

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
ในผู้ติดสุราเรื้อรัง




สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552


ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล


สารนิพนธ์


เรื่อง

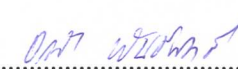
การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
ในผู้ติดสุราเรื้อรัง


นางศรีวรรณ สรชนานนท์
ผู้ศึกษา


ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นินทจันทร์,
Ph. D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก


ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภิตน์ แสงอ่อน,
Ph. D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม


ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ศักดิ์,
พย.ค.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
ในผู้ติดสุราเรื้อรัง

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)


วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2552



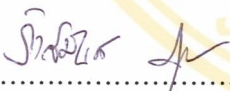
นางศรีวรรณ สรชานนท์
ผู้ศึกษา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,
Ph. D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี,
พย.ด.
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



นางสาวรังสิมันต์ สุนทรไชยา,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นินทจันทร์,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,
พ.บ.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภิต แสงอ่อน ที่ให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ และคำแนะนำในการทำสารนิพนธ์ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องจนสารนิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ ตลอดจนเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ศึกษามาโดยตลอด ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรสา พันธุ์ภักดี ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และอาจารย์ ดร.รังสีมันต์ สุนทรไชยา กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบให้คำแนะนำในการปรับปรุงสารนิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เจ้าหน้าที่ห้องสมุด และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ซึ่งผู้ศึกษามีโอกาสล่วงนามได้ทั้งหมด ที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาของการศึกษาค้นคว้า ผู้ศึกษารู้สึกประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษาตลอดหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ของโรงพยาบาลศรีธัญญาในการสนับสนุนให้ผู้ศึกษาได้มีโอกาสศึกษาต่อ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้ศึกษาขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือในทุกเรื่องที่สามารถช่วยได้ และเป็นกำลังใจที่ได้อย่างสม่ำเสมอ จนกระทั่งสารนิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงด้วยดี

ศรวิวรรณ สรชานานนท์

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY FOR ALCOHOLISM

ศรียรรณ สรชนานนท์ 4737441 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: พชรินทร์ นันทจันทร์, Ph.D. (Nursing), โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ สังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการที่ เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยติดสุราเรื้อรัง โดยทำการรวบรวมงานวิจัย และหลักฐานทางวิชาการจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับการสืบค้นด้วยมือ ซึ่งหลักฐาน งานวิจัยที่นำมาศึกษามีจำนวน 9 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized Clinical Trials อยู่ในระดับ A จำนวน 5 เรื่อง และเป็นระดับ B จำนวน 4 เรื่อง สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้ 1) รูปแบบการบำบัด มี 2 รูปแบบ คือ การบำบัดแบบรายบุคคล และการบำบัดแบบกลุ่ม 2) ผู้บำบัด เป็นบุคลากรไม่จำกัด วิชาชีพแต่ต้องมีประสบการณ์ทางคลินิก และผ่านการอบรมโปรแกรม CBT ระดับมาตรฐาน 3) ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ติดสุราเรื้อรัง ไม่มีโรคทางกายที่รุนแรง ไม่มีอาการทางจิต และไม่มี ความบกพร่องทางการนึกคิด 4) ระยะเวลาในการบำบัด ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมงต่อครั้ง จำนวน 5-42 ครั้ง ขึ้นอยู่กับอาการของผู้รับการบำบัด 5) กิจกรรมการบำบัด ประกอบด้วย การจัดการกับความอยาก ตัวกระตุ้น สถานการณ์ที่เสี่ยง การจัดการกับภาวะวิกฤติ การแก้ปัญหา การปฏิเสธการดื่ม การจัดการกับอาการกำเริบ และการรักษาระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา 6) เทคนิค การบำบัด ได้แก่ การผ่อนคลาย การเสริมแรง การใช้ตัวแบบทางสังคม การจัดการกับอารมณ์และ การมอบหมายการบ้าน และ 7) ผลลัพธ์การบำบัด พบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สามารถลดปริมาณการดื่มสุรา หยุดดื่มสุรา การกลับไปดื่มสุราช้าลดลง และเพิ่มจำนวนวันที่หยุด ดื่มสุรา นอกจากนี้ยังสามารถลดความวิตกกังวล ลดระดับอาการทางจิต มีสุขภาพกายและ สุขภาพจิตดีขึ้น และประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา ผลที่ได้จากการศึกษาหลักฐานงานวิจัยสามารถ นำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดผู้ติดสุราเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม / ผู้ติดสุราเรื้อรัง

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY FOR ALCOHOLISM

SRIWAN SARACHANANONT 4737441 RAMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D. (NURSING), SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

This study aimed at analyzing and synthesizing research literature on cognitive behavior therapy (CBT) for alcoholism. Research evidence was gathered from information databases and electronic databases, and a total of nine research studies were selected in this study. Of these, five were randomized controlled trials categorized under Level A, and four were categorized under Level B. Major findings regarding cognitive behavior therapy for alcoholism are as follows. First, there are two types of cognitive behavior therapy for alcoholism - individual therapy and group therapy. Second, therapists can be any professionals who have clinical experiences and who have undergone training on standardized CBT programs. Third, patients who received therapy are individuals with alcoholism who have no serious physical illnesses or mental disorders as well as no defective cognition. Fourth, the therapy sessions lasted one to two hours per session, ranging from five to 42 sessions, depending on the symptoms of patients. Fifth, the activities in the therapy included management of craving, arousals, risky situations, crisis management, problem-solving, refusal of drinking, management of symptoms, and maintenance of changes in drinking behavior. Sixth, the techniques used in the therapy included relaxation, reinforcement, social role model, management of emotions, and homework assignments. Finally, as regards the outcome of the therapy, CBT can reduce the amount of alcohol intake or result in abstinence, reduced relapses, and increase the number of days of abstinence. Also, CBT can reduce anxiety and mental symptoms, increase quality of life, and decrease medical expenses. The findings of this study should be subsequently implemented to more effectively provide care to patients with alcoholism.

KEY WORDS : COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY / ALCOHOLISM

207 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1. บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ในการศึกษา	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
นิยามศัพท์	5
บทที่ 2. วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
สุรา	8
การพยาบาลผู้ติดสุราเรื้อรัง	20
การบำบัดผู้ติดสุรา	21
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม	26
บทที่ 3. วิธีดำเนินการวิจัย	
การสืบค้นงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน	49
แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ	54
บทที่ 4. ผลการศึกษา	
คุณภาพของงานวิจัย	58
องค์ประกอบสำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม	58
บทที่ 5. การอภิปรายผลการศึกษา	88
บทที่ 6. สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา	102
ข้อเสนอแนะ	108

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	111
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	129
บรรณานุกรม	149
ภาคผนวก	158
ประวัติผู้ศึกษา	207

The logo of Mahidol University is a circular emblem. It features a central golden stupa (a traditional Thai Buddhist monument) set against a blue background. The stupa is surrounded by golden floral and geometric patterns. The emblem is enclosed in a golden border with Thai script. The top part of the border contains the word 'จุฬาลงกรณ์' (Chulalongkorn) and the bottom part contains 'มหาวิทยาลัยมหิดล' (Mahidol University). There are also small golden floral motifs on the left and right sides of the border.

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	51
2	แสดงคุณภาพระดับงานวิจัย	55
3	แสดงผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง	58
4	งานวิจัยและองค์ประกอบของการบำบัด	80
5	ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง	159

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดสุราเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าในปีค.ศ. 2000 สุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อจำนวนปีสุขภาพที่เสียไป (Disability Adjusted Life Year) ถึงร้อยละ 8.9 แอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่ทำให้เกิดการสูญเสียมากที่สุด โดยทำให้เกิดการเสียชีวิตถึง 1.8 ล้านคนทั่วโลก (ร้อยละ 3.2 ของการเสียชีวิตทั้งหมด) (รวิชัย ลิพหานาจ, 2547) โดยการตายและความพิการทั่วโลกที่เกิดจากการบริโภคแอลกอฮอล์ปริมาณร้อยละ 4 ซึ่งมากกว่าสารเสพติดถึง 5 เท่า (Poznyak, 2005) และจากการสำรวจข้อมูลของประชากรไทยที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราพบว่า สูงขึ้นเรื่อยๆ ในปีพ.ศ. 2540 มีคนดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 110.6 ลิตร/คน/ปี และมีแนวโน้มจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปีพ.ศ. 2544 เพิ่มขึ้นเป็น 125.5 ลิตร/คน/ปี (เพิ่มขึ้นร้อยละ 13.8) (กรมสุขภาพจิต, 2547) อันส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอันเนื่องมาจากการติดสุราเพิ่มมากขึ้น จากสถิติของโรงพยาบาลศรีธัญญา ปีพ.ศ. 2546-2548 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Alcohol Withdrawal และ Alcohol dependence ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 455, 555 และ 562 ราย ซึ่งมีแนวโน้มมีจำนวนมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบอีกว่าหลังการจำหน่าย ผู้ป่วยหวนกลับไปดื่มสุรา มีอัตราการป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ก็มีแนวโน้มสูงขึ้นด้วยคือ 12.75, 9.36 และ 9.42 ราย ตามลำดับ

ปัญหาจากการบริโภคสุราของประชากรไทยที่เพิ่มขึ้นมีผลกระทบต่อผู้ดื่มสุราทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ กล่าวคือ 1) ด้านร่างกาย สุราส่งผลโดยตรงต่อตับ ทำให้เกิดการคั่งของไขมันในตับ ตับอักเสบ และตับแข็ง บุคลิกภาพของผู้ดื่มเปลี่ยนแปลงมีความอ่อนแอ เกียจคร้าน ไม่รับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว (ศรีสมบัติ วานิช และฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) ขาดประสิทธิภาพในการทำงาน (Michael, Denis, Richard & Phillip, 1996; ภาณุพงศ์ จิตรสมบัติ, 2535) และผู้ที่ติดสุราเรื้อรังจะมีอาการปวดเสปปวดร้อน กล้ามเนื้ออ่อนแอ เกิดปัญหาโรคกระเพาะอาหาร ด้านความทรงจำจะมีอาการสูญเสียความจำปัจจุบัน อาการสับสน การสร้างความจำเทียม (Confabulation) และอาการที่เกิดจากการขาด Vitamin B1 (Thiamin) โดยมีอาการอย่างน้อย 2 อย่าง คือ สับสน การทรงตัวไม่ดี เดินเซ ประสาทตาเสีย (Cranial nerve VI palsy) นอกจากนี้การดื่มสุรา

บ่อยครั้งติดต่อกันอยู่เสมอมักจะทำให้ดื่มจนเป็นนิสัย ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ถ้าหยุดดื่มจะมีอาการขาดสุรา คือ เกิดอาการทางกาย เช่น มือสั่น ปากแห้ง มีไข้ ม่านตาขยาย มีอาการชัก คลื่นไส้ อาเจียน เมื่ออาหาร (สุพรรณิ ชีรเวชเจริญชัย, 2541) 2) ด้านจิตใจ พบว่า การดื่มสุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า กังวล ฟุ้งซ่าน ขาดความสุข และมีนั่ง (ศรีสมบัติ วาณิช และฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) ถ้าดื่มสุราเป็นเวลานาน เมื่อหยุดดื่มจะมีอาการขาดสุรา คือ หงุดหงิด อยู่ไม่สุข ฝันร้าย ประสาทหลอน และความจำเสื่อม (สุพรรณิ ชีรเวชเจริญชัย, 2541) อาการที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ติดสุราเรื้อรังต้องกลับไปดื่มสุราอีก จึงยากที่จะเลิกดื่มสุราได้อย่างเด็ดขาด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ติดสุราเรื้อรังจะมีภาวะซึมเศร้าและถ้าอยู่ในระดับที่รุนแรงจะทำให้บุคคลมีความคิดจะทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง และทำลายข้าวของ แยกตนเองออกจากสังคม มองตนเองไม่มีคุณค่า หมดความหวังในชีวิต ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Beck, 1967) 3) ผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ติดสุราจะทำให้ความรับผิดชอบในบทบาทพ่อแม่หรือคู่สมรสลดลง เกิดการทะเลาะวิวาทหรือใช้ความรุนแรงกับคู่สมรสหรือบุตร ส่งผลให้คู่สมรสมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม บุตรมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพื้นฐานทางอารมณ์ที่ผิดปกติและบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Michale et al., 1996) 4) ด้านสังคม จะทำให้ผู้ดื่มมีความกล้าแสดงออก ร้อยละ 70 เป็นสาเหตุของการกระทำรุนแรงในสังคม เช่น การฆาตกรรม การทารุณกรรมเด็กและคู่สมรส (Rossow, 2000; Ruth & Judith, 2000) และพบว่าผู้ขี้บ๊วที่ประสบอุบัติเหตุร้อยละ 41 เมาสุราในขณะที่ขี้บ๊ว และ 5) ด้านเศรษฐกิจ จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ค่ารักษาพยาบาลด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุราสูงถึง 250,000 ล้านบาทต่อปี (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการติดสุรานั้น พบว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการติดสุรามี 3 ปัจจัย ปัจจัยแรกคือ ผู้ดื่มสุรา เป็นปัจจัยภายในของบุคคลที่เกี่ยวกับทางชีวภาพ การมียีนส์ที่ทำหน้าที่เป็นตัวบ่งบอกถึงความอ่อนแอที่เกิดภาวะการดื่มสุราแบบเป็นอันตรายหรือภาวะติดสุรา (Genetic Vulnerability) และกลไกการทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง Dopamine และ Endogenous Opioids (สมภพ เรื่องตระกูล, 2546) ปัจจัยที่สอง คือ ปัจจัยทางด้านจิตใจที่เกี่ยวกับกระบวนการคิด อารมณ์ (ซึมเศร้า, เครียด, วิตกกังวล) รวมทั้งการมีเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive distortion) ซึ่งมีความคิดในรูปแบบต่างๆ เป็นผลทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (จันทิมา องค์ไผ่ยิต, 2545) และปัจจัยที่สาม คือ ปัจจัยทางสังคม ครอบครัว สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม เป็นต้น ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยเป็นสาเหตุทำให้คนดื่มสุรามากมายจนติดสุรา

ผู้ติดสุราเรื้อรังเมื่อเกิดภาวะขาดสุรา ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดต่อตนเองและผู้อื่น เนื่องจากมีความผิดปกติทางความคิด ทำให้มีการแสดงออกของพฤติกรรมไม่เหมาะสม เป้าหมายในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดสุราเรื้อรัง

คือ ลดปัจจัยเสี่ยงจากอาการการขาดสารที่รุนแรง และลดอัตราการกลับไปดื่มสุราซ้ำ การให้การบำบัดผู้ติดสุราเรื้อรังนั้นมีการบำบัดด้วยยา และการบำบัดทางจิตสังคม (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) การให้การบำบัดดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในทีมการให้การบำบัดทุกรูปแบบ ในด้านการบำบัดรักษาด้วยยา พยาบาลมีบทบาทในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างถูกต้องเหมาะสมทุกขั้นตอนของการบำบัดรักษา เพื่อรักษาอาการขาดสาร และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) รวมถึงการประเมินอาการข้างเคียงของยา เช่น ง่วงนอน เดินเซ สับสน ซึ่งอาจมีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (ยูพิน สวรรินทะ, สุกินันท์ อัญเชิญ, พงศ์ วณิเกียรติ และนพมาศ วงศ์วิทย์เดชา, 2543) ส่วนในด้านการบำบัดทางจิตสังคมนั้น มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ติดสุราหยุดดื่มได้ระยะยาวนานที่สุด รวมทั้งฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคมนี้ก็เป็นบทบาทหน้าที่หนึ่งของพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของผู้ปฏิบัติพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nursing, APN) สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีบทบาทในด้านการเป็นผู้ปฏิบัติพยาบาลโดยตรง (Direct Care) โดยการประเมินสภาวะสุขภาพ ให้การวินิจฉัยทางการแพทย์ และวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการเจ็บป่วย และปัญหาที่เกี่ยวกับการดื่มสุรา บทบาทในด้านการให้ความรู้ การสอน การชี้แนะ (Coaching and Guidance) โดยการสอนทักษะที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิดและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ติดสุราเกิดการเรียนรู้วิถีคิดแบบใหม่ที่เหมาะสม ด้านการเป็นที่ปรึกษา (Consultation) และการประสานความร่วมมือ (Collaboration) โดยเป็นที่ปรึกษา ได้แก่ทีมสุขภาพ ญาติและครอบครัวของผู้ติดสุราเรื้อรังในการร่วมวางแผนเพื่อให้การบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการบริหารจัดการ (Administration) ในการนำรูปแบบการบำบัดแบบใหม่มาใช้กับผู้ติดสุรา ด้านผู้นำการเปลี่ยนแปลงและด้านการนำผลวิจัยที่ศึกษาได้มาสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลที่เหมาะสมในแต่ละบริบทของโรงพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ติดสุราเรื้อรังมีหลากหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น การบำบัดระยะสั้น (Brief Intervention) พฤติกรรมบำบัด จิตบำบัด ประคับประคอง ครอบครัวบำบัด กลุ่มนักดื่มนิรนาม การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ การฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; พิชัย แสงชาญชัย, 2549; ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดขอนแก่น, 2546; สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์, 2546; สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นอีกวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ติดสุราเรื้อรัง (Longabaugh & Morgenstern, 1999)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาที่พยายามจะเปลี่ยน อารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการแก้ไขความผิดปกติของความคิด ความเชื่อที่ฝังลึกอยู่ ภายในจิตใจให้ถูกต้อง มีความเชื่อมั่นตนเอง คิดแบบมีเหตุผลไม่เข้าข้างตนเอง ตัดสินใจแก้ปัญหา อย่างเหมาะสมเวลาเผชิญความเครียด โดยหลักในการบำบัดเน้นการวิเคราะห์อยู่ 2 ประการ คือ 1) วิธีการคิดที่ผิดปกติและบิดเบือนของผู้ป่วย ไม่ว่าจะในรูปแบบของการนึกคิดไปในทางลบ (pattern of negative thought) หรือรูปแบบทางความคิดที่เกิดขึ้นอย่างทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นก่อนที่บุคคล ผู้นั้นจะเกิดปฏิกิริยาต่อสถานการณ์นั้น 2) การวิเคราะห์แบบแผนการแปลข้อมูลของความคิดที่ บิดเบือน เพื่อให้ผู้คิดสามารถเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สามารถวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออกมา โดยมีจุดมุ่งหมายเฉพาะใน การฝึกให้บุคคลมีความสามารถยิ่งขึ้นในการใช้ทักษะความคิดและทักษะทางพฤติกรรมในการเผชิญ กับปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้บุคคลคิดลบ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy, CBT) เป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพ มีผลการบำบัดที่ดีกว่าการบำบัดด้วย ยาอย่างเดี่ยว (Simons, Garfield & Murphy, 1984 cited in Dobson & Block, 1988) และเป็นการ บำบัดเฉพาะที่มีประสิทธิภาพมากในผู้คิดลบ (Longabangh & Morgenstern, 1999) จากการศึกษา ในต่างประเทศพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมช่วยให้บุคคลที่คิดลบเรื้อรังสามารถ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการคิดลบให้คิดลบลดลง และหยุดคิดลบได้รวมทั้งป้องกันไม่ให้กลับไป คิดลบซ้ำอีก (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004; Marques & Formigoni, 2001; Ness & Oei, 2005; Shakeshaft et al., 2002) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยนั้นดร.ณิฏฐิ ภูขาว (2548) ได้พัฒนาโปรแกรมการรักษาผู้คิดลบโดยใช้กรอบแนวคิดที่เน้นการปรับความคิดและ พฤติกรรม และใช้หลักพุทธศาสนาร่วมด้วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้คิดลบมีทักษะด้านความคิด เพิ่มขึ้นร้อยละ 85 และทักษะทางพฤติกรรมในการเปลี่ยนแปลงการคิดลบโดยสามารถลดและหยุด การคิดลบได้ร้อยละ 13.3 การศึกษาของนิชนันท์ คำล้าน (2547) ซึ่งศึกษาเรื่องการใช้กลุ่มบำบัดตาม แนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยคิดลบ ผลการศึกษาพบว่า จำนวนผู้ป่วย 20 ราย มีผู้ป่วย 9 รายไม่คิดลบอีกเลย และผู้ป่วย 11 รายมีการคิดลบน้อยลงกว่าก่อนการบำบัดและ ไม่คิดเกินมาตรฐานที่กำหนด และจากการศึกษาของอิสระ เจียวิชัยบุญญา (2547) ซึ่งศึกษาผลการ บำบัดรักษาผู้ป่วยคิดลบแบบผู้ป่วยในจำนวน 91 ราย โดยใช้รูปแบบบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 30.8 ของผู้ป่วยสามารถเลิกคิดลบได้

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งรับผิดชอบให้การบำบัดดูแลผู้ติดสุราเรื้อรัง โดยตรงจึงมีความสนใจที่จะสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยติดสุราเรื้อรัง อันจะนำมาซึ่งองค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยติดสุราเรื้อรัง ในประเด็นต่อไปนี้

1. องค์ประกอบสำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง
2. การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบกับ CBT
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. ผลลัพธ์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยติดสุราเรื้อรัง

นิยามศัพท์

ผู้ติดสุราเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM III-R or DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 3rd Edition (Revised) or Fourth Edition) (American Psychiatric Association: APA, 1994) และตามเกณฑ์ของ ICD 10 (International Classification of Disease, 1992) ว่าเป็น Alcohol Dependence และ Alcohol Withdrawal ซึ่งเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราที่ผิดปกติไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มของตนเองได้ ดื่มอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกวันเป็นเวลานาน เมื่อลดการดื่มหรือหยุดดื่มจะมีอาการขาดสุราเกิดขึ้น และดื่มอย่างต่อเนื่องแม้จะรู้ว่า มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิตในสังคม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy, CBT) หมายถึง การบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีโครงสร้าง มีทิศทาง มีขอบเขตที่ชัดเจน เป็นการบำบัดโดยใช้กระบวนการและเทคนิคการบำบัดมาแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ทั้งที่เป็นความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought) และความเชื่อที่ฝังลึก (Core beliefs) อยู่ภายในจิตใจ โดยการฝึกให้บุคคลมีความสามารถในการใช้ทักษะความคิดและทักษะการเผชิญกับตัวกระตุ้น

ภายในและภายนอกได้ เพื่อให้ผู้คิดสุราเรื้อรังเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น (Beck et al., 1993; กรมสุขภาพจิต, 2550; จันทิมา องค์กรโฆษิต, 2545)



บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยติดสุราเรื้อรัง ผู้ศึกษาได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

สุรา

- ความหมายของสุรา
- กลไกการติดสุรา
- การวินิจฉัยโรคผู้ติดสุรา
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดสุรา
- ผลกระทบจากการดื่มสุรา

การพยาบาลผู้ติดสุราเรื้อรัง

การบำบัดผู้ติดสุรา

- การรักษาด้วยยา
- การบำบัดทางจิตสังคม
 - การบำบัดระยะสั้น
 - พฤติกรรมบำบัด
 - ครอบครัวบำบัด
 - กลุ่มนักดื่มนิรนาม
 - จิตบำบัดแบบประคับประคอง
 - การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่
 - การฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
 - การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

- ความหมายการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- ประวัติความเป็นมาของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

- รูปแบบความคิดบิดเบือน
- การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- หลัก 10 ประการในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- ขั้นตอนการบำบัดความคิดและพฤติกรรม
- เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- การใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยติดสุรา
- ปัจจัยที่ผู้บำบัดควรตระหนักถึงในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุรา

สุรา

ความหมายของสุรา

สุรา ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 หมายถึง น้ำเมาที่กลั่นแล้ว และตามพระราชบัญญัติสุราพ.ศ. 2493 ได้ให้คำจำกัดความว่า สุรา หมายถึง วัตถุทั้งหลายหรือของผสมที่มีแอลกอฮอล์ซึ่งสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุราหรือซึ่งดื่มกินไม่ได้ แต่เมื่อผสมกับน้ำหรือของเหลวอย่างอื่นแล้วสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา (กรมสรรพสามิต, 2549)

ชนิดของสุราในประเทศไทย ตามพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 โดยพระราชบัญญัติได้แบ่งสุราถือตามลักษณะของการทำและความเข้มข้นของแอลกอฮอล์เป็นหลักในการกำหนดว่า สุราประเภทใดเป็นสุราแช่หรือสุรากลั่นและได้แบ่งสุรารออกเป็น 2 ประเภท คือ สุราแช่และสุรากลั่น (กรมสรรพสามิต, 2549; ชวลิต ตั้งตระกูล, 2547; วิศิษฐ์ วชิรวิรุฬห์, 2543)

สุราแช่ เป็นสุราก็ยังไม่ได้กลั่นและให้หมายความรวมถึง สุราแช่ที่ได้ผสมกับสุรากลั่น มีความเข้มข้นแอลกอฮอล์ไม่เกิน 15 ดีกรี สุราแช่แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) เป็นสุราที่ได้มาโดยไม่มีการต้มกลั่น แต่อาจได้มาด้วยวิธีอื่น เช่น ด้วยกรรมวิธีการหมักสำจากข้าวมอลท์ ซึ่งได้แก่ เบียร์ ด้วยการนำผลไม้มาหมักกับยีสต์ ได้แก่ ไวน์ หรือวิธีการนำข้าวเหนียวที่นึ่งสุกแล้วนำมาคลุกกับลูกแป้งจนได้ที่ ซึ่งได้แก่ สาโท อุ น้ำขาว หรือกระแช่ หรือการนำน้ำตาลจากต้นโตนดหรือน้ำตาลมะพร้าวหมักด้วยวัตถุดิบชนิด เช่น เปลือกไม้บางชนิด จำพวกเปลือกมะเกลือหรือเปลือกไม้ตะเคียน เป็นต้น ซึ่งได้แก่ น้ำตาลเมา และ 2) เป็นสุราที่ได้มาด้วยการนำสุรากลั่นผสมกับสุราแช่แล้วเป็นสุราอีกชนิดหนึ่ง เช่น เอวิสกีซึ่งเป็นสุรากลั่นผสมกับเบียร์แล้วเป็นน้ำสุรา มีความเข้มข้นแอลกอฮอล์ไม่เกิน 15 ดีกรี

สุรากลั่น เป็นสุราที่ได้กลั่นแล้วและให้หมายความถึงสุรากลั่นที่ได้ผสมกับสุราแช่ แต่มีความเข้มข้นแอลกอฮอล์ เกินกว่า 23 ดีกรี เช่น 1) สุราสามทับ คือ สุรากลั่นที่มีความเข้มข้นแอลกอฮอล์ ตั้งแต่ 80 ดีกรี ขึ้นไป 2) สุราขาว คือ สุรากลั่นที่ปราศจากเครื่องย้อมหรือสิ่งผสมปรุงแต่งมีความเข้มข้นแอลกอฮอล์ไม่เกิน 40 ดีกรี 3) สุราผสม คือ สุรากลั่นที่ใช้สุราขาวหรือสุราสามทับมาปรุงแต่งมีความเข้มข้นแอลกอฮอล์ไม่เกิน 40 ดีกรี และ 4) สุราปรุงพิเศษ คือ สุรากลั่นที่ใช้สุราสามทับมาปรุงแต่งมีความเข้มข้นแอลกอฮอล์ไม่เกิน 40 ดีกรี

กลไกการติดสุรา

การใช้สุราจะกระตุ้นสาร Dopamine ในสมองทำให้เพลิดเพลินใจและมีความสุข ถ้าใช้นานๆ จะมีผลต่อวงจร Limbic reward system ที่เกี่ยวกับความสุขเหมือนได้รับรางวัล เรียกว่า Limbic system หรือ Dopamine reward system วงจรนี้อยู่ระหว่าง Ventral Tegmental Area (VTA) กับ Nucleus Accumbens สารเสพติดทุกชนิดรวมทั้งสุราก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับ Limbic reward system ซึ่งจะมีส่วนโดยการกระตุ้นให้หลังสารสื่อประสาทสมอง Dopamine ออกมาในบริเวณ Nucleus Accumbens โดยไปกระตุ้นปลายประสาทและทำลายถุงเล็ก ๆ (Vesicle) ที่เป็นที่เก็บสาร Dopamine ทำให้มีการกระตุ้นที่ receptor และมีการหลั่ง Dopamine ออกมามากผิดปกติ และยังขัดขวางกระบวนการดูดกลับคืนของ Dopamine ที่หลั่งออกมา จึงทำให้มีปริมาณตกค้างอยู่ในบริเวณ Synapse มากและตกค้างอยู่นาน บุคคลที่ดื่มสุราเข้าไปจะเกิดความสุขความพึงพอใจ มีอาการเบิกบานใจ คลายความทุกข์ ร้อนใจ และมีความสุขกล้าเพิ่มขึ้น แต่เมื่อฤทธิ์ของสุราหมดลง ร่างกายขาดสุราสารเคมีนี้จะน้อยลง ทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่มีความสุข หงุดหงิด กระจายอยากจะดื่มสุราขึ้นมาทันที ถ้าดื่มสุราไปนานๆ ก็จะกลับเข้าสู่วงจร Limbic reward system ทำให้มีความต้องการดื่มสุรามากขึ้น จึงเป็นสาเหตุทำให้ติดสุราได้ จากการศึกษาทั้งในคนและสัตว์พบว่า ถ้ากระตุ้นบริเวณ Limbic reward system แล้วจะมีความสุข ความพึงพอใจ ทำให้อยากกระตุ้นให้เกิดความสุข ความพอใจเพิ่มขึ้นอีก จึงเป็นที่เชื่อกันจากนักวิจัยหลายท่านว่า Dopamine น่าจะเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความสุข ความพึงพอใจและเป็นสาเหตุของการติดสุราได้ (จรรยา จิตวิภูติการ, 2544)

การวินิจฉัยโรคติดสุรา

การวินิจฉัยโรคติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition [DSM-IV] ของ American Psychiatric Association: APA, 1994) การวินิจฉัยโรคแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. Alcohol Use Disorder ประกอบด้วย

- 1.1 Alcohol dependence
- 1.2 Alcohol abuse
2. Alcohol Induced Disorder ซึ่งประกอบด้วย
 - 2.1 Alcohol Intoxication
 - 2.2 Alcohol Withdrawal
 - 2.3 Alcohol Intoxication Delirium
 - 2.4 Alcohol Withdrawal Delirium
 - 2.5 Alcohol-Induced Persisting Dementia
 - 2.6 Alcohol-Induced Persisting Amnestic Disorder
 - 2.7 Alcohol-Induced Psychotic Disorder With Delusions
 - 2.8 Alcohol-Induced Psychotic Disorder With Hallucinations
 - 2.9 Alcohol-Induced Mood Disorder
 - 2.10 Alcohol-Induced Anxiety Disorder
 - 2.11 Alcohol-Induced Sexual Dysfunction
 - 2.12 Alcohol-Induced Sleep Disorder
 - 2.13 Alcohol-Related Disorder Not Otherwise Specified

ในการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาจะศึกษาในผู้ติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Alcohol dependence และ Alcohol Withdrawal จึงเสนอเกณฑ์วินิจฉัยเฉพาะ 2 โรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition [DSM-IV] ของ American Psychiatric Association: APA, 1994) ดังนี้

Alcohol Dependence มีรูปแบบการใช้สารต่างๆ ที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 3 อาการ (หรือมากกว่า) ในเวลาใดก็ตามในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

1. มีการติดยา ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - (a) มีความต้องการใช้สารเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้เกิด intoxication หรือผลอื่นที่ต้องการ
 - (b) ได้รับผลจากสารลดลงอย่างมากหากงดการใช้สารนั้นในจำนวนเท่าเดิม
2. มีอาการขาดยา ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - (a) มีอาการขาดยาที่เป็นลักษณะจำเพาะจากการหยุดสารนั้น (ให้ดูจากเกณฑ์ A และ B ของเกณฑ์ของอาการ Withdrawal ของสารชนิดนั้น ๆ)

- (b) การใช้สารนั้น (หรือสารใกล้เคียง) สามารถลดหรือกำจัดอาการขาดยาได้
3. มีการใช้สารนั้นปริมาณมาก หรือเป็นเวลายาวนานกว่าที่ตั้งใจ
 4. มีความต้องการสารอยู่ตลอด หรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการใช้สารได้
 5. ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อให้ได้สารนั้นมา (เช่น ตระเวนไปพบแพทย์หลายคน หรือเดินทางไกลๆ) ในการเสพสารนั้น (เช่น สูบไม่หยุดหย่อน) หรือในการฟื้นจากฤทธิ์ของสาร
 6. ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงาน หรือการหย่อนใจอื่น เนื่องจากการใช้สาร
 7. คงมีการใช้สารแม้จะทราบว่ามีโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น (เช่น ยังคงดื่มสุราแม้ทราบว่าสุราจะทำให้แผลในกระเพาะอาหารเลวลง)

Alcohol Withdrawal มีเกณฑ์วินิจฉัยโรคดังนี้

1. มีการหยุด (หรือลดการดื่ม) แอลกอฮอล์หลังจากการใช้อย่างมากและเป็นเวลานาน
2. มีอาการต่อไปนี้สองข้อหรือมากกว่า เกิดขึ้นภายในไม่กี่ชั่วโมงจนถึงสองสามวัน หลังจากมีการหยุดหรือลดการดื่มสุราต่อไปนี้ 1) การทำงานระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ เช่น เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็วกว่า 100 ครั้งต่อนาที 2) มือสั่นมากขึ้น 3) นอนไม่หลับ 4) คลื่นไส้หรืออาเจียน 5) เห็นภาพหลอน หูแว่ว สัมผัสหลอน หรือมองเห็นภาพสิ่งของผิดไปจากความเป็นจริงชั่วคราว 6) ภาวะวุ่นวาย กระสับกระส่าย 7) มีอาการวิตกกังวล และ 8) ชักทั้งตัว
3. มีอาการตามเกณฑ์ข้อ 2 และก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญบกพร่องลง
4. อาการไม่ได้เกิดจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย และไม่เข้ากับโรคทางจิตเวชอื่นๆ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดสุรา

ในสังคมวัฒนธรรมไทย ผู้ดื่มสุราบางคนบางครั้งดื่มเพื่อต้องการเข้าสังคมแล้วพัฒนามาเป็นลักษณะการดื่มที่ผิดปกติจนในที่สุดก็จะทำให้ติดสุราแบบต้องพึ่งพาสุรา (Alcohol dependence) แต่บางคนมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดสุรามากยิ่งขึ้น ในปัจจุบันปัจจัยที่เชื่อกันว่าเป็นสาเหตุของการติดสุรา มี 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ และปัจจัยทางสังคม โดยปัจจัยเหล่านี้จะมีผลเกี่ยวเนื่องกันจนไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยใดมีผลต่อการติดสุรามากที่สุดดังนี้

ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Model) แนวคิดนี้ได้กล่าวถึงปัจจัยหลัก 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มและติดสุรา คือ ปัจจัยด้านพันธุกรรมและปัจจัยด้าน Neurochemical mechanism

- **ปัจจัยด้านพันธุกรรม** อธิบายว่าการที่มียีนส์ที่ทำหน้าที่เป็นตัวรับบอกถึงความอ่อนแอที่จะเกิดภาวะการดื่มสุราแบบเป็นอันตรายหรือภาวะติดสุรา (Genetic Vulnerability) จากการศึกษาพันธุกรรมของครอบครัว การศึกษาครอบครัวฝาแฝดและบุตรบุญธรรมของคนที่ติดสุรา

พบว่า บิดามารดา หรือพี่น้องคนใดคนหนึ่งติดสุรา คนในครอบครัวมีโอกาสติดสุราได้ถึงร้อยละ 25 ของประชาชนทั่วไป (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) และการศึกษาประวัติของฝาแฝดในครอบครัวผู้ที่ติดสุราพบว่า ฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twins) ถ้าคนใดคนหนึ่งติดสุราอีกคนจะมีโอกาสติดสุราสูงถึงร้อยละ 60 รวมถึงฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ (dizygotic twins) มีโอกาสติดสุราเท่ากับร้อยละ 39 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2546) นอกจากนี้จากการศึกษาประวัติของเด็กที่มีครอบครัวอุปถัมภ์รับเลี้ยงเป็นบุตรบุญธรรมยังพบว่า บุตรบุญธรรมที่เลี้ยงดูโดยบิดามารดาที่ติดสุรา มีโอกาสติดสุราเป็น 2 เท่าของบุตรบุญธรรมที่เลี้ยงดูโดยบิดามารดาที่ไม่ติดสุรา และบุตรของผู้ที่ติดสุราแม้จะได้รับการเลี้ยงดูห่างไกลออกไปโดยคนที่ไม่ติดสุราก็มีโอกาสติดสุราได้เท่าๆ กับบุตรที่บิดามารดาติดสุราเลี้ยงดูเอง (Goodwin et al., 1973 cited in Michael et al., 1996)

- **ปัจจัยด้าน Neurochemical mechanism** จากการศึกษาเกี่ยวกับโมเลกุลและพันธุศาสตร์ในผู้ที่ติดสุรา พบลักษณะที่สำคัญคือยีนส์ที่เป็นตัวรับสารโดปามีน ดีทู (Dopamine D₂ receptor gene) มีความสัมพันธ์กับภาวะติดสุราเรื้อรังผู้ที่ติดสุราตั้งแต่อายุน้อยจะมีความผิดปกติของการออกฤทธิ์ของ Serotonergic Activity (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) นอกจากนี้ได้อธิบายได้ว่าสมองบริเวณ Ventral Tegmental Area ที่เชื่อมโยงการทำงานกับสมองส่วน Nucleus Accumbens บริเวณดังกล่าวจะมีสารสื่อประสาท (Neuro transmitter) ที่สำคัญมีชื่อว่า Endogenous Opioid และ Dopamine โดยสารทั้งสองชนิดนี้จะถูกกระตุ้นโดยสุรา ดังนั้นสาเหตุของการติดสุราน่าจะเกิดจากความผิดปกติในระบบการทำงานของสารสื่อประสาท (จรรยา จิตติวิภากร, 2544) ซึ่งกล่าวไว้ว่า Reward System ระบบประสาทของมนุษย์มีวงจรสมองที่เกี่ยวกับความสุขใจเหมือนได้รับรางวัลอาจเรียกว่า Limbic Reward System โดยการกระตุ้นให้หลังสารสื่อประสาทสมอง Dopamine ออกมาในบริเวณ Nucleus Accumbens หลังออกมามาก จะมีความสุขพอใจ

ปัจจัยทางจิตวิทยา (Psychological Model) จากการศึกษาพบว่ามีหลายทฤษฎีที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดสุรา มีดังนี้

- **ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychodynamic Theories)** นักจิตวิเคราะห์อธิบายว่า ผู้ที่ดื่มสุรามีผลมาจากความกังวลเล็กๆ ที่มีอยู่รอบๆ และมีความขัดแย้งในใจ (Levin, 1990) ผู้ติดสุราจำนวนมากจะมีความขัดแย้งอย่างรุนแรงอยู่ในใจ และกดความรู้สึกเอาไว้ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการติดสุราซ้ำ (ปริทรรศ ศิลปะกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2542) จากทฤษฎี Psychosexual developmental stage ของฟรอยด์ อธิบายว่า ในวัยเด็กระยะปาก (Oral stage) ไม่ได้ได้รับการเลี้ยงดูอย่างถูกต้องและเหมาะสมเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ก็ยังคงแสวงหาความสุขด้วยปาก เช่น สูบบุหรี่ ติดสุรา และยาเสพติดอื่นๆ (ศรีเรือน แก้วกั้งวาล, 2544) จากสมมุติฐาน บุคคลที่ใช้สุราเป็นการลงโทษตัวเอง เป็นการลดความเครียดที่อยู่ภายใต้จิตสำนึกของผู้ที่มีส่วนของ Superego มาก

เกินไป ในผู้ที่ติดสุรา พบว่า การพัฒนาในระยะปาก (Oral stage) เกิดตรึงแน่น (Fixation) จึงใช้การดื่มสุราเพื่อลดความคับข้องใจ และความวิตกกังวล (Sadock & Sadock, 2003)

- ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theories) สุราออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) ผลของสุราในระยะแรกทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย (relaxation) และมีความสุขจึงทำให้ผู้ดื่มสุราพึงพอใจ และเป็นแรงเสริมให้บุคคลกลับมาดื่มสุรา (peacefulness) (Desjariais, Eisenberg, Good & Kleinman, 1995) เมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียด ความเบื่อหน่าย หรือมีความไม่สบายใจต่างๆ จากการเรียนรู้ผลของการออกฤทธิ์ของสุรา บุคคลก็จะดื่มสุราเพื่อผ่อนคลายอารมณ์ ลดความกลัว ลดความตึงเครียดในการทำงาน หรือการดำรงชีวิตประจำวัน และจากการถูกระตุ้นด้วยปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขเกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา เช่น เห็นอุปกรณ์ พบเพื่อนที่เคยดื่มสุราด้วยกัน หรืออยู่ในภาวะอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุราก็อาจจะทำให้คิดถึง เกิดอาการอยาก และหันกลับไปดื่มสุราได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

- ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality factor) กลุ่มบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Antisocial) และแบบก้ำกึ่ง (Borderline) มีแนวโน้มการดื่มสุราสูงมากกว่าแบบอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มบุคคลบางลักษณะ เช่น บุคคลที่ไม่มั่นใจในตัวเองหรือมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ บุคคลที่มีความอดทนต่อความขัดแย้งต่ำ บุคคลที่ไม่ยืดหยุ่น และบุคคลที่หลงตนเอง เป็นบุคคลที่เชื่อว่าเมื่อมีความไม่สบายใจจะแก้ปัญหาโดยการดื่มสุรา (ฮาไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) การขาดความรู้สึกผูกพันในครอบครัวจากสภาพครอบครัวไม่มีความสุข ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ ขาดความรักความเข้าใจต่อกัน ทำให้บุคคลแสวงหาความผูกพันกับสิ่งที่อยู่นอกครอบครัวเพื่อทดแทนความรู้สึกที่ขาดไป (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) รวมทั้งการเลี้ยงดูส่งผลทำให้พัฒนาการทางบุคลิกภาพบกพร่อง ทำให้เป็นบุคคลที่ปรับตัวยาก มีบุคลิกภาพพึ่งพาผู้อื่นสูง มีความอดทนและมีความสามารถในการจัดการความเครียดต่ำ ไม่มีความพึงพอใจในชีวิต (Neal, Cohen & Cooper, 1985) หรืออาจเกิดจากความรู้สึกกดดันในจิตใจ จากการศึกษาบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Antisocial) พบว่ามีความผิดปกติของการใช้สุราระหว่างร้อยละ 10-53 และบุคลิกภาพแบบก้ำกึ่ง (Borderline personality) พบว่า มีความผิดปกติของการใช้สุราระหว่าง ร้อยละ 15-66 (ชวิชัย ลีพหานาจ, 2549)

- ทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive Theories) พบว่า ผู้ติดสุราส่วนใหญ่จะปฏิเสธว่าตนเองติดสุรา ทำให้เพิ่มปริมาณการดื่มสุราเป็นจำนวนมาก การดื่มสุราในระยะเวลาานจะส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ของสมองลดลง การทำงานของกระบวนการคิดผิดปกติ คิดในแง่ลบ (negative cognition) การตัดสินใจไม่เหมาะสม ไม่สามารถควบคุมตนเองในด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมได้ ซึ่งความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กันมีผลกระทบซึ่งกันและกันได้

จากเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ผู้คิดสูตรก็จะมองว่าตนเองมีข้อบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ปรารถนา โทษทั้งหมดเกิดจากความผิดของตนเอง การบำบัดทางความคิด จะทำให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักถึง negative cognition และเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิด ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิดก็จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ และพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิดโดยการสอน ชี้แนะ การฝึกซ้อม และการฝึกทักษะทางความคิด จะทำให้สามารถแก้ปัญหาจากง่ายไปยาก ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาซึ่งจะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น และลดความรู้สึกสิ้นหวัง ถ้ากระบวนการคิดที่เกิดจากความคิดอัตโนมัติในทางลบเป็นความคิดที่รับรู้ และแปลผิดที่เกิดจากเหตุการณ์ต่างๆ ที่ไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกผิด และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Beck, 1967) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราก็ได้ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้คิดสูตรเรื้อรัง พบว่า ความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความซึมเศร้าในผู้คิดสูตรเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เอี่ยมเดือนเนตรแฉม, 2541) และการมีเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนเกี่ยวกับสุราในความคาดหวังผลประโยชน์ของสุราที่เกิดกับตนเอง เช่น ดื่มสุราจะได้รับความสนุกสนาน คลายเครียด ทำให้ทำงานหรือดำเนินชีวิตต่อไปได้

ปัจจัยทางสังคม (Social Model) สภาพทางสังคมจัดเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุรา เช่น ครอบครัว สังคม และวัฒนธรรม เป็นต้น สัมพันธภาพของบุคคลภายในครอบครัวมีผลต่อการดื่มสุรา จากการศึกษาพบว่า เด็กที่ได้รับความสนใจและความอบอุ่นจากพ่อแม่จะมีการดื่มสุราน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับความอบอุ่นจากพ่อแม่ (กานุงษ์ จิตะสมบัติ, 2535) นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการดื่มสุราของเด็กนักเรียน คือ บิดา มารดา พี่น้อง และเพื่อน กล่าวคือ ครอบครัวที่บิดามารดาดื่มสุรา เด็กในครอบครัวนั้นก็จะมีการเลียนแบบพฤติกรรมการดื่มสุราเช่นกัน เด็กที่อาศัยในครอบครัวแตกแยกบิดามารดาที่มีความขัดแย้งกันทำให้ใช้ชีวิตไม่ราบรื่น เด็กนั้นก็จะไปเกี่ยวข้องกับ การดื่มสุรา (รุ่งวิทย์ มาสงามเมือง และคณะ, 2542) กลุ่มเพื่อนก็มีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา พบว่า ในกลุ่มเพื่อนที่มีการดื่มสุราพบถึงร้อยละ 70.8 ในขณะที่กลุ่มเพื่อนไม่มีการดื่มสุราเพียงร้อยละ 18.3 จากสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุรานั้นตั้งแต่การจำหน่ายอย่างเสรีหรือหาสุรามาดื่มโดยไม่มีข้อจำกัด ขาดกฎหมายที่เหมาะสมเพื่อใช้บังคับเกี่ยวกับการดื่มสุรา รวมถึงข่าวสารเกี่ยวกับสุราที่ได้รับผ่านสื่อต่าง ๆ สื่อมวลชนที่มีอิทธิพลทางบวกต่อการดื่มสุรา เช่นเดียวกับกลุ่มเพื่อน (อรนุชภาชีน, จิราภรณ์ เทพหนู และรุ่งวิทย์ มาสงามเมือง, 2542) นอกจากนี้ในสังคมไทยสุราได้รับการยอมรับในฐานะเป็นส่วนประกอบที่แปรอยู่ในวิถีชีวิตขนบธรรมเนียม การพบสังสรรค์ในงานพิธี ประเพณี หรืองานสังคมต่างๆ (เกษม ตันดิผลาชีวะ, 2536)

ผลกระทบจากการดื่มสุรา

การติดสุราทำให้เกิดผลเสียมากมายทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม สังคม ครอบครัว และเศรษฐกิจ

ผลกระทบด้านร่างกาย สุรามีผลกระทบทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรังดังนี้

ผลแบบเฉียบพลันต่อสุขภาพ ขึ้นกับระดับของสุราในเลือด ได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับสุราในเลือดกับอาการทางคลินิกของผู้ป่วยพบว่า ระดับสุราในเลือดที่ 100-199 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยจะมีอาการทางระบบประสาท ทำให้ร่างกายจะขาดการควบคุมการเคลื่อนไหว (Muscle in coordination) ปฏิกริยาตอบสนองและการตัดสินใจช้าลง การเห็นภาพไม่คมชัด การรับรู้ต่อตัวกระตุ้นช้าลง ผู้ดื่มสุราไม่ควรทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรหรือขับขี่ยานต่างๆ เพราะอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ แต่หากว่าระดับสุราในเลือดที่ 400-799 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ความรู้สึกตัวแย่งอาจถึงขั้นโคม่า การตอบสนองต่อระบบประสาทลดลงอย่างมาก ลื่นตกอุดทางเดินหายใจ ระบบหายใจถูกกด (respiratory repression) เป็นผลให้หายใจไม่ออก และระดับสุราในเลือด 600-800 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ อาจเสียชีวิตได้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2548)

ผลแบบเรื้อรัง ผู้ดื่มสุราติดต่อกันเป็นระยะเวลานานๆ จะส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกายที่สำคัญ คือ ระบบทางเดินอาหาร ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบเมตาบอลิซึมและต่อมไร้ท่อ ระบบกล้ามเนื้อ และระบบประสาท (ทรงเกียรติ ปิยะกร, ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล และสาวิตรี อัยณรงค์กรชัย, 2543) ดังนี้

1. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร มีการหลั่งของน้ำย่อยแกสตริน (Gastrin) และน้ำย่อยเปปซินเพิ่มขึ้น ทำให้สารน้ำในกระเพาะมีความเป็นกรดมากขึ้น ทำให้เกิดหลอดลมอักเสบ กระเพาะอาหารอักเสบ และเกิดแผลในกระเพาะอาหาร (Peptic ulcer) และเกิดการอุดตันของท่อน้ำดี ซึ่งคงทำให้การย่อยอาหารประเภทไขมันไม่ดีทำให้เกิดโรคตับอักเสบ (Hepatitis) โรคตับแข็ง (Cirrhosis) ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (Acute pancreatitis) ได้ ตามสถิติระบาดวิทยาทั่วโลกพบว่า สุรามีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของมะเร็งที่คอ มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งลำไส้ มะเร็งตับ และมะเร็งปอด (James & Scully, 1996; Murray & Zentner, 1997; Nevid, Rathus & Greene, 2000; Sadock & Sadock, 2005; พงศธร เนตราคม, 2549)

2. ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติจะเกิดภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากสุรา (Alcoholic Cardiomyopathy) และภาวะหัวใจวายเนื่องจากสุรา

3. ระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลง เป็นโรคปอดและโรคติดเชื้ออื่นๆ ได้ง่าย

4. ระบบเมตาโบลิซึมและต่อมไร้ท่อ จะทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำลงในช่วงที่มี Acute Intoxication เป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตได้ และยังส่งผลต่อฮอร์โมนเพศในผู้ชายจะมีสมรรถนะทางเพศลดลง (Impotence) (James & Scully, 1996) อวัยวะเพศไม่แข็งตัว มีอวัยวะฝ่อเล็ก (Testicular atrophy) (ทรงเกียรติ ปิยะกร และคณะ, 2543) และมีภาวะนมโต (Gynecomastia) ในหญิงมีครรภ์ ถ้าดื่มสุราจะทำให้เกิดการแท้งหรือคลอดบุตรเร็วและบุตรมีความผิดปกติ (Sadock & Sadock, 2003)

5. ระบบกล้ามเนื้อ ผลต่อกล้ามเนื้อลาย พบมีการทำลายของกล้ามเนื้อลาย (Myopathy) คล้ายคลึงกับที่เกิดกับกล้ามเนื้อหัวใจ มีอาการปวดบวม กดเจ็บ เสียสมดุลเมื่อถูกกดทับเป็นเวลานาน ๆ ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้ออักเสบเฉียบพลัน (Acute myopathy)

6. ผลต่อสมองและระบบประสาท สุราออกฤทธิ์กดการทำงานของสมองทำให้ขาดสติสัมปชัญญะ ขาดความสามารถในการตัดสินใจและการควบคุมอารมณ์ ผู้ติดสุราเรื้อรังจะทำให้มีการสูญเสียความทรงจำชนิด anterograde amnesia ผู้ป่วยอาจจะมีการสร้างเรื่องขึ้นใหม่จากความจำเสื่อม เรียกว่า confabulation ร่วมด้วยก็ได้ หรือจะมีการสูญเสียความจำในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะที่ดื่มสุรา เรียกอาการนี้ว่า blackouts และการทำงานของระบบประสาทส่วนปลายเสื่อมลง (Peripheral neuropathy) (Schuckit, 2001; Sadock & Sadock, 2005; พิชัย แสงชาญชัย, 2549) พบมีการฝ่อลีบของสมองส่วนนอก เกิดภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ทำให้มีอาการชักแบบคนเป็นลมบ้าหมูได้ และหากกดศูนย์หัวใจและศูนย์ควบคุมการหมุนเวียนในสมองอาจทำให้ตายได้ คนที่ดื่มสุราเป็นประจำจะทำให้เกิดอาการตาฟางในที่มืดสลัวในตอนกลางคืน (Night blindness) ผลต่อการนอนหลับพบว่า การดื่มสุราในระยะยาวหรือการดื่มสุราในตอนเย็นเป็นประจำทำให้หลับง่าย คือ มีผลในการลด sleep latency แต่ผลเสีย คือ ไปทำให้วงจรการนอนเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยไปลดการนอนช่วง REM or dream sleep และช่วงที่หลับลึกคือระยะที่ 4 และยังทำให้มีลักษณะการหลับเป็นช่วงๆ ไม่ต่อเนื่อง นอนหลับไม่สนิท ตื่นบ่อย หรือนอนไม่หลับทั้งคืน (Sadock & Sadock, 2003; พงศธร เนตราคม, 2549) จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ติดสุรา มีอาการนอนไม่หลับในช่วง 6 เดือนก่อนได้รับการรักษา (Brower, Aldrich, Robinson, Zucker & Greden, 2001)

ผลกระทบด้านจิตใจ เนื่องจากสุราทำลายเซลล์สมองทำให้การทำงานของระบบประสาทผิดปกติซึ่งมีผลต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า กังวล ฟุ้งซ่าน มึนงง และขาดความสุข (ศรีสมบัติ วานิช และฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) ถ้าดื่มสุราเป็นเวลานานเมื่อหยุดดื่มจะมีอาการขาดสุรา คือ หงุดหงิด อยู่ไม่สุข ฝันร้าย ประสาทหลอน และความจำเสื่อม (สุพรรณิธรเวชเจริญชัย, 2541) จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยสุขภาพจิตในต่างประเทศเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุรา (เทพินทร์ พัทธานุกรณ์, 2541) ร้อยละ 65 ผู้ป่วย

ส่วนใหญ่มักมีอาการของโรคทางอารมณ์ (Mood disorder หรือ Affective disorder) จะพบได้บ่อยที่สุด โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า ผู้คิดสุราเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงจะทำให้มีความคิดทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และทำลายข้าวของ แยกตนเองออกจากสังคม มองตนไม่มีคุณค่า หมดความหวังในชีวิต นำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Beck, 1967; Sadock & Sadock, 2005)

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจสังคม ผู้คิดสุราจะพบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก เนื่องจากว่าผู้ดื่มสุราจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการที่จะได้สุรามาดอบสนองความต้องการของตนทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในเรื่องสุรามากกว่าค่าใช้จ่ายในเรื่องอื่น และเมื่อดื่มสุราจัด คือ ดื่มทุกวัน บางคนดื่มตลอดเวลารายได้จากการทำงานก็ลดลงเพราะขาดประสิทธิภาพในการทำงาน เงินไม่พอในการซื้อสุราจึงต้องไปเป็นหนี้สินคนอื่น ก่อความเดือนร้อนให้คนอื่น เป็นภาระและเป็นปัญหาสังคมในการดูแล และความปลอดภัยจากพฤติกรรมที่ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ต่อสังคม การดื่มสุราก็ทำให้เกิดปัญหาอาชญากรรมและเกิดอุบัติเหตุจากรากรบ่อย (Murray & Zentner, 1997) กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า ค่ารักษาพยาบาลของผู้ที่ดื่มสุรามีจำนวนสูงชันมากถึง 250,000 ล้านบาท (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

ผลกระทบต่อครอบครัว ครอบครัวเป็นหน่วยของสังคมที่เล็กที่สุดที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากบุคคลที่คิดสุรา ครอบครัวที่มีหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้คิดสุราเรื้อรังจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยภรรยาต้องเป็นผู้นำครอบครัวแทนสามี ต้องรับผิดชอบมากขึ้น ต้องตัดสินใจมากขึ้น การที่ต้องทำหน้าที่หลายบทบาทบางครั้งทำได้ไม่สมบูรณ์ก็จะเกิดความเครียด ความคับข้องใจ มีอารมณ์โกรธ จึงระบายกับบุตร โดยเฉพาะถ้าในครอบครัวนั้นทั้งบิดาและมารดาดื่มสุรา จากการศึกษาผลการดื่มสุราของสมาชิกในครัวเรือนพบว่าการทะเลาะวิวาทที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวเกิดจากสามีภรรยาดื่มสุราเป็นประจำทั้ง 2 คนมากที่สุด ร้อยละ 67.7 ซึ่งจะทำให้บุตรได้รับผลกระทบมากขึ้น จากการศึกษาในบุตรของผู้คิดสุราพบว่า เด็กที่มีบิดามารดาคิดสุราจะมีโอกาสเกิดความผิดปกติด้านอารมณ์ มีความซึมเศร้า ความวิตกกังวลมากกว่าเด็กทั่วไป และยังพบว่าบุตรของผู้ที่คิดสุราที่เป็นชายเมื่อโตขึ้นก็จะดื่มสุรา หรือใช้สุราในการแก้ปัญหา มากกว่าบุตรของบิดามารดาที่ไม่ได้ดื่มสุรา (Chassin, 1991) ในครอบครัวที่มีผู้ดื่มสุรา จากการศึกษาของเจเคจ เซวาน์วิล (2548) พบว่า ร้อยละ 70-80 ของผู้ดื่มสุราจะใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก โดยการทุบตี ทำร้ายร่างกาย ข่มขืนกระทำชำเราบุคคลในครอบครัวและผู้อื่นได้ ผู้ดื่มสุราบางรายดื่มจนขาดสติ จะมีพฤติกรรมรุนแรง ทำให้เกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัวมีการกระทำความรุนแรงทั้งทางกาย จิตใจและทางเพศต่อสมาชิกในครอบครัว (Mabbet, 1996; Velleman, 1992) และยังเป็นสาเหตุทำให้ครอบครัวแตกแยก ซึ่งพบว่า อัตราการหย่าร้างหรือการแยกกันอยู่สูงถึง 3 เท่า (Goodwin, 1981) ในผู้ดื่มสุราที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม และมีอาการมินิเมาสุราอย่างรุนแรง

จะมีความสัมพันธ์กับการประกอบอาชีพการงาน การข่มขืนได้ นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมซึ่งจะนำไปสู่การติดเชื้อ HIV ได้ และในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคจิต (Brief psychosis) พบว่า มีปัญหาในการใช้สารเสพติดร่วมด้วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) จากการศึกษาการใช้สารเสพติดในผู้หญิงที่ติดเชื้อ HIV ของ Claude Melons และคณะพบว่า มีอัตราสูงประมาณ 50% ที่ป่วยเป็นโรคความผิดปกติทางจิต (Sadock & Sadock, 2005)

สรุปได้ว่าพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ทำให้เกิดผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ดื่มสุราเองในด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจสังคม และครอบครัว ดังนั้นจะเห็นได้ว่า อันตรายของสุราจะส่งผลกระทบต่อทั้งในระยะสั้น และระยะยาว และเมื่อเกิดผลกระทบดังกล่าวผู้ติดสุราจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งในการที่จะได้รับการบำบัดรักษาต่อไป

อาการและอาการแสดงของภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal and withdrawal delirium) (พิชัย แสงชาญชัย, 2548)

ภายใน 6-8 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้าย ผู้ป่วยมักมีอาการสั่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน ระบบประสาทตื่นตัวโดยเฉพาะระบบประสาท Sympathetic nervous system มีความวิตกกังวล ตื่นเต้นตกใจง่าย เหงื่อแตก มีไข้ ร้อนวูบวาบที่ใบหน้า ม่านตาขยาย หัวใจเต้นเร็ว และความดันโลหิตสูง

ภายใน 8-12 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้าย มีอาการทางจิต หลงผิด ประสาทหลอน ในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง อาจมีเพียงการแปลผลทางประสาทรับรู้ผิดปกติ ผู้ป่วยอาจเห็นสีสว่างมากกว่าปกติ ได้ยินเสียงดังกว่าปกติ ในรายที่รุนแรงผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอน ประสาทหลอนที่เกิดขึ้นมักเป็นทางตา ทางการได้ยิน ทางสัมผัสผิวหนัง ผู้ป่วยมักเห็นภาพหลอนเป็นสัตว์ หูแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเสียงที่มีความหมายหรือไม่มีความหมายก็ได้ ผู้ป่วยมักมีอาการประสาทหลอนทางสัมผัสผิวหนังว่ามีแมลงจำนวนมากมาไต่ตามตัว

ภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้าย มีอาการชักชนิด Grand mal seizure มีชื่อว่า “Alcohol Withdrawal Seizure” หรือ “Rum fits” มีโอกาสเกิดการชักครั้งที่สองในช่วง 6-12 ชั่วโมง หลังการชักครั้งแรก เท่ากับ 25% ผู้ป่วยจำนวนน้อยกว่า 3% เกิดการชักอย่างต่อเนื่องหรือ Status epilepticus ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดซ้ำ ได้แก่ ประวัติเคยเกิดอาการชักจากการถอนพิษสุรา และควรรักษาสาเหตุอื่นๆ ของการชักด้วย เช่น head injuries, CNS infection, metabolic disturbance เป็นต้น

ภายในช่วง 24-36 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้าย มักจะมีอาการถอนพิษสุรารุนแรงมากที่สุด หากมีอาการรุนแรงมากขึ้นหลังจากระยะเวลาดังกล่าว ความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราก็จะเพิ่มมากขึ้นจนถึงขั้นภาวะสมองสับสน (Delirium tremens, DTs) ผู้ป่วยมักเริ่มต้นมีอาการสมองสับสน

ในช่วง 72-96 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้ายอาการอาจอยู่ได้นานหลายวัน โดยเฉลี่ยประมาณ 2-3 วัน ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด DTs ได้แก่ ผู้ป่วยเคยมีประวัติ DTs ในอดีต ผู้ป่วยที่เกิดอาการชัก ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่า 300 mg% ในขณะที่มีอาการถอนพิษสุราจะมีอาการที่สำคัญ ดังนี้

- ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานผิดปกติ (hyper autonomic activity) ได้แก่ หัวใจเต้นเร็วอย่างมาก มือสั่น เหงื่อแตก มีไข้ เป็นต้น
- การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมากกว่าปกติ ผู้ป่วยอาจเป็นอันตรายต่อตนเองได้จากการเกิดอุบัติเหตุ และเป็นเหตุให้ขาดสารน้ำและเกลือแร่มากขึ้น
- วงจรการนอนผิดปกติ ผู้ป่วยมักนอนมากในเวลากลางวัน และไม่นอนในเวลากลางคืน
- สมองสับสน มักสับสนไม่รู้เวลา สถานที่และบุคคล (disorientation) ผู้ป่วยมักจะคิดว่าอยู่ที่อื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาล
- อาการทางจิต ผู้ป่วยอาจมีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวง และแยกแยะความเป็นจริงไม่ได้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น

นอกจากนี้อาการถอนพิษสุรา จะยังคงเป็นอยู่นาน 4-6 สัปดาห์หลังจากหยุดดื่ม อาการแสดงออก คือ อาการเหนื่อยเมื่อยล้าง่าย (Fatigability) นอนไม่หลับ (reduced sleep) ความสนใจทางเพศลดลง (reduced sexual interest) ดูเหงาเศร้าซึม (Apparent sadness) ทำทางไม่เป็นมิตร (Hostility) ตึงเครียดภายใน ปวดเมื่อยเป็นอยู่ตลอด 5 สัปดาห์ (พิชัย แสงชาญชัย, 2548; สาวิตรี อัยณรงค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

อาการถอนพิษสุรา สามารถประเมินและติดตามผลการรักษาโดยใช้เครื่องมือทดสอบมาตรฐานที่นิยมใช้ คือ แบบวัดอาการขาดสุรา ชื่อ Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA - A) ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราจนถึงขั้นติดสุรา เมื่อหยุดดื่มสุราจะทันทันระบบต่างๆ ของสมองจะทำงานเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะระบบประสาท Sympathetic autonomic nervous system เกิดเป็นกลุ่มอาการถอนพิษสุรา อาการแสดงของภาวะถอนพิษสุราในระดับไม่รุนแรง มักเกิดขึ้นในรายที่ดื่มสุรามากกว่า 150-200 กรัมต่อวัน และเกิดหลังจากหยุดดื่มสุรา 2-3 ชั่วโมง เริ่มต้นด้วยอาการวิตกกังวล รู้สึกกระวนกระวายเล็กน้อย เบื่ออาหาร มือสั่น ใจสั่น อาการจะเริ่มหายไปภายใน 48 ชั่วโมง ในรายที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นสมองสับสน หรือ Delirium เดิมรู้จักกันในชื่อ Delirium tremens (DTs) ภาวะนี้เกิดตามหลังการหยุดดื่มสุรา หรือลดปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรามานานหลายปี และดื่มสุราปริมาณมากหรือหยุดดื่มสุรา การหยุดดื่มสุราอาการเป็นอยู่ได้นาน 7-10 วัน (สาวิตรี อัยณรงค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

การพยาบาลผู้ติดสุราเรื้อรัง

การรักษาพยาบาลผู้ติดสุราเรื้อรัง สิ่งที่สำคัญ คือ การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้ติดสุราเรื้อรังสามารถลดหรือหยุดดื่มสุราได้ รวมทั้งมีความสามารถในการดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถแบ่งการรักษาพยาบาลเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ (สาวิตรี อัยณรงค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543; อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1. ขั้นตอนเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-Alcohol Detoxification) เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ทราบกระบวนการรักษาพยาบาล โดยการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับประวัติผู้ติดสุราและทำการประเมินปัญหา ซึ่งจะประเมินถึงความคิดที่บิดเบือนที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา รวมทั้งประเมินความพร้อม ความสนใจในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย และทางจิต เพื่อจะได้นำข้อมูลมาวางแผนให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม

2. ขั้นตอนพิษสุรา (Alcohol Detoxification) เป็นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุราหรือถอนพิษสุรา (withdrawal symptom) การรักษาพยาบาลในขั้นตอนนี้ เพื่อลดอาการขาดสุรา ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการถอนพิษสุรา และแก้ไขภาวะบกพร่องทางโภชนาการ ซึ่งบางคนอาจมีการเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วยจึงต้องดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ยาที่ใช้ในการรักษา คือ ยาในกลุ่ม Benzodiazepines ซึ่งสามารถลดอาการขาดสุราและป้องกันอาการชักได้ นอกจากนี้อาการที่แสดงออกมักจะเกิดโรคแทรกซ้อนทางกายและจิตใจได้ เช่น Delirium tremens ภาวะทุพโภชนาการ ตับอักเสบ สมองเสีอม เป็นต้น ดังนั้นจึงควรมีการเฝ้าระวัง แก้ไข ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยให้ยาบำรุงประสาท ยาบำรุงตับ สารน้ำและเกลือแร่ร่วมด้วย เพื่อป้องกันภาวะขาดสารน้ำและโภชนาการ

3. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม (Rehabilitation) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ พยาบาลต้องให้ความสนใจกับปัญหาทางกายซึ่งเป็นปัญหาเรื้อรังที่พบมากคือ ปัญหาการติดเชื่อตามระบบต่างๆ ของร่างกาย การขาดอาหาร และอาการทางระบบประสาท สิ่งเหล่านี้ต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ ส่วนปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้ติดสุราเรื้อรังมักจะมีอารมณ์เศร้า ท้อแท้ วิตกกังวลหรือมีความเครียด โดยเฉพาะการไม่สามารถยอมรับปัญหาของตนเองทำให้ผู้ติดสุราเรื้อรังไม่สามารถทำงานและปรับตัวเข้ากับสังคมได้ จึงจำเป็นต้องใช้การบำบัดทางจิตสังคม เช่น การให้การปรึกษารายบุคคล การทำจิตบำบัด โดยการฝึกทักษะในการแก้ปัญหาต่างๆ การฝึกทักษะการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง การฝึกทักษะชีวิตในการแก้ปัญหาที่

ถูกต้องเหมาะสมโดยมุ่งหวังให้ผู้ติดสุราเรื้อรังกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติ (อำเภอพรรณพุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

4. ขั้นติดตามหลังการรักษา (After-care) เป็นระยะที่ผู้ป่วยกลับสู่สังคม ใช้ชีวิตกับครอบครัว ชุมชน เน้นการช่วยเหลือให้ผู้ติดสุราเรื้อรังเลิกดื่มสุราอย่างถาวร หรือควบคุมการดื่มสุราให้น้อยลง โดยมีการติดตามดูแลการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ และการอยู่ร่วมในสังคม ซึ่งการติดตามอาจจะติดตามทางจดหมาย ทางโทรศัพท์ นัดมาพบแพทย์ หรือการติดตามเยี่ยมบ้าน

การบำบัดผู้ติดสุรา

การบำบัดผู้ติดสุรา มีการบำบัดหลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบมีวัตถุประสงค์ที่จะทำให้ผู้ติดสุราเลิกสุราให้นานที่สุด ประกอบด้วย 1) การรักษาด้วยยา 2) การบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ การบำบัดระยะสั้น (Brief Intervention, BI) พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) ครอบครัวบำบัด (Marital and family therapy) กลุ่มนักดื่มนิรนาม (Alcoholic anonymous) จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy) การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายไหม (Fast Model) การฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (Phramongkutklao Model หรือ PMK model) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy, CBT) ดังนี้

การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยามีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาอาการขาดสุรา ป้องกันการเกิดอาการชัก ป้องกันการเกิด Delirium tremens ป้องกันหรือรักษาภาวะโรคแทรกซ้อนจากทางกายและทางจิต และเตรียมผู้ป่วยสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางจิตใจและสังคมในระยะยาว เพื่อการเลิกดื่มสุราตลอดชีวิต การรักษาต้องเน้นความปลอดภัยและประหยัด ใช้ยาที่มีฤทธิ์ข้างเคียงน้อยและใช้ง่ายสะดวก จากการทบทวนวรรณกรรมของ Sadock and Sadock (2003) พบว่า ยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการขาดสุรา คือ ยากลุ่ม Benzodiazepines และในประเทศสหรัฐอเมริกา จากการสำรวจโครงการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุราจำนวน 176 โครงการ พบว่า ยากลุ่ม Benzodiazepines นิยมใช้มากที่สุด ได้แก่ Chlordiazepoxide (33%) Diazepam (16%) Oxazepam (17%) และ Lorazepam (4%) (Saitz et al., 1995 อ้างในสาวิตรี อัยณรงค์กรชัย และคณะ, 2543) และจากการทบทวนหลักฐานการศึกษา (Evidence-Base Review) การรักษาอาการขาดสุราของ Franck (2003) โดยการวิเคราะห์เชิงอภิमान (Meta analysis) (Mayo-Smith, 1997; Moskowitz, et al., 1983 cited in Berglund et al.,

2003) พบว่า การใช้ยาในกลุ่ม Benzodiazepines มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการ Delirium tremens และป้องกันอาการชัก (Sadock & Sadock, 2003)

การใช้ยาในกลุ่ม Benzodiazepines ประเภทของยา Benzodiazepines แบ่งได้ 2 แบบ คือ 1) การแบ่งตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ 2) การแบ่งตามประโยชน์ที่ใช้ ดังนี้ (ยุพิน สัจจวรินทร์, สุกินันท์ อัญเชิญ, พงศ์ วัฒนเกียรติ และนพมาศ วงศ์วิทย์เดชา, 2543)

การแบ่งตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ยาที่ออกฤทธิ์สั้นมาก เช่น Triazolam และ Midazolam ฯลฯ ยากลุ่มนี้มีค่าครึ่งชีวิตสั้นกว่า 5 ชั่วโมง 2) ยาที่ออกฤทธิ์สั้นหรือปานกลาง เช่น Oxazepam, Lorazepam ฯลฯ ยากลุ่มนี้มีค่าครึ่งชีวิต 5-30 ชั่วโมง และ 3) ยาที่ออกฤทธิ์นาน เช่น Chlorodiazepoxide, Diazepam ฯลฯ ยากลุ่มนี้มีค่าครึ่งชีวิตนานกว่า 30 ชั่วโมง

การแบ่งตามประโยชน์ที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ 1) ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง หากให้ในขนาดต่ำๆ จะทำให้คลายความวิตกกังวล หากเพิ่มขนาดสูงขึ้นจะมีฤทธิ์ระงับประสาททำให้ซึม ง่วงนอน กลับได้ 2) ผลต่อการนอนหลับ ทำให้หลับได้ง่ายและเร็วขึ้น หลับได้นานขึ้น 3) ใช้เป็นยากันชัก ในการยับยั้งและป้องกันอาการชักชนิดต่างๆ 4) ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ควรระวังการใช้ Diazepam ขนาดสูงโดยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทำให้ความดันเลือดลดลงและกีดการทำงานของหัวใจ 5) ผลต่อกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวจากอาการเกร็งกล้ามเนื้อ ผลต่อกล้ามเนื้อเรียบ ควรระวังในหญิงมีครรภ์ จะทำให้การบีบตัวของมดลูกลดลง ทำให้คลอดยาก 6) ใช้เป็นยาเหนี่ยวนำการสลบ เช่น Diazepam หรือ Lorazepam ช่วยทำให้สลบได้เร็ว และราบรื่น และ 7) ใช้รักษาอาการที่เกิดจากการขาดสารในผู้ติดสุราเรื้อรัง โดยการให้ยาในกลุ่ม Benzodiazepines ที่ออกฤทธิ์นาน

ยากลุ่ม Benzodiazepines ทุกชนิดถูกดูดซึมได้ดีในระบบทางเดินอาหาร ระดับยาขึ้นสูงสุดในเลือดภายใน 0.5-5 ชั่วโมง ยาที่ละลายในไขมันได้ดีจะดูดซึมได้เร็ว การดูดซึมช้าเมื่อให้กับยาลดกรดหรือยาที่ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ เช่น ยาพวก Anticholinergics การให้ยากลุ่มนี้ควรให้โดยการรับประทานหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำเมื่อต้องการให้ออกฤทธิ์เร็ว เช่น ยับยั้งอาการชักไม่หยุด (Status epilepticus) ยากลุ่ม Benzodiazepines ส่วนใหญ่ถูกขับออกมาทางปัสสาวะ ในผู้สูงอายุ ประสิทธิภาพการทำงานของไตจะลดลง ทำให้การขับถ่ายยาช้า

อาการไม่พึงประสงค์ ส่วนใหญ่เกิดจากฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง อาการที่พบบ่อย ได้แก่ เชื่องซึม ง่วงนอน (drowsiness) เดินเซ เคลื่อนไหวช้า กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน (ataxia) ความคิดไม่ฉับไว (cognitive impairment) สับสน (confusion) และมีอาการเมาค้าง (insomnia the previous night)

การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention)

รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม สำหรับผู้ติดสุรา มีหลายรูปแบบ ได้แก่ 1) การบำบัดระยะสั้น 2) พฤติกรรมบำบัด 3) ครอบครัวบำบัด 4) กลุ่มนักดื่มนิรนาม 5) จิตบำบัดแบบประคับประคอง 6) การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ 7) การฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และ 8) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ดังนี้

การบำบัดระยะสั้น (Brief Intervention, BI) เป็นการบำบัดผู้ติดสุราชนิดหนึ่ง ที่เน้นให้ผู้ติดสุราเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา ซึ่งใช้เวลาในการบำบัดหนึ่งถึงสี่ครั้ง นานครั้งละ 5-60 นาที มักใช้กับผู้ป่วยที่มีระดับการดื่มสุราที่ยังไม่ถึงกับติดสุรา (Alcohol dependent) แต่เป็นผู้ที่ดื่มสุราในระดับความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพหรือระดับที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพแล้ว (hazardous or harmful drinker) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดระดับการดื่มลง ให้เป็นการดื่มปานกลาง (moderate drinking) มากกว่าให้เลิก เนื้อหาและวิธีการของ Brief Intervention จะแตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของปัญหาสุราของผู้ป่วย ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ข้อ (Miller & Sanchez, 1993 อ้างใน สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และคณะ, 2543) สามารถเขียนเป็นตัวย่อได้ว่า FRAMES คือ ข้อที่หนึ่ง Feedback of personal risk ผู้ให้การปรึกษาบอกให้ทราบถึงความเสี่ยงของปัญหาจากสุรา เช่น ความดันโลหิตสูงอาจเป็นผลจากการดื่มสุรา หรือการดื่มสุราจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคบางอย่างที่เป็นผลการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อที่สอง Responsibility of the patient ผู้ให้การปรึกษาจะเน้นความรับผิดชอบของผู้ดื่มในการเลือกวิธีการและลดการดื่มสุราลง โดยอาศัยหลักการควบคุมตนเองเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ข้อที่สาม Advice to change ให้คำแนะนำอย่างชัดเจน และอธิบายการดื่มแบบไม่มีอันตรายไปด้วย ข้อที่สี่ Menu of ways ผู้ให้การปรึกษาเสนอวิธีต่างๆ สำหรับการลดหรือเลิกดื่ม เช่น การจำกัดปริมาณสุราที่ดื่ม การเรียนรู้กับการจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวัน ฯลฯ ข้อที่ห้า Empathetic counseling style วิธีการให้การปรึกษา ควรทำด้วยท่าทีที่อบอุ่นและใช้สะท้อนกลับความคิดหรืออารมณ์ของผู้ป่วยจะได้ผลดีกว่าท่าทีแข็งกร้าว ข้อที่หก Self Efficacy คือ การส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยว่าตนเองมีความสามารถควบคุมจิตใจและควบคุมพฤติกรรมการดื่มได้สำเร็จ ในประเทศไทย ยังไม่มีรายงานผลการบำบัดที่ชัดเจนและยังไม่พบว่าได้ทำเป็นระบบ ได้มีการวิจัยที่ศึกษาการบำบัดระยะสั้น (Brief intervention) ซึ่งเป็นการรักษาที่ราคาถูกลง และทำได้ง่ายในสถานบริการระดับปฐมภูมิ (primary care setting) พบว่า Brief intervention สามารถลดระดับการดื่มสุราของผู้ดื่มสุราที่มีระดับความเสี่ยงหรือผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา และผู้ติดสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Fleming, Barry, Manwell, Johnson & London, 1997; Fleming & Manwell, 1999)

พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) โดยการใช้พฤติกรรมบำบัดแบบรายบุคคล พฤติกรรมบำบัดร่วมกับคู่สมรส (behavioral marital therapy) พบว่า มีประสิทธิภาพดีในการบำบัด ผู้ป่วยติดสุรา ได้แก่ ทำครอบครัวบำบัด การฝึกทักษะการทำงาน (training in job finding) การให้การปรึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคมและนันทนาการ โดยปลอดสุรา และการเข้าชมรมปลอดสุรา (Alcohol-free social club) การบำบัดด้วยวิธีดังกล่าว พบว่า เมื่อติดตามผู้ป่วยระยะ 2 ปี ผู้ป่วยดื่มสุราน้อยลง ออกนอกบ้านน้อยลง ทำงานมากขึ้น จากการศึกษาผู้ติดสุราแผนกผู้ป่วยนอกที่ได้รับการรักษาด้วยพฤติกรรมบำบัด โดยการฝึกทักษะการแก้ปัญหาและการบำบัดทางความคิดพบว่า ผู้ติดสุราที่รักษาด้วยพฤติกรรมบำบัดสามารถเลิกดื่มสุราได้นานขึ้น (Burtscheidt, Wolwer, Schwarz, Strauss & Gaebel, 2002)

ครอบครัวบำบัด (Family therapy) เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นปัญหาที่เกิดจากการดื่ม เนื่องจากผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่กับครอบครัว ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญมากจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มสุราได้นาน จากงานวิจัยพบว่า การให้คู่สมรสมีส่วนร่วมในการบำบัดจะช่วยให้การบำบัดระยะยาวได้ผลมาก เมื่อติดตามไปอย่างน้อย 1 ปี และผู้ป่วยไม่ขาดการติดต่อ (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น, 2546)

