล 2.1 แบบประเมินข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ รหัสประชากร อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ต่อเดือน 2.2 แบบประเมินลักษณะการดื่มของผู้ป่วย คือ ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มเมื่อเทียบกับหนึ่งดื่มมาตรฐาน อายุที่เริ่มดื่ม ระยะเวลาที่ดื่ม ญาติสายตรงที่ดื่มสุรา ร้อยละของวันที่ดื่มหนัก (% heavy drinking days) คำนวณโดยนำจำนวนวันที่กลุ่มตัวอย่างดื่มสุราเกิน 4 standard drinks/วัน ในช่วงวันที่ผ่านมา คูณด้วย 100หารด้วยจำนวนวันที่ผ่านมา ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (% abstinence days) คำนวณโดยนำจำนวนวันที่กลุ่มตัวอย่างหยุดดื่มสุราในช่วงวันที่ผ่านมา คูณด้วย 100หารด้วยจำนวนวันที่ผ่านมา 2.3 แบบวัดขั้นตอนความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาสำหรับผู้ดื่มสุรา (The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, SOCRATES-8A) แปลโดย พ.ท. นพ. พิชัย แสงชาญชัย ปรับปรุงด้านภาษา โดยพญ.พันธุ์ภา กิตติรัตน์ ไพบูลย์ เพื่อใช้ในงานประจำของโรงพยาบาลสวนปรุง ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างโดยจิตแพทย์โรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าเท่ากับ 0.82

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	2.4 แบบวัดผลกระทบจากสุรา (Drinker Inventory of Consequence –2L) แปลโดย พญ.พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ เพื่อใช้ในงานประจำของโรงพยาบาลสวนปรุง ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างโดยจิตแพทย์ของโรงพยาบาลสวนปรุง และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าเท่ากับ 0.88 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินแบบวัดนี้ด้วยตนเอง สถิติที่ใช้ในการวิจัย 1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา 2. เปรียบเทียบความแตกต่างของปริมาณการดื่ม ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และจำนวนของดื่มมาตรฐานต่อวันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้ Independent t-test 3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา ครั้งที่ 1 – 4 ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) 4. ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบจากสุราระหว่างการบำบัดครั้งที่ 1 และครั้งที่ 4 วิเคราะห์โดยใช้ Independent t-test
การบำบัด	1. แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้วิธีการสุ่ม (random allocation) โดยใช้ computer generated with urn randomization พิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือระยะเวลาที่ติดสุรา อายุ และการใช้ยาทางจิตเวช แบ่งเป็นกลุ่มละ 23 ราย 2. การบำบัด ทั้งสองกลุ่มได้รับการบำบัดด้วยวิธีเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) ซึ่งเป็นแนวทางการบำบัดทางจิตวิทยาที่เน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) เป็นการบำบัดที่ได้รับการคิดค้นขึ้นมาโดยมิลเลอร์และโรลนิก (Miller & Rollnick) ในปี ค.ศ.1991 โดยใช้เวลาในการบำบัด 2 – 4 ครั้ง องค์ประกอบของการบำบัดประกอบไปด้วย การประเมิน (assessment) การสะท้อนกลับ (feedback) และใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	โดยการบำบัดแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 ให้ศึกษาและให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Health education & feedback) โดยให้ในครั้งแรกที่เข้าร่วมโครงการ ระยะที่ 2 การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญา (Commitment Strengthening) โดยให้การบำบัดในครั้งที่ 2 ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow Through) ในการบำบัดครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 6) และครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 12) กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นรายบุคคลจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 30-35 นาที ในสัปดาห์ที่ 0, 1, 6, และ 12 รวม 12 สัปดาห์ 3. กลุ่มทดลอง ในการบำบัดครั้งแรกและครั้งที่สอง จะมีการใช้สื่อในรูปแบบของ PowerPoint presentation เพื่อแสดงให้เห็นภาพผลเสียของสุราต่อร่างกายในระบบต่างๆ 4. ผู้บำบัดคือจิตแพทย์ ซึ่งให้การบำบัดโดยปฏิบัติตาม protocol ของการบำบัดและรักษาเวลาอย่างเคร่งครัด 5. ผู้วัดแบบประเมินต่างๆ คือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือพยาบาลจิตเวช เป็นคนละคนกับผู้บำบัดโดยผู้ประเมินไม่ทราบสถานภาพของความเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง การประเมินผล 1. ประเมินปริมาณการดื่มสุราทุกครั้งที่การบำบัด ในเรื่องจำนวนของวันที่ดื่มหนัก จำนวนของวันที่หยุดดื่ม และจำนวนดื่มมาตรฐานต่อวัน 2. ประเมินขั้นตอนความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเองทุกครั้งที่มาบำบัด 3. ประเมินผลกระทบจากสุรา โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบประเมินด้วยตนเองเมื่อมาบำบัดในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 4

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 23 ราย ภายหลังสิ้นสุดการติดตามพบว่ามียุติการติดตามอยู่ครบสัปดาห์ที่ 12 รวม 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.35 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 11 ราย และกลุ่มควบคุม 13 ราย สาเหตุของการบัพบัตไม่ครบโปรแกรมเพราะ เข้าไปรับการบัพบัตแบบผู้ป่วยใน 2 ราย มีงานประจำทำให้มาบัพบัตไม่ได้ครบ 5 ราย มีปัญหาในการเดินทาง 2 ราย คิดว่าตนเองเลิกสูราได้แล้ว 7 ราย กลับไปดื่มซ้ำ 1 ราย ไปบวช 1 ราย และติดตามไม่ได้ 1 ราย ผู้วิจัยใช้หลัก Intention to treat โดยตั้งสมมติฐานว่าผลการประเมินครั้งก่อนที่จะขาดการบัพบัตเป็นตัวแทนของข้อมูลในครั้งที่เหลือทั้งหมด (LOCF) ผลการวิจัย 1. ปริมาณการดื่ม ของกลุ่มตัวอย่างลดลงในแต่ละระยะของการบัพบัต คือ ปริมาณการดื่มเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน จากครั้งแรกเฉลี่ย 18.7 ดั้มมาตรฐาน (standard drinks) ลดลงเป็น 3.6, 3.4 และ 4.2 ดั้มมาตรฐานในสัปดาห์ที่ 1, 6 และ 12 ตามลำดับ 1.2 ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก จากการบัพบัตครั้งแรกถึงครั้งสุดท้ายได้ 99.7, 20.3, 22.6 และ 28.6 ตามลำดับ 1.3 ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม จากการบัพบัตครั้งแรกถึงครั้งสุดท้ายได้ 0.2, 74.4, 73.2 และ 63.5 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้สื่อและกลุ่มควบคุมที่ไม่ใช้สื่อร่วมด้วย พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในแง่ของปริมาณการดื่ม จำนวนวันที่ดื่มหนัก และจำนวนวันที่หยุดดื่มสูรา 2. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับสื่อและกลุ่มที่ไม่ได้รับสื่อในกระบวนการบัพบัต มีคะแนนขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาไม่แตกต่างกัน ทั้งในด้านการยอมรับ ด้านความตั้งใจและด้านกำลังลงมือทำ และไม่แตกต่างในแต่ละ ระยะของการบัพบัต