กลุ่มนักดื่มนิรนาม (Alcoholic Anonymous, AA) หรือ Self help group เป็นกลุ่มที่ตั้งขึ้นโดยผู้ติดสุรา 2 คน คือ Bill Wilson and Dr. Robert Smith เมื่อปีค.ศ. 1935 หลักปฏิบัติของกลุ่มคือหลัก 12 ขั้นตอน (The twelve steps) เพื่อช่วยเหลือสมาชิกของกลุ่มที่มีความพยายามจะเลิกดื่มสุราหยุดดื่มสุราให้ยาวนานที่สุด โดยมีรูปแบบของกลุ่มเป็นการระคับระคอง ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทุกคนให้กำลังใจกันและกัน ไม่มีการตำหนิกัน และในภาวะวิกฤติสมาชิกติดต่อช่วยเหลือกันได้รวดเร็วโดยใช้โทรศัพท์ ผลการศึกษาการบำบัดโดยผู้เชี่ยวชาญที่ส่งเสริมหลัก 12 ขั้นตอนพบว่า มีประสิทธิภาพ มีความสัมพันธ์ในการรักษาในระบบสุขภาพ (Humphreys, 1999)

จิตบำบัดแบบระคับระคอง (Supportive psychotherapy) เป็นการบำบัดที่มีทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคล เพื่อให้กำลังใจ รับฟังปัญหาและเข้าใจผู้ป่วย ให้คำแนะนำชี้แนะแนวทางแก้ปัญหาชีวิต จากการศึกษาการใช้กลุ่มจิตบำบัดต่อความสำนึกในคุณค่าแห่งตนเองของผู้ติดสารแอมเฟตามีนพบว่า ภายหลังได้รับจิตบำบัดแบบกลุ่มผู้ติดสารแอมเฟตามีนมีคะแนนความสำนึกในคุณค่าแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับจิตบำบัดแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชนิกรรดาไทยสังคม, 2545)

การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (Fast Model) เป็นการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้กระบวนการบำบัดฟื้นฟู ช่วยเหลือผู้ป่วยให้กลับคืนสภาพร่างกายและจิตใจสามารถกลับสู่ครอบครัวอย่างปกติสุข มีประสิทธิภาพและเหมาะสม ผู้ป่วยต้องสมัครใจในการ

บำบัดรักษา การบำบัดในรูปแบบของ Fast Model มีข้อจำกัดสำหรับการบำบัดรักษาในสถานบำบัด ลักษณะปิด เนื่องจากการบำบัดรักษาแบบ Fast Model ต้องมีการให้ครอบครัวเข้ามาในที่ของผู้ป่วยซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ครอบครัว (Family) เป็นการบำบัดรักษาโดยการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบดูแลควบคู่ไปกับทีมบำบัดรักษาและชุมชน ตั้งแต่เริ่มต้นจนจำหน่ายกลับบ้าน 2) กิจกรรมทางเลือก (Alternative Activity) เป็นการฝึกทักษะเพื่อนำไปประกอบอาชีพ 3) กิจกรรมการช่วยเหลือในการบำบัดฟื้นฟู (Self Help) เป็นการฝึกทักษะการปรับตัวของผู้ป่วยในด้านอารมณ์ สังคม เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ 4) กระบวนการชุมชนบำบัด หรือ เครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Therapeutic Community, TC) เป็นกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การติดตามผล 1 ปี พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 95.5 มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น และผู้ป่วยร้อยละ 90.99 ไม่กลับไปดื่มซ้ำ (สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์, 2546)

การฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (Phramongkutklo Model หรือ PMK model) เป็นการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน โดยการประยุกต์หลักการพัฒนาตนตามแนวพุทธให้เข้ากับหลักจิตบำบัดของทางตะวันตก ได้แก่ หลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ (The Buddhist twelve steps) การให้สุขศึกษา (Health education) การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) การผ่อนคลายความเครียด (Relaxation therapy) และการให้สุขศึกษาแก่ครอบครัว (Family education) ผู้ป่วยเข้ากลุ่มบำบัด 4 ชั่วโมงต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ กลุ่มผู้ป่วยประมาณ 8-10 คน ผู้ให้การบำบัดมีการทำงานเป็นทีม เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวช และผู้ช่วยพยาบาล แต่ละชั่วโมงการบำบัดจะมีเนื้อหาสลับสับเปลี่ยนกันไปตลอด 28 วัน จากการติดตามผลการบำบัดรักษาภายใน 6 เดือน พบว่า อัตราการอยู่รอดไม่กลับไปดื่มสุราภายใน 6 เดือนเท่ากับ 78.33% และอัตราการอยู่รอดไม่กลับไปดื่มสุราภายใน 12 เดือน เท่ากับ 68.42% (พิชัย แสงชาญชัย, 2549)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy, CBT) เป็นการบำบัดเพื่อเปลี่ยนความคิดผิดๆ ที่ฝังลึก และให้แนวคิดใหม่ที่ถูกต้อง คือ คิดแบบมีเหตุผล สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างเหมาะสมเพื่อปรับปรุงให้สามารถควบคุมตนเองซึ่งนำไปสู่การลดหรือเลิกการดื่มสุรา

จะเห็นได้ว่าการบำบัดรักษาที่เกี่ยวกับการบำบัดผู้ติดสุราเรื้อรัง ประกอบไปด้วย การรักษาด้วยยา และการบำบัดทางจิตสังคม การรักษาด้วยยาได้ผลดีเพื่อบรรเทาอาการขาดสุรา ป้องกันการเกิดอาการชัก ป้องกันการเกิด Delirium tremens ป้องกันหรือรักษาภาวะโรคแทรกซ้อนจากทางกายและทางจิต จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีผลการบำบัดที่ดีกว่าการบำบัดด้วยยาอย่างเดียว (Simons, Garfield & Murphy, 1984 cited in Dobson & Block,

1988) ผู้ศึกษาจึงสนใจการสังเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยการปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองที่ไม่เหมาะสมและบิดเบือนให้เป็นความคิดที่มีเหตุผล รวมทั้งการพัฒนาทักษะทางความคิด และทักษะทางพฤติกรรมในการเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงที่จะกระตุ้นให้บุคคลดื่มสุรา เพราะทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความจริง เนื่องจากบางสถานการณ์เป็นเหตุการณ์ที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ความหมายการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ได้มีการให้ความหมายในทัศนะต่างๆ ดังต่อไปนี้

Kazdin (1978) กล่าวว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วย การบำบัดเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมที่แสดงออกโดยการเปลี่ยนความคิด การตีความ การตั้งสมมุติฐาน และกลวิธีการตอบสนองหรือการเปลี่ยนตัวแปรทางปัญญา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

Beck et al., (1979) กล่าวว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดในเชิงรุก และมีทิศทาง (Active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (Time limited) และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน (Structured) โดยการบำบัดมีแนวคิดอยู่บนพื้นฐานที่ว่าอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของคนเราส่วนใหญ่แล้วขึ้นอยู่กับแนวทางการมองโลกของบุคคลคนนั้น

Beck et al., (1993) กล่าวว่า การบำบัดทางความคิดเป็นจิตบำบัดอย่างเป็นระบบ ที่พยายามลดการแสดงออกของอารมณ์ที่ผิดปกติ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการตัดแปลงแก้ไขข้อผิดพลาดหรือความคิดที่ไม่ถูกต้อง ความเชื่อที่ไม่เหมาะสมที่ฝังลึก และสอนเทคนิคการควบคุม

Stuart & Laraia (1998) กล่าวว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน มีเป้าหมายในการบำบัดรักษาชัดเจน ผู้รับการรักษามีบทบาทในการวางแผนเป้าหมายของการรักษาร่วมกับผู้บำบัดรักษา

สมโภชน์ เอี่ยมสุภายิต (2549) กล่าวว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการนำกระบวนการของความคิดมาประยุกต์ใช้ โดยช่วยให้ผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนมุมมองต่อเหตุการณ์ จากเดิมที่บิดเบือนกลายเป็นมุมมองต่อเหตุการณ์ที่ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น

จันทิมา องค์โฆษิต (2545) กล่าวถึง การบำบัดทางปัญญาว่า “เป็นการบำบัดที่มีโครงสร้างของการรักษา ผู้รักษามีบทบาทเป็นผู้กระทำ (active) ในการรักษาและใช้วิธีการชี้นำ (directive) เพื่อช่วยแก้ไขตามอาการ เป็นการรักษาโดยไม่ได้สนใจมูลเหตุของอาการนั้น ใช้ระยะเวลาสั้น การรักษา มุ่งแก้ไขความผิดปกติของการนึกคิด (cognition) อารมณ์ (emotion) และพฤติกรรม (behavior) โดย

อาศัยหลักการที่ว่า การนึกคิดที่ไม่เหมาะสม (maladaptive) ของผู้ป่วยเป็นตัวละครทำให้เกิดอาการทางจิตเวช”

กรมสุขภาพจิต (2550) กล่าวว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นจิตบำบัด (Psychotherapy) แขนงหนึ่งที่มุ่งความสนใจที่ Dysfunctional thinking โดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับความคิดที่บิดเบือนไป และการที่คนรู้สึกนึกคิดหรือมีพฤติกรรมอย่างไรนั้น เกิดจากการที่บุคคลเติบโตหรือมีประสบการณ์มาอย่างไร Dysfunctional thinking ในระดับ Automatic thought หากสามารถเข้าใจและแก้ไขได้ อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้น แต่ถ้าแก้ไขในระดับความเชื่อจะทำให้อาการดีขึ้นอย่างยั่งยืน

โดยสรุป การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นปรับเปลี่ยนกระบวนการความคิดที่บิดเบือน ความเชื่อ และการรับรู้ที่ไม่เหมาะสมของตนเอง ให้เป็นความคิดที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

ประวัติความเป็นมาของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเกิดขึ้นช่วงต้นปีค.ศ. 1970 ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เกิดการพัฒนาทฤษฎีความคิดและพฤติกรรม โดยปัจจัยต่างๆ มีดังนี้ (Dobson & Block, 1988)

1. ถึงแม้แนวคิดด้านพฤติกรรม จะมีความโดดเด่นทางจิตวิทยาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความไม่สบายใจของคน ซึ่งแนวคิดนี้ปรากฏขึ้นช่วงปลายปีค.ศ. 1960 แต่แนวคิดนี้ก็ยังไม่สามารถให้ภาพที่ชัดเจนและอธิบายได้กว้างขวางพอสำหรับพฤติกรรมของมนุษย์ทั้งหมด แบบคูราได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางการเรียนของมนุษย์ เขาอธิบายว่า โดยปกติแล้วเด็กจะเรียนรู้หลักไวยากรณ์ได้ดีนั้นขึ้นกับความสามารถของพ่อแม่และครูผู้สอนในการใช้แรงเสริมที่แตกต่างกัน และรูปแบบของพฤติกรรมในการเรียนการสอนภาษาที่ค่อนข้างเข้มงวด นอกจากนี้เขายังขยายแนวคิดของสิ่งที่เข้ามาส่งเสริมการเรียนรู้ ได้แก่ พฤติกรรมแอบแฝง เช่น ความคิด แม้ว่าข้อค้นพบนี้จะเป็นที่ยอมรับ แต่ก็ยังมีนักพฤติกรรมบางส่วนวิพากษ์วิจารณ์ว่า ข้อค้นพบในชั้นนี้ยังไม่ตรงกับจุดสำคัญที่เป็นปรากฏการณ์ของพฤติกรรม

2. จากการที่มีความรู้สึกไม่ชื่นชมเพิ่มมากขึ้นกับความไม่ชัดเจนของรูปแบบการบำบัดที่มีการสร้างเงื่อนไขและการตอบสนอง การปฏิเสธจุดแข็งของทางเลือกในมุมมองต่างๆ และรูปแบบของจิตวิเคราะห์ที่เกี่ยวกับบุคลิกภาพและการบำบัด กระบวนการที่เกี่ยวกับจิตได้สำนึกและการใช้เวลารักษาที่ยาวนาน ความยากลำบากในการทำให้มองเห็นและเกิดการหยั่งรู้ในตนเองของผู้รับการบำบัด สัมพันธภาพของผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดที่เกิดการถ่ายโยงความรู้สึกซึ่งกัน จึงได้มีการหันกลับไปทบทวนปรัชญาพื้นฐานของทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ในช่วงเวลานั้นข้อเขียนที่สนับสนุน

ประสิทธิภาพของจิตวิเคราะห์ และจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้อาจกล่าวได้ว่า ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอที่สนับสนุนว่าจิตบำบัดแนวจิตวิเคราะห์เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

3. ปัจจัยที่สามที่เอื้อให้เกิดการพัฒนาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม คือ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการบำบัด แสดงให้เห็นว่า โดยธรรมชาติแล้วบางครั้งในการรักษาไม่ได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับเรื่องของความคิดเลย ยกตัวอย่างเช่น การแก้ไขเฉพาะพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำ ซึ่งจริงๆ แล้วต้องไปเปลี่ยนที่อาการย้ำคิดด้วย การใช้พฤติกรรมบำบัดมุ่งทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างเหมาะสมเท่านั้นซึ่งเป็นการช่วยเหลือแค่เบื้องต้น เพราะความเป็นจริงการแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติออกมานั้นมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายอย่าง ดังนั้นการใช้พฤติกรรมบำบัดมุ่งเน้นที่การปรับพฤติกรรม นั่นคือ การเพิ่มศักยภาพของบุคคลแต่ไม่เข้าดูในองค์ประกอบอื่นๆ ของปัญหา การพัฒนาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จึงได้รับความสนใจจากผู้ที่ทำกรักษาในคลินิก

4. ในจิตวิทยาการรู้คิด (cognitive psychology) มีนักวิจัยจำนวนหนึ่งในปีค.ศ. 1960 และค.ศ. 1970 ได้นำงานวิจัยพื้นฐานไปสู่การสร้างเชื่อมโยงในเชิงคลินิกและได้รวบรวมข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่า กระบวนการของการเกิดความคิดกังวลนั้นเกี่ยวข้องกับการรู้คิด และจากการวิจัยนี้ทำให้เกิดความชัดเจนขึ้นว่า กระบวนการของความคิดกังวลนั้นมีการรู้คิดเป็นองค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่งานวิจัยเกี่ยวกับจิตวิทยาการรู้คิดหรืออาจเรียกว่าเป็น “จิตวิทยาการรู้คิดประยุกต์” เป็นงานที่ท้าทายให้รวบรวมข้อมูลเพื่อชี้แจงถึงความจำเป็นในการนำทฤษฎีการรู้คิดนี้มารวมอยู่ในกลไกทางด้านพฤติกรรม บางทีหนึ่งในสัญญาณแรกสุดของการพยายามนี้ก็คือ การทบทวนเรื่องการดูแลตนเอง (self-regulation) และการควบคุมตนเอง (self-control) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นในช่วงต้น ความพยายามทั้งหลายนี้ก็เพื่อนำมุมมองเกี่ยวกับการควบคุมตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาสนับสนุนแนวคิดที่ว่า แต่ละบุคคลมีความสามารถที่จะจัดการกับพฤติกรรมของตนเอง สามารถตั้งเป้าหมายสำหรับพฤติกรรม จัดการสิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคลเพื่อให้ไปถึงรูปแบบของการควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ ในการพัฒนาแบบจำลองการควบคุมตนเองนี้ได้มีการตั้งสมมุติฐานจากหลายกระบวนการทางการรู้คิด รวมถึงความพยายามที่จะระบุกลยุทธ์ของการควบคุมตนเองในลักษณะขององค์ประกอบภายในในการทำหน้าที่ต่างๆ เห็นได้ชัดว่าความพยายามในช่วงแรกในการบำบัดรักษา โดยแบบจำลองทางพฤติกรรมที่ไม่ยึดหยุ่นนั้นไม่ประสบความสำเร็จ ดังนั้นทั้งนักทฤษฎีและนักบำบัดแนวพฤติกรรมนิยม จึงได้ปรับหลักการเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่แนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง

5. องค์ประกอบอื่นๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบำบัด ก็โดยปรับหลักการบางอย่างเข้าเป็นหลักการของการบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรม ซึ่งการพัฒนานี้ทำโดยนักทฤษฎีและ

นักบำบัดหลายคน และบุคคลผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องนี้มาก คือ Beck (1967) ซึ่งเป็นการเปิดมุมมอง และให้ความสนใจในแนวคิดอื่นๆ ซึ่งเป็นเหตุให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมได้แพร่ขยาย ไปในที่ต่างๆ และมีแนวโน้มได้รับความสนใจและนำไปศึกษาวิจัยมากขึ้น และมีการเผยแพร่ เอกสารเรื่อง Cognitive Therapy and Research และเปิดเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลและงานวิจัย ตลอดจนทฤษฎีที่เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาบทบาทของมนุษย์ ซึ่งจากวิถีทางนี้ทำให้มีการเปิดเผย ข้อมูลองค์ความรู้จากการศึกษาและวิจัยให้เป็นที่ยอมรับกว้างขึ้นเรื่อยๆ

จากการศึกษางานวิจัยที่นำไปสู่มุมมองด้านการรู้คิดของมนุษย์ที่นำไปสู่การระบุดังกลุ่ม นักทฤษฎีและนักบำบัดแนวความคิดและพฤติกรรม และการเติบโตทางการวิจัยที่สนับสนุน ประสิทธิภาพในการบำบัดแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และด้วยแนวโน้มที่เกิดขึ้นนี้จึง นำไปสู่ทศวรรษในเชิงลึกเกี่ยวกับ ความเป็นมาของพัฒนาการหลังจากการบำบัดแบบการบำบัด ทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ที่เฉพาะเจาะจงจำนวนมากได้เกิดขึ้นมาแล้วมากกว่า 25 ปี

สรุปได้ว่า การพัฒนาการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ได้พัฒนามาจากแนวคิดของ นักจิตวิทยา 3 กลุ่มที่มุ่งเน้นความรู้พื้นฐานจิตวิเคราะห์ ด้านการเรียนรู้ และจิตวิทยาทางความคิด ซึ่งนักจิตวิทยาแต่ละกลุ่มมีพื้นฐานความรู้เดิมทางจิตวิทยาที่แตกต่างกัน จึงทำให้มีแนวคิดและ วิธีการดำเนินการแตกต่างกัน แต่นักจิตวิทยาทั้ง 3 กลุ่มนี้มีหลักการที่เหมือนกัน ดังที่ด็อบสัน (Dobson, 1988) ได้รวบรวมไว้ 3 ข้อ คือ

1. การทำงานของกระบวนการทางความคิดมีผลต่อพฤติกรรม (Cognitive activity affects behavior)
2. การทำงานของกระบวนการทางความคิดสามารถปรับเปลี่ยนได้ (Cognitive activity may be monitored and altered)
3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถทำได้ โดยการเปลี่ยนการทำงานของกระบวนการทางความคิด (Desired behavior change may be affected through cognitive change)

ดังนั้นการที่จะอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลว่าเกิดจากการเรียนรู้โดย การทำงานของกระบวนการทางความคิด คือ เมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไปกระบวนการทางความคิดจะ รับรู้และแปลสิ่งเร้าที่เข้ามา ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ต่อสิ่งเร้า นั้น ส่วนพฤติกรรม และอารมณ์จะมีอิทธิพลป้อนกลับต่อกระบวนการทางความคิด

ความหมายของกระบวนการทางความคิด

กระบวนการทางความคิด มีความหมายแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม (Dobson, 1988; Dryden & Golden อ้างในคาราวรรณ ต๊ะปีนตา, 2534)

1. กระบวนการทางความคิดในความหมายของเหตุการณ์ในความคิด (cognitive events) เป็นการคิดและการมีภาพนึกในใจ เป็นความคิดแบบอัตโนมัติ

2. กระบวนการทางความคิดในความหมายของกระบวนการทางความคิด (cognitive process) เป็นกระบวนการในการจัดเก็บข้อมูลจำนวนมากที่เข้ามาสู่บุคคล และบุคคลนั้นเลือกวิธีประเมินข้อมูล ทำความเข้าใจข้อมูลที่ตนเองสนใจทำในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ก็เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ

3. กระบวนการทางความคิดในความหมายของโครงสร้างทางความคิด (cognitive structures) โครงสร้างทางความคิดประกอบด้วย บุคลิกลักษณะนิสัยส่วนตัว เป็นความต้องการที่แอบแฝงฝังอยู่ ความเชื่อในการให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งโครงสร้างทางความคิดจะเป็นตัวกรองและเลือกข้อมูลต่างๆ ที่เข้าไปจัดกระทำกับข้อมูล และประมวลผลข้อมูล (information processing) การประเมินสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งการจัดการกับพฤติกรรมของตนเอง

รูปแบบความคิดที่บิดเบือน

รูปแบบความคิดที่บิดเบือน (Cognitive errors or faulty information processing or Thinking Errors) (Westbrook, Kennerley & Kirk, 2007; กรมสุขภาพจิต, 2550; สุชาติ พหลภาคย์, 2547) มีหลายรูปแบบทั้งที่เป็น Automatic thought ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติทันทีทันใด และความเชื่อ (Beliefs) ตัวอย่างของความคิดที่บิดเบือนนี้ ได้แก่

1. All or nothing thinking (หรือเรียกว่า black and white หรือ polarized หรือ dichotomous thinking) คือ ความคิดสุดขั้วในด้านใดด้านหนึ่ง วิธีการคิดแบบใช่ก็ใช่ ไม่ใช่ก็ไม่ใช่ทั้งหมดเลย เป็นดำหรือขาวไปหมด บวกหรือลบไปหมดโดยไม่สามารถมองอะไรกลางๆ ได้ เป็นความคิดที่มีสองหนทางเท่านั้น เช่น เมื่อผลงานมีความผิดพลาดเพียงจุดเดียว ก็มองว่างานนี้ล้มเหลวไปหมด

2. Catastrophizing เป็นวิธีคิดแบบให้ร้าย คิดแบบในทางลบทั้งหมด เป็นการแปลสถานการณ์หรือเรื่องราวที่เกิดขึ้นให้รุนแรงสุดขีด เป็นความหายนะ เช่น การที่คิดว่าสอบเข้ามหาวิทยาลัยไม่ได้แปลว่าชีวิตนี้สิ้นหวัง

3. Disqualifying or discounting the positive การไม่ให้ความสำคัญแก่เรื่องดีๆ ที่เกิดขึ้น สิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นไม่ได้หมายความว่าตนมีความสามารถ ไม่พอใจในสิ่งดีๆ แต่ให้ความสำคัญสิ่งที่ไม่ดีมากกว่า

4. Overgeneralization เป็นการสรุปแบบเหมารวมในทางลบโดยไม่มีหลักฐานหรือมีหลักฐานเพียงเล็กน้อย สรุปจากเหตุการณ์เพียงเหตุการณ์เดียวและนำข้อสรุปนั้นไปใช้ทั่วไป

5. Mental filter เป็นการให้ความสนใจเลือกที่จะเชื่อหรือคิดในสิ่งที่เป็นจุดลบมากเกินไปแทนที่จะดูโดยภาพรวม

6. Magnification / Minimization การขยายเกินความเป็นจริงเมื่อเกิดความผิดพลาดกับตนเองจะมองปัญหาให้ใหญ่โตเกินความเป็นจริง เรียกว่า Magnification และเมื่อมีเรื่องดีเกิดขึ้นก็จะลดความสำคัญลง มองความสำเร็จของตนเองเป็นเรื่องเล็ก ซึ่งเรียกความคิดลักษณะนี้ว่า Minimization

7. Negative Predictions การทำนายไปในทางลบคือการใช้ความคิดในแง่ร้ายหรือความล้มเหลวในอดีตมาพยากรณ์ว่าจะเกิดความล้มเหลวในสถานการณ์ใหม่ล่วงหน้าอย่างไม่เหมาะสม

8. Mind reading อ่านใจคนอื่น การสรุป คาดเดาในทางลบเกี่ยวกับความคิด โดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน

9. Emotional reasoning การให้เหตุผลด้วยอารมณ์ โดยใช้ความรู้สึกตัดสิน คิดว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องดูเหมือนมีเหตุผล แต่เป็นเหตุผลที่มาจากอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง เช่น เมื่อรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ก็สรุปว่าตนเองเป็นคนที่หมดหวังในอนาคต เมื่อรู้สึกโกรธ ก็สรุปว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง เมื่อรู้สึกผิดก็สรุปว่าตนเองเป็นคนที่ไม่ดี เป็นต้น

10. Personalization และ Self-blame การสรุปเหตุการณ์เข้าหาตนเอง การแปลสถานการณ์ เหตุการณ์ หรือพฤติกรรมภายนอกว่าเป็นตัวยืนยันให้เห็นว่าตนไม่ดี ผู้ป่วยจะเชื่อว่าที่คนอื่นทำอย่างนั้นเพราะตัวเองไม่ดี ไม่มองว่าจริงๆ แล้วอาจเป็นจากสาเหตุอื่นก็ได้ เช่น ผู้ป่วยได้รับรายงานว่าลูกสาวเรียนไม่ดี ก็กลับไปคิดว่า “ฉันผิดเองที่เป็นแม่ไม่ดี” แทนการพยายามหาต้นเหตุของปัญหา การคิดเช่นนี้นำไปสู่ความรู้สึกผิดการลงโทษตนเอง ความละอายใจและความรู้สึกว่าคุณเองไร้ความสามารถ บางคนอาจมีความคิดที่ตรงกันข้ามเพราะเมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่ดีขึ้นก็จะโทษผู้อื่นอยู่เสมอ “ที่ชีวิตแต่งงานฉันไม่ราบรื่นเพราะสามีเป็นคนแย่มาก ไม่มีเหตุผลเลย”

11. Labeling เป็นการบอกไปก่อนเลยว่าตนเองหรือคนอื่นเป็นอย่างไร ไม่ว่าจะทำอะไรก็มักยึดติดกับความรู้สึกที่ตนได้ตีตราไว้ เป็นการตีตราตนเอง หรือคนอื่นในทางลบ เช่น “ฉันทำข้อสอบผิด” กลับเป็นคิดว่า “ฉันมันโง่” หรือการสูญเสียคุณค่าในตนเอง เป็นความคิดเกี่ยวกับตนเอง และเมื่อนำมาใช้กับผู้อื่น “เป็นคนไม่มีน้ำใจ คนใจดำ” ทำให้มองผู้นั้นในแง่ลบ เกิดความขุ่นใจไม่พอใจในผู้นั้น

12. Should and must statements การคิดคาดหวังให้ตนเองหรือคนอื่นเป็นอย่างนั้นอย่างนี้ตามที่ตนคาดหวังหรือความต้องการของตน เรื่อง “ควร” หรือ “ต้อง” หรือ “น่าจะ” เป็นความคิดที่แสดงให้เห็นถึงการมีมาตรฐานที่เข้มงวด เป็นความคิดที่ไม่ยืดหยุ่น เช่น นักดนตรีที่ต้อง

เล่นเพลงที่ยาก คิดว่าตนเอง “ต้อง” เล่น ไม่พลาดเลยแม้แต่โน้ตเดียว ขอมารู้สึกผิดหวังในตนเอง ละเอียดใจ หรือรู้สึกผิดได้เมื่อเกิดความผิดพลาดเพียงน้อยนิด

13. Selective Negative Focus (Selective abstraction) ความคิดนี้เป็นความคิดที่มุ่งเน้นแต่เรื่องราว ความทรงจำ ความหมายที่เป็นลบอยู่อย่างเดียวโดยไม่สนใจกับเรื่องที่ดีหรือที่เป็นกลาง มองว่าเรื่องที่ดีนั้นไม่มีความสำคัญ ผู้ป่วยยึดติดและกลุ่มใจอยู่หลายวันหลังจากที่เพื่อนร่วมงานคนหนึ่งได้ทักท้วงผลงานของผู้ป่วย แต่ไม่เคยคิดเมื่อผู้ป่วยได้รับคำชมเชยจากนายและเพื่อนร่วมงานคนอื่นๆ ว่าผลงานดีเยี่ยม

14. Tunnel vision เป็นการมองเหตุการณ์ในทางลบอยู่ในกรอบเท่านั้น ดังนั้นการบำบัดรักษาจึงต้องแก้ไขความผิดปกติของกระบวนการทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรม โดยอาศัยหลักการว่า กระบวนการทางความคิดที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive) ของผู้ป่วยเป็นตัวสำคัญที่ทำให้เกิดอาการทางจิตหรือการแสดงออกของอารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติ หลักการรักษาดังนั้นวิเคราะห์อยู่ 2 ประการคือ 1) วิธีการคิด ความคิดที่ผิดและบิดเบือนของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของการนึกคิดในทางลบ (Pattern of negative thought) หรือรูปแบบของความคิดที่เกิดขึ้นทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นก่อนที่บุคคลผู้นั้นจะเกิดความรู้สึกอันเป็นปฏิกิริยาต่อสถานการณ์นั้น 2) การวิเคราะห์แบบแผนการแปลงข้อมูล (Scheme-basic rules for interpreting information from the environment) ของความนึกคิดที่บิดเบือน วิธีการคิดที่ไม่เหมาะสมจะกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านลบ และไม่สบายใจที่เป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ความท้อแท้ สิ้นหวัง การหลบปัญหา การถอยหนีและทำให้สถานการณ์เลวร้ายมากขึ้น การคิดที่บิดเบือนเหล่านี้เป็นการคิดที่ขาดเหตุผล การแปลสถานการณ์ภายนอกกว่าแสดงให้เห็นตนไม่ดี และการคิดแบบไม่แยกแยะเรื่องราว มองทุกอย่างเหมือนกันไปหมด เป็นต้น การรักษาก็จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักจำแนกการนึกคิดที่ผิดพลาด ขอมรับ และแก้ไขให้เป็นการนึกคิดที่สมเหตุผล (จันทิมา องค์กร โฆษิต, 2545)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เชื่อว่าความคิดที่บิดเบือนไปจากความจริงหรือ Dysfunctional thinking ทำให้เกิดผลกระทบต่ออารมณ์มนุษย์ ถ้าสามารถประเมิน (evaluate) ความคิดที่ถูกต้องตามความเป็นจริงได้ (realistic) อาการเกี่ยวกับอารมณ์ (emotion) และพฤติกรรม (behavior) ของผู้ป่วยจะดีขึ้น แต่ผู้ป่วยต้องเข้าใจก่อนว่าความคิดนั้นมีความ dysfunctional อย่างไร แล้วให้ประเมินแก้ไขให้ดีขึ้น

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะได้ผลดีต้องมีการทำ Cognitive conceptualization โดยการใช้ cognitive model มาใช้กับผู้ป่วยให้เข้าใจโรคหรือปัญหาของตนเอง เช่น การบำบัดผู้ป่วย

คิดสุราเรื่อรั้งก็จะคว่าผู้ป่วยมี cognitive model หรือมีวิธีคิดและมองโลกอย่างไร เมื่อพบเหตุการณ์ การใช้ cognitive model ของแต่ละคนก็จะแตกต่างกันไป จะมีวิธีคิดและตีความแตกต่างกันไป

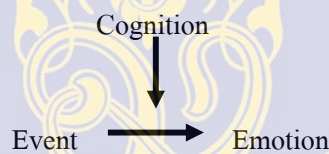
Cognitive Model ต่างๆ ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Beck, 1995; กรมสุขภาพจิต, 2550)

1. The naïve model หรือ The Common Sense Model เป็นแนวคิดดั้งเดิมที่ว่า เหตุการณ์บางอย่างทำให้เกิดอารมณ์ ในสถานการณ์หรือเหตุการณ์เดียวกันความคิดหรือการตีความ เหตุการณ์ต่างกัน เราคิดอย่างไรก็ทำให้อารมณ์ความรู้สึกแสดงออกมานั้น ซึ่งมีทั้งความคิดที่เป็นอัตโนมัติและความคิดที่เราฝึกคิดได้ ดังแผนภูมิที่ 1



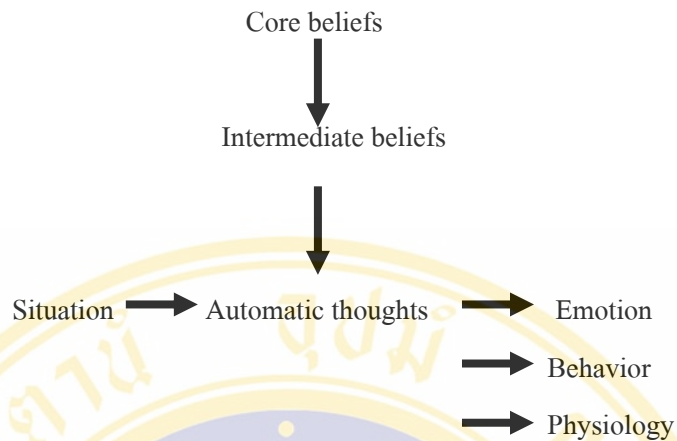
แผนภูมิที่ 1. The naïve model หรือ The Common Sense model (กรมสุขภาพจิต, 2550, หน้า 3)

2. Cognitive model เป็นแนวคิดจากเหตุการณ์มีผลทำให้เกิดอารมณ์ แต่ในระหว่างกลางจะมีสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนก็คือความคิด ซึ่งความคิดจะทำให้อารมณ์แตกต่างกัน ดังแผนภูมิที่ 2



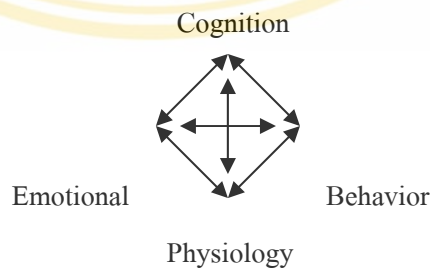
แผนภูมิที่ 2. Cognitive model (กรมสุขภาพจิต, 2550, หน้า 4)

3. Beck's Cognitive model (Beck, 1995; กรมสุขภาพจิต, 2550) ตามแนวคิดนี้ นอกจากเหตุการณ์ (Situation) จะนำไปสู่ความคิดอัตโนมัติทำให้เกิดอารมณ์แล้วยังมีพฤติกรรมและอาการทางกายด้วย มนุษย์เรามี Automatic thought ซึ่งมีที่มาจากความเชื่อของระบบความคิดที่เรียกว่า Core beliefs เป็นความเชื่อที่ฝังรากลึกในตัวบุคคล ส่วน Intermediate beliefs มีลักษณะกฎเกณฑ์ (rules) ข้อสันนิษฐาน (assumption) มักมีลักษณะเป็นเงื่อนไข ดังประโยคที่มีคำว่า “ควร” หรือ “ต้อง” เช่น “ฉันต้องทำทุกอย่างให้สมบูรณ์แบบ” ความเชื่อมักมีที่มาซึ่งสามารถสืบค้นได้ในอดีต เช่น คนที่เชื่อว่า “โลกนี้ไม่ปลอดภัย” ก็อาจเป็นเพราะเติบโตมาจากที่ที่มีความรุนแรง ดังนั้น การทำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอาจจำเป็นต้องแก้ไข Core beliefs เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่คงทนและยั่งยืน ดังแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3. ตัดแปลงจาก Cognitive model ตามแบบของ Beck (Beck, 1995, P.18; กรมสุขภาพจิต, 2550, หน้า 4)

4. Interactional model ใน model นี้ความคิด (cognitive) อารมณ์ (emotion) พฤติกรรม (behavior) และร่างกาย (Physiology) นั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างเชื่อมโยงถึงกันหมด เมื่อเกิดความเปลี่ยนแปลงขึ้นกับองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง ก็อาจส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงกับองค์ประกอบอื่นอย่างทั่วถึงกัน เช่น เมื่อบุคคลเริ่มมีอารมณ์เศร้าก็อาจมีความคิดในทางลบต่อตนเองว่าตนเองเป็นคนไม่มีคุณค่า มีพฤติกรรมแยกตัวไม่พบปะผู้คน และอาจมีความแปรปรวนทางร่างกาย เช่น กินอาหารไม่ได้หรือนอนไม่หลับ การบำบัดด้วย CBT นั่นก็คือ การไปจัดการกับองค์ประกอบที่จัดการได้ ทำให้องค์ประกอบอื่นๆ ดีขึ้นตาม เช่น เมื่อได้ปรับเปลี่ยนความคิดเสียใหม่ให้เห็นถึงคุณค่าของตนเอง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการมีกิจกรรมเพิ่มมากขึ้นก็จะส่งผลให้อารมณ์ดีขึ้น ความเศร้าลดลง เป็นต้น ส่วนการตัดสินใจว่าจะจัดการที่องค์ประกอบใดก่อนหลังนั้นขึ้นกับชนิดของโรคหรือปัญหาที่กำลังดูแล (กรมสุขภาพจิต, 2550, หน้า 5) ดังแผนภูมิที่ 4



แผนภูมิที่ 4. Interactional model (กรมสุขภาพจิต, 2550, หน้า 5)

หลัก 10 ประการในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนั้นเป็นกระบวนการการบำบัดที่มีโครงสร้างและเป้าหมายชัดเจน เน้นความร่วมมือในการบำบัดและมีการใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงความคิด

อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งมีหลักในการบำบัด 10 ประการ ดังนี้ (Beck et al., 1979; กรมสุขภาพจิต, 2550; สุชาติ พหลภคย์; 2547)

1. Cognitive therapy is based on an ever-changing formulation of patient and problems on cognitive terms

การทำ Cognitive therapy อยู่บนพื้นฐานของการสังเคราะห์ (formulate) ปัญหาของผู้ป่วย โดยนำข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยมาวิเคราะห์ในรูปแบบของ cognitive model จะทำให้เข้าใจผู้ป่วยว่าในแต่ละสถานการณ์เขามีความรู้สึกและความคิดอย่างไร แล้วพฤติกรรมที่เป็นปัญหาตามมามีอะไรบ้าง ค้นหาว่าเหตุการณ์ที่มากกระตุ้นทำให้เกิดการรับรู้ผิดๆ คืออะไร และค้นหาสมมติฐานที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ในอดีตที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดวิธีการตีความหมายของเหตุการณ์นั้น ซึ่งใน formulative ของผู้ป่วย สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การพบกับผู้ป่วยในแต่ละครั้ง cognitive model ก็อาจเปลี่ยน Cognitive therapy requires a sound therapeutic alliance

การบำบัดทางปัญญา เป็นจิตบำบัด (psychotherapy) อย่างหนึ่ง ดังนั้น cognitive Therapy จึงต้องมีพื้นฐานของ therapeutic alliance หรือความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย ที่มีขอบเขต และคอยตรวจสอบความมั่นคงของความสัมพันธ์นี้ให้ดำเนินไปเรื่อยๆ ความเข้มแข็งของความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความสำเร็จในการบำบัด และคุณสมบัติของผู้บำบัดที่ควรมี ได้แก่ มีความรู้สึกที่อบอุ่น (warmth) ให้การนับถืออย่างจริงจัง (genuineness) มีความเห็นอกเห็นใจ (empathy) มี unconditional regard และมีความสามารถ (competency) รวมทั้งตั้งใจฟัง สรุปความคิด และความรู้สึกอย่างถูกต้อง เพื่อแสดงว่าผู้บำบัดเข้าใจและทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ พูดอย่างตรงไปตรงมา และแสดงความรู้สึกที่แท้จริง กรณีที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัด ขอยกเลิกนัด มาสาย หรือพูดว่า จะหยุดมารักษา ไม่ควรกล่าวโทษหรือตำหนิ

2. Cognitive therapy emphasizes collaboration and active participation

การเน้นความร่วมมือ กระบวนการรักษาเกิดจากความร่วมมือของผู้บำบัดและผู้ป่วย ผู้ป่วยควรทำกรบ้านตามที่ตกลงกันในแต่ละครั้ง เมื่ออาการดีขึ้นผู้ป่วยอาจตัดสินใจพูดกันในเรื่องอะไร ค้นหาความคิดที่บิดเบือนของตนเอง และสรุปความสำคัญ ทำกรบ้านด้วยตนเอง บทบาทของผู้บำบัดเหมือนครูฝึก (Coach) สอน ชี้แนะ ให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เทคนิคต่างๆ ให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลที่ต้องใช้เทคนิคนั้น และช่วยให้ใช้เทคนิคนั้นจนเกิดความชำนาญ