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	3. คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากสุราทางด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านภายในของบุคคล ด้านความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเอง และด้านความรับผิดชอบทางสังคม ในการบำบัดสัปดาห์สุดท้าย มีความแตกต่างจากการบำบัดในสัปดาห์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแล้วพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. งานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้อ้างอิงในกลุ่มเป้าหมายคือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดสุรา (Alcohol dependence) ที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดในคลินิกบำบัดสารเสพติด รูปแบบผู้ป่วยนอก โดยเป็นกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่คืออายุ 18 – 65 ปีที่ไม่มีอาการถอนพิษสุราที่รุนแรงและไม่มีโรคทางกายหรือโรคทางจิตที่ยังควบคุมไม่ได้ 2. การวัดผลลัพธ์หลักใช้การประเมินปริมาณการดื่มสุรา ทั้งปริมาณของการดื่มเมื่อเทียบกับดื่มมาตรฐาน ร้อยละของวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของวันที่หยุดดื่ม ซึ่งผลการวิจัยพบว่าปริมาณการดื่มของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ลดลงในแต่ละระยะของการบำบัด 3. การบำบัดผู้ติดสุราด้วยวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจช่วยลดผลกระทบจากสุราทางด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านภายในของบุคคล ด้านความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเอง และด้านความรับผิดชอบทางสังคม 4. ขั้นตอนของการบำบัดคือ 4.1 ช่วงเวลาของการบำบัดคือ ในสัปดาห์ที่ 0, 1, 6 และ 12 ใช้เวลาบำบัด 4 ครั้ง รวม 12 สัปดาห์ 4.2 ใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 30 – 35 นาที 4.3 เป็นการบำบัดรายบุคคล 4.4 เนื้อหาของการบำบัดเป็นการใช้การประเมิน (assessment) การสะท้อนกลับ (feedback) และใช้กลวิธีของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	5. การประเมิน ใช้การประเมินผลการบำบัดรักษา เรื่องปริมาณการดื่มสุรา จำนวนวันที่ดื่มหนัก จำนวนวันที่หยุดดื่ม และใช้แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแบบวัดผลกระทบในผู้ดื่มสุรา โดยประเมินก่อนหลังการบำบัด 6. ผลการบำบัดพบว่าร้อยละของวันที่หยุดดื่มในช่วงสัปดาห์ที่ 1 – 6 หลังการบำบัดอยู่ในระดับสูงคือ 73.21 ส่วนในเดือนที่ 3 นั้นร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักไม่ได้ลดลงไปอีก เพราะระยะเวลาห่างไปถึง 6 สัปดาห์ ดังนั้นการนัด ติดตามการรักษาในการบำบัดระยะที่ 3 ควรพิจารณา ระยะช่วงเวลาตามความรุนแรงของการติดสุรา เพราะการนัดติดตามห่างเกินไป อาจทำให้ประสิทธิผลของการบำบัดลดลง แต่ต้องพิจารณาความสะดวกในเรื่องของเวลาและการเดินทางมาบำบัดของผู้ป่วยประกอบด้วย 7. การบำบัดด้วยวิธีเสริมสร้างแรงจูงใจนี้ ช่วยลดทัศนคติทางลบของผู้ป่วยต่อประสบการณ์การบำบัดรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะยอมรับการช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหการดื่มสุราของตนเอง 8. การส่งเสริมแรงจูงใจให้เข้ารับการบำบัดจนครบกำหนด จะเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่สามารถพยากรณ์ผลลัพธ์ของการบำบัดได้ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการบำบัดจนครบกำหนด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. เป็นงานวิจัยที่ศึกษาผลของการบำบัดผู้ติดสุราด้วยวิธีเสริมสร้างแรงจูงใจในคลินิกบำบัดผู้ติดสุราแบบผู้ป่วยนอก เพื่อช่วยให้ผู้ติดสุราลดพฤติกรรมการดื่มสุรา ลดผลกระทบที่เกิดจากการดื่ม มีกระบวนการปฏิบัติและการประเมินผลที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนสามารถนำมาใช้ได้จริง 2. ผลงานวิจัยสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ผู้ศึกษาพบคือ ปัญหาผู้ป่วยติดสุราที่เข้ามารับการบำบัดไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้ 3. งานวิจัยเป็นเรื่องของการบำบัดโดย Psychosocial intervention พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ปฏิบัติได้จริง อย่างอิสระเพราะอยู่ในขอบเขตของวิชาชีพ 4. งานวิจัยสามารถช่วยในกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลที่จะเลือกใช้รูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพสำหรับใช้กับผู้ติดสุรา

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์	เป็นงานวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial ที่ออกแบบเป็นอย่างดีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการบำบัดผู้ป่วยสุราด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจเปรียบเทียบระหว่างการใช้สื่อและการไม่ใช้สื่อ มีการระบุเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างชัดเจน มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการทบทวนกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้มีความน่าเชื่อถือและผ่านการตรวจสอบหาความเชื่อมั่นก่อนนำมาใช้ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์และรูปแบบของการวิจัยเชิงทดลองและสามารถวัดผลลัพธ์หลักได้ ทีมผู้วิจัยเป็นจิตแพทย์จากโรงพยาบาลขอนแก่น และอาจารย์แพทย์จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับทุนจากสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ผลงานวิจัยตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการระดับประเทศของประเทศไทย มี peer review
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	การพิจารณาแนวโน้มความเป็นไปได้ที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 1. Transferability of the finding มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้เพราะมีลักษณะเดียวกันคืองานบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มประชากรคล้ายคลึงกันคือผู้ป่วยที่มีภาวะการติดสุรา (alcohol dependence) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราหรือสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราได้ โปรแกรมนี้มีประโยชน์กับผู้ป่วยประเภทเดียวกันคือผู้ป่วยที่ติดสุรา 2. Feasibility of implementation สามารถนำมาใช้ได้จริงเพราะเป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เป็นการบำบัดรายบุคคลที่สามารถปฏิบัติควบคู่ไปกับการประจำได้ จำนวนครั้งของการปฏิบัติไม่มากจนเกินไปคือ ครั้งละ 30 - 35 นาที จำนวน 4 ครั้ง ในเวลา 12 สัปดาห์พยาบาลสามารถใช้ปฏิบัติได้อย่างอิสระเพราะอยู่ในขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล เพียงแต่พยาบาลต้องผ่านการอบรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจก่อน

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	3. Cost-benefit ratio โปรแกรมนี้ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายในด้านกายภาพต่อผู้ป่วย แต่โปรแกรมก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย เพราะจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง และผู้ป่วยจะได้รับการเสริมแรงเป็นระยะๆ และเห็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติของตนเอง ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการลด/เลิกดื่มสุราซึ่งมีความคุ้มค่าในการนำมาใช้ ทำให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และผู้บำบัด การใช้โปรแกรมบำบัด มีค่าใช้จ่ายน้อย เพราะไม่ต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพิเศษใดๆ มีเพียงเอกสาร แบบบันทึก และอุปกรณ์เครื่องเขียน ส่วนพยาบาลที่ทำหน้าที่บำบัดนั้นจะต้องมีประสบการณ์ในการบำบัดผู้ป่วยติดสุราหรือสารเสพติด มีทักษะในการให้การปรึกษารายบุคคลหรือจิตบำบัดรายบุคคล และได้รับการฝึกอบรมวิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement therapy)

ตารางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

เรื่องที่ 6

ชื่อเรื่อง ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของ
ผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง

ผู้วิจัย สุนทรี ศรีโกไสย ภัทราภรณ์ ทุ่งคำปิ่น และ ธาณิ สุวรรณยศ (2549)