3. Cognitive therapy is goal- oriented and problem-focused

การรักษาที่มีเป้าหมายที่ชัดเจน มุ่งเน้นที่ปัญหา ในการพบผู้ป่วยครั้งแรกๆ จึงเป็นการประเมินว่ามีปัญหาและพยายามไปให้ถึงเป้าหมาย ซึ่งผู้บำบัดและผู้ป่วยต้องทำงานร่วมกัน ตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อกำหนดปัญหาและเป้าหมายที่เป็นประโยชน์

4. Cognitive therapy initially emphasizes the present

การทำ Cognitive therapy เน้นที่ปัจจุบัน แต่อาจมีการย้อนกลับไปคิดถึงเพื่อประเมินว่าอดีตมีผลต่อความเชื่อในปัจจุบันอย่างไร เพราะในช่วงของการเติบโตที่มีอิทธิพลต่อความคิด และลักษณะการตีความเหตุการณ์ที่เป็นแบบนั้นมานาน

5. Cognitive therapy is educative, aims to teach the patient to be his/her own therapist

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จะมีส่วนที่เป็นการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยจะสามารถเรียนรู้จนสามารถนำไปใช้บำบัดตนเองได้ เป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ใน session แรกจะเป็นการให้ความรู้เรื่องการดำเนินโรค หลักการและแนวคิด cognitive therapy และ cognitive model สอนให้ทราบว่าความคิดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และช่วยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายและวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ให้ผู้รับการบำบัดจดข้อคิดสำคัญที่ได้จากการเรียนรู้เพื่อเป็นประโยชน์กับผู้รับการบำบัด

6. Cognitive therapy aims to be time limited

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จะมีการกำหนดเวลาในแต่ละ session ไว้ชัดเจน เช่น ครั้งละ 45 นาที หรือ 1 ชั่วโมง จำนวนครั้งที่ใช้ในการบำบัด 12 ครั้ง หรือ 16 ครั้ง ความถี่ในการบำบัด ผู้บำบัดพบกับผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ถ้ามีอาการรุนแรงอาจพบกันบ่อย เมื่ออาการดีขึ้นพบกันสัปดาห์ละ 2 ครั้ง จากนั้นทุก 1 เดือน เมื่อสิ้นสุดการรักษา ติดตามนัดทุก 3 สัปดาห์ ทุก 1 ปี เป็นการกระตุ้น จุดประสงค์ในการกำหนดเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงคุณค่าของเวลา และพยายามใช้เวลาที่มีให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

7. Cognitive therapy sessions is structured

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในแต่ละครั้งมีโครงสร้างชัดเจนตามลำดับ ดังนี้ คือ 1) การตรวจสอบสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย 2) ให้ผู้ป่วยเล่าให้ฟังว่าสัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง 3) ทบทวนการบ้านของครั้งที่แล้ว 4) ร่วมมือกันกำหนดหัวข้อ (set agenda) 5) พูดคุยตามหัวข้อที่ตกลง 6) สรุปเนื้อหาที่พูดคุย 7) กำหนดการบ้าน และ 8) ขอข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) จากผู้ป่วย

8. Cognitive therapy teaches patient to identify, evaluate, and respond to their dysfunctional thoughts and beliefs

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จะสอนให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาและประเมิน (evaluate) ความคิด ความเชื่อของตนเอง รวมทั้งจะทำอย่างไรกับตนเองเพื่อแก้ไข Dysfunctional thought ให้เป็น functional thought เป้าหมายสูงสุด คือ สอนให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเอง

จนสามารถเป็นผู้บำบัดของตนเองได้ โดยการสอนให้ผู้ป่วยรู้ทักษะ และเทคนิคใหม่ๆ ซึ่งผู้ป่วยจะเรียนรู้มากขึ้นด้วยการนำไปฝึกฝน

9. Cognitive therapy uses a variety of techniques to change thinking, mood, and behavior

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมใช้เทคนิคหลากหลายเพื่อเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม การแก้ไขอารมณ์ และการปรับแก้ความคิดทำได้ยากในช่วงแรก อาจใช้วิธีการพฤติกรรมบำบัด โดยปรับแก้ที่พฤติกรรมก่อน กำหนดกิจกรรม ตารางกิจกรรม การบำบัดจะเลือกวิธีไหนขึ้นอยู่กับ case formulative และวัตถุประสงค์ของการรักษานั้น

ขั้นตอนการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีขั้นตอนการบำบัดดังต่อไปนี้ (Beck et al., 1979; Silva & Serra, 2004; จันทิมา องค์โมษิต, 2545)

1. การหาความคิดอัตโนมัติ (Eliciting automatic thought) โดยการวิเคราะห์หาข้อความและวิธีการคิดที่คิดไปในทางลบและบิดเบือนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเองแบบอัตโนมัติ บันทึกความคิดและสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความคิดนั้น
2. เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม
3. ดำเนินการปรับความคิดใหม่โดยการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่ผิดปกติ และรับมือกับสถานการณ์ ทดสอบความเป็นจริงว่าความคิดนั้นถูกต้องหรือเป็นไปได้หรือไม่ และประเมินความสำคัญที่แท้จริงของความคิด โดยดึงตัวเองออกจากปัญหาหรือเผชิญกับปัญหา
4. ระบุนุความคิดที่มีอคติ และค้นหาทางเลือกใหม่ๆ ในการประเมินสถานการณ์ความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น มีความยืดหยุ่นทางความคิด
5. ระบุนุและเปลี่ยนแปลงความเชื่อพื้นฐานที่ทำให้เกิดประสบการณ์การประเมินที่บิดเบือน
6. รับมือกับภาพผิดๆ โดยระบุนุภาพเหล่านั้นและเปลี่ยนแปลงแก้ไข

ในการรักษาแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผู้บำบัดจะชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความคิดแบบอัตโนมัติของตน รวมทั้งช่วยให้เห็นว่าเขามีการตอบสนองที่ไม่ถูกต้องทั้งในด้านความคิดและพฤติกรรม เพื่อแก้ไขการตอบสนองได้อย่างเหมาะสม ผู้บำบัดอาจให้ผู้ป่วยทำการฝึกหัดเพื่อให้เรียนรู้ว่าประสบการณ์ของตนเกี่ยวข้องกับความคิดที่บิดเบือนอย่างไร และในขณะที่เดียวกันก็ฝึกหัดแปลประสบการณ์เสียใหม่ไม่ให้เป็นไปในแง่ลบ เนื่องจากการฝึกหัดนี้ทำหลังจากที่สถานการณ์ได้ผ่านไปแล้ว ผู้บำบัดพยายามช่วยให้ผู้ป่วยได้เห็นและยอมรับวิธีการคิดของเขานั้นเป็นปัญหาต่อ

ตนเองอย่างไร และให้ความช่วยเหลือแก่ไขให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เป็นวิธีการที่เหมาะสมกว่า

เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มีโครงสร้าง ผู้บำบัดมีบทบาทเป็นผู้ดำเนินการบำบัดและชี้แนะแนวทาง เพื่อช่วยแก้ไขความผิดปกติของกระบวนการทางความคิดที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive) การแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญที่ภูมิหลังที่เป็นต้นเหตุของอาการนั้น ผู้ป่วยก็ต้องมีบทบาทและให้ความร่วมมือในการบำบัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการทำการบ้านที่ผู้บำบัดมอบหมายให้ เป็นวิธีการบำบัดที่นิยมใช้ในการบำบัดผู้คิดสุราเรื้อรัง ซึ่งประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) didactic or educational aspects (ศิลปะการสอนหรือหลักเกณฑ์การให้ความรู้) 2) cognitive techniques และ 3) behavioral techniques (Beck et al., 1993; Sadock & Sadock, 2003; Townsend, 2006; จันทิมา องค์โฆมยิต, 2545) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. Didactic (Educational) Aspects เป็นหลักพื้นฐานในการบำบัด ผู้บำบัดจะอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิด การทำงาน ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม บางครั้งผู้บำบัดอาจใช้เครื่องบันทึกเสียงหรือวีดีโอในชั่วโมงการสอน

2. Cognitive Techniques เทคนิคที่ใช้ในการบำบัดทางความคิด ประกอบด้วย การจำแนกและการแก้ไขความคิดอัตโนมัติ (cognitive errors) และการจำแนกและการแก้ไขโครงสร้างระดับลึก (core beliefs) ดังนี้

2.1 Recognizing Automatic Thoughts and Schemas ได้แก่

- Socratic Questioning ผู้บำบัดจะถามคำถามผู้รับการบำบัดเกี่ยวกับสถานการณ์ซึ่งเป็นคำถามเฉพาะ ผู้รับการบำบัดจะบอกความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ เป็นการกระตุ้นผู้รับการบำบัดเพื่อดูว่ามีความคิดผิดปกติหรือไม่ และดูความเชื่อมโยง การมีเหตุผล ความเหมาะสมของความคิด

- Imagery and Role-Play คำถามที่ไม่สามารถหาผลลัพธ์ได้ ผู้บำบัดจะใช้วิธีในการจินตนาการหรือการแสดงบทบาทสมมุติ เพื่อให้แสดงความคิดอัตโนมัติออกมาจะช่วยลดความเครียด โดยการสร้างสถานการณ์จากเหตุการณ์ โดยการจินตนาการถึงก่อนเกิดเหตุการณ์ ความเครียด เกิดที่ไหน ความรู้สึกของผู้รับการบำบัดในสถานการณ์นั้น ส่วนการแสดงบทบาทสมมุติจะไม่ใช้บ่อยเหมือนการสร้างจินตนาการ เทคนิคนี้จะใช้เมื่อผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดมี

สัมพันธภาพที่ดี ใช้ในการเชื่อมโยงสิ่งที่ผิดปกติ เป็นการตอบสนองการปรับตัวที่ผิดปกติรายบุคคล สถานการณ์แสดงเป็นการแสดงออกของความคิดอัตโนมัติ

- Thought recording เป็นการบันทึกความคิดอัตโนมัติ ผู้บำบัดสอนผู้รับการบำบัดในชั่วโมงรักษาและมอบหมายการบ้าน (Home work) โดยสอนให้ประเมินความคิด (Evaluating thoughts) ตามความถูกต้องตามความเป็นจริง (Validity) และประโยชน์ของความคิดนั้น (Utility) และบันทึกสถานการณ์ ความคิดอัตโนมัติ รวมทั้งบรรยายอารมณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์

2.2 Modifying Automatic Thought and Schemas การปรับแก้ความคิดอัตโนมัติ และโครงสร้างระดับลึก ได้แก่

- Generating Alternatives ช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นทางเลือกความเป็นไปได้มากกว่าครั้งแรก โดยผู้บำบัดแนะนำทางเลือกให้ผู้รับการบำบัด

- Examining the Evidence ใช้ตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดกำหนดไว้ล่วงหน้าในความคิดอัตโนมัติเหมือนตั้งสมมุติฐานและศึกษาเหตุการณ์ร่วมกัน

- Decatastrophizing การลองให้คาดการณ์จากสถานการณ์ที่รุนแรงที่สุด ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และช่วยให้ผู้รับการบำบัดค้นหาวิธีการรับมือ วิธีการปรับตัว และมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่วิกฤติ

- Reattribution การสร้างขึ้น การดำเนินตัวเองจากเหตุการณ์ในชีวิต และไม่มีที่สิ้นสุด ซึ่งวิธีต่างๆ ทำให้ผู้รับการบำบัดปรับตัวทำให้มีบุคลิกใหม่ได้

- Daily Record of Dysfunctional Thought (DRDT) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการบำบัดความคิดที่จะปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ Scale ที่ใช้ถามผู้รับการบำบัดถึงอัตราความเข้มแข็งของอารมณ์ 0-100 % ผู้รับการบำบัดจะบันทึกการเปลี่ยนแปลงผลของการจำแนกความคิดอัตโนมัติ

- Cognitive Rehearsal เป็นเทคนิคที่ใช้จินตนาการศักยภาพของความคิดอัตโนมัติในเหตุการณ์ ความเครียด เป็นการช่วยจำแนกและปรับความคิดอัตโนมัติ โดยการให้การบ้านกับผู้รับการบำบัด ฝึกการเขียนใหม่โดยใช้สถานการณ์จริง

3. Behavioral techniques ความเชื่อในทฤษฎีการปรับความคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์กันระหว่างความคิดและพฤติกรรม ความคิดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และพฤติกรรมก็มีอิทธิพลต่อความคิด โครงสร้างในการบำบัดคือการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม กลวิธีที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการเรียนรู้มีดังนี้

3.1 Activity Scheduling การจัดการตารางกิจกรรม โดยการให้ผู้รับการบำบัดบันทึกกิจกรรมทุกอย่างทุกชั่วโมง หรือผู้รับการบำบัดให้คะแนนความสามารถการเอาชนะและความพึงพอใจ (mastery and pleasure) โดยให้คะแนนจาก 0-10 เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดเห็นความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมและความรู้สึกของตนเอง การแยกแยะความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมและอาการทำให้ผู้บำบัดสามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงเป้าหมาย

3.2 Graded Task Assignments การมอบหมายอย่างเป็นขั้นตอน เป็นเทคนิคการแบ่งปัญหาเป็นปัญหาย่อยๆ และแก้ปัญหาจากง่ายไปยาก การแก้ปัญหาช่วยทำให้บรรลุเป้าหมายและประสบความสำเร็จในแต่ละขั้นตอน จะช่วยเพิ่มการมีคุณค่าในตนเองและลดความรู้สึกสิ้นหวัง

3.3 Behavioral Rehearsal เป็นการนำหลักการที่ได้มาฝึกซ้อมให้เกิดทักษะทางความคิด นำมาคิดแปลง ปรับปรุง แก้ไขพฤติกรรม และความคิดที่ผิดปกติ

3.4 Distraction การจำแนกความคิดที่ผิดปกติ โดยเลือกกิจกรรมมาบำบัดเพื่อให้ผู้รับการบำบัดห่างออกมา หลุดออกจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความคิดที่ผิดปกติกับตนเอง

3.5 Miscellaneous Technique เทคนิคอื่นๆ เช่น การฝึกการผ่อนคลาย, การฝึกการกล้าแสดงออก มีประโยชน์สำหรับผู้ที่ไม่กล้าปฏิบัติผู้อื่น, การเลียนแบบบทบาท เป็นเทคนิคที่มีบทบาทในการรักษาผู้ติดสุรา หรือการฝึกทักษะทางสังคม เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีผู้ที่กล่าวถึงเทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไว้หลายหลากเทคนิค ได้แก่ 1) การบอกอารมณ์ตนเอง 2) การประเมินระดับอารมณ์ 3) การหาความคิดอัตโนมัติ 4) เทคนิคการฝึกการสอนตนเอง 5) เทคนิคการฝึกการจัดการความวิตกกังวล 6) เทคนิคการฝึกทักษะการแก้ปัญหา 7) เทคนิคการแก้ปัญหาทางปัญญาระหว่างบุคคล 8) เทคนิคการฝึกการป้องกันความเครียด และ 9) เทคนิคการหยุดความคิด (กรมสุขภาพจิต, 2550; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549; สุขชาติ พหลภักย์, 2547) ดังนี้

1. การบอกอารมณ์ตนเอง (*Identifying Moods*) อารมณ์เป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด การที่บุคคลสามารถบอกถึงอารมณ์ตนเองได้จะทำให้เกิดการระลึกรู้ (*awareness*) ทำให้สามารถตั้งเป้าหมายจะจัดการกับอารมณ์ได้ โดยสิ่งที่จะบอกว่าเป็นอารมณ์ คือ 1) Mood มักบรรยายได้ด้วยคำสั้นๆ เช่น โกรธ เศร้า กังวล 2) Strong mood เป็นตัวบอกว่ากำลังมีเรื่องสำคัญเกิดขึ้นในชีวิต 3) identify moods ช่วยให้เราสามารถตั้งเป้าหมายและติดตามผลได้ 4) อาการทางกายอาจเป็นตัวช่วยบอกอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า อาการทางกายเป็นลักษณะเซื่องซึม ไร้เรี่ยวแรง อารมณ์ที่เกิดขึ้นจะกระทบกระเทือนต่อความสามารถในการคิด การแก้ปัญหา และอารมณ์มีความสัมพันธ์กับสถานการณ์ ในสถานการณ์เดียวกันความคิดหรือการตีความเหตุการณ์ต่างกัน ก็ทำให้อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมแสดงออกมานั้น บุคคลไม่สามารถแยกออกจากกันได้ระหว่าง

ความคิดต่อเหตุการณ์กับอารมณ์ที่เกิดขึ้น การฝึกเขียนบันทึกเหตุการณ์และอารมณ์จะทำให้เห็นภาพชัดเจนขึ้น

2. การประเมินระดับอารมณ์ (Rating Moods) อารมณ์แต่ละชนิดในเวลาที่แตกต่างกัน ระดับความรุนแรงจะไม่เท่ากัน ผู้บำบัดจะต้องช่วยผู้ป่วยสร้างระดับความรุนแรงของอารมณ์ การกำหนดระดับอารมณ์ทำให้ผู้บำบัดสามารถประเมินได้ ประโยชน์ของการประเมินระดับอารมณ์

- 1) ช่วยให้ผู้รู้ระดับความแรง (intensity) ของอารมณ์
- 2) ช่วยให้เห็นการขึ้นลง (fluctuation) ของอารมณ์
- 3) เตือนให้รู้ว่าเหตุการณ์หรือความคิดไหนมีผลต่ออารมณ์ และ
- 4) ใช้ในการเปลี่ยนแปลงระดับอารมณ์ เป็นส่วนบอกกว่าวิธีที่ใช้จัดการอารมณ์นั้นมีประสิทธิภาพขนาดไหน

3. การหาความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought) ความคิดอัตโนมัติเป็นความคิดที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์อย่างอัตโนมัติทันทีทันใด ก่อนที่จะเกิดเป็นอารมณ์และการแสดงออกของพฤติกรรม การค้นหาความคิดอัตโนมัติในผู้ป่วยอาจทำได้โดยการตั้งคำถาม คำถามที่ใช้มีดังนี้ “ตอนที่เกิดเหตุการณ์นั้นคุณจำได้ไหมว่าคิดอะไรขึ้นมา” “ตอนที่เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นคุณนึกเห็นภาพอะไร” “สิ่งที่คุณคิดเป็นจริง หมายความว่าตัวคุณเป็นอย่างไร” “สิ่งนี้มีความหมายอย่างไรกับตัวคุณ ชีวิตคุณ หรืออนาคตของคุณ” “ถ้าสิ่งที่คุณคิดเป็นจริง หมายความว่าคนอื่นจะมองคุณอย่างไร” “สิ่งนี้มีความหมายว่าคนอื่นเป็นอย่างไร” “ถ้าสิ่งที่คุณคิดเป็นจริง แล้วคุณคิดว่าจะเกิดอะไรขึ้น หรือคุณกลัวว่าจะเกิดอะไรขึ้น” “ถ้าความคิดนี้เป็นเรื่องจริง เรื่องแย่ที่สุดที่อาจเกิดขึ้นได้คืออะไร”

4. เทคนิคการฝึกการสอนตนเอง (Self-Instructional Training) เป็นเทคนิคที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไข โดยมีแนวคิดว่าการฝึกสอนตนเองเป็นพฤติกรรมภายในที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อพฤติกรรมภายในเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมภายนอกย่อมเปลี่ยนตามไปด้วย วิธีการฝึกการสอนตนเองใช้ทั้งตัวแบบและการเสริมแรงทางบวก ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1) ตัวแบบเสนอพฤติกรรมการทำงาน พร้อมทั้งพูดขั้นตอนในการทำงานด้วยเสียงอันดังในขณะที่ผู้ที่ได้รับการฝึกการสอนตนเองนั้นสังเกตอยู่
- 2) ให้ผู้ที่ได้รับการฝึกการสอนตนเองทำงานเช่นเดียวกับตัวแบบ และทำไปพร้อมกับตัวแบบตามขั้นตอนที่ตัวแบบบอก
- 3) ให้ผู้ที่ได้รับการฝึกการสอนตนเองทำงานเช่นเดียวกับตัวแบบนี้ และจะต้องพูดขั้นตอนในการทำงานเช่นเดียวกับที่ตัวแบบพูดด้วยเสียงอันดัง
- 4) ให้ผู้ที่ได้รับการฝึกการสอนตนเองทำงานเช่นเดียวกับตัวแบบและให้พูดขั้นตอนต่างๆ พร้อมกับทำไปด้วยนั้นด้วยเสียงที่เบา
- 5) ให้ผู้ที่ได้รับการฝึกการสอนตนเองทำงานเช่นเดียวกับตัวแบบ และพูดขั้นตอนต่างๆ ในใจพร้อมกับทำไปด้วย

5. เทคนิคการฝึกการจัดการความวิตกกังวล (*Anxiety-Management Training* หรือ *AMT*) ซึ่งแนวความคิดของ AMT เชื่อว่าความวิตกกังวลเกิดขึ้นจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าและมีการตอบสนองอย่างอัตโนมัติ การแยกสิ่งเร้าทำให้สามารถควบคุมความวิตกกังวลได้ AMT มุ่งเน้นที่จะกำจัดความวิตกกังวลโดยไม่ให้ความสนใจต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลอย่างเฉพาะเจาะจง ในขั้นแรกผู้รับการบำบัดจะได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อลึก ตามด้วยการจินตนาการภาพที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล และให้ฝึกการผ่อนคลายหรือจินตนาการสนองตอบต่อสิ่งเร้าในรูปแบบอื่นๆ ซึ่งสิ่งเร้าที่ใช้กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลนั้นอาจไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ก็ได้ การฝึกนี้มุ่งหวังให้เกิดการแผยขยายการสนองตอบต่อสิ่งเร้าที่อาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลในอนาคตนั่นเอง

6. เทคนิคการฝึกทักษะการแก้ปัญหา (*Problem-Solving Therapy*) วิธีการบำบัดโดยการแก้ปัญหานั้นเป็นรูปแบบของการฝึกการควบคุมตนเอง โดยที่มุ่งเน้นให้ผู้รับการบำบัดสามารถที่จะบำบัดได้ด้วยตนเอง วิธีการฝึกให้ผู้รับการบำบัดสามารถที่จะแก้ปัญหาได้นั้น มี 5 ขั้นตอน คือ

- 1) สร้างให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและการแก้ปัญหา ซึ่งผู้บำบัดนั้นจะต้องทำให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจและยอมรับได้ว่าปัญหาที่แท้จริงนั้นอยู่ที่ไหนเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญอย่างมากต่อความสำเร็จในการบำบัดแบบการแก้ปัญหา เช่น การเป็นโรคเอดส์ซึ่งรักษาไม่ได้ เป็นการแก้ไขไม่ได้ ปัญหาไม่ได้เกี่ยวกับการเป็น โรคเอดส์ แต่อยู่ที่จะปรับตัวอย่างไรให้อยู่กับการที่เป็นโรคเอดส์มากกว่า นอกจากนี้ผู้บำบัดจะต้องชี้แนะให้ผู้รับการบำบัดประเมินกระบวนการแก้ปัญหาหลายๆ ทางและเลือกกระบวนการแก้ปัญหาที่ประเมินแล้วว่าจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการแก้ปัญหา

- 2) กำหนดปัญหาและตั้งเป้าหมาย ในขั้นตอนนี้ผู้บำบัดจะต้องช่วยให้ผู้รับการบำบัดกำหนดปัญหาและเป้าหมายให้ชัดเจน มุ่งเน้นให้แก่ที่สภาพการณ์ของปัญหา

- 3) เสนอทางเลือกในการแก้ปัญหาหลายๆ ทาง ขั้นตอนนี้ผู้บำบัดจะใช้เทคนิคการระดมสมอง (*Brainstorming*) โดยให้ผู้รับการบำบัดคิดวิธีการแก้ปัญหาหลายๆ วิธีให้มากที่สุดเท่าที่จะคิดได้ไม่ว่าจะแก้ปัญหาได้หรือไม่ก็ได้ก็ตาม พร้อมทั้งให้การเสริมแรงกับวิธีการแก้ปัญหาที่ผู้รับการบำบัดคิดได้ และให้ผู้เข้ารับการบำบัดจดบันทึกวิธีการปัญหาที่คิดได้ลงในกระดาษ

- 4) ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด วิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดนั้นให้พิจารณาทั้งในด้านลบและด้านบวก และให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ตนเองรู้สึกว่าจะทำได้ดีและสบายใจมากกว่า เป็นวิธีการที่จะใช้ในการแก้ปัญหา

- 5) ดำเนินการแก้ปัญหาตามวิธีการที่เลือกและประเมินผลที่เกิดขึ้น

ในการบำบัดการฝึกทักษะการแก้ปัญหา สามารถใช้ได้กับบุคคลที่กำลังเผชิญปัญหาอยู่ในขณะนั้น หรือใช้ในการฝึกให้กับบุคคลทั่วไปที่ยังไม่ได้เผชิญกับปัญหาใดๆ เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นมีทักษะในการแก้ปัญหาเมื่อจะต้องเผชิญกับปัญหาในอนาคต

7. เทคนิคการแก้ปัญหาทางปัญญาระหว่างบุคคล (*The Interpersonal Cognitive Problem-Solving หรือ ICPS*) เป็นรูปแบบของการแก้ปัญหาทางปัญญาระหว่างบุคคลในการฝึกทักษะให้ผู้รับการบำบัดมีความสามารถในด้านต่างๆ ดังนี้

- 1) สามารถที่จะตระหนักถึงสัญญาณหรือเงื่อนไขที่จะทำให้เกิดสถานการณ์ที่เป็นปัญหาได้ในสภาพแวดล้อมที่เขาอยู่
- 2) สามารถที่จะคิดถึงแนวทางในการแก้ปัญหาระหว่างบุคคลได้หลายๆ ทาง
- 3) สามารถที่จะวางแผนตามขั้นตอนในแนวทางที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ปัญหา
- 4) สามารถที่จะคาดคะเนถึงผลที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาวของแนวทางการแก้ปัญหานั้นได้
- 5) สามารถที่จะแยกแยะแรงจูงใจต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำของบุคคลได้

8. เทคนิคการฝึกการป้องกันความเครียด (*Stress Inoculation Training*) วิธีการฝึกการป้องกันความเครียด มีวิธีการดังต่อไปนี้

- 1) สอนให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจถึงธรรมชาติของปฏิกิริยาสนองต่อความเครียด
- 2) สอนทักษะการเอาชนะความเครียดทั้งทักษะทางพฤติกรรมและทักษะทางปัญญา รวมทั้งการฝึกการผ่อนคลาย การใช้การพูดกับตนเอง และการเสริมแรงตนเองด้วย
- 3) ให้ผู้รับการบำบัดได้เผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งการทำเช่นนี้จะเป็นการฝึกให้ใช้ทักษะต่างๆ ที่ได้เรียนรู้ไป

9. เทคนิคการหยุดความคิด (*Thought Stopping*) เป็นเทคนิคที่ใช้ในการบำบัดบุคคลที่มีความคิดปกติทางอารมณ์ เป็นเทคนิคที่ง่ายและมีประสิทธิภาพในการยับยั้งความคิดที่ไม่พึงประสงค์ มีวิธีการที่สำคัญ 3 ประการ ดังต่อไปนี้ (ประเทือง ภูมิภักทราคม, 2544)

- 1) ให้ผู้รับการบำบัดคิดถึงเหตุการณ์ที่ทำให้มีความวิตกกังวล ขณะที่ผู้รับการบำบัดกำลังคิดอยู่นั้น ให้ผู้บำบัดตะโกนด้วยเสียงอันดังว่า “หยุด” ให้ทำโดยไม่ให้ผู้รับการบำบัดรู้ตัว และทำซ้ำหลายๆ ครั้ง
- 2) ฝึกให้ผู้รับการบำบัดคิดถึงเหตุการณ์ที่ทำให้มีความวิตกกังวลและตะโกนด้วยเสียงอันดังว่า “หยุด” ฝึกซ้ำหลายๆ ครั้งจนกว่าผู้รับการบำบัดจะทำได้

3) ฝึกให้ผู้รับการบำบัดคิดถึงเหตุการณ์ที่ทำให้มีความวิตกกังวลและตะโกน คำว่า “หยุด” ในใจ ฝึกซ้ำหลายๆ ครั้งจนกว่าผู้รับการบำบัดจะทำได้

การใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตสุรา

การใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตสุราอาศัยหลักการรักษา 2 ประการ คือ 1) วิธีการคิดและความคิดที่ผิดและบิดเบือนของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของการนึกคิดไปในทางลบ (pattern of negative thoughts) หรือรูปแบบของความคิดที่เกิดขึ้นอย่างทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นก่อนที่บุคคลผู้นั้นจะเกิดความรู้สึกเป็นปฏิกิริยาต่อสถานการณ์นั้น และ 2) การวิเคราะห์แบบแผนการแปลข้อมูลของความคิดที่บิดเบือน (Beck et al., 1993 อ้างในดรุณี ภูขาว, 2547) ดังนี้

1. วิธีการคิดและความคิดที่ผิดและบิดเบือนของผู้ป่วย ซึ่งลักษณะเนื้อหาความคิดที่มีอิทธิพลทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการใช้สุราและการติดสุรา ตามแนวคิดนี้ได้รวมความถึงการใช้เหตุผลที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ซึ่งเป็นการนำไปสู่การตีความสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ อย่างไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

2. การวิเคราะห์แบบแผนการแปลข้อมูลของความคิดที่บิดเบือน ซึ่งเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนไปจากความจริง สามารถวิเคราะห์แบบแผนการแปลข้อมูลได้ในเนื้อหาของรูปแบบความคิดสามระดับคือ 1) ความคิดโครงสร้างระดับลึก (Core Schema) 2) ความคิดที่เกี่ยวกับกฎเกณฑ์ที่ตนควรประพฤติอยู่ในรูปประโยคเงื่อนไข และ 3) ความคิดชนิดผิวเผิน (Automatic thoughts) ซึ่งเป็นความคิดที่มีต่อประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างอัตโนมัติ โดยเนื้อหาของความคิดชนิดผิวเผินจะสอดคล้องกับความคิด โครงสร้างระดับลึกความคิดที่เกี่ยวกับกฎเกณฑ์ที่ตนควรประพฤติ (ดรุณี ภูขาว, 2547)

ความคิดโครงสร้างระดับลึก (Core Schema) หมายถึง ความคิดที่ฝังแน่น และตายตัวของบุคคลที่เกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อตนเองหรือสิ่งต่าง ๆ รอบตัวรวมทั้งสุราหรือพฤติกรรมดื่มสุรา ความคิดโครงสร้างระดับลึกนี้ได้รับการพัฒนามาตั้งแต่บุคคลอยู่ในวัยเด็กยากต่อการเปลี่ยนแปลง ความคิดโครงสร้างระดับลึกที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมติดสุราจัดได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) ความคิดโครงสร้างระดับลึกที่เกี่ยวกับการมองตนเอง และ 2) ความคิดโครงสร้างระดับลึกที่เกี่ยวกับสุรา

1. แนวคิดโครงสร้างระดับลึกที่เกี่ยวกับการมองตนเอง ความคิดโครงสร้างระดับลึกนี้ได้รับการพัฒนามาตั้งแต่บุคคลอยู่ในวัยเด็กยากต่อการที่จะเปลี่ยนแปลงจากการแนะนำอย่างตรงไปตรงมา ปัญหาเหล่านี้เกิดจากการพัฒนาการบุคลิกภาพของเด็กไม่ได้รับการตอบสนอง เช่น

1.1 การไม่มีความผูกพัน การถูกปฏิเสธหรือมิได้รับการยอมรับ ถูกผู้เลี้ยงดูทำโทษ ทำร้ายร่างกาย เด็กกลุ่มนี้โตขึ้นมักเลือกใช้กลไกทางจิตที่เกี่ยวกับการทำร้ายตนเอง เช่น การดื่มสุรา

บุหรี ตลอดจนยาเสพติด เด็กจะมีความคิดเกี่ยวกับสุรว่าเป็นเพื่อนที่ดีที่สุดในยามทุกข์ เนื้อหารูปแบบ 3 ระดับ คือ

- ความคิดโครงสร้างระดับลึก เช่น สุรเป็นเพื่อนที่ดีที่สุดในยามที่ฉันทุกข์
- ความคิดที่เกี่ยวกับกฎเกณฑ์ที่ตนควรประพฤติในรูปประโยคเงื่อนไข

เช่น ถ้าฉันเกิดอารมณ์เครียดฉันจะต้องไปดื่มสุรา

- ความคิดผิวเผิน เช่น ฉันต้องดื่มสุราเพื่อให้หายเครียด

1.2 ไม่มีความเป็นตัวของตัวเองและคิดว่าตนไม่มีความสามารถ เป็นคนล้มเหลว ไม่มีทางประสบความสำเร็จ มีปมด้อย ใช้สุรทำให้ตนเองมีความมั่นใจ และยังช่วยให้ลืมความคิดที่ตนคับข้องใจ เนื้อหารูปแบบ 3 ระดับ คือ

- ความคิดโครงสร้างระดับลึก เช่น ตนเองไม่มีความสามารถ ไม่มีทางทำสำเร็จ

- ความคิดที่เกี่ยวกับกฎเกณฑ์ที่ตนควรประพฤติในรูปประโยคเงื่อนไข เช่น ฉันต้องการจะเปลี่ยนแปลงนิสัยการดื่มสุราฉันต้องไม่มีทางทำได้แน่ๆ

- ความคิดผิวเผิน เช่น ฉันทำไม่ได้

1.3 ขาดประสิทธิภาพในการควบคุมหรือมีวินัยต่อตนเอง เด็กกลุ่มนี้จะถูกตามใจ ไม่เคยอยู่ในภาวะไม่สุขสบาย ไม่มีความยุ่งยากใจ เด็กจะขาดประสิทธิภาพในการเผชิญกับความคับข้องใจ มักจะคิดโทษบุคคลหรือสิ่งต่าง ๆ รอบข้างเป็นสาเหตุ จะใช้กลไกชนิดหลบหนี ซึ่งสุรเป็นวิธีหนึ่งซึ่งช่วยให้สามารถหลบหนีหรือหลีกเลี่ยงสภาวะนี้ได้

1.4 การถูกเลี้ยงอย่างมีเงื่อนไข เด็กจะเรียนรู้ที่จะระงับอารมณ์หรือความต้องการที่พ่อแม่ไม่ชอบเพื่อให้ได้รับความรักจากพ่อแม่ เด็กจะมีความคิดมาจากการเรียนรู้ว่าการดื่มสุรจะทำให้ตนได้รับการยอมรับจากเพื่อนหรือสังคม เนื้อหารูปแบบ 3 ระดับ คือ

- ความคิดโครงสร้างระดับลึก เช่น ดื่มสุรทำให้ได้รับการยอมรับจากเพื่อน

- ความคิดที่เกี่ยวกับกฎเกณฑ์ที่ตนควรประพฤติในรูปประโยคเงื่อนไข เช่น เพื่อนไม่ยอมรับฉันที่ฉันปฏิเสธที่จะดื่มสุรากับเพื่อน

- ความคิดผิวเผิน เช่น ฉันเกรงใจเพื่อน

1.5 ระมัดระวังในการที่จะแสดงออกและไม่กล้าแสดงออก เนื้อหารูปแบบ 3 ระดับ คือ

- ความคิดโครงสร้างระดับลึก เช่น ดื่มสุรทำให้กล้าแสดงออก

- ความคิดที่เกี่ยวกับกฎเกณฑ์ที่ตนควรประพฤติในรูปประโยชน์อื่น
เช่น ถ้าฉันดื่มสุราฉันจะกล้ำมากขึ้น

- ความคิดผิวเผิน เช่น สิ่งที่จะช่วยให้กล้าได้ ต้องเป็นสุราเท่านั้น

2. ความคิด โครงสร้างระดับลึกที่เกี่ยวกับสุรา ผู้ที่ติดสุราจะมีความคิดเกี่ยวกับสุราดังนี้

2.1 ความคิดที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดการตัดสินใจเลือกที่จะใช้สุรา (Permission giving belief or rationalization) หรือความคิดที่มีลักษณะเป็นการเข้าข้างตนเอง ซึ่งอาจมีเนื้อหาในลักษณะที่บิดเบือนที่มีอยู่ ไม่น่าเชื่อ ไร้เหตุผล ระหว่างผลประโยชน์และโทษจากการดื่มสุรา

2.2 ความคิดที่จะได้รับความสนุกสนาน คาดหวังว่าสุราเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิต เนื่องจากช่วยให้ตนเกิดการผ่อนคลาย (Positive outcome expectation) เช่น การดื่มสุราเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการคลายเครียด

2.3 ความคิดที่เกี่ยวกับการให้เหตุผลที่มาของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง (Self Attribution) เช่น ถ้าไม่ดื่มเหล้าฉันจะทำงานหรือดำเนินชีวิตต่อไปไม่ได้

2.4 ความคิดที่เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองภายหลังจากการประสบความล้มเหลวในความพยายามครั้งแรกที่จะควบคุมการดื่มสุราของตนเอง (Abstinence violation effect)

2.5 ความคิดที่เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าจะสามารถจัดการกับความรู้สึกอยากที่จะดื่มสุราได้มากน้อยเพียงใด (Self Efficacy)

ปัจจัยที่ผู้บำบัดควรตระหนักถึงในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุรา

ปัจจัยที่อาจจะเป็นอุปสรรคที่ทำให้บุคคลไม่สามารถเปลี่ยนแปลงการดื่มสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้บำบัดควรตระหนักถึงในการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุรานั้น พอจะสรุปได้ดังนี้ (ครุณี ภูขาว, 2545 อ้างในนิชนันท์ คำล้าน, 2547)

ด้านร่างกาย อาการอยาก (Craving Symptoms Conditional with Cues) อาการขาดสุรา (Alcohol Withdrawal Symptoms) เป็นอาการที่ทำให้ผู้ติดสุราไม่สามารถที่จะทนใจแข็ง ที่จะปฏิเสธตนเองรู้สึกทรมานเมื่อขาดสุราได้เพราะ อาการอยากเป็นความต้องการด้านจิตใจที่เกิดจากการคิดว่า ถ้าได้ดื่มสุราจะทำให้รู้สึกหายเปรี้ยวปาก ปัจจัยด้านพันธุกรรมที่มียีนส์ที่อ่อนแอจะเป็นตัวเสริมที่ทำให้อดดื่มสุราไม่ได้ จึงทำให้ผู้ติดสุรามีแนวโน้มที่จะกลับไปดื่มอีก การบำบัดต้องฝึกให้ผู้ติดสุรา รู้จักปรับความคิด และหาเทคนิคทางกาย เช่น การดื่มน้ำเย็น ๆ หรือรับประทานผลไม้ หรืออมลูกอมแทน และเทคนิคทางใจ เช่น คิดว่าดื่มสุราทำให้ตนเองเป็นอันตราย หรือคิดถึงเป้าหมาย เป็นต้น

ด้านความคิด เนื้อหาความคิดบิดเบือน (Cognitive Distortion) ซึ่งปรากฏในรูปแบบความคิดชนิดต่างๆ เช่น การมองสุราว่ามีประโยชน์ เกี่ยวข้องกับความสามารถในการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self Efficacy) ขาดการตระหนักถึงผลกระทบจากการใช้สุราที่เกิดขึ้นกับตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราอีก

ด้านจิตใจ อารมณ์ไม่ดี (Negative Emotional States) เช่น อารมณ์เศร้า วิตกกังวลเสียใจ ก่อให้เกิดความยากลำบากในการควบคุมอารมณ์ มักมีกลไกทางจิตแบบทำร้ายตนเอง และบุคลิกภาพพึ่งพิง (Dependent Personality) มีแนวโน้มที่จะกลับไปดื่มสุราอีก ผู้บำบัดควรฝึกทักษะในการควบคุมอารมณ์ และการระบายอารมณ์อย่างถูกวิธีที่ไม่เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นให้กับผู้ติดสุรา

ด้านจิตวิญญาณ การที่ไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจ ไม่มีเป้าหมายในชีวิต ทำให้ไม่มีแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง ไม่มีความหวัง และไม่มีความต้องการในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา ดังนั้นการบำบัดผู้ติดสุราควรค้นหาแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ จะช่วยให้ผู้ติดสุรามีกำลังใจในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้

ปัจจัยทางพฤติกรรม การเรียนรู้ทางพฤติกรรมมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ติดสุราสามารถเลิกสุราได้ ศักยภาพในการควบคุมตนเอง (Self Regulation) ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการจัดการกับสิ่งกระตุ้น และการหยุดความคิด (Thought Stopping) ที่จะนำไปสู่การดื่มสุราได้ ปัจจัยเหล่านี้ ถ้าผู้ติดสุราเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะปฏิบัติให้เกิดการเปลี่ยนแปลงก็ไม่อยากฝึกทักษะไม่อยากเรียนรู้และมีพฤติกรรมเดิมที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นต้องเพิ่มขีดความสามารถให้ผู้ติดสุรา โดยเน้นถึงประสบการณ์การหยุดดื่มสุราได้ของผู้ติดสุรา เพื่อเป็นจุดแข็งทำให้ผู้ติดสุราเกิดความพอใจ และมั่นใจว่าจะทำได้เพราะเคยทำมาแล้ว

ด้านอาชีพ การไม่มีงานทำ ทำให้ผู้ติดสุราคิดมาก เป็นปมด้อย คุณค่าในตนเองต่ำ มีเวลาว่างมากจึงมีโอกาสดื่มสุราได้ ดังนั้นผู้ติดสุราควรได้รับการช่วยเหลือในด้านการฝึกทักษะทางอาชีพให้ (Vocation Skill)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การนำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy, CBT) มาใช้ในผู้ป่วย Alcohol Withdrawal และ Alcohol dependence ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยสามารถลดหรือเลิกดื่มสุราโดยการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดที่ไม่เหมาะสมของผู้ติดสุราเรื้อรัง ซึ่งผู้บำบัดจะฝึกสอนให้ผู้ติดสุราเกิดการเรียนรู้ สอนการฝึกทักษะทางความคิด การฝึกซ้อมการปรับพฤติกรรม การเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งการฝึกทักษะต่างๆ จะช่วยให้ผู้ติดสุราสามารถปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะรวบรวม และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้การบำบัดทางความคิด

และพฤติกรรม อันจะทำให้ผู้ศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ติศุราสามารถลดหรือเลิกดื่มศุราได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตสุราเรื้อรัง โดยการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในส่วนของเนื้อหาในบทนี้จะเป็นการนำเสนอวิธีการในการทบทวนวรรณกรรม การสืบค้นข้อมูล การรวบรวมข้อมูล เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตสุราเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ คือ (Polit and Hungler, 1997)

1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน (Search for information sources) ประกอบด้วย
 - 1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source)
 - 1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key word)
 - 1.3 เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย (Inclusion criteria)
2. แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ประกอบด้วย
 - 2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality)
 - 2.2 การกั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction)

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน (Search for information sources)

1. แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source) ที่ใช้ในการสืบค้นทรัพยากรสารสนเทศ (Information resource) ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตสุราเรื้อรัง พิจารณาจากวัสดุตีพิมพ์ผลงานวิจัย วิทยานิพนธ์ จากห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆ และสถาบันที่เกี่ยวข้อง หลักฐานอ้างอิงจากงานวิจัยที่สามารถนำไปสืบค้นงานวิจัยและนำมาค้นหาเนื้อหาฉบับเต็ม (Full text) ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศได้อีก วิธีการสืบค้นข้อมูลมี 2 วิธี คือ

1) สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ได้แก่ Pub Med, CINAHL, Ovid, Medline Ovid, Blackwell Synergy, Science Direct และ Cochrane.Org. ตั้งแต่ปีค.ศ. 1990-2005

2) การสืบค้นด้วยมือ (hand search) ซึ่งวิธีการสืบค้นด้วยมือนี้มีวิธีการปฏิบัติ 2 วิธี คือ 1) โดยนำชื่อเรื่องงานวิจัยที่มีแต่บทคัดย่อ (abstract) ที่ได้จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์มาค้นหาเนื้อหาฉบับเต็ม (Full text) 2) สืบค้นงานวิจัยซึ่งเป็นหลักฐานอ้างอิง (Reference list) ทางวิชาการ วิทยานิพนธ์ในประเทศไทย โดยฐานข้อมูลที่เลือกใช้มีดังนี้ ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (MULINET) ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (library.car.chula) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น (md.kku) และห้องสมุดโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ตั้งแต่ปีค.ศ. 1990- 2005

2. คำสำคัญในการสืบค้น (Key word) ที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่สนใจ ได้แก่ Cognitive behavior therapy, CBT, Alcoholism, Alcohol Dependence, Addition, สารเสพติด, การติดสุราหรือแอลกอฮอล์, การปรับความคิด, การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม, โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และ Cognitive behavior therapy and Alcohol Dependence

3. เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้

1) ชนิดของการจัดกระทำหรือการบำบัด ต้องเป็นงานวิจัยที่ศึกษาวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุราเรื้อรังโดยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

2) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาจากการคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยติดสุราเรื้อรัง

3) ชนิดหรือประเภทของหลักฐานหรืองานวิจัย พิจารณางานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบชนิดสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และงานวิจัยกึ่งทดลอง

4) เป็นงานวิจัยที่สามารถหาฉบับเต็ม (Full text) ได้

โดยรายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ใช้ คำสำคัญการสืบค้นจำนวนการศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้ แสดงไว้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน การศึกษา งานวิจัยที่ สืบค้นได้	จำนวน การศึกษา งานวิจัยที่ ตรงตาม เกณฑ์	จำนวน งานวิจัย หลังจากตัด เรื่องที่ซ้ำ
PUBMED	Cognitive behavior therapy and Alcoholism	276	1	1
	CBT and Alcoholism	52	5	5
	Cognitive behavior therapy and Alcohol Dependence	64	5 (4)	1
	CBT and Alcohol Dependence	56	4 (4)	0
Science Direct	Cognitive behavior therapy and Alcoholism	11	2 (2)	0
	CBT and Alcoholism	0	0	0
	Cognitive behavior therapy and Alcohol Dependence	14	1 (1)	0
	CBT and Alcohol Dependence	0	0	0
CINAHL	Cognitive behavior therapy and Alcoholism	0	0	0
	CBT and Alcoholism	12	0	0
	Cognitive behavior therapy and Alcohol Dependence	0	0	0
	CBT and Alcohol Dependence	12	0	0
OVID	Cognitive behavior therapy and Alcoholism	0	0	0
	CBT and Alcoholism	7	0	0

หมายเหตุ : จำนวนตัวเลขในวงเล็บ () คือ จำนวนของงานวิจัยที่ซ้ำกับฐานข้อมูลอื่น

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน การศึกษา งานวิจัยที่ สืบค้นได้	จำนวน การศึกษา งานวิจัยที่ ตรงตาม เกณฑ์	จำนวน งานวิจัย หลังจากตัด เรื่องที่ซ้ำ
OVID (ต่อ)	Cognitive behavior therapy and Alcohol Dependence	4	0	0
	CBT and Alcohol Dependence	0	0	0
MEDLINE	Cognitive behavior therapy and Alcoholism	12	0	0
	CBT and Alcoholism	0	0	0
	Cognitive behavior therapy and Alcohol Dependence	0	0	0
	CBT and Alcohol Dependence	0	0	0
Blackwell Synergy	Cognitive behavior therapy and Alcoholism	51	2 (2)	0
	CBT and Alcoholism	20	0	0
	Cognitive behavior therapy and Alcohol Dependence	0	0	0
	CBT and Alcohol Dependence	20	0	0
Cochrance. Org.	Cognitive behavior therapy and Alcoholism	13	0	0
	CBT and Alcoholism	0	0	0
	Cognitive behavior therapy and Alcohol Dependence	0	0	0

หมายเหตุ : จำนวนตัวเลขในวงเล็บ () คือ จำนวนของงานวิจัยที่ซ้ำกับฐานข้อมูลอื่น

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน การศึกษา งานวิจัยที่ สืบค้นได้	จำนวน การศึกษา งานวิจัยที่ ตรงตาม เกณฑ์	จำนวน งานวิจัย หลังจากตัด เรื่องที่ซ้ำ
Cochrance. Org. (ต่อ)	CBT and Alcohol Dependence	0	0	0
ห้องสมุด จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย (library.car.ch ula)	Cognitive behavior therapy and Alcoholism	0	0	0
	CBT and Alcoholism	0	0	0
	CBT and Alcohol Dependence	0	0	0
	Cognitive behavior therapy and Alcohol Dependence	0	0	0
ห้องสมุด มหาวิทยาลัย ขอนแก่น (www.md.kku)	Cognitive behavior therapy and Alcoholism	2	2 (2)	0
	Cognitive behavior therapy and Alcohol Dependence	2	2	2
ห้องสมุด โรงพยาบาล รัฐราษฎร์	Cognitive behavior therapy and Alcoholism	0	0	0
	Cognitive behavior therapy and Alcohol Dependence	1	0	0
รวม		629	24 (15)	9

หมายเหตุ : จำนวนตัวเลขในวงเล็บ () คือ จำนวนของงานวิจัยที่ซ้ำกับฐานข้อมูลอื่น

จากคำสำคัญที่กำหนด สามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทุกฐานข้อมูลได้ด้วยการอ่านบทคัดย่อและนำชื่อเรื่องงานวิจัยที่มีแต่บทคัดย่อ (Abstract) มาค้นหาฉบับเต็ม (Full text) จากงานวิจัย วารสารต่างๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เมื่อพิจารณาจากบทคัดย่อแล้วหากข้อมูล

ที่เหมือนกันอยู่ในฐานข้อมูลมากกว่าหนึ่งฐานข้อมูล ผู้ศึกษาจะเลือกมาเพียงฐานข้อมูลเดียว มีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์และมีฉบับเต็ม (Full text) ที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้ 9 เรื่อง

แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อการเลิกสูราในผู้ติดสุราเรื้อรัง มีแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ดังนี้ 1) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 2) การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย

การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality) นำงานวิจัยทั้งหมดมาทำการประเมินคุณภาพงานวิจัยตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งมีการแบ่งระดับของหลักฐาน (Level of evidence) ดังนี้

ระดับ A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น Randomized Controlled Trails: RCT หรืองานวิจัยเดี่ยวที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (RCT)

ระดับ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled trails) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม ได้แก่ non-randomized controlled trails, cohort study, case control study

ระดับ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ หรืองานวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study)

ระดับ D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (expert consensus)

ในการศึกษานี้ เมื่อคัดเลือกรื่องที่ไม่ซ้ำกัน จากฐานข้อมูลอันใดอันหนึ่งแล้ว รวบรวมงานวิจัยที่ค้นได้ฉบับเต็ม (Full Text) จำนวน 9 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่เป็นหลักฐานอ้างอิงระดับ A จำนวน 5 เรื่อง เป็น Non-randomized historical cohort ระดับ B จำนวน 2 เรื่อง และระดับ B ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ จำนวน 2 เรื่อง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงคุณภาพระดับงานวิจัย จำนวน 9 เรื่อง

อันดับ	ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย/ปี	ระดับงานวิจัย
1	Alcohol dependence: the impact of cognitive behavior therapy with or without naltrexone on subjective health status	Feeney, G. F., Connor, J.P., Young, R.M., Tucker, J., McPherson, A. / 2004	A
2	Coping Skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and Interactional group therapy for alcoholism	Litt, M.D., Kadden, R.M., Cooney, N.L., & Kabela, E. / 2003	A
3	Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients	Marques, P.R., & Formigoni, O.S. / 2001	A
4	The Effectiveness of an inpatient group cognitive behavioral therapy program for alcohol dependence	Ness, M.L., & Oei, T.P. / 2005	A
5	Community-based alcohol counseling: a randomized clinical trial	Shakeshaft, A.P., Bowman, J.A., Burrows, S., Doran, C.M., & Sanson-Fisher, R.W. / 2002	A
6	Outpatient cognitive behavioural therapy programme for alcohol dependence: impact of naltrexone use on outcome	Feeney, G.F., Young, R.M., Connor, J.P., Tucker, J., McPherson, A. / 2001	B
7	Cognitive behavioral therapy combined with the relapse-prevention medication acamprosate: are short-term treatment outcomes for alcohol dependence improved?	Feeney, G. F., Young, R.M., Connor, J.P., Tucker, J., McPherson, A. / 2002	B

ตารางที่ 2 แสดงคุณภาพระดับงานวิจัย จำนวน 9 เรื่อง (ต่อ)

อันดับ	ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย/ปี	ระดับงานวิจัย
8	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยที่เสพสุราในโรงพยาบาลจิตเวช	นิมิต แก้วอาจ / 2549	B
9	การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการ ปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ติดสุรา	นิชนันท์ คำล้าน / 2547	B

2. การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction) ในการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตของการกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัยดังนี้ คือ

- 1) ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Problem / Purpose)
- 2) แบบการวิจัย (research design)
- 3) กลุ่มตัวอย่าง (sample)
- 4) สถานที่หรือแหล่งวิจัย (setting)
- 5) เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)
- 6) วิธีการวิจัยหรือการฉีดกระทำ (method / Intervention)
- 7) ผลการวิจัย (finding / result)
- 8) ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ (implication / implementation)

โดยผลการกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัยนำเสนอในตารางผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยติดสุราเรื้อรัง ในตารางที่ 5 ในภาคผนวก จากนั้นนำข้อมูลที่กลั่นกรองได้ไปสังเคราะห์ตามวัตถุประสงค์

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ผลการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาเสพติด สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง ที่เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาเสพติด แสดงไว้ในตารางที่ 5 ในภาคผนวก

2. จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยผลการศึกษาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาเสพติด สามารถแบ่งผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

2.1 คุณภาพของงานวิจัย
2.2 องค์ประกอบสำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาเสพติด มีดังนี้

1. สถานที่
2. ผู้บำบัด
3. ผู้รับการบำบัด
4. รูปแบบการบำบัด
5. ระยะเวลาและความถี่ในการบำบัด
6. กิจกรรมการบำบัด
7. เทคนิคการบำบัด
8. การประเมิน

2.3 การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบกับ CBT

2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.5 ผลลัพธ์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

1. ผลการวิเคราะห์งานวิจัย

งานวิจัยทั้ง 9 เรื่องนำมาวิเคราะห์ได้แสดงไว้ในตารางที่ 5 ในภาคผนวก ซึ่งมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง

2. ผลการสังเคราะห์งานวิจัยแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ซึ่งจะแสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง

หัวข้อ	ผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
1. คุณภาพของงานวิจัย	<p>จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพและความเข้มแข็ง ใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน (Strength of evidence) ตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่ามีระดับหลักฐานการวิจัยดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - Randomized control trials อยู่ในระดับ A จำนวน 5 เรื่อง (Feeney et al., 2004; Litt et al., 2003; Marques & Formigoni, 2001; Ness & Oei, 2005; Shakeshaft et al., 2002) - Non - randomized historical cohort ระดับ B จำนวน 2 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002) - Quasi experimental research อยู่ในระดับ B เป็นวิทยานิพนธ์ จำนวน 2 เรื่อง (นิชนันท์ คำลั่น, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549)
2. องค์ประกอบสำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง	<p>จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง พบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรังมีองค์ประกอบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สถานที่ พบว่า สถานที่ที่สามารถทำการบำบัดรักษาได้แบ่งเป็น 3 Setting คือ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Setting ผู้ป่วยนอก จำนวน 5 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004; Litt et al., 2003; Marques & Formigoni, 2001) 1.2 Setting ผู้ป่วยใน จำนวน 3 เรื่อง (Ness & Oei, 2005; นิชนันท์ คำลั่น, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) 1.3 Setting ผู้ป่วยในชุมชน จำนวน 1 เรื่อง (Shakeshaft et al., 2002)

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	ผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
<p>2. องค์ประกอบสำคัญของ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)</p>	<p>2. ผู้บำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษาทั้ง 9 เรื่อง พบว่า เป็นผู้บำบัดคนเดียวกัน มีประสบการณ์งานทางคลินิก ผู้บำบัดต้องผ่านการอบรม Training CBT Program หรืออบรมเชิงปฏิบัติการ (work shop) และเป็นผู้มีประสบการณ์ในการฝึกการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งมีหลายวิชาชีพ ได้แก่</p> <p>2.1 จิตแพทย์ จำนวน 1 เรื่อง (Marques & Formigoni, 2001)</p> <p>2.2 นักจิตวิทยา จำนวน 2 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002)</p> <p>2.3 แพทย์ หรือนักจิตวิทยา จำนวน 1 เรื่อง (Feeney et al., 2004)</p> <p>2.4 นักศึกษาแพทย์ฝึกงาน หรือนักจิตวิทยา จำนวน 1 เรื่อง (Litt et al., 2003)</p> <p>2.5 ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย จิตแพทย์, พยาบาล วิชาชีพ, นักจิตวิทยา, นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 1 เรื่อง (Ness & Oei, 2005)</p> <p>2.6 พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549)</p> <p>2.7 ผู้ให้การปรึกษาซึ่งเป็นบุคลากร (Staff) ในหน่วยงาน จำนวน 1 เรื่อง (Shakeshaft et al., 2002)</p> <p>3. ผู้รับการบำบัด จากการวิเคราะห์การศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ติดสุราที่สามารถเข้ารับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมได้ โดยแบ่งตาม Setting ได้ดังนี้</p> <p>Setting ผู้ป่วยนอก</p> <p>1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV, DSM III-R จำนวน 5 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004; Litt et al., 2003; Marques & Formigoni, 2001)</p>

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	ผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
<p>2. องค์ประกอบสำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)</p>	<p>2. คุณสมบัติอื่นๆ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 4 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004; Litt et al., 2003) และไม่ระบุอายุ จำนวน 1 เรื่อง (Marques & Formigoni, 2001) 2) มีคะแนน b Mast ≥ 6 ซึ่งแสดงว่าติดสุราและหยุดดื่มสุรามา 3-30 วัน จำนวน 3 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004) 3) ไม่มีโรคทางกายรุนแรงที่มีผลต่อการรักษา เช่น โรคจิตเภท, ปัญญาอ่อน และสมองเสื่อม จำนวน 1 เรื่อง (Marques & Formigoni, 2001) 4) ไม่มีอาการทางจิต ไม่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย จำนวน 1 เรื่อง (Feeney et al., 2001) 5) มีระดับ Bilirubin หรือ Transaminases ไม่เกิน 2 เท่าจากค่าปกติ จำนวน 1 เรื่อง (Feeney et al., 2001) 6) ไม่อยู่ระหว่างรักษาด้วยยา naltrexone หรือกำลังใช้ disulfiram, Opioid หรือยาทางจิตเวช (ยกเว้นยาในกลุ่ม Benzodiazepine) จำนวน 3 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004) 7) ไม่ติดสารเสพติดอื่น ยกเว้น บุหรี่หรือกัญชา จำนวน 4 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004; Litt et al., 2003) 8) ไม่ตั้งครรภ์หรือกำลังให้นมบุตร ไม่เป็นโรคตับขั้นรุนแรง หรือโรคไตที่มีระดับ serum creatinine ≥ 0.012 mmol/L จำนวน 1 เรื่อง (Feeney et al., 2002) 9) มีที่อยู่แน่นอน จำนวน 1 เรื่อง (Marques & Formigoni, 2001)

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	ผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
<p>2. องค์ประกอบสำคัญของ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)</p>	<p>Setting ผู้ป่วยใน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสุรา ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-IV, DSM III-R จำนวน 1 เรื่อง (Ness & Oei, 2005) โดยใช้ code รหัสแบบ ICD 10, DSM-IV, DSM III-R จำนวน 2 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) 2. คุณสมบัติอื่นๆ คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) อายุ 18-69 ปี จำนวน 3 เรื่อง (Ness & Oei, 2005; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) 2) สามารถสื่อความหมายและเข้าใจภาษาไทย และมีค่าคะแนนการประเมินสภาวะจิตชนิดสั้นเท่ากับ 18 คะแนน จำนวน 2 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) 3) มีระดับความรุนแรงของภาวะขาดสุรา ค่าคะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 2 จำนวน 1 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547) 4) มีระดับความรุนแรงของภาวะขาดสุรา ค่าคะแนนน้อยกว่า 8 จำนวน 1 เรื่อง (นิमित แก้วอาจ, 2549) <p>Setting ในชุมชน จำนวน 1 เรื่อง (Shakeshaft et al., 2002)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสุรา ตามเกณฑ์ วินิจฉัยของ DSM-IV 2. คุณสมบัติอื่นๆ คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) ไม่ระบุอายุ 2) ในผู้ชายมีการดื่มสุรามากกว่า 280 gm ใน ผู้หญิงมากกว่า 140 gm หรือมีการดื่มสุรามากกว่า 60 gm ใน 1 ครั้งต่อ 1 สัปดาห์ 3) มีคะแนน AUDIT อย่างน้อย 8 คะแนน

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	ผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
<p>2. องค์ประกอบสำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)</p>	<p>4) เข้ารับการรักษาโดยความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาการติดแอลกอฮอล์ของตนเอง</p> <p>4. รูปแบบการบำบัด มี 2 รูปแบบ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การบำบัดแบบรายบุคคล (Individual therapy) จำนวน 1 เรื่องทำการบำบัดรักษา setting ผู้ป่วยในชุมชน (Shakeshaft et al., 2002) 2. การบำบัดแบบกลุ่มบำบัด (Group therapy) จำนวน 8 เรื่อง สถานที่ที่สามารถทำการบำบัดรักษาได้แบ่งเป็น 2 Setting คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) setting ผู้ป่วยนอก จำนวน 5 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004; Litt et al., 2003; Marques & Formigoni, 2001) 2) setting ผู้ป่วยใน จำนวน 3 เรื่อง (Ness & Oei, 2005; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) <p>5. ระยะเวลาและความถี่ในการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา พบว่า</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การบำบัดแบบรายบุคคล (Individual therapy) <ul style="list-style-type: none"> - การบำบัดแบบ CBT ระยะเวลาในการบำบัด 6 sessions ภายใน 6 สัปดาห์ โดยให้การบำบัด 1 session / สัปดาห์ ในแต่ละ session ใช้เวลา 45 นาที (เวลาอยู่ระหว่าง 30-60 นาที) รวมเวลาทั้งหมด 270 นาที การบำบัดแบบ Brief Intervention (BI) ให้การบำบัดหลาย session ได้ภายใน 6 สัปดาห์ แต่ละ session ใช้เวลาไม่เกิน 90 นาที จำนวน 1 เรื่อง (Shakeshaft et al., 2002) 2. การบำบัด CBT แบบกลุ่ม (Group therapy) <ol style="list-style-type: none"> 1) ระยะเวลาในการบำบัด 8 sessions ภายใน 3 เดือน โดยสัปดาห์ที่ 1-4 ให้การบำบัด 1 session/สัปดาห์ จากนั้นในเดือนที่ 2-3 ให้การบำบัด 1 session/2 สัปดาห์จนครบ

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	ผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
<p>2. องค์ประกอบสำคัญของ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)</p>	<p>8 sessions จำนวน 3 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004)</p> <p>2) ระยะเวลาในการบำบัด 17 sessions ภายใน 8 เดือน โดย 2 เดือนแรกให้การบำบัด 1 session / สัปดาห์ เดือนที่ 3-5 ให้การบำบัด 1 session / 2 สัปดาห์และเดือนที่ 6-8 ให้การบำบัด 1 session / เดือน จำนวน 1 เรื่อง (Marques & Formigoni, 2001)</p> <p>3) ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ 90 นาที รวม 26 ครั้ง จำนวน 1 เรื่อง (Litt et al., 2003)</p> <p>4) ระยะเวลาในการบำบัด 42 sessions ภายใน 3 สัปดาห์ แต่ละ session ใช้เวลา 1 ชั่วโมง จำนวน 1 เรื่อง (Ness & Oei, 2005)</p> <p>5) ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง พักระหว่างชั่วโมง 10 นาที โดย 5 ครั้งแรกทำทุกวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 13.00 - 15.00 น. และครั้งที่ 6 ทำการบำบัดร่วมกับญาติในวันที่ญาติมาเยี่ยมหรือมารับผู้ป่วยกลับบ้าน จำนวน 1 เรื่อง (นิमित แก้วอาจ, 2549)</p> <p>6) ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง พักระหว่างชั่วโมง 10 นาที ภายใน 5 วัน จำนวน 1 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547)</p> <p>6. จำนวนครั้งในการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา 9 เรื่อง มีความแตกต่าง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การบำบัดรายบุคคล ให้การบำบัด 6 sessions จำนวน 1 เรื่อง (Shakeshaft et al., 2002) 2. การบำบัด CBT แบบกลุ่ม ให้การบำบัด 5 sessions จำนวน 1 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547) ให้การบำบัด 6 sessions จำนวน 1 เรื่อง (นิमित แก้วอาจ, 2549) ให้การบำบัด 8 sessions จำนวน 3 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002;

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	ผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
<p>2. องค์ประกอบสำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)</p>	<p>Feeney et al., 2004) ให้การบำบัด 17 sessions จำนวน 1 เรื่อง (Litt et al., 2003) และให้การบำบัด 42 sessions จำนวน 1 เรื่อง (Ness & Oei, 2005)</p> <p>7. กิจกรรมการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา พบว่าการบำบัด CBT แบบรายบุคคล (Individual therapy) จำนวน 1 เรื่อง (Shakeshaft et al., 2002) เนื้อหาประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ความอยากและการกระตุ้น 2) การจัดการภาวะวิกฤติ 3) การปฏิเสธแอลกอฮอล์ และการแก้ปัญหา 4) การวางแผนสำหรับกรณีฉุกเฉินและจัดการอาการกำเริบ 5) การรักษาระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม <p>การบำบัด CBT แบบกลุ่ม(Group therapy) เนื้อหาประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ความคาดหวังในการปรับตัวเรื่องการดื่มสุรา (identification) การปฏิเสธการดื่ม จำนวน 4 เรื่อง (Feeney et al., 2002; Litt et al., 2003; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) 2) ทักษะทางสังคม และ coping strategies จำนวน 2 เรื่อง (Feeney et al., 2004; Ness & Oei, 2005) 3) Cognitive restructuring จำนวน 3 เรื่อง (Ness & Oei, 2005; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) 4) การวางแผนในการจัดการปัญหา จำนวน 1 เรื่อง (Marques & Formigoni, 2001) 5) การระบุสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มและการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น จำนวน 4 เรื่อง (Litt et al., 2003; Marques & Formigoni, 2001; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549)

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	ผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
<p>2. องค์ประกอบสำคัญของ การบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)</p>	<p>6) ทักษะในการจัดการกับความอยากดื่ม (Litt et al., 2003)</p> <p>7) ความรู้เรื่องสุราและผลกระทบจากการดื่มสุรา จำนวน 2 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) และ modification of alcohol expectancies จำนวน 2 เรื่อง (Marques & Formigoni, 2001; Feeney et al., 2004)</p> <p>8) การตั้งเป้าหมายในการลดหรือเลิกดื่มสุรา จำนวน 2 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549)</p> <p>9) การสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลดหรือเลิกการดื่มสุรา (นิमित แก้วอาจ, 2549)</p> <p>10) การศึกษาจากวีดีโอ (Ness & Oei, 2005)</p> <p>11) กลุ่มเกี่ยวกับจิตวิญญาณ (Ness & Oei, 2005)</p> <p>8. เทคนิคการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษามีเทคนิคการบำบัด ดังนี้</p> <p>1) เทคนิคการผ่อนคลาย จำนวน 2 เรื่อง (Litt et al., 2003; Ness & Oei, 2005)</p> <p>2) เทคนิคการให้ความรู้ การสอน การชี้แนะ (Coaching and Guidance) จำนวน 2 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549)</p> <p>3) เทคนิคการเสริมแรง (Reinforcement Technique) จำนวน 2 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549)</p> <p>4) เทคนิคการใช้ตัวแบบทางสังคม (Social Model) จำนวน 1 เรื่อง (นิमित แก้วอาจ, 2549)</p> <p>5) แสดงบทบาทสาธิต (Role play) จำนวน 1 เรื่อง (Litt et al., 2003)</p> <p>6) สอนทักษะการแก้ปัญหา, การรับมือกับปัญหา, การยอมปัญหา จำนวน 4 เรื่อง (Feeney et al., 2004; Litt et al.,</p>

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	ผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
<p>2. องค์ประกอบสำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)</p>	<p>2003; Ness & Oei, 2005)</p> <p>7) ทักษะการจัดการกับอารมณ์ (โกรธ, ความเครียด) จำนวน 2 เรื่อง (Litt et al., 2003; นิमित แก้วอาจ, 2549)</p> <p>8) การฝึกทักษะการกล้าแสดงออก จำนวน 1 เรื่อง (Litt et al., 2003)</p> <p>9) ฝึกปฏิบัติการบันทึกการดื่มสุรา / การใช้สารเสพติดด้วยตนเอง (self monitoring) จำนวน 1 เรื่อง (Marques & Formigoni, 2001)</p> <p>10) การให้ข้อมูลรายบุคคลเรื่องผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ และการให้ความรู้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดจำนวน 1 เรื่อง (Marques & Formigoni, 2001)</p> <p>11) การมอบหมายการบ้าน (Marques & Formigoni, 2001)</p> <p>9. การประเมิน จากการวิเคราะห์การศึกษาทั้ง 9 เรื่อง มีประเมินผล ดังนี้</p> <p>1. การประเมินด้านพฤติกรรม ได้แก่ Alcohol abstinence (การหยุดดื่มสุรา) Alcohol consumption และ Program compliance สามารถประเมินได้ดังนี้</p> <p>Alcohol abstinence (การหยุดดื่มสุรา)</p> <p>1) Self-report (แบบรายงานด้วยตัวเอง) จำนวน 3 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004) และแบบบันทึกด้วยตัวเองโดยใช้คำถามมาตรฐานของ Sanchez-Craig & Wilkinson คำถามประกอบด้วยจำนวนวันที่ดื่ม วันที่ดื่มหนัก และวันที่มีปัญหาจากการดื่ม จำนวน 1 เรื่อง (Marques & Formigoni, 2001)</p> <p>2) ปริมาณความถี่ของการดื่มสุรา เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Khavari Alcohol Test (KAT) จำนวน 1 เรื่อง (Ness & Oei,</p>

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	ผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
<p>2. องค์ประกอบสำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)</p>	<p>2005)</p> <p>3) การวัดปริมาณแอลกอฮอล์จากลมหายใจเมื่อมาคลินิกตามนัด Clinic visit alcohol Breathalysation (BAL) จำนวน 3 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004)</p> <p>4) การตรวจ serum hepatic transaminases (LFTs) ระดับเอนไซม์ตับแต่ละเดือน (aspartate aminotransferase, gamma glutamyl transpeptidase) จำนวน 2 เรื่อง (Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004)</p> <p>5) การตรวจ carbohydrate deficient transferrin (CDT) จำนวน 2 เรื่อง (Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004)</p> <p>6) กระบวนการคิดและกระบวนการกระทำ เพื่อให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา เครื่องมือที่ใช้วัดคือ The Process of Change - Alcohol Questionnaires จำนวน 1 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547)</p> <p>7) ปริมาณการดื่มสุรา เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Time Line Follow Back จำนวน 2 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549)</p> <p>Alcohol consumption ดัชนีที่จะชี้วัดความมีประสิทธิภาพ (Effective index) ของการรักษาจากผลลัพธ์ 5 ประการ ได้แก่ อัตราการบริโภคใน 1 สัปดาห์ การบริโภคที่มากเกินไปปกติในแต่ละครั้งที่ดื่ม ความเข้มข้นของการดื่ม (จำนวนครั้งที่ดื่มต่อสัปดาห์หารด้วยจำนวนวันที่ดื่ม) จำนวนครั้งที่ดื่มแล้วมีปัญหา และการประเมิน คะแนน AUDIT (Shakeshaft et al., 2002) คือ</p> <p>1) การบริโภคแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Retrospective drinking diary (RD)</p> <p>2) การบริโภคแอลกอฮอล์มากเกินไป เครื่องมือที่</p>

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	ผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
<p>2. องค์ประกอบสำคัญของ การบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)</p>	<p>ใช้วัดคือ Quality Frequency Questions (QF) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ในผู้ชาย 7-10, 11-15, 16-20 และมากกว่า 20 Standard drinks ในผู้หญิง 5-8, 9-13, 14-18 และมากกว่า 18 Standard drinks ซึ่งสอบถามข้อมูลย้อนหลัง ไปในรอบ 1 เดือน</p> <p>3) การดื่มที่มีปัญหา เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Alcohol Problems Questionnaire (APQ) (Shakeshaft et al., 2002)</p> <p>4) การคัดกรองผู้ติดสุรา โดยใช้แบบประเมิน คะแนน AUDIT</p> <p>Program compliance ความร่วมมือในการเข้าร่วม กลุ่มบำบัดของผู้รับการบำบัด ได้แก่</p> <p>1) Group Treatment attendance ในแต่ละกลุ่มที่ทำ CBT จะบันทึกการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดในแต่ละ session เพื่อ ประเมินและบันทึกอัตราการเข้าร่วมกลุ่ม CBT จำนวน 3 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Ness & Oei, 2005)</p> <p>2) การเข้าร่วมกลุ่มบำบัดจนครบโปรแกรม 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการบำบัดโดยไม่ดื่มสุราเลย จำนวน 3 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004)</p> <p>3) ความร่วมมือของผู้การให้คำปรึกษาต่อ Protocol การบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (Shakeshaft et al., 2002)</p> <p>2. การประเมินด้านจิตสังคม ได้แก่</p> <p>2.1 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อ โปรแกรมการให้ การปรึกษา จำนวน 1 เรื่อง (Shakeshaft et al., 2002)</p> <p>2.2 ความวิตกกังวล เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Beck Anxiety Index (BAI) จำนวน 1 เรื่อง (Ness & Oei, 2005)</p> <p>2.3 ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เครื่องมือที่ใช้วัดคือ The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale จำนวน 1 เรื่อง (Litt et al., 2003), Self-Efficacy</p>

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	ผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
<p>2. องค์ประกอบสำคัญของ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)</p>	<p>Questionnaire (DRSEQ) จำนวน 1 เรื่อง (Ness & Oei, 2005)</p> <p>2.4 แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง เครื่องมือที่ใช้วัด คือ The University of Rhode Island Change Assessment จำนวน 1 เรื่อง (Litt et al., 2003) แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินแรงจูงใจเครื่องมือที่ใช้วัด คือแบบสอบถามขั้นบันได (Beiner & Adams, 1991 อ้างในนิชนันท์ คำลั่น, 2547) จำนวน 2 เรื่อง (นิชนันท์ คำลั่น, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549)</p> <p>2.5 การรับมือกับปัญหา เครื่องมือที่ใช้วัดคือ The Coping Strategies Scale (CSS) จำนวน 1 เรื่อง (Litt et al., 2003)</p> <p>2.6 ความเชื่อมั่นในตนเองโดยทั่วไป เครื่องมือที่ใช้วัดคือ General Self-Efficacy scale (GSE) เป็นความเชื่อมั่นในตนเองที่เกี่ยวข้องกับการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและสถานะการอยู่อาศัย จำนวน 1 เรื่อง (Ness & Oei, 2005)</p> <p>2.7 แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในการดื่ม เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Drinking Expectancy Questionnaire (DEQ) จำนวน 1 เรื่อง (Ness & Oei, 2005)</p> <p>3. การประเมินภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต จำนวน 3 เรื่อง (Feeney et al., 2004; Marques & Formigoni, 2001; Ness & Oei, 2005)</p> <p>4. แบบประเมินด้านเศรษฐกิจ ประกอบด้วย ความคุ้มทุน (Shakeshaft et al., 2002)</p>
<p>3. การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบกับ CBT</p>	<p>จากการวิเคราะห์การศึกษามี 5 เรื่อง ได้แก่</p> <p>1. Brief Intervention (BI) จำนวน 1 เรื่อง (Shakeshaft et al., 2002) เป็นการเปรียบเทียบการบำบัดระหว่าง BI กับ CBT ผลการวิจัยพบว่า:</p> <p>- อัตราการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์ การบริโภคแอลกอฮอล์ที่มากเกินไปในแต่ละครั้งที่ดื่ม ของผู้รับการบำบัดแบบ BI และ CBT ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01</p>

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	ผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
3. การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบกับ CBT (ต่อ)	<p>แต่ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ BI และ CBT</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราและระดับความรุนแรงในการติดสุราของผู้รับการบำบัดแบบ BI และ CBT ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 แต่ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ BI และ CBT - ความพึงพอใจของผู้รับการบำบัดทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับดีและดีเยี่ยม แต่ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ BI และ CBT - Cost-effectiveness พบว่า ต้นทุนในการทำ BI ต่ำกว่า CBT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 <p>หมายเหตุ: BI เป็นการให้คำปรึกษาระยะสั้น ประกอบด้วย FRAMES หมายถึง feedback, responsibility, advice, menu, empathy, self-efficacy ใช้เวลาในการบำบัดไม่เกิน 90 นาที / session ทำหลาย session ได้ภายใน 6 สัปดาห์</p> <p>2. Interactional therapy จำนวน 1 เรื่อง (Litt et al., 2003) เป็นการเปรียบเทียบการบำบัดระหว่าง Interactional therapy กับ CBT ผลการวิจัยพบว่า:</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบำบัดแบบ CBT และการบำบัดแบบ Interactional therapy ช่วยให้พฤติกรรมการดื่มดีขึ้นในทิศทางเดียวกัน แต่พบว่าผลลัพธ์จากการบำบัดทั้ง 2 แบบไม่แตกต่างกัน - หลังการบำบัดทั้ง 2 กลุ่ม ผู้ป่วยมีคะแนนทักษะการรับมือกับปัญหาโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 แต่ผลของการบำบัดแบบ CBT กับ Interactional therapy ต่อคะแนนทักษะการรับมือกับปัญหาโดยรวมไม่แตกต่างกัน - การเปลี่ยนแปลงของคะแนนทักษะการรับมือกับปัญหาโดยรวม (Total coping scores) มีผลโดยตรงกับสัดส่วน

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	ผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
<p>3. การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบกับ CBT (ต่อ)</p>	<p>ของวันที่หยุดดื่มสุรา (Proportion Days Abstinent, PDA) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และมีผลโดยตรงกับสัดส่วนของวันที่ดื่มสุราหนัก (Proportion Heavy Drinking Days, PDH) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01</p> <p>- แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Motivation for change) และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) เป็นตัวทำนายการเปลี่ยนแปลงของคะแนนทักษะการรับมือกับปัญหาโดยรวม (Total coping scores) แต่มีเพียงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) เท่านั้นที่มีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์</p> <p>หมายเหตุ: Interactional therapy เป็นการสนทนาเพื่อการบำบัด เพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยการให้กำลังใจในการเปิดเผยตนเอง และสะท้อนความรู้สึกออกมา</p> <p>3. การบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา Naltrexone จำนวน 2 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2004) เป็นการเปรียบเทียบการบำบัดระหว่างการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone กับการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว ดังนี้</p> <p>3.1 ผลการวิจัยของ (Feeney et al., 2001) คือ</p> <p>- การเข้าร่วมกลุ่มการบำบัด เมื่อการบำบัดดำเนินไปครบ 8 sessions ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดสุราเรื้อรังที่เข้ารับการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone มีการถอนตัวน้อยกว่าการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)</p> <p>- การกลับเป็นซ้ำภายใน 12 สัปดาห์ (relapse occurred) ผลการวิจัยพบว่าผู้ติดสุราเรื้อรังที่ได้รับ การบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว กลับไปดื่มสุราซ้ำเร็วกว่าและถี่กว่าการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)</p>