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์ วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2549, 5(2), 25-36.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	เพื่อศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational enhancement therapy) ทุก 2 สัปดาห์ ในการลดปัญหาการดื่มสุรา ของผู้ติดสุราที่มารับบำบัดรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง
ทฤษฎี	-
ระเบียบวิธีวิจัย	เชิงทดลอง One Group Time Series Design
ระดับของงานวิจัย	ใช้การจัดระดับความเข้มแข็งของงานวิจัย ของ Melnyk and Fineout-Overholt (2005) งานวิจัยนี้มีระดับความเข้มแข็งที่ ระดับ 4
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา (Alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) หรือได้รับการวินิจฉัยเป็น F10.2 ตามระบบขององค์การอนามัยโลก (ICD – 10) ที่มารับบริการที่คลินิกบำบัดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 29 ราย มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ Inclusion Criteria 1. มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา 2. อาการถอนพิษสุราอยู่ในระดับน้อย ประเมินโดย Alcohol Withdrawal Scales (AWS) ได้คะแนนน้อยกว่า 5 3. สามารถอ่าน และเขียนหนังสือได้ พุดคุยติดต่อสื่อสารได้ 4. สนใจในการบำบัดรักษา และยินยอมให้ติดตามต่อเนื่อง 5. สามารถมาบำบัดตามนัดได้ 6. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย มีกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ครบตามโปรแกรม จำนวน 22 ราย (75.86%)

หัวข้อ	รายละเอียด
Setting	คลินิกบำบัดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง รักษาแบบผู้ป่วยนอก
เครื่องมือที่ใช้วัด	1.แบบประเมินติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุรา ประกอบไปด้วย 1.1ระดับความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment Function) 1.2 ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) โดยใช้จำนวนวันที่ดื่ม คุณร่อย หารจำนวนวันทั้งหมด 1.3 ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent abstinent days) โดยใช้จำนวนวันที่หยุดดื่มคุณร่อย หารด้วยจำนวนวันทั้งหมด วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือค่าความถี่และร้อยละ 2.แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, SOCRATES-8A) สำหรับผู้ดื่มสุราที่ใช้ในงานประจำของโรงพยาบาลสวนปรุง ค่าความเชื่อมั่น = .82 สถิติที่ใช้ เปรียบเทียบความแตกต่างแต่ละระยะ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way repeated measure ANOVA) 3.แบบวัดผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ติดสุรา (Drinker Inventory of Consequence-2L, DrInCI-2L) ที่ใช้ในงานประจำของโรงพยาบาลสวนปรุง ค่าความเชื่อมั่น = .88 สถิติที่ใช้ เปรียบเทียบความแตกต่างในการบำบัดครั้งที่ 1 และ7 โดยการทดสอบค่าที (T-test)
การบำบัด	1. กลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นรายบุคคลจำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที ห่างกันทุก 2 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 0, 2, 4, 6, 8, 10 และ12 รวม 12 สัปดาห์ 2. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ติดสุรา เพื่อเสริมแรงจูงใจให้เลิกดื่มสุราตามแนวคิดของ มิลเลอร์ และโรลนิก (Miller & Rollnick, 1995) เป็นการให้การปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	การประเมินผล ประเมินในทุกระยะของการบำบัดในเรื่อง 1. ความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม 2. ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก 3. ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม 4. ขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา 5. ผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ดื่มสุรา ประเมินเฉพาะการบำบัดครั้งที่ 1 และครั้งที่ 7
ผลการวิจัย	1. ความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเพิ่มขึ้นในแต่ละระยะของการบำบัด 2. ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักลดลงในแต่ละระยะของการบำบัด 3. ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มเพิ่มขึ้นในแต่ละระยะของการบำบัด 4. คะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการ การรักษา ในการยอมรับ ด้านความล้มเหลว และด้านกำลังลงมือทำ ในการบำบัดระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 7 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) 5. คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ดื่มสุราในด้านร่างกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสังคม ด้านความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเอง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านภายในของบุคคล ในการบำบัดระยะที่ 7 น้อยกว่าระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การบำบัดผู้ติดสุราด้วยวิธีการเสริมแรงเชิงบวกช่วยลดอัตราการดื่มสุราของผู้ป่วย โดยลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ลดผลกระทบจากการดื่มสุรา เพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่ม เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา 2. รูปแบบการบำบัดนี้มีเป้าหมายเพื่อใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดสุรา (Alcohol dependence) ที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดในคลินิกบำบัดสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	3. ขั้นตอนของการบำบัดคือ 3.1 ช่วงเวลาของการบำบัดคือ ทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 7 ครั้ง รวม 12 สัปดาห์ 3.2 ใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 30 – 35 นาที 3.3 เป็นการบำบัดรายบุคคล 3.4 เนื้อหาของการบำบัดเป็นการใช้กลวิธีการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) 4. การบำบัดโดยวิธีนี้เน้นการเสริมแรงจูงใจ ไม่ตำหนิ ต่อว่า หรือพูดถึงพฤติกรรมที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดื่มสุราของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ ลดการต่อต้านขณะบำบัด 5. การบำบัดส่งเสริมให้เกิดการตระหนัก หรือรับรู้เกี่ยวกับตนเอง โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดเกี่ยวกับตนเองในเรื่อง 1) การตระหนักในปัญหาการดื่มสุราของตน 2) การแสดงความกังวลกับปัญหาที่เกิดขึ้น 3) ความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา 4) การแสดงทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้รับการบำบัดได้เกิดการเรียนรู้และเชื่อในสิ่งที่ตนเองพูด (As I hear myself talk, I learn what I believe) 6. หลักการบำบัดที่ใช้การสื่อสารที่แสดงถึงความเข้าใจผู้ป่วย (Express Empathy) จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนเข้าใจตนเองก่อให้เกิดกำลังใจที่จะพยายามแก้ไขปัญหาการดื่มสุราของตนเอง 7. การให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเป้าหมายในอนาคต กับสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันจะทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักและรับรู้ว่ามีความขัดแย้งขึ้นระหว่างสิ่งที่ตนเองต้องการกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงตนเอง 8. การยอมรับว่าตนเองติดสุรา และยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อความต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างจริงจัง