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	ผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
<p>3. การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบกับ CBT (ต่อ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การเข้าร่วมกลุ่มการบำบัดครบ 12 สัปดาห์ พบว่าผู้ติดสุราเรื้อรังมีเปอร์เซ็นต์การเข้าร่วมการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยา naltrexone มากกว่าการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) - การหยุดดื่มสุราตลอดการบำบัด 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าผู้ติดสุราเรื้อรังที่เข้ารับการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone มีอัตราหยุดดื่มสุราได้มากกว่าการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) <p>3.2 ผลการวิจัยของ (Feeney et al., 2004) คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเข้าร่วมกลุ่มการบำบัดครบ 12 สัปดาห์ พบว่าผู้ติดสุราเรื้อรังมีเปอร์เซ็นต์การเข้าร่วมการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยา naltrexone และการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว ไม่แตกต่างกัน - การหยุดดื่มสุราตลอดการบำบัด 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดสุราเรื้อรังที่เข้ารับการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone มีอัตราหยุดดื่มสุราได้มากกว่าการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.031$) - จำนวนวันของการหยุดดื่มสุรา(number of days abstinent) ในการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยา naltrexone มีจำนวนวันของการหยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้นกว่าการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) <p>4. การบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา Acamprosate จำนวน 1 เรื่อง (Feeney et al., 2002) ผลการวิจัยพบว่า:</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเข้าร่วมกลุ่มการบำบัด เมื่อการบำบัดดำเนินไปครบ 8 sessions พบว่า ผู้ติดสุราเรื้อรังที่เข้ารับการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา acamprosate และการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว มีการเข้าร่วมกลุ่มการบำบัดไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	ผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
3. การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบกับ CBT (ต่อ)	<p>- การเข้าร่วมกลุ่มการบำบัดครบ 12 สัปดาห์ พบว่าผู้ติดสุราเรื้อรังมีเปอร์เซ็นต์การเข้าร่วมการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยา <i>acamprosate</i> และการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว ไม่แตกต่างกัน</p> <p>- การหยุดดื่มสุราตลอดการบำบัด 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าผู้ติดสุราเรื้อรังที่เข้ารับการบำบัด CBT ร่วมกับการใช้ยา <i>acamprosate</i> มีอัตราหยุดดื่มสุราได้มากกว่าการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.006$)</p> <p>- การกลับเป็นซ้ำภายใน 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าผู้ติดสุราเรื้อรังที่ได้รับ การบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว กลับไปดื่มสุราซ้ำ เร็วกว่าและถี่กว่าการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ <i>acamprosate</i> อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0005$)</p>
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	<p>เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เครื่องมือประเมินผู้บำบัดคือ แบบประเมินความร่วมมือของผู้ให้การรักษาต่อ Protocol การบำบัด (Shakeshaft et al., 2002) 2. เครื่องมือประเมินผู้รับการบำบัด สามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 แบบประเมินด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> - Screening แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประวัติครอบครัวและประวัติการดื่มสุรา การใช้สารเสพติด ประวัติทางสังคม การประเมินทางจิต ความผิดปกติทางกาย การบำบัดเรื่องแอลกอฮอล์ในอดีต จำนวน 5 เรื่อง (Litt et al., 2003; Marques & Formigoni, 2001; Shakeshaft et al., 2002; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) - การบริโภคแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์ ใช้เกณฑ์ NHMRC (1992) จำนวน 1 เรื่อง (Shakeshaft et al., 2002) การบริโภคแอลกอฮอล์มากเกินไป แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ในผู้ชาย

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	ผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
<p>4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)</p>	<p>7-10, 11-15, 16-20 และมากกว่า 20 Standard drinks ในผู้หญิง 5-8, 9-13, 14-18 และมากกว่า 18 Standard drinks ซึ่งสอบถามข้อมูลย้อนหลังไปในรอบ 1 เดือน จำนวน 1 เรื่อง (Shakeshaft et al., 2002) เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Drinking Expectancy Questionnaire (DEQ) จำนวน 1 เรื่อง (Ness & Oei, 2005) ปริมาณและความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มที่ใช้วัดคือ Khavari Alcohol Test (KAT) จำนวน 1 เรื่อง (Ness & Oei, 2005) ปริมาณการดื่มสุรา เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Time Line Follow Back จำนวน 2 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549)</p> <ul style="list-style-type: none"> - กระบวนการคิดและกระบวนการกระทำ เพื่อให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา เครื่องมือที่ใช้วัดคือ The Process of Change-Alcohol Questionnaires จำนวน 2 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) - การต่อต้านสังคม เครื่องมือที่ใช้วัดคือ The California Psychological Inventory Socialization Scale จำนวน 1 เรื่อง (Litt et al., 2003) <p>2.2 แบบประเมินด้านจิตสังคม ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยกับโปรแกรมการให้คำปรึกษา จำนวน 1 เรื่อง (Shakeshaft et al., 2002) - ความวิตกกังวล เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Beck Anxiety Index (BAI) จำนวน 1 เรื่อง (Ness & Oei, 2005) - ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เครื่องมือที่ใช้วัดคือ The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale จำนวน 1 เรื่อง (Litt et al., 2003) และ Self-Efficacy Questionnaire (DRSEQ) จำนวน 1 เรื่อง (Ness & Oei, 2005) - แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงเครื่องดื่มที่ใช้วัดคือ The University of Rhode Island Change Assessment

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	ผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	<p>จำนวน 1 เรื่อง (Litt et al., 2003) แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินแรงจูงใจ จำนวน 2 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549)</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหา เครื่องมือที่ใช้วัดคือ The Coping Strategies Scale (CSS) จำนวน 1 เรื่อง (Litt et al., 2003) - ความเชื่อมั่นในตนเองโดยทั่วไป เครื่องมือที่ใช้วัด General Self-Efficacy scale (GSE) เป็นความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและสถานการณ์อยู่อาศัย จำนวน 1 เรื่อง (Ness & Oei, 2005) <p>2.3 แบบประเมินภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcohol-related problems เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Alcohol Problems Questionnaire (APQ) จำนวน 1 เรื่อง (Shakeshaft et al., 2002) และ The Drinking Inventory of Consequences จำนวน 1 เรื่อง (Litt et al., 2003) - ระดับความรุนแรงของการติดสุรา เครื่องมือที่ใช้วัดคือ 1) แบบประเมิน AUDIT (Shakeshaft et al., 2002) 2) The Short Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) จำนวน 1 เรื่อง (Ness & Oei, 2005) 3) Alcohol Withdrawal Scale จำนวน 1 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547) 4) Clinical Institute Withdrawal Assessment scale for Alcohol Revised, CIWA-Ar) จำนวน 1 เรื่อง (นิमित แก้วอาจ, 2549) 5) The Ethanol Dependence Syndrome Scale จำนวน 1 เรื่อง (Litt et al., 2003) และ 6) The index of drug use severity (IDUS) จำนวน 1 เรื่อง (Marques & Formigoni, 2001) - ระดับความรุนแรงในการติดสารเสพติด เครื่องมือที่ใช้วัดคือ The Addiction Severity Index จำนวน

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	ผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
<p>4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)</p>	<p>1 เรื่อง (Litt et al., 2003) และ The index of drug use severity (IDUS) จำนวน 1 เรื่อง (Marques & Formigoni, 2001)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาทางจิตใจและพยาธิสภาพ เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) ซึ่งมี 3 ดัชนีชี้วัดของภาวะ distress ที่เกี่ยวข้องกับ SCL-90-R คือ The Global Severity Index (GSI), The Symptom Distress Index (PSDI), The Positive Symptom Total (PST) จำนวน 1 เรื่อง (Ness & Oei, 2005) - ภาวะสุขภาพและสุขภาพจิต เครื่องมือที่ใช้วัดคือ SF-36 Health Survey (SF-36) และ General Health Questionnaire GHQ-28 จำนวน 1 เรื่อง (Feeney et al., 2004) - ความบกพร่องในเรื่องความคิด ความจำ และ เขาว่าปัญญา เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Mini Mental Status Examination จำนวน 2 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) - ระดับความคิดความจำ เครื่องมือที่ใช้วัดคือ แบบทดสอบทางจิต Weschler Memory Scale Revised จำนวน 1 เรื่อง (Marques & Formigoni, 2001) <p>2.4 แบบประเมินด้านเศรษฐกิจ ความคุ้มทุน เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Wilcoxon-Mann-Whitney tests จำนวน 1 เรื่อง (Shakeshaft et al., 2002)</p>
<p>5. ผลลัพธ์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม</p>	<p>จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา 9 เรื่อง พบว่า ผลลัพธ์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1.1) ด้านพฤติกรรมการดื่มสุรา จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 9 เรื่อง พบว่า ผู้ป่วยมีปริมาณและความถี่ของการดื่มสุราลด/หยุดดื่มสุรา (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004; Litt et al., 2003; Ness & Oei, 2005;

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	ผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
<p>5. ผลลัพธ์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (ต่อ)</p>	<p>Marques & Formigoni, 2001; Shakeshaft et al., 2002; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549)</p> <p>1.2) การหยุดดื่มและการกลับไปดื่มสุราซ้ำ (Relapsed) จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 5 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Ness & Oei, 2005; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) โดยพบว่าการศึกษา 1 เรื่อง (Ness & Oei, 2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประเด็นนี้โดยการติดตามหลังจำหน่ายที่ 1 เดือน และ 3 เดือน ในผู้ที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT พบว่าที่ 1 เดือนจำนวนผู้รับการบำบัดที่หยุดดื่ม (abstinent) มีมากกว่าจำนวนที่กลับไปดื่มซ้ำ ส่วนการติดตามหลังการจำหน่ายที่ 3 เดือน พบในทางตรงกันข้ามนั่นคือจำนวนผู้ที่กลับไปดื่มซ้ำมีมากกว่าจำนวนผู้ที่หยุดดื่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และมีจำนวน 2 เรื่อง เป็นการบำบัดแบบเปรียบเทียบในผู้ที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียวกับการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับยา naltrexone (Feeney et al., 2001) และการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับยา acamprosate (Feeney et al., 2002) ที่พบว่าการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว ผู้ป่วยกลับไปดื่มซ้ำเร็วกว่าและถี่กว่าการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา อย่างไรก็ตามมีการศึกษา 2 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) ที่ติดตามหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ในผู้ที่ได้รับการบำบัด CBT ซึ่งพบว่าผู้ป่วยกลับไปดื่มซ้ำแต่ดื่มในปริมาณลดลง</p> <p>1.3) ความร่วมมือการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดครบโปรแกรมมีจำนวน 3 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Marques & Formigoni, 2001) ดังนี้</p> <p>1.3.1 การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา มีจำนวน 2 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002) และการบำบัดแบบกลุ่มและรายบุคคล</p>

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	ผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
<p>5. ผลลัพธ์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (ต่อ)</p>	<p>มีจำนวน 1 เรื่อง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ในกลุ่มการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา Naltrexone มีจำนวน 1 เรื่อง (Feeney et al., 2001) พบว่าผู้ติดสุราเรื้อรังมีเปอร์เซ็นต์การเข้าร่วมการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา Naltrexone = 88% ในกลุ่มการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว = 36% แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีจำนวน 1 เรื่อง (Feeney et al., 2002) ที่พบว่าผู้ติดสุราเรื้อรังมีเปอร์เซ็นต์การเข้าร่วมการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยา acamprosate และการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียวไม่แตกต่างกัน <p>1.3.2 การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม (Treatment attendance) ผู้ติดสุราเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่มกิจกรรมการบำบัด (66.7%) มากกว่าแบบรายบุคคล (45.2%) แต่เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างกันจำนวน 1 เรื่อง (Marques & Formigoni, 2001)</p> <p>1.4) ความร่วมมือในการบำบัดของผู้บำบัดเกี่ยวกับเนื้อหาในการให้การปรึกษา (Counsellor Compliance) พบว่า 91% ของเนื้อหาที่เตรียมไว้ใน protocol ของการให้การปรึกษาถูกนำไปใช้ในการให้การปรึกษา ทั้งในกลุ่ม BI และ CBT และพบว่าแต่ละ session มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับเนื้อหาที่เตรียมไว้ไม่น้อยกว่า 50% และยังพบว่า 36.7% ของจำนวน session ในการให้การปรึกษาทั้งหมดมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาที่เตรียมไว้ใน protocol อย่างสมบูรณ์ มี จำนวน 1 เรื่อง (Shakeshaft et al., 2002)</p> <p>2. ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่อง ที่ศึกษาทักษะการรับมือกับปัญหา (Coping), แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Motivation) และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) โดยเลือกใช้ สัดส่วน</p>

ตารางที่ 3 แสดงผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	ผลการสังเคราะห์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
5. ผลลัพธ์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (ต่อ)	<p>ของวันที่สามารถหยุดดื่ม (Proportion Day Abstinence, PDA) มาเป็นตัววัดผลลัพธ์ของการบำบัดพบว่า แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นตัวแปรที่ใช้ในการทำนายการเปลี่ยนแปลงของคะแนนทักษะการรับมือกับปัญหาโดยรวม (Total coping scores) แต่มีเพียงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) เท่านั้นที่มีผลโดยตรงต่อ จำนวน 1 เรื่อง (Litt et al., 2003) ด้านความพึงพอใจ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบ BI และการบำบัดแบบ CBT มีคะแนนความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน มีจำนวน 1 เรื่อง (Shakeshaft et al., 2002)</p> <p>3. ภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต จากการวิเคราะห์การศึกษา พบว่า</p> <p>3.1) ผู้ป่วยมีสุขภาพกายและจิตดีขึ้นทุกๆ ด้าน จำนวน 1 เรื่อง (Feeney et al., 2004)</p> <p>3.2) ผู้ป่วยมี Global psychopathology index และ Psychopathology symptoms of subjective anxiety ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จำนวน 1 เรื่อง (Ness & Oei, 2005)</p> <p>4. ผลลัพธ์ด้านเศรษฐกิจ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษานี้ จำนวน 1 เรื่อง คือ ศึกษาประสิทธิผลด้านความคุ้มค่าต่อค่าใช้จ่าย ในการบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบกับ CBT ได้แก่ Brief Intervention จำนวน 1 เรื่อง พบว่าต้นทุนในการทำ BI ต่ำกว่า CBT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (Shakeshaft et al., 2002)</p>

จากการสังเคราะห์งานวิจัย การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) จำนวน 9 เรื่อง ดังกล่าวข้างต้นมีองค์ประกอบของเนื้อหาในการบำบัด ดังแสดงในตารางที่ 4 ดังนี้

ตารางที่ 4 งานวิจัยและองค์ประกอบของการบำบัด

องค์ประกอบงานวิจัย	ผู้บำบัด	ผู้รับการบำบัด	ระยะเวลาและความถี่	กิจกรรม	เทคนิค	งานการบำบัดที่นำมาเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์
1) Community-based alcohol counseling: a randomized clinical trial (Shakeshaft et al., 2002)	Staff ในหน่วยงาน	- มีความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาการติดแอลกอฮอล์ที่มีต่อตัวเอง - ในผู้ชาย มีการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์มากกว่า 280 gm - ในผู้หญิง มีการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์มากกว่า 140 gm - มีการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 60 gm ใน 1 ครั้งต่อ 1 สัปดาห์ - มีคะแนน Audit อย่างน้อย 8 คะแนน	- CBT ให้การบำบัด 6 session ภายใน 6 สัปดาห์ - สัปดาห์ละครั้ง ระยะเวลา 30 - 60 นาที/session - BI ให้การบำบัดไม่เกิน 90 นาที/session ทำหลาย session ได้ ภายใน 6 เดือน	- ตัวกระตุ้น - การจัดการภาวะวิกฤติ - การแก้ปัญหา - การจัดการกับอาการกำเริบ - การคิดค้นสุราอย่างต่อเนื่อง	- จัดการกับอาการอยาก - การปฏิเสธ - แอลกอฮอล์	ให้คำปรึกษาระยะสั้น (Brief intervention) ประกอบด้วย FRAMES หมายถึง feedback, responsibility, advice, menu, empathy, self-efficacy	- ปริมาณการดื่มที่มากขึ้นไป - การบริโภคแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์ - จำนวนครั้งที่ดื่มแล้วเกิดปัญหา - คะแนน AUDIT - ความร่วมมือของผู้ให้คำปรึกษา - ความพึงพอใจ - ความคุ้มทุน
2) Outpatient cognitive behavioural therapy programme for alcohol dependence: impact of maltrexone use on outcome (Feeney et al., 2001)	นักจิตวิทยา	- อายุมากกว่า 18 ปี - หยุดดื่มสุรา 3-30 วัน - มีคะแนน b Mast ≥ 6 - ไม่มีอาการทางจิต และไม่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย - มีระดับ Bilirubin หรือ Transaminases ไม่เกิน 2 เท่าจากปกติ	การบำบัด 8 sessions ภายใน 3 เดือน session ละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 1-4 ให้การบำบัด 1 session สัปดาห์ เดือนที่ 2-3 ให้การบำบัด 1 session / 2 สัปดาห์	คู่มือโปรแกรม CBT		การบำบัดแบบ CBT ที่ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา maltrexone	- อัตราการกลับไปดื่มสุราซ้ำ - การหยุดดื่มสุรา - ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัด

ตารางที่ 4 งานวิจัยและองค์ประกอบของการบำบัด (ต่อ)

องค์ประกอบงานวิจัย	ผู้บำบัด	ผู้รับการบำบัด	ระยะเวลาและควมถี่	กิจกรรม	เทคนิค	งานการบำบัดที่นำมาเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์
2) Outpatient cognitive behavioural therapy programme for alcohol dependence: impact of naltrexone use on outcome (Feeney et al., 2001) (ต่อ)		- ไม่อยู่ระหว่างรักษาด้วยยา naltrexone หรือกำลังใช้ disulfiram, Opioid หรือยาทางจิตเวช (ยกเว้น Benzodiazepine)	เดือนที่ 4-12 ให้การบำบัดหรือกำลังใช้ disulfiram ทุก 3 เดือน/ครั้ง				
3) Cognitive behavioural therapy combined with the relapse-prevention -3) medication acamprostate: are short-term treatment outcomes for alcohol dependence improved? (Feeney et al., 2002)	- แพทย์ - นักจิตวิทยา - ประจำคลินิก	- ผู้ป่วยที่ติดสุรา - อายุมากกว่า 18 ปี - หยุดดื่มสุรา 3-30 วัน - มีคะแนน b Mast \geq 6 (แสดงว่าติดสุรา) - ไม่มีอาการทางจิต - ไม่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย - ไม่เป็นโรคตับขั้นรุนแรง ระดับ serum creatinine \leq 0.12 mmol/l - ไม่อยู่ระหว่างรักษาด้วยยา naltrexone หรือกำลังใช้ disulfiram, Opioid หรือยาทางจิตเวช (ยกเว้น Benzodiazepine)	การบำบัด 8 sessions ภายใน 3 เดือน โดย สัปดาห์ที่ 1-4 ให้การบำบัด 1 session / สัปดาห์ จากนั้นในเดือนที่ 2-3 ให้การบำบัด 1 session / 2 สัปดาห์ Session ละ 1 ชั่วโมง	คู่มือ โปรแกรม CBT		การบำบัดแบบ CBT ที่ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา Acamprostate	- การกลับไปดื่มสุราซ้ำ - การหยุดดื่มตลอด 12 สัปดาห์ที่เข้าโปรแกรม - ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัด

ตารางที่ 4 งานวิจัยและองค์ประกอบของการบำบัด (ต่อ)

องค์ประกอบงานวิจัย	ผู้บำบัด	ผู้รับการบำบัด	ระยะเวลาและความถี่	กิจกรรม	เทคนิค	งานการบำบัดที่นำมาเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์
4) Alcohol dependence the impact of cognitive behavior therapy with or without maltrexone subjective health status (Feeney et al., 2004)	- แพทย์ - นักจิตวิทยา	- อายุมากกว่า 18 ปี - หยุดดื่มมา 3 วัน - มีคะแนน b Mast ≥ 6 (แสดงว่าติดสุรา) - ไม่อยู่ระหว่างรักษาด้วยยา - Acamprostate หรือกำลังใช้ disulfiram, Opioid หรือยาทางจิต	การบำบัด 8 sessions ภายใน 3 เดือน โดยสัปดาห์ที่ 1-4 ให้การบำบัด 1 session/สัปดาห์ จากนั้นในเดือนที่ 2-3 ให้การบำบัด 1 session / 2 สัปดาห์ Session ละ 1 ชั่วโมง	- identification and modification of alcohol expectancies - พัฒนา coping strategies - สอนทักษะการแก้ปัญหา	- เพิ่ม drinking refusal self-efficacy skills (ทักษะการปฏิเสธการดื่มด้วยตัวเอง)	การบำบัดแบบ CBT ที่ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา maltrexone	- การหยุดดื่มสุรา - จำนวนวันที่ดื่มสุรา - ภาวะสุขภาพกาย - ภาวะสุขภาพจิต - ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัด
5) Coping Skills and Treatment Outcomes in Cognitive-Behavioral and Interactional Group Therapy for Alcoholism (Litt et al., 2003)	แพทย์ฝึกหัด (primarily prodocteral trainus) หรือนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ทำงานทางคลินิกอย่างน้อย 2 ปี	- อายุ 18 ปีขึ้นไป - ไม่มีปัญหาทางกายหรือทางจิตที่ต้องดูแลใกล้ชิด - ไม่มีติดยาเสพติดอื่น ยกเว้นบุหรี่หรือกัญชา	เวลาในการบำบัดสัปดาห์ละครั้งๆละ 90 นาที รวม 26 ครั้ง ไม่ระบุความถี่	- การสอนทักษะการรับมือกับปัญหา - การระบุสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่ม - ทักษะในการจัดการกับความอยากดื่ม - การจัดกลุ่มแก้ปัญหา	- การปฏิเสธการดื่ม การจัดการกับความโกรธและความเครียด - การผ่อนคลาย - การฝึกทักษะการกล้าแสดงออก - การแสดงบทบาทสมมติ	เป็นการสนทนาเพื่อการบำบัดเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยให้การกำลังใจในการเปิดเผยตนเองและสะท้อนความรู้สึกออกมา	- การรับมือกับปัญหา - อัตราการหยุดดื่ม - วันที่กลับไปดื่มสุราวันแรก - วันที่กลับไปดื่มสุราหนักวันแรก

ตารางที่ 4 งานวิจัยและองค์ประกอบของการบำบัด (ต่อ)

องค์ประกอบงานวิจัย	ผู้บำบัด	ผู้รับการบำบัด	ระยะเวลาและความถี่	กิจกรรม	เทคนิค	งานการบำบัดที่นำมาเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์
6) The Effectiveness of an Inpatient Group Cognitive Behavioral Therapy Program for Alcohol Dependence (Ness & Oei, 2005)	- นักจิตวิทยา - พยาบาลวิชาชีพ - นักสังคมสงเคราะห์	- ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ติดสุรา - อายุ 18 – 69 ปี - หุดดื่มสุรา - ไม่มีความบกพร่องของระบบประสาท	เวลาในการบำบัด 42 sessions ภายใน 3 สัปดาห์ ให้การบำบัด 1 วัน / 2 sessions แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ภาคเช้าและภาคกลางคืน - ภาคเช้า ใช้เวลาในการบำบัด 21 sessions โดย 1 session/1 ชั่วโมง - ภาคกลางคืน ให้การบำบัด 21 sessions โดย 1 session/1 ชั่วโมง	ภาคเช้า - cognitive restructuring หรือ social skills training อย่างใดอย่างหนึ่ง ภาคกลางคืน - กลุ่มจิตวิญญาณ	- การผ่อนคลาย - การศึกษาจากวิดีโอ	- นำมาเปรียบเทียบกับ	- ปริมาณและความถี่ของการดื่ม - ระดับความรุนแรงในการติดสุรา - การกลับไปดื่มสุราซ้ำ - การหยุดดื่มสุรา - ระดับอาการทางจิต - ความวิตกกังวล - ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม - ความเชื่อมั่นในตนเอง
7) Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for alcohol and/or drug dependent patients (Marques & Formigoni, 2001)	จิตแพทย์	- ผู้ป่วยที่ติดสุรา/หรือสารเสพติด - ไม่เกินหกเดือน - มีที่อยู่แน่นอน - ไม่มีอาการทางจิตหรือโรคทางกายรุนแรงที่มีผลต่อการรักษา เช่น โรคจิตเภท, บัญยาอน และสมองเสื่อม	ในการบำบัด 17 sessions ภายใน 8 เดือน การรักษามี 2 ระยะ - ระยะ acquisition มี 8 sessions โดย 2 เดือนแรก ให้การบำบัด 1 session / สัปดาห์ เดือนที่ 3- 5	ระยะที่ 1 acquisitive - การศึกษาทักษะในการยอมรับปัญหา	1) การบอกผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	-	- วันที่กลับไปดื่มสุราวันแรก - วันที่กลับไปดื่มสุราหนักวันแรก

ตารางที่ 4 งานวิจัยและองค์ประกอบของการบำบัด (ต่อ)

องค์ประกอบงานวิจัย	ผู้บำบัด	ผู้รับการบำบัด	ระยะเวลาและความถี่	กิจกรรม	เทคนิค	งานการบำบัดที่นำมาเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์
7) Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for alcohol and/or drug dependent patients (Marques &. Formigoni, 2001) (ต่อ)	- ได้รับการศึกษาตามมาตรฐานอย่างน้อย 4 ปี - สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา	ผู้รับการบำบัด 1 session / 2 สัปดาห์ - ให้การบำบัด 5-8 ให้การบำบัด 1 session / เดือน - ระยะเวลา maintenance มี 9 sessions	การวางแผนในการจัดการปัญหา สถานการณ์ ความเสี่ยง แบบบันทึกการดื่มสุรา การใช้สารเสพติดด้วยตนเอง ระยะเวลาที่ 2 maintenance เพื่อคงสิ่งที่ยูป่วยได้พัฒนาไว้และสนับสนุนต่อเนื่องในกลยุทธ์	2) การพูดคุยเกี่ยวกับผลที่คาดหวังหรือสารดื่มสุราหรือสารเสพติด 3) การให้ความรู้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด 4) การมอบหมายการบ้าน	- -	- วันที่มีปัญหากากการดื่มสุรา - การบริโภคต่อสัปดาห์ - ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัด - ระดับ GGT, MCV และ CTP ในผู้ที่หยุดดื่ม/ดื่มปานกลาง	

ตารางที่ 4 งานวิจัยและองค์ประกอบของการบำบัด (ต่อ)

องค์ประกอบงานวิจัย	ผู้บำบัด	ผู้รับการบำบัด	ระยะเวลาและความถี่	กิจกรรม	เทคนิค	งานการบำบัดที่นำมาเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์
8) การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวความคิดปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุรา (นันทน์ คำถ้ำ, 2547)	พยาบาลวิชาชีพ	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV และเกณฑ์ใช้การ Code แบบ ICD 10) - สามารถสื่อสารความหมายและเข้าใจภาษาไทย - มีคะแนนการประเมินสถานะจิตชนิดสั้น เท่ากับ 18 คะแนน - ไม่ติดสารเสพติดอื่น ยกเว้นบุหรี่หรือกัญชา 	<p>แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 5 คน เวลาในการบำบัดครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 5 ครั้ง ภายใน 5 วัน</p>	<p>ครั้งที่ 1 ผลดีผลเสีย/ผลกระทบของการติดสุรา</p> <p>ครั้งที่ 2 ตั้งเป้าหมายในการลดหรือเลิกดื่มสุรา</p> <p>ครั้งที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับแผนผังการติดสุราและการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น</p> <p>ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม</p> <p>ครั้งที่ 5 การวางแผนในการเลิกดื่มสุราได้</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การเสริมแรง (reinforcement) - การสำรวจตนเอง - เทคนิคการปรับพฤติกรรม 		<ul style="list-style-type: none"> - ปริมาณการดื่มสุรา - การลด/เลิกดื่มสุรา - แรงจูงใจ

ตารางที่ 4 งานวิจัยและองค์ประกอบของการบำบัด (ต่อ)

องค์ประกอบงานวิจัย	ผู้บำบัด	ผู้รับการบำบัด	ระยะเวลาและความถี่	กิจกรรม	เทคนิค	งานการบำบัดที่นำมาเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์
9) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยที่เสพสุราในโรงพยาบาลจิตเวช (นimit แก้วอาจ, 2549)	พยาบาลวิชาชีพ	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM - IV, DSM III-R และเกณฑ์ใช้การ Code แบบ ICD10	กลุ่มละ 2-6 คน เฉลี่ย 4 คน เวลาในการบำบัดครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 6 ครั้ง ภายใน 5 วัน ครั้งที่ 1-5 ทำทุกวัน วันจันทร์-ศุกร์ เวลา 13.00-15.00 น. และครั้งที่ 6 ทำในวันที่ยุติมาเยี่ยมหรือมารับผู้ป่วยกลับบ้าน	ครั้งที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องแอลกอฮอล์และผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ ครั้งที่ 2 ตั้งเป้าหมายในการลดหรือเลิกดื่มสุรา การประเมินศักยภาพของตนเอง ครั้งที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการหยุดวางใจการดื่มสุรา และการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น ครั้งที่ 4 การปรับความคิดและพฤติกรรม การวางแผนจัดการกับอารมณ์ ครั้งที่ 5 การวางแผนการปฏิบัติเพื่อลดหรือเลิกดื่มสุรา ครั้งที่ 6 บทบาทของญาติและผู้ป่วยในการอยู่ร่วมกัน	- ความรู้ การสอน การชี้แนะ (Coaching and Guidance) - การเสริมแรง (Reinforcement Technique) - ใช้ตัวแบบทางสังคม (Social Model) - การสร้างแรงจูงใจ	งานการบำบัดที่นำมาเปรียบเทียบ	- ปริมาณการดื่มสุรา - การลด/เลิกดื่มสุรา - แรงจูงใจ

จากการศึกษาวิจัยพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดแบบมีโครงสร้าง มีขั้นตอน และใช้เทคนิคต่างๆ ร่วมด้วย จึงจะทำให้การบำบัดบรรลุเป้าหมายได้ เช่น ศิลปะการสอน การให้ความรู้ สอนให้เข้าใจใน Cognitive model เมื่อผู้รับการบำบัดเข้าใจปัญหาของตนเองก็ร่วมกันฝึกเทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้เกิดความมั่นใจเมื่อพบสิ่งกระตุ้นทั้งจากภายในและภายนอก และสุดท้าย คือ ผู้รับการบำบัดสามารถวางแผนได้ด้วยตนเอง การกลับมาดีมีกำลังใจ สุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น รวมถึงทำให้ผู้รับการบำบัดมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น



บทที่ 5

การอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาเรื้อรัง เพื่อให้ได้องค์ความรู้และนำไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยติดยาเรื้อรัง สำหรับการอภิปรายผลการศึกษา ผู้ศึกษาแบ่งการอภิปรายได้ ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานวิชาการ
2. ประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาเรื้อรัง
3. เนื้อหาของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาเรื้อรัง
4. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาเรื้อรังในแต่ละ Setting
5. การบำบัดแบบกลุ่มบำบัดและการบำบัดแบบรายบุคคล

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานวิชาการ

การศึกษานี้มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ทั้งหมด 9 เรื่อง ได้นำผลงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงที่สืบค้นมาประเมินคุณภาพ โดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ผลการประเมินงานวิจัยพบว่า เป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized Clinical Trials อยู่ในระดับ A จำนวน 5 เรื่อง เป็น non-randomized historical cohort ระดับ B จำนวน 2 เรื่อง และเป็น Quasi Experimental Research อยู่ในระดับ B ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์จำนวน 2 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ 7 เรื่อง และศึกษาในประเทศจำนวน 2 เรื่อง งานวิจัยที่นำมาศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยที่มีกระบวนการที่น่าเชื่อถือ ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยเพื่อสุ่มเข้ากลุ่มกระบวนการบำบัดและการติดตามประเมินหลังการบำบัด นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้ก็มีค่าความเที่ยงตรงภายในอยู่ในระดับดี ดังนั้นองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาเรื้อรังครั้งนี้ เป็นองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยที่มีคุณภาพ

2. ประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้คิดสุราเรื้อรัง

ผู้ศึกษาได้ศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในประเด็นต่างๆ ดังนี้

- 2.1 ประสิทธิภาพของ CBT กับการบำบัดตามปกติที่เป็นมาตรฐานของสถาบัน
- 2.2 ประสิทธิภาพของ CBT ที่ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา
- 2.3 ประสิทธิภาพของ CBT เมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดอื่น
- 2.4 ประสิทธิภาพของ CBT ในการบำบัดผู้คิดสุราที่เข้าร่วมการบำบัดครบโปรแกรม และ

จำนวน session กับระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด

2.1 ประสิทธิภาพของ CBT กับ Standard care (การบำบัดตามปกติที่เป็นมาตรฐานของสถาบัน) มีจำนวน 3 เรื่อง (Ness & Oei, 2005; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) จากการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่า ทั้ง 3 เรื่อง ศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดแบบ CBT ในการรักษาผู้คิดสุราเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า การบำบัดแบบ CBT มีประสิทธิภาพดีกว่าการบำบัดตามปกติที่เป็นมาตรฐานของสถาบัน ผู้คิดสุราเรื้อรังสามารถลดและหยุดดื่มสุราได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ness & Oei, 2005; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) และยังสามารถทำให้การกลับไปดื่มสุราช้าลดลง อาการทางจิตลดลง ระดับความเครียดลดลง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการหยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้น ระดับความรุนแรงในการติดสุราลดลง (Ness & Oei, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Andreasson and Ojehagen (2003) ที่ศึกษาแบบการวิเคราะห์เชิงอภิमान (Meta analysis) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดผู้คิดสุราด้วย CBT พบว่า การบำบัดแบบ CBT ดีกว่าการบำบัดตามปกติที่เป็นมาตรฐานของสถาบัน (Standard care)

ระยะเวลาในการบำบัดและจำนวนครั้ง (session) ในการบำบัด จากการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่า มี 2 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) ระยะเวลาในการให้การบำบัดครั้งละ 2 ชั่วโมง และมี 1 เรื่อง (Ness & Oei, 2005) พบว่า ระยะเวลาในการให้การบำบัดครั้งละ 1 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาของ (Westbrook et al., 2007) ระยะเวลาในการบำบัดของ CBT ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที-2 ชั่วโมง ส่วนจำนวน session ในการบำบัด จากการสังเคราะห์งานวิจัยมี 2 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) จำนวน session ในการบำบัดไม่เกิน 6 ครั้ง และมี 1 เรื่อง (Ness & Oei, 2005) จำนวน session ในการบำบัด 42 sessions ซึ่งสอดคล้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ (Westbrook et al., 2007) จำนวน session ในการบำบัดขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของปัญหา คือ ระดับน้อยให้การบำบัด 6 sessions และผู้คิดสุราที่มีปัญหาในระดับรุนแรงรวมทั้งมีความผิดปกติของบุคลิกภาพร่วมด้วย ควรได้รับการบำบัดมากกว่า 20 sessions ซึ่งผู้คิดสุราที่มีปัญหาการดื่มสุราในระดับรุนแรงมักพบว่ามีภาวะโรคทางจิตเวชร่วมด้วย ได้แก่

Bipolar disorder, Schizophrenia และ Anxiety disorder ส่วนผู้ติดสุราที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ ได้แก่ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder) บุคลิกภาพชนิดคาบเส้น (Borderline personality disorder, Borderline PD) และยังพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพร่วมด้วยมีโอกาสเกิดโรคอารมณ์ซึมเศร้าร่วมด้วยได้มาก และมีการควบคุมแรงกระตุ้นภายในไม่ดี ถ้าเป็น Borderline PD จะพบประวัติการทำร้ายตัวเอง และการพยายามฆ่าตัวตายสูง นอกจากนี้ยังมีการสูญเสียการทำหน้าที่ทางจิตและสังคมมากกว่าผู้ติดสารเสพติดที่ไม่มี ความผิดปกติของบุคลิกภาพ จากปัจจัยต่างๆ ส่งผลทำให้การบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพเป็นไปได้ยาก การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยค่อนข้างยาก เนื่องจากผู้ป่วยขาดความไว้วางใจ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้ต้องใช้จำนวน session ในการบำบัดเพิ่มขึ้น

ผู้บำบัด จากการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่า มี 2 เรื่องเป็นพยาบาลวิชาชีพ (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) ส่วนอีก 1 เรื่อง (Ness & Oei, 2005) เป็นทีมการรักษาที่ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา 2 คน นักสังคมสงเคราะห์ ที่มีประสบการณ์ทางคลินิกที่แตกต่างกัน แต่มีความรู้และประสบการณ์ในการทำ CBT ในระดับมาตรฐาน จะเห็นได้ว่าถึงแม้ว่าผู้บำบัดมีความแตกต่างในวิชาชีพ แต่จะต้องมีประสบการณ์ในการทำ CBT ในระดับมาตรฐาน ซึ่งรวมถึงพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลจิตเวชด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาบทบาทของพยาบาลจิตเวชตามมาตรฐานสมาคมพยาบาลอเมริกัน (American Psychiatric Association, 1994 cited in Carson & Arnold, 1996) ที่กล่าวไว้ว่า บทบาทของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถให้การบำบัดทางจิต (psychotherapy) แก่บุคคลกลุ่ม และครอบครัวได้และยังสอดคล้องกับสภาการพยาบาล (2551) ที่กล่าวไว้ว่า พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถให้การช่วยเหลือดูแลบุคคลทุกวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต จิตเวช และผู้ใช้สารเสพติด โดยวิเคราะห์ผลการวิจัย ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ และนำประสบการณ์ต่างๆ มาบูรณาการ เพื่อเป็นแนวทางในการให้การปฏิบัติพยาบาลแบบองค์รวม ให้การบำบัดทางจิต รวมทั้งการปฏิบัติบทบาทในการบริหารจัดการ การตัดสินใจทางคลินิก และจริยธรรมในการปฏิบัติ การให้ความรู้ การเป็นที่ปรึกษา และการวิจัยก่อนที่จะให้การบำบัด

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุรา มีอายุ 18-69 ปี สามารถสื่อความหมายและเข้าใจภาษา โดยมีค่าคะแนนการประเมินสภาวะจิตชนิดสั้นเท่ากับ 18 คะแนน (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) ซึ่งแบบประเมินสภาวะทางจิตชนิดสั้นเป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะความบกพร่องในด้านความคิด ความจำ และเซาว์ปัญญา การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดที่ว่าอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม

ส่งผลต่อกระบวนการคิด การที่ผู้รับการบำบัดได้คะแนนไม่ผ่านเกณฑ์อาจจะทำให้มีปัญหาด้านการนึกคิด ไม่เข้าใจเนื้อหา ไม่สามารถรับฟังหรือแสดงความคิดเห็นในกลุ่มบำบัดได้ และอาจส่งผลทำให้เกิดการตีความการรับรู้ที่แตกต่างกัน การปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด การค้นหาแนวทางแก้ไข ปัญหา การเรียนรู้แนวทางใหม่ในการคิดที่ถูกต้อง การฝึกทักษะทางสังคม รวมทั้งการสร้างความคิดใหม่ๆ ก็ไม่สามารถทำได้ อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาของนิชนันท์ คำล้าน (2547) ผู้วิจัยอนุญาตให้มีผู้รับการบำบัดไม่ผ่านเกณฑ์ 2 ราย (ได้คะแนนการประเมินสมรรถภาพทางสมองเท่ากับ 17 คะแนน) แต่หลังเข้ารับการบำบัดไม่พบว่ามีปัญหาหรืออุปสรรคใดๆ ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ควรมีการทดสอบเครื่องมือเพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสมในแต่ละบริบทของงานวิจัย แต่ผลการศึกษาของนิมิต แก้วอาจ (2549) ไม่พบภาวะบกพร่องในเรื่องความคิด ความจำ และเชาวน์ปัญญา ทุกคนที่เข้ารับการบำบัดผ่านเกณฑ์แต่ไม่ระบุคะแนน ระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา (Alcohol Withdrawal Scale) คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 (นิชนันท์ คำล้าน, 2547) ระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา (Clinical institute withdrawal Assessment scale for alcohol revised, CIWA-Ar) คะแนนน้อยกว่า 8 (นิมิต แก้วอาจ, 2549) และหยุดดื่มสุรา 3 สัปดาห์ (Ness & Oei, 2005) การประเมินระดับความรุนแรงของอาการขาดสุราของผู้รับการบำบัดอาจเลือกใช้แบบวัดได้หลายอย่าง แต่เกณฑ์ที่ใช้ในการศึกษาเป็นไปทิศทางเดียวกัน คือ ผู้รับการบำบัดจะต้องมีระดับความรุนแรงของภาวะขาดสุราระดับต่ำ จึงสามารถเข้ารับการบำบัดได้ เนื่องจากระดับความรุนแรงของภาวะขาดสุราในระดับต่ำนั้น ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตทุเลาลง การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคลอยู่ในระดับดี การรับรู้ข้อมูลถูกต้อง ทำให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม ให้ความร่วมมือในการบำบัด ทำให้การบำบัดเกิดประสิทธิภาพ ผู้รับการบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