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	การประเมินผลลัพธ์ 1. ใช้แบบประเมินผลการบำบัดรักษา เรื่องปริมาณการดื่มสุรา ความถี่ในการดื่ม ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม จำนวนวันที่ดื่มหนัก จำนวนวันที่หยุดดื่ม วัดผลในทุกขณะที่ผู้ป่วยมารับการบำบัด 2. ใช้แบบวัดผลกระทบในผู้ดื่มสุรา ประเมินหลังการบำบัด
ความสอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาทาง คลินิก	1. เป็นงานวิจัยที่ศึกษาผลของการบำบัดผู้ติดสุราด้วยวิธีเสริมแรงสูงใจ ในคลินิกบำบัดผู้ติดสุราแบบผู้ป่วยนอก เพื่อช่วยให้ผู้ติดสุราลดพฤติกรรมติดสุรา ลดผลกระทบที่เกิดจากการดื่ม มีกระบวนการปฏิบัติ และการประเมินผลที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนสามารถนำมาใช้ได้จริง 2. งานวิจัยเป็นเรื่องของการบำบัดโดย Psychosocial intervention พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ปฏิบัติได้จริง อย่างอิสระเพราะอยู่ในขอบเขตของวิชาชีพ 3. งานวิจัยมีสมมติฐานและวัตถุประสงค์ที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข มีเป้าหมายเหมือนกันคือการบำบัดรักษาผู้ติดสุราเพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมติดสุราได้
การมีความหมายหรือ คุณค่าในเชิงศาสตร์	เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (One group, Time Series Design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของการบำบัดผู้ป่วยสุรา ระบุเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างชัดเจน มีการทบทวนกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยมีการนำไปหาค่าความเชื่อมั่น(Reliability) ก่อนนำมาใช้ เครื่องมือที่ใช้วัดผลการบำบัดสามารถตอบคำถามการวิจัยได้ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับรูปแบบของงานวิจัย สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวัตถุประสงค์หลักได้ ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ จากโรงพยาบาลสวนปรุงซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวช และอาจารย์พยาบาลจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผลงานวิจัยตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการระดับประเทศของประเทศไทย มี peer review

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	การพิจารณาแนวโน้มความเป็นไปได้ที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 1) Transferability of the finding มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้เพราะมีลักษณะเดียวกันคืองานบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มประชากรคล้ายคลึงกันคือผู้ป่วยที่มีภาวะการติดสุรา (alcohol dependence) เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราหรือสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราได้ โปรแกรมนี้มีประโยชน์กับผู้ป่วยประเภทเดียวกันคือผู้ป่วยที่ติดสุรา 2) Feasibility of implementation พยาบาลสามารถใช้ปฏิบัติได้อย่างอิสระเพราะอยู่ในขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล เป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เป็นการบำบัดรายบุคคลที่สามารถปฏิบัติได้จริงโดยทำควบคู่ไปกับการงานประจำ จำนวนครั้งของการปฏิบัติไม่มากจนเกินไป คือ ครั้งละ 30 - 35 นาที ทุก 2 สัปดาห์จำนวน 7 ครั้ง ในเวลา 12 สัปดาห์ ไม่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ เพราะเน้นการให้คำปรึกษาเป็นหลัก มีเพียงการใช้แบบบันทึกและแบบติดตามประเมินผล 3) Cost-benefit ratio โปรแกรมนี้ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายในด้านการกายภาพต่อผู้ป่วย แต่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยเพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง ผู้ป่วยจะได้รับการเสริมแรงเป็นระยะๆ และเห็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติของตนเอง ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการลด/เลิกดื่มสุราซึ่งมีความคุ้มค่าในการนำมาใช้ ทำให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ป่วย ญาติ และผู้บำบัด การใช้โปรแกรมบำบัด มีค่าใช้จ่ายน้อย เพราะไม่ต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือใดๆ มีเพียงแบบบันทึก และอุปกรณ์เครื่องเขียน ส่วนพยาบาลที่ทำหน้าที่บำบัดนั้นต้องมีประสบการณ์ในการบำบัดผู้ป่วยติดสุราหรือสารเสพติด มีทักษะในการให้การปรึกษารายบุคคลหรือจิตบำบัดรายบุคคล และได้รับการฝึกอบรมวิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement therapy)

ภาคผนวก จ

แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS)

หมวด 1 เหงื่อ

- 0 ไม่มีเหงื่อ
- 1 ขึ้นเฉพาะที่ฝ่ามือ
- 2 ฝ่ามือขึ้นและมีเม็ดเหงื่อตามใบหน้า ตามตัว
- 3 เหงื่อเปียกชื้นไปทั้งตัว
- 4 เหงื่อออกอย่างมากจนเสื้อผ้าเปียก

หมวด 2 สั่น

- 0 ไม่มีอาการสั่น
- 1 สั่นเฉพาะเวลาขึ้นมือไปจับสิ่งของหรือถือของ
- 2 มีมือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา
- 3 มีมือสั่นอย่างมากตลอดเวลา

หมวด 3 วิดกกังวล

- 0 สงบ ไม่มีอาการวิตกกังวล
- 1 รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ
- 2 รู้สึกหวาดหวั่น ตกใจง่าย
- 3 วิดกกังวล กลัว สงบได้ยาก
- 4 ไม่สามารถควบคุมอาการวิตกกังวลได้/panic

หมวด 4 กระสับกระส่าย

- 0 ปกติ
- 1 งุนงง อยู่ไม่นิ่ง
- 2 พลิกตัวไปมา ไม่สามารถนอนพักนิ่งๆ ได้
- 3 กระสับกระส่ายมาก พักได้ช่วงสั้นๆ
- 4 กระสับกระส่ายอย่างมาก ไม่สามารถอยู่นิ่งได้

หมวด 5 อุณหภูมิ

- 0 อุณหภูมิ 37.0°C หรือน้อยกว่า
- 1 อุณหภูมิ 37.1°C ถึง 37.5°C
- 2 อุณหภูมิ 37.6°C ถึง 38.0°C
- 3 อุณหภูมิ 38.1°C ถึง 38.5°C
- 4 อุณหภูมิ 38.5°C หรือมากกว่า