แบบประเมินที่ใช้วัดผลลัพธ์ในการบำบัด ทางด้านพฤติกรรมการดื่มสุรา ใช้แบบประเมินการวัดปริมาณและความถี่ในการดื่ม (Khavari Alcohol Test, KAT) (Ness & Oei, 2005) แบบประเมินรายงานด้วยตนเองในการดื่มสุรา (Drinking Expectancy Profile, DEP) (Ness & Oei, 2005) แบบสอบถามปริมาณการดื่มสุรา (Time Line Follow Back) (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิมิต แก้วอาจ, 2549) แบบประเมินกระบวนการคิดและกระบวนการทำเพื่อให้เกิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา (The Process of Change-Alcohol Questionnaires) (นิชนันท์ คำล้าน, 2547) และแบบประเมินระดับความรุนแรงในการติดสุรา (Short Alcohol Dependence Data Questionnaires, SADD) จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า แม้ว่าจะใช้แบบประเมินต่างกันแต่มีผลลัพธ์ไปในทางเดียวกัน

แบบประเมินอื่นๆ ที่นำมาใช้ในการศึกษา แบบประเมินวัดระดับความรุนแรงของความวิตกกังวล (Beck Anxiety Index, BAI) (Ness & Oei, 2005) แบบประเมินความเชื่อมั่นใน

ตนเองโดยทั่วไป (General Self-Efficiency Scale) (Ness & Oei, 2005) แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินแรงจูงใจ (นิชนันท์ คำล้าน, 2547) แบบประเมินปัญหาทางจิตและพยาธิสภาพ (The Symptom Checklist-90-Revised: SCI-90-R) ซึ่งมี 3 ดัชนีของภาวะ distress ที่เกี่ยวข้องกับ SCL-90-R: The Symptom Distress Index (PSDI), The Positive Symptom Total (PST) และ The Global Severity Index (GSI) (Ness & Oei, 2005) ถึงแม้ว่าจะมีการประเมินในประเด็นที่แตกต่างกัน แต่ปัจจัยเหล่านี้ก็ล้วนแต่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rychtarik et al. (2000) ที่พบว่า ผู้ติดสุราที่มีปัญหาการดื่มสุราในระดับรุนแรงและมีภาวะโรคร่วมทางจิตเวช ควรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน และได้รับการบำบัดแบบเฉพาะที่มีประสิทธิภาพ คือ การปรับความคิดและพฤติกรรม

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาจาก 3 เรื่อง พบว่า การบำบัดแบบ CBT เป็นการบำบัดที่มีรูปแบบชัดเจน เป็นโปรแกรมการบำบัดแบบองค์รวมครอบคลุมกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดื่มสุราดีขึ้น เป็นการบำบัดใน setting ผู้ป่วยใน จำนวน session ในการบำบัดขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของปัญหาและภาวะโรคร่วมทางจิตเวชกับความผิดปกติของบุคลิกภาพ ส่วนผู้บำบัดไม่จำกัดวิชาชีพ แต่ต้องมีประสบการณ์งานทางคลินิก และมีประสบการณ์ในการทำ CBT โปรแกรมในระดับมาตรฐาน

2.2 ประสิทธิภาพของ CBT ที่ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา มีจำนวน 3 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004) จากการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่า มีจำนวน 2 เรื่อง ที่ศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2004) และมีจำนวน 1 เรื่อง ที่ศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา acamprosate (Feeney et al., 2002) ในผู้ติดสุราเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดสุราเรื้อรังที่เข้ารับการบำบัด CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone หรือ CBT ร่วมกับการใช้ยา acamprosate จนครบโปรแกรม มีอัตราการกลับไปดื่มสุราซ้ำลดลง สามารถเพิ่มวันหยุดดื่มสุรา (days abstinent) และสามารถหยุดดื่มสุราได้ (Abstinent) มากกว่ากลุ่มที่บำบัดโดย CBT อย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Srisurapanont and Jarusuraisin (2005) ที่ทำการศึกษาแบบการวิเคราะห์เชิงอภิमान (Meta analysis) เพื่อศึกษาผลของการใช้การบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone ในผู้ติดสุราเรื้อรังก็พบว่า การกลับไปดื่มสุราซ้ำลดลง ระยะเวลาการกลับไปดื่มสุราในครั้งแรกนานขึ้น (longer time to relapse) ลดจำนวนวันที่ดื่มสุรา ลดความอยากดื่มสุราได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่า การบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยานั้นมีเปอร์เซ็นต์การเข้าร่วมการบำบัดจนครบ 12 สัปดาห์มากกว่าการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว

ระยะเวลาในการบำบัดและจำนวนครั้ง (session) ในการบำบัด จากการศึกษา งานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004) พบว่า ไม่แตกต่างกัน คือ 8 sessions ภายใน 3 เดือน โดยสัปดาห์ที่ 1-4 ให้การบำบัด 1 session/สัปดาห์ จากนั้นในเดือน ที่ 2-3 ให้การบำบัด 1 session/2 สัปดาห์ จะเห็นได้ว่าการบำบัดมีการจำกัดเวลาและใช้ระยะเวลาสั้น เป็นการบำบัดใน setting ผู้ป่วยนอก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแบบการวิเคราะห์เชิงอภิธาน (Meta analysis) ของ Berglund et al.(2003) และ Srisurapanont and Jarusuraisin (2005) ซึ่งพบว่าการบำบัด แบบ CBT นั้น แม้ว่าจะระยะเวลาในการบำบัดค่อนข้างสั้นแต่ผลการบำบัดนั้นมีประสิทธิภาพ

ผู้บำบัด จากการศึกษาพบว่า เป็นจิตแพทย์ (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002) เป็นแพทย์หรือนักจิตวิทยา (Feeney et al., 2004) ซึ่งจะต้องได้รับการ training โดย supervision และเป็นผู้บำบัดคนเดียวจนตลอดการรักษา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้บำบัดต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และความมั่นใจในโปรแกรมการรักษา

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสุราตามเกณฑ์การ วินิจฉัย DSM IV มีอายุตั้งแต่ 18 ปี หยุดดื่มสุรา 3-30 วัน มีคะแนนการคัดกรองระดับความรุนแรง ในการติดสุรา bMast ≥ 6 ไม่มีอาการทางจิต มีระดับ Bilirubin หรือ Transaminases ไม่เกิน 2 เท่าจาก ค่าปกติ ไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยา naltrexone หรือกำลังใช้ disulfiram, Opioid หรือยาทางจิตเวช ไม่ติดสารเสพติดอื่นยกเว้นบุหรี่หรือกัญชา ไม่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย

แบบประเมินที่ใช้วัดผลลัพธ์ในการบำบัด ด้านพฤติกรรมการหยุดดื่ม (Alcohol abstinence) คือ แบบรายงานด้วยตนเอง (self report) ข้อมูลที่รายงานได้จากการวัดปริมาณ แอลกอฮอล์จากลมหายใจเมื่อมาคลินิกตามนัด (clinic visit alcohol Breathalysation, BAL) เป็นการ ตรวจสอบว่าผู้บำบัดเพิ่งดื่มสุราในเวลาเร็วๆ นี้ (recent alcohol intake) ค่าของตัวชี้วัดจะเพิ่มขึ้นเมื่อได้ ดื่มสุราจำนวนมากและดื่มเป็นประจำ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจ LFTs การตรวจ (carbohydrate deficient transferring, CDT) การตรวจ (gamma glutamyl transferase, GGT) การ ตรวจ (aspartate amino transferase, AST/SGOT) การประเมินดังกล่าวสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดที่แสดง ถึงภาวะการดื่มสุราเกินระดับหรือการดื่มแบบอันตราย ช่วยในการคัดกรอง การวินิจฉัยภาวะการติด สุรา และค้นหาปัญหาการดื่มสุรา รวมทั้งความร่วมมือในการรักษา

แบบประเมินอื่นๆ ที่นำมาใช้ในการศึกษา ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา แต่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา ได้แก่ แบบประเมินการวัด Psychological function (SF-36 Health Survey, SF-36) แบบสอบถาม General Health Questionnaire (GHQ-28)

จากการศึกษาการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone หรือร่วมกับการใช้ ยา acamprosate พบว่า การใช้ยา naltrexone หรือการใช้ยา acamprosate ร่วมด้วยจะช่วยให้เรื่อง

ความร่วมมือในการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดจนครบโปรแกรม และอัตราการหยุดดื่มสุรา และยังมีผลทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยของ UKATT Research Team (2005) ที่ศึกษาประสิทธิผลของพฤติกรรมสังคมและเครือข่ายการบำบัด (Social behavior and network therapy, SBNT) ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดในผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุรา โดยใช้กลยุทธ์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการสนับสนุนของเครือข่ายทางสังคม พบว่ามีคะแนนภาวะสุขภาพกายและภาวะสุขภาพจิตโดยรวมสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 3 เรื่องพบว่า การบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone หรือร่วมกับการใช้ยา acamprosate เป็นการบำบัดที่มีขั้นตอน และระยะเวลาในการบำบัดชัดเจน สามารถช่วยลดอาการอยากดื่มสุรา ลดความรู้สึกรังเกียจจากการดื่มสุรา และลดปริมาณการดื่มสุราได้ เป็นการบำบัดที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถทำให้ผู้ติดสุราเฝ้าระวังให้ความร่วมมือในการบำบัดเพิ่มขึ้น ดังนั้นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจึงควรกระทำควบคู่ไปกับการใช้ยาเหล่านี้ร่วมด้วย ผู้รับการบำบัดต้องเป็นผู้ติดสุราซึ่งหยุดดื่มสุรา 3-30 วัน มีคะแนนของระดับการติดสุราไม่รุนแรง และต้องเซ็นใบยินยอมในการรักษา เป็นการบำบัดใน setting ผู้ป่วยนอก ระยะเวลาในการบำบัดภายใน 3 เดือนจำนวน session ในการบำบัด 8 sessions โดยสัปดาห์ที่ 1-4 ให้การบำบัด 1 session/สัปดาห์ จากนั้นในเดือนที่ 2-3 ให้การบำบัด 1 session/2 สัปดาห์ ผู้บำบัดเป็นแพทย์หรือนักจิตวิทยา เป็นผู้บำบัดคนเดียวจนตลอดการรักษา และมีประสบการณ์ทางคลินิก

2.3 ประสิทธิภาพของ CBT เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการบำบัดอื่น มีจำนวน 2 เรื่อง คือ Brief Intervention (Shakeshaft et al., 2002) และ Interactional group therapy (Litt et al., 2003) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.3.1) ประสิทธิภาพของ CBT เมื่อเปรียบเทียบกับ Brief Intervention (BI) (Shakeshaft et al., 2002): BI เป็นการบำบัดระยะสั้นสำหรับผู้ติดสุราแบบที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงที่เกิดปัญหาต่อสุขภาพ (Hazardous Drinking) และการดื่มที่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจ (Harmful Drinking) เกิดผลกระทบในหน้าที่การงาน แต่ยังคงดื่มสุราเรื่อยไปแม้จะทราบว่า การดื่มสุราเป็นสาเหตุหรือผู้ที่ดื่มสุราเป็นครั้งคราวในสถานการณ์ต่างๆ ที่ห้ามดื่ม เช่น ขับขี่ขณะมีเมเมาแต่ไม่ใช้ผู้ติดสุรา ผลการวิจัยพบว่า หลังการบำบัดแบบ BI และ CBT อัตราการดื่มสุราของผู้รับการบำบัดลดลง ซึ่งการศึกษานี้เป็นการบำบัดที่มี setting อยู่ในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Fleming et al. (1997) และ Fleming and Manwell (1999) ที่ศึกษาประสิทธิภาพ Brief Intervention พบว่าสามารถลดระดับการดื่มสุรา และเหมาะสมสำหรับการบำบัดในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ (Primary care setting) และยังคงสอดคล้องกับรายงานการทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการ

ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์ของครุณี ภู่วา (2547) ที่พบว่า Brief Intervention เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ในผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มอยู่ในระดับเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ (Hazardous Drinking) สามารถลดการดื่มสุราและยังลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับอันตรายต่างๆ ที่มีสาเหตุเกี่ยวเนื่องจากการใช้แอลกอฮอล์ (Alcohol related harm) เหมาะสำหรับสถานพยาบาลในปฐมภูมิ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก

การศึกษาติดตามผล หลังการบำบัดแบบ BI 6 เดือน ในการศึกษา นี้ ก็ยังพบว่าอัตราการดื่มสุราของผู้รับการบำบัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการศึกษาของ Fleming et al. (1997) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของ BI พบว่า เมื่อติดตามผลหลังการบำบัด 12 เดือน ผู้ป่วยยังคงสามารถลดปริมาณการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาแบบการวิเคราะห์เชิงอภิมานของ (Meta analysis) ของ Salaspuro (2003) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของ BI พบว่า เมื่อติดตามผลหลังการบำบัด 2 ปี ผู้ป่วยสามารถลดการดื่มสุราได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเป็นการบำบัดให้ผลที่มีประสิทธิภาพดีในระยะเวลานาน ทั้งนี้ในงานวิจัยครั้งนี้ยังไม่ได้มีการติดตามผลในระยะยาวต่อไปอีก ซึ่งถ้ามีการติดตามผลของการบำบัดในระยะเวลายาวขึ้นอาจจะทำให้เห็นถึงประสิทธิภาพที่ชัดเจน และยังสามารถนำไปพัฒนาวิธีการบำบัดได้มากยิ่งขึ้น

ผู้บำบัด จากการศึกษา ผู้บำบัดเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่เป็นบุคลากร (Staff) ที่ต้องผ่านการฝึกปฏิบัติ (work shop) การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีการให้ความรู้กับทีมดูแลสุขภาพในเรื่องการให้การบำบัดแบบ BI นอกจากนี้แพทย์ก็เป็นบุคคลสำคัญที่มีส่วนช่วยให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล จะเห็นได้ว่าการบำบัดที่ได้ผลดีนั้นจะต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ และผู้รับการบำบัดจะต้องมีความรู้และมีประสบการณ์ในการบำบัด (Adams, 1998 cited in Berglund et al., 2003)

ผู้รับการบำบัด คุณสมบัติของผู้รับการบำบัดตามเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ ใน 4 ข้อ คือ 1) เข้ารับการรักษาโดยมีความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาการติดแอลกอฮอล์ของตนเอง 2) มีการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์ในผู้ชายมากกว่า 280 gm และในผู้หญิงมากกว่า 140 gm 3) วัดจาก 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 60 gm ใน 1 ครั้งในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนตอบแบบสอบถาม และ 4) มีคะแนน AUDIT อย่างน้อย 8 จากคุณสมบัติที่กล่าวมาสอดคล้องกับการคัดกรองผู้ดื่มสุรา ระดับเสี่ยงปานกลางหรือกลุ่มที่มีความเสี่ยง แต่ไม่ใช่ผู้ติดสุรา ซึ่งแบบประเมิน AUDIT เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้รับการบำบัดในสถานบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care setting) การป้องกันและการรักษาก่อนที่จะเกิดปัญหาจากสุราเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ ผลการรักษาได้ผลมากกว่าการรักษาโดยทั่วไปในผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง

แบบประเมินที่ใช้วัดผลลัพธ์ในการบำบัด ด้านพฤติกรรมการดื่ม คือ การบริโภค แอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์โดยใช้แบบประเมิน Retrospective drinking diary (RD) การบริโภค แอลกอฮอล์มากเกินไปโดยใช้แบบประเมิน Quality Frequency Questions (QF) ระดับของการติด แอลกอฮอล์ ใช้แบบประเมิน AUDIT ส่วนปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ ใช้แบบประเมิน Alcohol Problems Questionnaire และแบบประเมินลักษณะทั่วไปของประชากร

แบบประเมินอื่นๆ ที่นำมาใช้ในการศึกษา เป็นแบบประเมินที่มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของผู้วิจัยที่ต้องการให้ได้ผลลัพธ์อื่นๆ ที่นอกเหนือจากผลลัพธ์ หลักของการวิจัย แบบประเมินที่นำมาใช้ในการศึกษา คือ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยกับ โปรแกรมการให้การปรึกษา แบบประเมินความร่วมมือของผู้ให้การปรึกษาคือ protocol การบำบัด และแบบประเมินความคุ้มทุน

จะเห็นได้ว่า การบำบัดแบบ BI เป็นการบำบัดระยะสั้นที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ดื่มสุราแบบที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงปัญหาการติดสุรา (Hazardous Drinking) และการดื่มที่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจ (Harmful Drinking) ให้การบำบัดโดยใช้เทคนิค FRAMES เหมาะสำหรับการบำบัดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Primary care setting) ซึ่งพบว่า มีความคุ้มค่าและประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่าการบำบัดแบบ CBT แต่อย่างไรก็ตามผู้รับการบำบัด ต้องมีความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาการติดสุราของตนเอง มีระดับการติดสุราไม่รุนแรง สมัครใจเข้ารับการบำบัดเพราะผู้ป่วยจะต้องมารับการบำบัดด้วยตัวของผู้ป่วยเอง การบำบัดแบบ BI นี้จึงเป็น ทางเลือกหนึ่งสำหรับพยาบาลที่อยู่ในชุมชนที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่ อย่งไรก็ตามผู้บำบัดต้องผ่านการฝึกอบรมและได้ฝึกปฏิบัติให้มีประสบการณ์เพิ่มขึ้นก่อน

2.3.2) Interactional therapy เป็นการบำบัดแบบปฏิสัมพันธ์ ผลการวิจัยพบว่า การบำบัดแบบ Interactional therapy และการบำบัดแบบ CBT สามารถลดอัตราการหยุดดื่มสุราเวลาที่ กลับไปดื่มสุราซ้ำเป็นวันแรก หรือเวลาที่กลับไปดื่มหนักเป็นวันแรก และเปอร์เซ็นต์ของการหยุด ดื่มไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Cooney, Kadden, Getter & Litt (1991) ที่ศึกษาผล การติดตามการบำบัดผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทักษะการรับมือกับปัญหาโดยใช้ แนวคิดของการบำบัดแบบ CBT กับการบำบัดแบบปฏิสัมพันธ์ พบว่า ระยะเวลาการดื่ม ความถี่ใน การดื่มหนัก ระหว่างการบำบัดทั้ง 2 แบบไม่แตกต่างกัน

ผู้บำบัด จากการศึกษา ผู้บำบัดเป็นแพทย์ฝึกหัดหรือนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ งานทางคลินิกการบำบัดแบบ Interaction อย่างน้อย 2 ปี ปฏิบัติตามคู่มือการบำบัด สามารถให้การ บำบัดทั้ง 2 อย่างได้ และมีการตรวจสอบความร่วมมือในการบำบัด โดยผู้นิเทศ 2 สัปดาห์ / ครั้ง

แสดงให้เห็นว่าผู้บำบัดต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ความมั่นใจ และมีความสามารถในการให้การบำบัด (Litt et al., 2003)

ผู้รับการบำบัด จากการศึกษา ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตาม DSM-IV ว่าเป็น Alcohol dependence หรือ Alcohol Abuse มีอายุ 18 ขึ้นไป มีที่อยู่ชัดเจนสามารถติดตามได้ ไม่มีปัญหาทางด้านร่างกายหรือจิตใจที่ต้องได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิดและมีความสามารถในการอ่าน Slosson Oral Reading Test สูงกว่าระดับเกรดห้าไม่มีประวัติการติดยา (ยกเว้นบุหรี่หรือกัญชา) ไม่มีการใช้ยาเสพติดเข้าทางหลอดเลือดเมื่อเร็วๆ นี้ ไม่มีพฤติกรรมที่ไม่เอื้อต่อการเข้าร่วมการบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Cooney et al. (1991) ที่ศึกษาผลการบำบัดผู้ป่วยที่ติดยาเรื้อรังพบว่า ผู้ติดยาเรื้อรังที่มีอาการทางจิตไม่รุนแรงและมีความบกพร่องด้านความคิดเหมาะสมสำหรับการได้รับการบำบัดแบบปฏิสัมพันธ์

แบบประเมินที่ใช้วัดผลลัพธ์ในการบำบัด ด้านพฤติกรรมกรมการดื่ม คือ บทสัมภาษณ์ Form-90 (Millen, 1996 cited in Litt et al., 2003) ใช้แบบประเมินการดื่มสุราในแต่ละวันตลอด 180 วันก่อนการบำบัด 90 วันระหว่างการบำบัด และหลังการบำบัดในช่วงติดตามผล ประกอบด้วย แบบประเมินสัดส่วนของวันที่สามารถหยุดดื่มได้ (Proportion Day Abstinence, PDA) แบบประเมินสัดส่วนของวันที่มีการดื่มหนัก (Proportion Heavy Drinking, PDH) และแบบประเมินทักษะการรับมือกับปัญหา (The Coping Strategies Scale)

แบบประเมินอื่นๆ ที่นำมาใช้ในการศึกษา ได้แก่ The California Psychological Inventory (CPI) Socialization scale ใช้ประเมินการต่อต้านสังคม (sociopathy) Global psychopathology ใช้ประเมินความรุนแรงของระดับการเจ็บป่วยทางจิตร่วมกับความรุนแรงในการติดยาเสพติด The Drink Inventory of Consequences ใช้ประเมินการดื่มที่สร้างปัญหา Predictor of Coping change ใช้ทำนายการเปลี่ยนแปลงทักษะการรับมือกับปัญหา และ Coping, Motivation and Self-Efficacy ใช้ประเมินทักษะการรับมือกับปัญหา, แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดแบบ Interactional therapy เป็นการบำบัดแบบปฏิสัมพันธ์ ให้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านความคิด และมีระดับอาการทางจิตไม่รุนแรง ช่วยให้ผู้ติดยาเรื้อรังสามารถลดอัตราการหยุดดื่มสุราได้ไม่แตกต่างกับการบำบัดแบบ CBT โปรแกรมการบำบัดเป็นการเรียนรู้ระหว่างบุคคล การจำแนกอารมณ์และการจัดการกับอารมณ์โดยเน้น here and now พยาบาลสามารถให้การบำบัดได้อย่างอิสระ แต่ต้องมีประสบการณ์ทั้งในเรื่องการบำบัดแบบ CBT และ Interactional therapy ซึ่งจากหลักฐานงานวิจัยจะ

เห็นได้ว่า การบำบัดแบบ Interactional therapy สามารถลดการดื่มสุราได้ จากการติดตามผลหลังการบำบัด 1 ปี

2.4 ประสิทธิภาพของ CBT ในการบำบัดผู้ติดสุราที่เข้าร่วมการบำบัดครบโปรแกรม และจำนวน session กับระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด

จากการสังเคราะห์งานวิจัยจำนวน 9 เรื่อง แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดครบโปรแกรมพบว่า อัตราการกลับไปดื่มสุราซ้ำลดลง สามารถเพิ่มวันหยุดดื่ม (day abstinent) และสามารถหยุดดื่มสุราได้ (Abstinent) (โดยให้การบำบัด 8 ครั้งภายใน 3 เดือน) (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004) หลังการบำบัดครบโปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการหยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้น ระดับความรุนแรงในการติดสุราลดลง (โดยให้การบำบัด 42 ครั้งภายใน 3 สัปดาห์) และจากการติดตามหลังการบำบัด 3 เดือน พบว่า อัตราการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง การกลับไปดื่มซ้ำลดลง (Ness & Oei, 2005) จากงานวิจัยที่ติดตามผลหลังการบำบัด 2 เดือน พบว่า ผู้ติดสุราเรื้อรังที่เข้าร่วมการบำบัดครบโปรแกรม เกือบทั้งหมดสามารถลดและหยุดดื่มสุราได้ (โดยให้การบำบัด 5-6 ครั้ง/สัปดาห์) (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) จากการติดตามผลหลังการบำบัด 6 เดือน พบว่า สามารถลดการดื่มสุราได้ (ให้การบำบัด 6 ครั้ง/สัปดาห์) (Shakeshaft et al., 2002) จากการติดตามผลหลังการบำบัด 1 ปี พบว่า สามารถลดการดื่มสุราได้ โดยเปรียบเทียบข้อมูลจำนวนวันที่ดื่มสุรา วันที่ดื่มหนัก ค่าเฉลี่ยของการดื่มสุราต่อสัปดาห์ (ให้การบำบัด 17 ครั้ง ภายใน 8 เดือน) (Marques & Formigoni, 2001) และจากการติดตามผลหลังการบำบัด 18 เดือน สามารถลดการดื่มสุราได้ อัตราการหยุดดื่มสุราลดลง เวลาที่กลับไปดื่มสุราซ้ำเป็นวันแรกหรือเวลาที่กลับไปดื่มหนักเป็นวันแรก เปอร์เซ็นต์การหยุดดื่มลดลงได้ (ให้การบำบัด 26 ครั้ง/สัปดาห์) (Litt et al., 2003)

3. เนื้อหาของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง

องค์ประกอบของเนื้อหาของการบำบัดในแต่ละงานวิจัย จากการสังเคราะห์ผลการศึกษา 9 เรื่อง พบว่า การฝึกทักษะต่างๆ และการให้ความรู้สำหรับผู้ติดสุรา เป็นกระบวนการแบบมีโครงสร้างและมีเนื้อหาคล้ายคลึงกัน ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรค วงจรการติดสุรา สิ่งกระตุ้นสถานการณ์ความเสี่ยง การวางแผนจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ การฝึกทักษะทางสังคม การป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ การจัดการกับภาวะวิกฤติเกี่ยวกับสุราและอารมณ์ที่เกิดขึ้น และสิ่งสนับสนุนในครอบครัว Beck (1995) และกรมสุขภาพจิต (2551) ที่กล่าวไว้ว่า การบำบัดแบบ CBT นั้นจะต้องมีการทำ cognitive conceptualization เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องโรคหรือปัญหาของตนเอง โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในรูปแบบของ cognitive model จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจแต่ละสถานการณ์ว่ามี

ความรู้สึก ความคิดอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือตั้งแต่ต้นในการกำหนดปัญหาและเป้าหมายที่ชัดเจน โดยเน้นปัจจุบันและเน้นที่เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ใจ ผู้บำบัดจะสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย สอนเรื่องการดำเนินโรค หรือกรอบและแนวคิดของ CBT และ cognitive model ให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และฝึกทักษะต่างๆ ซึ่งจะเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดกลับมาเป็นซ้ำได้ สอดคล้องกับ Dobson (1988) ที่กล่าวไว้ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้โดยการทำงานของกระบวนการทางความคิด คือ บุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไป กระบวนการทางความคิดจะรับรู้และแปลงสิ่งเร้าที่เข้ามา ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ต่อสิ่งเร้า ส่วนพฤติกรรมและอารมณ์ก็จะมีอิทธิพลต่อกระบวนการทางความคิด เพราะฉะนั้นเนื้อหาต่างๆ ของ CBT ที่ผู้บำบัดสอน ชี้นำ ฝึกอบรม และฝึกปฏิบัติก็สามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่เหมาะสมได้

4. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ติดสุราเรื้อรังในแต่ละ Setting

จากการสังเคราะห์งานวิจัยจำนวน 9 เรื่อง พบว่า การบำบัดแบบ CBT สามารถทำการบำบัดได้ทั้ง 3 setting คือ setting ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และในชุมชน ดังนี้

- Setting ผู้ป่วยนอก มีจำนวน 5 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004; Litt et al., 2003; Marques & Formigoni, 2001) จำนวน sessions ในการบำบัด 8-26 sessions ระยะเวลาในการบำบัด 3-8 เดือน ซึ่งลักษณะของผู้รับการบำบัดมีดังนี้ เป็นผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV, DSM III มีคะแนน bMast ≥ 6 ซึ่งแสดงว่าติดสุรา หยุคดื่มสุรามา 3-30 วัน ไม่มีโรคทางกายรุนแรงที่มีผลต่อการรักษา ระดับ Bilirubin หรือ Transaminases ไม่เกิน 2 เท่าจากค่าปกติ ไม่มีอาการทางจิต ไม่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ไม่อยู่ระหว่างรักษาด้วยยา naltrexone หรือกำลังใช้ disulfiram, Opioid หรือยาทางจิตเวช (ยกเว้นยากลุ่ม Benzodiazepine) ไม่ติดสารเสพติดอื่น ยกเว้น บุหรี่หรือกัญชา ไม่ตั้งครกหรือกำลังให้นมบุตร ไม่เป็นโรคตับขั้นรุนแรง หรือโรคไตที่มี serum creatinine ≥ 0.012 mmol/L และมีที่อยู่แน่นอน จะเห็นได้ว่าผู้ติดสุราที่ได้รับการรักษาใน Setting ผู้ป่วยนอกนั้น จะต้องเป็นผู้ที่มีความตระหนัก และสมัครใจที่จะรับการบำบัด อันจะส่งผลให้ผู้ติดสุรามารับการบำบัดอย่างต่อเนื่องจนครบโปรแกรม และจะต้องไม่มีอาการแทรกซ้อนอย่างอื่น อันจะมีผลต่อการบำบัด

- Setting ผู้ป่วยใน มีจำนวน 3 เรื่อง (Ness & Oei, 2005; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) จำนวน session ในการบำบัด 5-42 sessions ระยะเวลาในการบำบัด 1-3 สัปดาห์ ซึ่งลักษณะของผู้รับการบำบัดมีดังนี้ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถานบำบัด ได้รับการ

วินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสุราตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-IV, DSM III-R สามารถสื่อความหมายและเข้าใจภาษาไทย มีค่าคะแนนการประเมินสภาวะจิตชนิดสั้นเท่ากับ 18 คะแนน มีระดับความรุนแรงของภาวะขาดสุรา ค่าคะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 2 หรือมีระดับความรุนแรงของภาวะขาดสุราค่าคะแนนน้อยกว่า 8 จะเห็นได้ว่าผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมใน Setting ผู้ป่วยในนั้นแตกต่างจากผู้ที่มีการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจะต้องผ่านขบวนการ Alcohol detoxification ก่อน ไม่มีความบกพร่องทางการนึกคิด และไม่มีอาการทางกายและจิตที่รุนแรง

- Setting ผู้ป่วยในชุมชน มีจำนวน 1 เรื่อง (Shakeshaft et al., 2002) ระยะเวลาในการบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ ซึ่งลักษณะของผู้รับการบำบัดมีดังนี้ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาสถานบริการสาธารณสุขระดับชุมชน (ศูนย์ให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติด) ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสุราตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-IV มีคุณสมบัติอื่นๆ คือ ไม่จำกัดอายุ ในผู้ชายมีการดื่มสุรามากกว่า 280 gm ในผู้หญิงมากกว่า 140 gm หรือมีการดื่มสุรามากกว่า 60 gm ใน 1 ครั้ง/สัปดาห์ มีคะแนน AUDIT อย่างน้อย 8 คะแนน และเข้ารับการรักษาด้วยความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาการติดแอลกอฮอล์ของตนเอง

จะเห็นได้ว่าผู้ที่มีการบำบัดในแต่ละ setting ก็มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน ทั้งนี้เพื่อความเหมาะสมกับลักษณะความเจ็บป่วยและความรุนแรงของอาการต่างๆ ในผู้ติดสุรา เมื่อพิจารณา Program ที่ใช้ในการบำบัด ทั้ง 3 setting เป็น Program การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ที่มีกระบวนการและเนื้อหาในการบำบัดแต่ละ setting คล้ายๆ กัน จากงานวิจัยพบว่า เนื้อหาในแต่ละ setting ส่วนใหญ่จะใช้หลักการยึดความต้องการของผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง (Client-entered) โดยผู้บำบัดเป็นผู้สอนชี้แนะ โดยการฝึกทักษะทางความคิด (Cognitive skill) ทักษะทางด้านพฤติกรรม (Behavioural skill) ทักษะทางสังคม (social skill) และวางโครงสร้างในการสนทนาเกี่ยวกับการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจร่วมกัน เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดความร่วมมือ การบำบัดมีประสิทธิภาพ และผู้รับการบำบัดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

5. การบำบัดแบบกลุ่มบำบัดและการบำบัดแบบรายบุคคล

จากการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่า การบำบัดผู้ติดสุราเรื้อรังสามารถให้การบำบัดได้ทั้ง 2 รูปแบบ คือ การบำบัดรายบุคคล มี 1 เรื่อง (Shakeshaft et al., 2002) การบำบัดแบบกลุ่มมี 8 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004; Litt et al., 2003; Marques &

Formigoni, 2001; Ness & Oei, 2005; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) จากการศึกษา งานวิจัย พบความแตกต่างของทั้ง 2 รูปแบบ ในประเด็นต่อไปนี้

- ระยะเวลาในการบำบัดแต่ละ session พบว่า การบำบัด CBT แบบกลุ่มใช้เวลาในการให้การบำบัดแต่ละ session ประมาณ 1-2 ชั่วโมง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004; Litt et al., 2003; Ness & Oei, 2005; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) ส่วนการบำบัดแบบรายบุคคลใช้ระยะเวลาในการบำบัดแต่ละ session ประมาณ 45-60 นาที (Shakeshaft et al., 2002)

- ระยะเวลาในการบำบัดครบโปรแกรม พบว่า การบำบัด CBT แบบกลุ่มใช้เวลาในการให้การบำบัดครบโปรแกรมภายใน 1 สัปดาห์ มี 2 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) ภายใน 3 สัปดาห์ มี 1 เรื่อง (Ness & Oei, 2005) ภายใน 3 เดือน มี 3 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004) ภายใน 8 เดือน มี 1 เรื่อง (Marques & Formigoni, 2001) และภายใน 26 สัปดาห์ มี 1 เรื่อง (Litt et al., 2003) ส่วนการบำบัดแบบรายบุคคล ใช้ระยะเวลาในการบำบัดครบโปรแกรมภายใน 1 เดือนครึ่ง (6 ครั้ง/สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง) (Shakeshaft et al., 2002)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดทางจิตที่มีรูปแบบ มีโครงสร้าง ระยะเวลาในการบำบัดชัดเจน สามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้ติดยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้บำบัดต้องใช้ความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ และมีความเข้าใจในทฤษฎีพื้นฐาน สามารถอธิบายให้ผู้ติดยาทราบถึงอารมณ์ พฤติกรรม และความคิดที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ติดยากลับไปดื่มสุราซ้ำ รวมทั้งเหตุผลในการเข้ารับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นบทบาทสำคัญอย่างหนึ่งของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nursing, APN) ทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งนอกจากจะมีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลในสาขาเฉพาะแล้ว จะต้องมีความสามารถในการบูรณาการศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล บำบัดรักษาโรค และการบำบัดทางจิตในผู้ที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ต้องมีความสามารถในการบริหารจัดการ การตัดสินใจทางคลินิก การประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ มีความสามารถในการควบคุมคุณภาพ ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล และเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ ที่เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ติดสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น งานวิจัยที่นำมาศึกษาทั้งหมด 9 เรื่อง เป็นงานวิจัย Randomized Clinical Trials อยู่ในระดับ A จำนวน 5 เรื่อง เป็น non-randomized historical cohort ระดับ B จำนวน 2 เรื่อง และเป็น Quasi Experimental Research อยู่ในระดับ B ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ จำนวน 2 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ 7 เรื่อง และศึกษาในประเทศ จำนวน 2 เรื่อง ผลจากการศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด สามารถสรุปสาระสำคัญในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง คือ 1) องค์ประกอบสำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ได้แก่ สถานที่ ผู้บำบัด ผู้รับการบำบัด รูปแบบการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ในการบำบัด จำนวนครั้งในการบำบัด กิจกรรมการบำบัด เทคนิคการบำบัด และการประเมิน 2) การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบกับ CBT 3) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และ 4) ผลลัพธ์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สรุปได้ดังนี้

1. องค์ประกอบสำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

1.1 สถานที่ สถานที่ที่สามารถทำการบำบัดรักษามีทั้ง Setting ผู้ป่วยนอก Setting ผู้ป่วยใน และ Setting ผู้ป่วยในชุมชน

1.2 ผู้บำบัด ผู้บำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีหลายวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักศึกษาแพทย์ฝึกงาน และบุคลากร (Staff) ในหน่วยงานที่มีประสบการณ์ทางคลินิก ผ่านการอบรม (Training) หรืออบรมเชิงปฏิบัติการ (work shop) และเป็นผู้บำบัดคนเดียวจนตลอดการบำบัด คุณลักษณะสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของผู้บำบัดนั้น ได้แก่ ผู้บำบัดต้องเป็นคนอบอุ่น (warmth) ให้การนับถืออย่างจริงจัง (genuineness) มีความเห็นอกเห็นใจ (empathy) และ unconditional regard เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดความมั่นใจให้ความร่วมมือในการบำบัด เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และช่วยให้การบำบัดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1.3 ผู้รับการบำบัด มีทั้ง ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และ ผู้ป่วยในชุมชน มีลักษณะ ดังนี้

ผู้ป่วยนอก เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV, DSM III-R และคุณสมบัติอื่นๆ คือ อายุตั้งแต่ 18 ปี มีคะแนนการคัดกรองระดับความรุนแรงในการติดสุรา (bMast) ≥ 6 ซึ่งแสดงว่าติดสุรา หยุดดื่มสุรา 3-30 วัน ไม่มีอาการทางจิตไม่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ไม่มีโรคทางกาย รุนแรงที่มีผลต่อการรักษา ระดับ Bilirubin หรือ Transaminases ไม่เกิน 2 เท่าจากค่าปกติ ไม่อยู่ระหว่างรักษาด้วยยา naltrexone หรือกำลังใช้ disulfiram, Opioid หรือยาทางจิตเวช (ยกเว้นยากลุ่ม Benzodiazepine) ไม่ติดสารเสพติดอื่นยกเว้นบุหรี่หรือกัญชา ไม่ตั้งครรภ์หรือกำลังให้นมบุตร ไม่เป็นโรคตับขั้นรุนแรง หรือโรคไตที่มี serum creatinine ≥ 0.012 mmol/L และมีที่อยู่แน่นอน

ผู้ป่วยใน เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถานบำบัด ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสุราตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-IV, DSM III-R, ICD 10 และมีคุณสมบัติอื่นๆ คือ มีอายุระหว่าง 21-60 ปี หรือไม่ระบุอายุ สามารถสื่อความหมายและเข้าใจภาษา มีค่าคะแนนการประเมินสภาวะจิตชนิดสั้นเท่ากับ 18 คะแนน ระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา (Alcohol Withdrawal Scale) คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา (Clinical institute withdrawal Assessment scale for alcohol revised, CIWA-Ar) คะแนนน้อยกว่า 8

ผู้ป่วยในชุมชน เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข ระดับชุมชน (ศูนย์ให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติด) ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสุราตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-IV มีคุณสมบัติอื่นๆ คือ ไม่ระบุอายุ ในผู้ชายมีการดื่มสุรามากกว่า 280 gm ในผู้หญิงมากกว่า 140 gm หรือมีการดื่มสุรามากกว่า 60 gm ใน 1 ครั้ง/สัปดาห์ มีคะแนน AUDIT อย่างน้อย 8 คะแนน และเข้ารับการรักษาด้วยความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาการติดแอลกอฮอล์ของตนเอง

1.4 รูปแบบการบำบัด มี 2 รูปแบบ คือ การบำบัดแบบรายบุคคล และการบำบัดแบบกลุ่ม ลักษณะกลุ่มเป็นกลุ่มปิด มีทิศทาง มีระยะเวลา มีขอบเขต และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน

1.5 ระยะเวลาและความถี่ในการบำบัด ระยะเวลาเหมาะสมในการบำบัดแต่ละครั้ง ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง ความถี่ในการบำบัด พบว่า