หมวด 6 ประสาทหลอน

- 0 ไม่มีประสาทหลอน
- 1 มีอาการบ้างแต่ยังรู้ตัว
- 2 มีอาการช่วงสั้นๆ ยังคงรับรู้ความเป็นจริง
- 3 มีอาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน รู้สึกทุกข์ทรมาน และรับรู้ความเป็นจริงเฉพาะบางเรื่อง
- 4 มีประสาทหลอนชัดเจนในหลายเรื่อง ไม่สามารถรับรู้ความเป็นจริงได้

หมวด 7 การรับรู้บุคคล วันเวลา สถานที่

- 0 รับรู้บุคคล วันเวลา สถานที่ได้ดี
- 1 รับรู้บุคคล สถานที่ได้ดี แต่มีปัญหาเรื่องวัน เวลา
- 2 รับรู้บุคคลได้ดี แต่มีปัญหาการรับรู้สถานที่และวันเวลาเป็นบางครั้ง
- 3 มีปัญหาการรับรู้บุคคลบางครั้ง แต่การรับรู้สถานที่และวันเวลาเสียไป
- 4 เสียการรับรู้บุคคล สถานที่ วันเวลา

ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2549)

ภาคผนวก จ

Personal Drinking Questionnaire

(SOCRATES 8A)

INSTRUCTIONS: Please read the following statements carefully. Each one describes a way that you might (or might not) feel about your drinking. For each statement, circle one number from 1 to 5, to indicate how much you agree or disagree with it right now. Please circle one and only one number for every statement.

	Strongly Disagree	No Disagree	Undecided or Unsure	Yes Agree	YES Strongly Agree
1. I really want to make changes in my drinking.	1	2	3	4	5
2. Sometimes I wonder if I am an alcoholic	1	2	3	4	5
3. If I don't change my drinking soon, my problems are going to get worse.	1	2	3	4	5
4. I have already started making some changes in my drinking.	1	2	3	4	5
5. I was drinking too much at one time, but I've managed to change my drinking.	1	2	3	4	5
6. Sometimes I wonder if my drinking is hurting other people.	1	2	3	4	5
7. I am a problem drinker.	1	2	3	4	5
8. I'm not just thinking about changing my drinking, I'm already doing something about it.	1	2	3	4	5
9. I have already changed my drinking, and I am looking for ways to keep from slipping back to my old pattern.	1	2	3	4	5
10. I have serious problems with drinking.	1	2	3	4	5

	Strongly Disagree	No Disagree	Undecided or Unsure	Yes Agree	YES Strongly Agree
11. Sometimes I wonder if I am in control of my drinking.	1	2	3	4	5
12. My drinking is causing a lot of harm.	1	2	3	4	5
13. I am actively doing things now to cut down or stop drinking.	1	2	3	4	5
14. I want help to keep from going back to the drinking problems that I had before.	1	2	3	4	5
15. I know that I have a drinking problem.	1	2	3	4	5
16. There are times when I wonder if I drink too much.	1	2	3	4	5
17. I am an alcoholic.	1	2	3	4	5
18. I am working hard to change my drinking.	1	2	3	4	5
19. I have made some changes in my drinking, and I want some help to keep from going back to the way I used to drink.	1	2	3	4	5

Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสลิษา หลิมศิริรัตน์
วันที่เกิด	30 มิถุนายน 2509
สถานที่เกิด	จังหวัดสุพรรณบุรี ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์, 2531 : ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และ ผดุงครรภ์ชั้นสูง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2536 : ปริญญาสาขารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2549 : ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน) มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551 : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
ที่ทำงาน	โรงพยาบาลราชบุรี อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000 ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ โทรศัพท์ 032-327901-8 (ต่อ 1653)
ที่อยู่	95 ถนนเสือป่า ซอย 4 ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000 โทรศัพท์ 08-7071-2136