Setting **ผู้ป่วยนอก** ความถี่ในการบำบัดขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยโดยครั้งแรก 1 ครั้ง/1 สัปดาห์ เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นพบทุก 2 สัปดาห์ จากนั้นทุก 1 เดือน หรือให้การบำบัด 1 ครั้ง/1 สัปดาห์ตลอดจนครบโปรแกรม

Setting ผู้ป่วยใน ความถี่ในการบำบัด โดยให้การบำบัดทุกวันวันละ 1 ครั้ง ภายใน 1 สัปดาห์ หรือไม่ระบุจำนวนครั้ง/สัปดาห์ แต่ให้การบำบัดโดยแบ่งเวลาเป็นภาคเช้า 21 sessions ภาคบ่าย 21 sessions ภายใน 3 สัปดาห์

Setting ผู้ป่วยในชุมชน ความถี่ในการบำบัด โดยให้การบำบัด 1 ครั้ง/1 สัปดาห์ ภายใน 6 สัปดาห์

1.6 จำนวนครั้งในการบำบัด จากการศึกษาพบว่า จำนวน session ของการบำบัดขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับน้อยถึงปานกลาง ให้การบำบัด 5-8 sessions และระดับปานกลางถึงรุนแรงในการติดสุรา หรือมีภาวะโรคร่วมทางจิตเวช หรือมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ ให้การบำบัด 17-42 sessions

1.7 กิจกรรมการบำบัด เนื้อหาในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดสุราเรื้อรังมีเนื้อหาคล้ายๆ กันทั้งใน *Setting* ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรค วงจรการติดสุรา สิ่งกระตุ้น ผลกระทบจากการดื่มสุรา การจัดการกับอาการอยากดื่ม การระบุสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุราและการหลีกเลี่ยง ทักษะทางสังคม การป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ทักษะการจัดการกับอารมณ์ ทักษะการรับมือกับปัญหา การจัดการกับภาวะวิกฤติ การรักษาระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม และแหล่งการสนับสนุนช่วยเหลือ

1.8 เทคนิคการบำบัด เทคนิคในการบำบัดสำหรับผู้ติดสุราเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 2 เทคนิค คือ 1) เทคนิคการบำบัดทางความคิด ได้แก่ เทคนิคการให้ความรู้ เทคนิคการชี้แนะ โดยมีศิลปะในการสอน ซึ่งผู้บำบัดจะให้ความรู้เรื่องโรคติดสุรา โดยสอนให้เข้าใจในแต่ละสถานการณ์ของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น สามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึก ความคิด พฤติกรรม และนำมาวิเคราะห์ cognitive model ที่เป็นปัญหาร่วมกัน สามารถใช้เทคนิคในการค้นหา Automatic thought การบอกอารมณ์ตนเอง การประเมินระดับอารมณ์ และการประเมินความคิดในความเป็นจริงโดยการหาหลักฐานมาสนับสนุน และ 2) เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย เทคนิคการเสริมแรง เทคนิคการใช้ตัวแบบทางสังคม การแสดงบทบาทสมมุติ การฝึกปฏิบัติ และการมอบหมายการบ้าน

1.9 การประเมิน การประเมินแบ่งออกได้ดังนี้ คือ

การประเมินด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย การหยุดดื่มสุรา ปริมาณและความถี่ของการดื่ม การบริโภคแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์ การบริโภคแอลกอฮอล์ที่มากเกินไป แบบประเมินรายงานด้วยตนเองในการดื่มสุรา การกลับไปดื่มสุราซ้ำ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยประเมินกระบวนการคิดและการกระทำ และการต่อต้านสังคม

การประเมินด้านจิตสังคม ประกอบด้วย ความพึงพอใจ แรงจูงใจ ระดับความรุนแรงของความวิตกกังวล ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในการดื่มกลยุทธในการรับมือกับปัญหา และความเชื่อมั่นในตนเองโดยทั่วไป

การประเมินภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต ประกอบด้วย การประเมินปัญหาจากการดื่มสุรา ระดับความรุนแรงของการติดสุรา ปัญหาทางจิตใจและพยาธิสภาพ ภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต ความบกพร่องในด้านความคิด ความจำ และเชาว์ปัญญา การทดสอบจิตเพื่อประเมินความจำ

การประเมินด้านเศรษฐกิจ ประเมินความคุ้มทุนต่อค่าใช้จ่าย

2. การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบกับ CBT จากการวิเคราะห์การศึกษาพบว่า การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบกับ CBT มี 4 รูปแบบ ได้แก่

2.1 Brief intervention เป็นการให้การบำบัดระยะสั้น โดยใช้เทคนิค FRAMES ประกอบด้วย feedback, responsibility, advice, menu, empathy, self-efficacy ระยะเวลาในการบำบัดไม่เกิน 90 นาที/session ทำหลาย session ได้ ภายใน 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า อัตราการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์ การบริโภคแอลกอฮอล์ที่มากเกินไป และปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราลดลง ระดับความรุนแรงในการติดสุราลดลง ความพึงพอใจอยู่ในระดับดีและดีเยี่ยม ซึ่งการบำบัดแบบ BI มีประสิทธิภาพในการรักษาไม่แตกต่างกันกับการบำบัดแบบ CBT แต่ cost-effectiveness ต่ำกว่า CBT จึงใช้ได้ดีในการบำบัดผู้ป่วยในชุมชน

2.2 Interactional therapy เป็นการสนทนาเพื่อการบำบัดในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยการให้กำลังใจในการเปิดเผยตนเองและสะท้อนความรู้สึก ระยะเวลาในการบำบัด สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 90 นาที รวม 26 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า การบำบัดแบบ CBT และการบำบัดแบบ Interactional therapy ช่วยให้พฤติกรรมการดื่มสุราดีขึ้นในทิศทางเดียวกัน ทักษะการรับมือกับปัญหาโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าผลลัพธ์จากการบำบัดทั้ง 2 แบบไม่แตกต่างกัน และยังพบว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) และแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Motivation for change) เป็นตัวทำนายการเปลี่ยนแปลง แต่มีเพียงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) เท่านั้นที่มีผลโดยตรง หลังการบำบัดทั้ง 2 กลุ่ม ผู้ป่วยมีคะแนนทักษะการรับมือกับปัญหาโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 การบำบัดแบบ CBT ที่ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา naltrexone เป็นการให้ยา naltrexone เสริมในการบำบัด โดยผู้ป่วยจะได้รับยาเสริมในโปรแกรมปริมาณ 50 mg/วัน ระยะเวลาในการบำบัด 8 sessions ภายใน 3 เดือน โดยสัปดาห์ที่ 1-4 ให้การบำบัด 1 session/สัปดาห์ จากนั้นในเดือนที่ 2-3 ให้การบำบัด 1 session/2 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า การใช้ยา naltrexone เสริมในการ

บำบัด ทำให้เปอร์เซ็นต์ของการเข้าร่วมการบำบัดมากกว่า สามารถหยุดดื่มสุราได้ตลอดการบำบัด 12 สัปดาห์ได้มากกว่า และการกลับเป็นซ้ำภายใน 12 สัปดาห์ ช้าและน้อยกว่าการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว รวมทั้งจำนวนวันของการหยุดดื่มสุรา (number of day abstinent) เพิ่มขึ้น

2.4 การบำบัดแบบ CBT ที่ใช้ ร่วมกับการรักษาด้วยยา acamprosate เป็นการให้ยา acamprosate เสริมในการบำบัด โดยผู้ป่วยที่น้ำหนัก ≥ 60 กิโลกรัม ได้รับ acamprosate calcium 333 mg ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง (1,998 mg/day) และผู้ป่วยที่น้ำหนัก < 60 กิโลกรัม ได้รับยา 4 เม็ดต่อวัน (1,332 mg/day) ระยะเวลาในการบำบัด 8 sessions ภายใน 3 เดือน โดยสัปดาห์ที่ 1-4 ให้การบำบัด 1 session/สัปดาห์ จากนั้นในเดือนที่ 2-3 ให้การบำบัด 1 session/2 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า การใช้ยา acamprosate เสริมในการบำบัด ทำให้เปอร์เซ็นต์ของการเข้าร่วมการบำบัดมากกว่า สามารถหยุดดื่มสุราตลอดการบำบัด 12 สัปดาห์ได้มากกว่า และการกลับเป็นซ้ำภายใน 12 สัปดาห์ ช้าและน้อยกว่าการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยติดสุราเรื้อรัง ประกอบด้วย

3.1 เครื่องมือประเมินผู้บำบัด คือ แบบประเมินความร่วมมือของผู้ให้คำปรึกษาที่ปฏิบัติตาม Protocol การบำบัด

3.2 เครื่องมือประเมินผู้รับการบำบัด แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

แบบประเมินด้านพฤติกรรม ซึ่งมีการประเมิน ดังนี้ 1) การบริโภค แอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Retrospective drinking diary (RD) 2) การบริโภค แอลกอฮอล์ที่มากเกินไป เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Quantity Frequency Questions (QF) 3) การวัด ปริมาณและความถี่ของการดื่ม เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Khavari Alcohol Test (KAT) 4) แบบประเมิน ปริมาณการดื่มสุรา เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Time Line Follow Back 5) แบบประเมินรายงานด้วยตนเอง ในการดื่มสุรา เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Self-report 6) แบบประเมินกระบวนการคิดและกระบวนการ กระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา เครื่องมือที่ใช้วัด คือ The Process of Change-Alcohol Questionnaires 7) การต่อต้านสังคม เครื่องมือที่ใช้วัด คือ The California Psychological Inventory (CPI)

แบบประเมินด้านจิตสังคม ประกอบด้วย 1) ความพึงพอใจ เครื่องมือที่ใช้ วัดคือ แบบสอบถามความพึงพอใจ 2) แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เครื่องมือที่ใช้วัด คือ แบบสอบถามขั้นบันได (Beiner and Adams, 1991 อ้างในนิชนันท์ คำล้าน, 2547) 3) ความคาดหวัง ในการดื่ม เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Drinking Expectancy Questionnaire (DEQ) 4) ความรุนแรงของ อาการความวิตกกังวลเฉพาะบุคคล เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Beck Anxiety Index (BAI) 5) ความเชื่อมั่น

ในความสามารถของตนเอง เครื่องมือที่ใช้วัด คือ The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale และ Self-Efficacy Questionnaire (DRSEQ) 6) กลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหา เครื่องมือที่ใช้วัด คือ The Coping Strategies Scale (CSS) และ 7) ความเชื่อมั่นในตนเองโดยทั่วไปเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและสถานการณ์อยู่อาศัย เครื่องมือที่ใช้วัด คือ General Self-Efficacy scale (GSE)

แบบประเมินภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต ประกอบด้วย 1) ปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Alcohol Problems Questionnaire (APQ), The Drinker Inventory of Consequences (DrINC) และ The Drinking Inventory of Consequences 2) ความรุนแรงของการติดสุรา เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Short Alcohol Dependence Data Questionnaires (SADD), Alcohol Use Disorder Identification Tests (AUDIT), The Ethanol Dependence Syndrome Scale, Alcohol Withdrawal Scale (AWS) และ Clinical Institute Withdrawal Assessment scale for Alcohol Revised (CIWA-Ar) 3) ความรุนแรงในการติดสารเสพติด เครื่องมือที่ใช้วัด คือ The index of drug use severity (IDUS) และ The Addiction Severity Index 4) ปัญหาทางจิตใจและพยาธิสภาพ เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) ซึ่งมี 3 ดัชนีของภาวะ distress ที่เกี่ยวข้องกับ SCL-90-R: The Symptom Distress Index (PSDI), The Positive Symptom Total (PST) และ The Global Severity Index (GSI) 5) ภาวะสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้วัด คือ SF-36 Health Survey (SF-36) 6) ภาวะสุขภาพจิต เครื่องมือที่ใช้วัด คือ General Health Questionnaire (GHQ-28) 7) ความบกพร่องในด้านความคิด ความจำ และเชาว์ปัญญา เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Mini Mental Status Examination และ 8) การทดสอบจิตเพื่อประเมินความจำ เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Weschler Memory Scale Revised (Weschler, 1987 cited in Marques & Formigoni, 2001)

แบบประเมินด้านเศรษฐกิจ ในเรื่องประสิทธิผลด้านความคุ้มค่าต่อค่าใช้จ่าย (cost-effectiveness) เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Wilcoxon-Mann-Whitney test

4. ผลลัพธ์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

4.1 ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ได้แก่ ผู้ป่วยมีระดับการดื่มสุราลด/เลิกดื่ม การกลับไปดื่มซ้ำลดลงหรือไม่ดื่มเลย ความร่วมมือในการบำบัดมากขึ้น โดยผู้ป่วยไม่กลับไปดื่มสุราอีก และผลการตรวจทางชีวเคมีลดลง ได้แก่ การวัดระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจและการตรวจเลือด

4.2 ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม ได้แก่ ทักษะในการรับมือกับปัญหาดีขึ้น มีทักษะการปฏิเสธการดื่มสุรา ทักษะการจัดการกับความอยากดื่มสุราดีขึ้น ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง และความเชื่อมั่นในตนเองโดยทั่วไปเพิ่มขึ้น สามารถเป็น model ทางสังคมได้

4.3 ผลลัพธ์ด้านภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมีวันหยุดในการดื่มสุราเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพเกี่ยวกับหน้าที่การทำงานของร่างกายดีขึ้น ระดับอาการทางจิตและระดับความวิตกกังวลลดลง

4.4 ผลลัพธ์ด้านเศรษฐกิจ ลดต้นทุนค่าใช้จ่าย ลดการกลับเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

สรุป ผู้ป่วยที่ติดสุราเรื้อรังสามารถให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยการให้ความรู้ การชี้แนะ มีศิลปะการสอน รวมทั้งเทคนิคการบำบัดทางความคิด และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา กลับไปดื่มซ้ำลดลง หรือไม่ดื่มสุราเลย สามารถดูแลตนเองและอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ผู้บำบัด การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรังเป็นแนวทางหนึ่งที่พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ได้ แต่ทั้งนี้ผู้บำบัดต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับองค์ประกอบในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อสามารถให้การบำบัดได้ถูกต้อง โดยที่ผู้บำบัดต้องมีประสบการณ์งานคลินิก และผ่านการฝึกอบรม หรือฝึกปฏิบัติจนชำนาญและมีความมั่นใจ คุณสมบัติที่สำคัญ คือ ผู้บำบัดต้องมีท่าทีที่อบอุ่น (warmth) ให้การนับถืออย่างจริงจัง (genuineness) และมีความเห็นอกเห็นใจ (empathy) มีเทคนิคในการให้ความรู้ มีศิลปะในการสอน การชี้แนะ อันจะส่งผลให้ผู้รับการบำบัดก็จะให้ความร่วมมือในการบำบัด ทำให้แก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ การบำบัดเกิดประสิทธิภาพ

1.2 รูปแบบการบำบัด สามารถบำบัดได้ทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม ในการบำบัดแบบกลุ่มควรเป็นกลุ่มปิด แต่ครั้งควรมีโครงสร้างชัดเจน ได้แก่ ระยะเวลาให้การบำบัดแต่ละ session ประมาณ 1-2 ชั่วโมง ผู้รับการบำบัดไม่ควรเกิน 10 คน เพราะจะทำให้ใช้เวลาในการบำบัดนานเกินไป ผู้บำบัดพบผู้รับการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง กรณีผู้รับการบำบัดอาการรุนแรงก็อาจพบกันบ่อย เมื่ออาการดีขึ้นพบกันทุก 2 สัปดาห์ จากนั้นทุก 1 เดือน ต่อไปก็เป็นการกระตุ้นโดยการติดตามผล เพื่อรักษาสีที่ได้ออกมาได้ และสนับสนุนการใช้ทักษะต่างๆ ให้คงอยู่ ซึ่งอาจติดตามต่อทุก 1 ปี 2 ปี

สำหรับพยาบาลจิตเวชสามารถนำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ได้ เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ซึ่งการบำบัดมีหลายรูปแบบ ดังนั้นวิธีการที่จะเลือกนำไปปฏิบัติ

จึงควรเป็นแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ให้ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ และเหมาะสมกับลักษณะของผู้รับการบำบัดแต่ละราย ซึ่งจากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมดพบว่า การบำบัดแต่ละรูปแบบสามารถนำไปใช้ได้โดยมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ดังนี้

การบำบัดโดยรูปแบบ Cognitive Behavior Therapy (CBT) เมื่อเปรียบเทียบกับ Standard care (การบำบัดตามปกติที่เป็นมาตรฐานของสถาบัน) จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมด พบว่าการบำบัดแบบ CBT เป็นการบำบัดที่มีรูปแบบชัดเจน เป็นโปรแกรมการบำบัดแบบองค์รวมครอบคลุมกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ มีการฝึกทักษะทั้งด้านทักษะทางความคิดและทักษะทางพฤติกรรม (Cognitive skill และ Behavior skill) ผลการบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดื่มสุราดีขึ้นมากกว่า Standard care เป็นการบำบัดใน setting ผู้ป่วยใน จำนวน session ในการบำบัดขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของปัญหา ส่วนผู้บำบัดไม่จำกัดวิชาชีพ แต่ต้องมีประสบการณ์งานทางคลินิก และมีประสบการณ์ในการทำ CBT ดังนั้นในสถาบันที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงน่าจะมีการนำการบำบัด CBT ไปใช้ โดยจะต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่จะมีหน้าที่รับผิดชอบการบำบัด

การบำบัดโดยรูปแบบ Cognitive Behavior Therapy (CBT) ร่วมกับการใช้ยา จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมดพบว่า การบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone หรือร่วมกับการใช้ยา acamprosate สามารถช่วยลดอาการอยากดื่มสุรา ลดความรู้สึกที่เป็นสุขจากการดื่มสุรา และลดปริมาณการดื่มสุราได้มากกว่าการบำบัดโดย CBT อย่างเดียว เป็นการบำบัดที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถทำให้ผู้ติดสุราเรื้อรังให้ความร่วมมือในการบำบัดเพิ่มขึ้น ดังนั้นการบำบัด CBT ควรทำควบคู่ไปกับการใช้ยา naltrexone หรือ acamprosate อย่างไรก็ดี จากหลักฐานงานวิจัยจะเห็นได้ว่า ไม่มีการติดตามศึกษาผลของการบำบัดในระยะยาว ดังนั้นควรมีการติดตามผลในระยะยาว

การบำบัดแบบ Brief Intervention (BI) จากการวิเคราะห์การศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดแบบ Cognitive Behavior Therapy (CBT) กับ Brief Intervention (BI) พบว่า ได้ผลลัพธ์ที่ดีไม่แตกต่างกัน แต่การบำบัด BI มีความคุ้มค่าและประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่าการบำบัดแบบ CBT แต่อย่างไรก็ดี การบำบัดแบบ BI เป็นการบำบัดระยะสั้นที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ติดสุราแบบที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงปัญหาการติดสุรา (Hazardous Drinking) และการดื่มที่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจ (Harmful Drinking) และผู้รับการบำบัดจะต้องตระหนักในปัญหาการติดสุราของตนเอง และต้องการที่จะรับการบำบัดรักษา ดังนั้นการบำบัดแบบ BI น่าจะเหมาะสมกับการให้การบำบัดผู้ติดสุราในกลุ่มที่ติดแอลกอฮอล์ในระดับไม่รุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบำบัดใน setting ที่อยู่ในชุมชน

การบำบัดโดยรูปแบบ Interactional therapy จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดแบบ Interactional therapy และการบำบัดแบบ CBT ให้ผลดีไปในทางเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ทักษะการรับมือรับมือกับปัญหา มีผลโดยตรงกับพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยที่แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Motivation for change) และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของทักษะการรับมือกับปัญหา และยังพบว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา ดังนั้นน่าจะมีการศึกษาและนำการบำบัดที่ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) มาทดลองใช้ในการบำบัดผู้ติดสุราเรื้อรัง และประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลจิตเวช ในการทำจิตบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสร้างความเข้าใจในการเสริมสร้างองค์ความรู้ ในการปฏิบัติให้ชัดเจนยิ่งขึ้น และนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ติดสุราเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่ติดสุราเรื้อรังร่วมด้วย เพื่อมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และช่วยลดการป่วยซ้ำ

2.3 ในการศึกษาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนั้นควรมีการประเมินสภาพร่างกาย สภาพจิต และประเมินการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ซึ่งอาจติดตามโดยการให้จดหมาย หรือการติดตามทางโทรศัพท์

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง
A SYNTHESIS OF RESEARCH ON COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY FOR
ALCOHOLISM

ศรียวรรณ สรชนานนท์ 4737441 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: พัทธรินทร์ นินทจันทร์, Ph.D. (Nursing),
โสภิตน์ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

การติดสุราเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าในปีค.ศ. 2000 สุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อจำนวนปีสุขภาพที่เสียไป (Disability Adjusted Life Year) ถึงร้อยละ 8.9 เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดการสูญเสียมากที่สุด โดยทำให้เกิดการเสียชีวิตถึง 1.8 ล้านคนทั่วโลก (ร้อยละ 3.2 ของการเสียชีวิตทั้งหมด) (วัชชัย สัพพานาจ, 2547) โดยการตายและความพิการทั่วโลกที่เกิดจากการบริโภคแอลกอฮอล์มีปริมาณร้อยละ 4 ซึ่งมากกว่าสาเหตุติดถึง 5 เท่า (Pozmyak, 2005) และจากการสำรวจข้อมูลของประชากรไทยที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราพบว่าสูงขึ้นเรื่อยๆ ในปีพ.ศ. 2540 มีคนดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 110.6 ลิตร/คน/ปี และมีแนวโน้มจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปีในปีพ.ศ. 2544 เพิ่มขึ้นเป็น 125.5 ลิตร/คน/ปี (เพิ่มขึ้นร้อยละ 13.8) (กรมสุขภาพจิต, 2547)

ปัญหาจากการดื่มสุราของประชากรไทยที่เพิ่มขึ้นมีผลกระทบต่อผู้ดื่มสุราทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ เช่น ทำให้เกิดการตั้งของไขมันในตับ ตับอักเสบ ตับแข็ง บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เกียจคร้าน ไม่รับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว (ศรีสมบัติ วานิชและฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) ขาดประสิทธิภาพในการทำงาน (Michael, Denis, Richard & Phillip, 1996; ภาณุพงศ์ จิตรสมบัติ, 2535) เกิดการทะเลาะวิวาทหรือใช้ความรุนแรงกับคู่สมรสหรือบุตร ส่งผลให้คู่สมรสมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า บุตรมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพื้นฐานทางอารมณ์ที่ผิดปกติ และบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Michale et al., 1996) ร้อยละ 70 เป็นสาเหตุของการกระทำรุนแรง

ในสังคม เช่น การฆาตกรรม การทารุณกรรมเด็กและคู่สมรส (Rossow, 2000; Ruth & Judith, 2000) ร้อยละ 41 ของผู้จับจีที่ประสบอุบัติเหตุ เกิดจากการเมาสุราในขณะที่ขับขี่ การดื่มสุราบ่อยครั้ง ติดต่อกันอยู่เสมอมานาน จะทำให้ดื่มจนเป็นนิสัย ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ถ้าหยุดดื่ม จะมีอาการขาดสุรา คือ หงุดหงิด อยู่ไม่สุข ฝันร้าย ประสาทหลอน และความจำเสื่อม (สุพรรณิ ชีรเวชเจริญชัย, 2541) นอกจากนี้การดื่มสุราจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า กังวล ฟูง่าน ขาดความสุข และมีนง (ศรีสมบัติ วานิช และฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) ผู้ติดสุราเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าและอยู่ในระดับที่รุนแรงจะทำให้มีความคิด จะทำร้ายตนเอง ทำลายข้าวของ และทำร้ายผู้อื่น แยกตนเองออกจากสังคม มองว่าตนเองไม่มีคุณค่า หมดหวังในชีวิต ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Beck, 1967) และจากรายงานของกระทรวง สาธารณสุข พบว่า ค่ารักษาพยาบาลด้วยโรคที่เกี่ยวกับสุราสูงถึง 250,000 ล้านบาทต่อปี (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) อาการต่างๆ ที่กล่าวไว้ในข้างต้นทำให้ผู้ติดสุราเรื้อรังต้องกลับไปดื่มสุราอีก จึงยากที่จะเลิกดื่มสุราได้อย่างเด็ดขาด

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการติดสุราที่สำคัญมี 3 ปัจจัยด้วยกัน ปัจจัยแรก คือ ผู้ดื่มสุรา เป็นปัจจัยภายในของบุคคลมียีนส์ที่ทำหน้าที่เป็นตัวบ่งบอกถึงความอ่อนแอที่เกิดภาวะการดื่มสุรา แบบเป็นอันตรายหรือภาวะติดสุรา (Genetic Vulnerability) และกลไกการทำงานของ สารสื่อประสาทในสมอง Dopamine และ Endogenous Opioids (สมภพ เรืองตระกูล, 2546) ปัจจัยที่ สอง คือ ปัจจัยทางด้านจิตใจที่เกี่ยวกับกระบวนการคิด อารมณ์ (ซึมเศร้า, เครียด, วิตกกังวล) รวมทั้ง การมีเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive distortion) ส่งผลทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการดื่มสุรา (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545) และปัจจัยที่สาม คือ ปัจจัยทางสังคม ครอบครัว สิ่งแวดล้อม และ วัฒนธรรม เป็นต้น ทั้ง 3 ปัจจัยเป็นสาเหตุทำให้คนดื่มสุรามากมายจนติดสุรา ผู้ติดสุราเรื้อรังที่มี อาการขาดสุรารุนแรงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดต่อ ตนเองและผู้อื่นอันเนื่องมาจากมีความผิดปกติทางความคิดและการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่ เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจใน ผู้ติดสุราเรื้อรังมีรูปแบบการบำบัดหลายรูปแบบ เช่น การรักษาด้วยยา การบำบัดระยะสั้น (Brief Intervention) พฤติกรรมบำบัด ครอบครัวบำบัด กลุ่มนักดื่มนิรนาม จิตบำบัดระดับประจักษ์ การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ การฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; พิชัย แสงชาญชัย, 2549; ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น, 2546; สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์, 2546; สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นการกระบวนการทางจิตวิทยาที่พยายามจะเปลี่ยน อารมณ์ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการแก้ไขความผิดปกติของความคิด ความเชื่อที่ฝังลึกอยู่ ภายจิตใจให้ถูกต้อง มีความเชื่อมั่นตนเอง คิดแบบมีเหตุผลไม่เข้าข้างตนเอง ตัดสินใจแก้ปัญหาอย่าง เหมาะสมเวลาเผชิญความเครียด ช่วยให้ผู้คนที่ติดสุราเรื้อรังสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราให้ดื่มสุราลดลง และหยุดดื่มสุราได้ รวมทั้งป้องกันไม่ให้กลับไปดื่มสุราซ้ำอีก (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004; Marques & Formigoni, 2001; Ness & Oei, 2005; Shakeshaft et al., 2002) ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งรับผิดชอบในการบำบัดดูแลผู้ติดสุราเรื้อรังโดยตรง จึงสนใจรวบรวมและสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง ในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยติดสุราเรื้อรัง อันจะ นำมาซึ่งองค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยติดสุรา เรื้อรัง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วย ติดสุราเรื้อรัง

นิยามศัพท์

ผู้ติดสุราเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM III-R or DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 3rd Edition (Revised) or Fourth Edition) (American Psychiatric Association: APA, 1994) และตามเกณฑ์ของ ICD 10 (International Classification of Disease, 1992) ว่าเป็น Alcohol Dependence และ Alcohol Withdrawal ซึ่งเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราที่ผิดปกติไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มของตนเองได้ ดื่มอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกวันเป็นเวลานาน เมื่อลดการดื่มหรือหยุดดื่มจะมีอาการขาด สุราเกิดขึ้น และดื่มอย่างต่อเนื่องแม้จะรู้ว่ามีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิตในสังคม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy, CBT) หมายถึง การบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีโครงสร้าง มีทิศทาง มีขอบเขตที่ชัดเจน เป็นการบำบัดโดยใช้กระบวนการ

และเทคนิคการบำบัดมาแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ทั้งที่เป็นความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought) และความเชื่อที่ฝังลึก (Core beliefs) อยู่ภายในจิตใจ โดยการฝึกให้บุคคลมีความสามารถในการใช้ทักษะความคิดและทักษะการเผชิญกับตัวกระตุ้นภายในและภายนอกได้ เพื่อให้ผู้ติดสุราเรื้อรังเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น (Beck et al., 1993; กรมสุขภาพจิต, 2550; จันทิมา องค์ไวยมิต, 2545)

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยติดสุราเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ คือ (Polit & Hungler, 1997)

1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน ระยะเวลาในการสืบค้นตั้งแต่เดือนมกราคม 2548-สิงหาคม 2550 โดยฐานข้อมูลที่เลือกใช้มีดังนี้

1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source)

1.1.1 สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic resource) ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ได้แก่ Pub Med, CINAHL, Ovid, Medline, Blackwell Synergy, Science Direct และ Cochrane.Org. ตั้งแต่ปีค.ศ. 1990-2005

1.1.2 การสืบค้นด้วยมือ (hand search) ซึ่งวิธีการสืบค้นด้วยมือนั้นมีวิธีการปฏิบัติ 2 วิธี คือ 1) โดยนำชื่อเรื่องงานวิจัยบางส่วนที่มีแต่บทคัดย่อ (abstract) ที่ได้จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์มาค้นหาเนื้อหาฉบับเต็ม (Full text) 2) สืบค้นงานวิจัยซึ่งเป็นหลักฐานอ้างอิง (Reference list) ทางวิชาการ วิทยานิพนธ์ในประเทศไทย โดยฐานข้อมูลที่เลือกใช้มีดังนี้ ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (MULINET) ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (library.car.chula) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น (md.kku) และห้องสมุดโรงพยาบาลชัยภูมิ ตั้งตั้งแต่ปีค.ศ. 1990-2005

1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key word) ที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Cognitive behavior therapy and Alcoholism, CBT and Alcoholism, Cognitive behavior therapy and Alcohol Dependence, CBT and Alcohol Dependence, Addition, สารเสพติด, การติดสุราหรือแอลกอฮอล์, การปรับความคิด, การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

1.3 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้

1.3.1 ชนิดของการจัดกระทำหรือการบำบัด ต้องเป็นงานวิจัยที่ศึกษาเรื่องการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตสุราเรื้อรัง

1.3.2 ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาจากงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตสุราเรื้อรัง

1.3.3 ชนิดของงานวิจัย พิจารณาจากงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง

1.3.4 เป็นงานวิจัยที่สามารถหาฉบับเต็ม (Full text) ได้

จากคำสำคัญที่กำหนด สามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทุกฐานข้อมูลได้ด้วยการอ่านบทคัดย่อและนำชื่อเรื่องงานวิจัยบางส่วนที่มีแต่บทคัดย่อ (Abstract) มาค้นหาฉบับเต็ม (Full text) จากงานวิจัย วารสารต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เมื่อพิจารณาจากบทคัดย่อแล้วหากข้อมูลที่เหมือนกันอยู่ในฐานข้อมูลมากกว่าหนึ่งฐานข้อมูล ผู้ศึกษาจะเลือกมาเพียงฐานข้อมูลเดียว มีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์และมีฉบับเต็ม (Full text) ที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้ 9 เรื่อง

2. แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ

2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัยใช้เกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งมีการแบ่งระดับของหลักฐานทางวิชาการ 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น Randomized Controlled Trails, RCT หรืองานวิจัยเดี่ยวที่ออกแบบเป็นเชิงทดลอง ชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled trails)

ระดับ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled trails) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม ได้แก่ non-randomized controlled trails, cohort study, case control study

ระดับ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรืองานวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study)

ระดับ D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (expert consensus)

ในการศึกษานี้ เมื่อคัดเลือกรื่องที่ไม่ซ้ำกัน จากฐานข้อมูลอันใดอันหนึ่งแล้ว รวบรวมงานวิจัยที่ค้นได้ฉบับเต็ม (Full Text) จำนวน 9 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่เป็นหลักฐานอ้างอิง ซึ่งเป็น Randomized Clinical Trials อยู่ในระดับ A จำนวน 5 เรื่อง เป็น non-randomized historical cohort

ระดับ B จำนวน 2 เรื่อง และเป็น Quasi Experimental Research อยู่ในระดับ B ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ จำนวน 2 เรื่อง

2.2 การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction) ได้กำหนดขอบเขตของ ข้อมูลที่จะดึงออกมาจากงานวิจัยดังนี้ คือ

2.2.1 ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Problem / Purpose)

2.2.2 แบบการวิจัย (research design)

2.2.3 กลุ่มตัวอย่าง (sample)

2.2.4 สถานที่หรือแหล่งวิจัย (setting)

2.2.5 เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)

2.2.6 วิธีการวิจัยหรือการจักกระทำ (method / Intervention)

2.2.7 ผลการวิจัย (finding / result)

2.2.8 ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ (implication / implementation)

ผลการศึกษา

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานวิชาการ

การศึกษานี้มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้งหมด 9 เรื่อง เมื่อนำมา ประเมินคุณภาพ โดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่า เป็นงานวิจัยอยู่ในระดับ A จำนวน 5 เรื่อง เป็น non-randomized historical cohort ระดับ B จำนวน 2 เรื่อง และอยู่ในระดับ B ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ จำนวน 2 เรื่อง ดังนั้นองค์ความรู้ที่ได้ จากการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาเรื้อรังครั้งนี้ เป็นองค์ความรู้ ที่ได้จากงานวิจัยที่มีคุณภาพ

2. ประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาเรื้อรัง

2.1 ประสิทธิภาพของ CBT กับ *Standard care* (การบำบัดตามปกติที่เป็น มาตรฐานของสถาบัน) มีการศึกษาทั้งหมดจำนวน 3 เรื่อง ที่ศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดแบบ CBT ในการรักษาผู้ติดยาเรื้อรังเปรียบเทียบกับ การบำบัดตามปกติที่เป็นมาตรฐานของสถาบันเป็น งานวิจัยระดับ A จำนวน 1 เรื่อง (Ness & Oei, 2005) เป็นงานวิจัยระดับ B จำนวน 2 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) เป็นการบำบัดใน setting ผู้ป่วยใน ให้การบำบัดแบบกลุ่ม (Group therapy) ซึ่งมีระยะเวลาและจำนวนครั้ง (session) ในการบำบัดแตกต่างกัน มี 2 เรื่องที่ใช้ ระยะเวลาในการบำบัดครั้งละ 2 ชั่วโมง พักระหว่างชั่วโมง 10 นาที (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित

แก้วอาจ, 2549) ให้การบำบัดทุกวันจันทร์ – วันศุกร์ จำนวน 5 ครั้ง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547) และจำนวน 6 ครั้ง ซึ่งครั้งที่ 6 จะทำการบำบัดร่วมกับญาติในวันที่ญาติมาเยี่ยมหรือรับผู้ป่วยกลับบ้าน (นิมิต แก้วอาจ, 2549) มี 1 เรื่องใช้ระยะเวลาในการบำบัดภายใน 3 สัปดาห์ จำนวน 42 sessions ๆ ละ 1 ชั่วโมง (Ness & Oei, 2005)

ผลลัพธ์ของการบำบัดแบบ CBT

ด้านพฤติกรรม ได้แก่

- พฤติกรรมการดื่มสุรา: ปริมาณการดื่มสุราลดลงและสามารถหยุดดื่มสุราได้ (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิมิต แก้วอาจ, 2549) อัตราการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Ness & Oei, 2005)

- การติดตามหลังจำหน่ายที่ 1 เดือน และ 3 เดือน ในผู้ที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT พบว่า ที่ 1 เดือนจำนวนผู้รับการบำบัดที่หยุดดื่ม (abstinent) มีมากกว่าจำนวนที่กลับไปดื่มซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ส่วนการติดตามหลังการจำหน่ายที่ 3 เดือน พบในทางตรงกันข้ามนั่นคือ จำนวนผู้ที่กลับไปดื่มซ้ำมีมากกว่าจำนวนผู้ที่หยุดดื่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (Ness & Oei, 2005)

- ความร่วมมือในการบำบัดครบโปรแกรมกับพฤติกรรมการดื่ม จากการติดตามที่ 3 เดือน พบว่าอัตราการเข้าร่วมกลุ่มไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการหยุดดื่มสุรา (Ness & Oei, 2005)

ด้านจิตสังคม ผู้ที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Ness & Oei, 2005) มีแรงจูงใจเพิ่มขึ้น (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิมิต แก้วอาจ, 2549)

ด้านภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต อาการทางจิตลดลง ความวิตกกังวลลดลง ระดับความรุนแรงในการติดสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Ness & Oei, 2005)

ผู้รับการบำบัด ผู้ป่วยที่รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสุราตามเกณฑ์ DSM-IV, DSM III-R (Ness & Oei, 2005) โดยใช้ code รหัสแบบ ICD 10, DSM-IV, DSM III-R (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิมิต แก้วอาจ, 2549) สามารถสื่อความหมายและเข้าใจภาษาไทย และมีค่าคะแนนการประเมินสภาวะจิตชนิดสั้นเท่ากับ 18 คะแนน (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิมิต แก้วอาจ, 2549) มีระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา ค่าคะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 2 (นิชนันท์ คำล้าน, 2547) มีระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา ค่าคะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 8 (นิมิต แก้วอาจ, 2549)

ผู้บำบัด เป็นพยาบาลวิชาชีพ (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) และทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ (Ness & Oei, 2005) โดยทีมผู้บำบัดต้องมีประสบการณ์ทำงานคลินิกและมีประสบการณ์ในการทำ CBT โปรแกรมในระดับมาตรฐาน

2.2 ประสิทธิภาพของ CBT ที่ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา มีการศึกษาทั้งหมดจำนวน 3 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยระดับ A จำนวน 1 เรื่อง (Feeney et al., 2004) เป็น non-randomized historical cohort ระดับ B จำนวน 2 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002) มี 2 เรื่องที่ศึกษาประสิทธิภาพของ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2004) และอีก 1 เรื่องร่วมกับการใช้ยา acamprosate (Feeney et al., 2002) เป็นการบำบัดใน setting ผู้ป่วยนอก ทั้ง 3 เรื่องมีระยะเวลาในการบำบัดและความถี่ในการบำบัด คือ 8 sessions ภายใน 3 เดือน โดยสัปดาห์ที่ 1-4 ให้การบำบัด 1 session/สัปดาห์ จากนั้นในเดือนที่ 2-3 ให้การบำบัด 1 session/2 สัปดาห์ แต่ละ session ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ผลลัพธ์ของการบำบัด

ด้านพฤติกรรม ได้แก่

- พฤติกรรมการดื่มสุรา: มีดังนี้

1) กลุ่มการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone มีเปอร์เซ็นต์ผู้ดื่มสุราเรื้อรังที่หยุดดื่มตลอดการบำบัด 12 สัปดาห์ มากกว่าในกลุ่มการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2 เรื่อง ($p < 0.001$) (Feeney et al., 2001) และ ($p = 0.031$) (Feeney et al., 2004) และพบว่ากลุ่มการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา acamprosate มีเปอร์เซ็นต์ผู้ดื่มสุราเรื้อรังที่หยุดดื่มตลอดการบำบัด 12 สัปดาห์ มากกว่า ในกลุ่มการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1 เรื่อง ($p = 0.006$) (Feeney et al., 2002)

2) จำนวนวันของการหยุดดื่มสุรา (number of day abstinent) ในการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1 เรื่อง ($p = 0.002$) (Feeney et al., 2004)

- การกลับไปดื่มสุราซ้ำ: ในการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone การกลับไปดื่มสุราซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 1 เรื่อง (Feeney et al., 2001) และในการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา acamprosate การกลับไปดื่มสุราซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0005$) (Feeney et al., 2002)

- การเข้าร่วมกลุ่มการบำบัด: มีดังนี้

1) การประเมินเมื่อการบำบัดดำเนินไป 8 sessions พบว่า ผู้ติดสุราเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยา naltrexone มีการถอนตัวออกจากกรบำบัดน้อยกว่าการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1 เรื่อง ($p < 0.001$) (Feeney et al., 2001) แต่พบว่าเมื่อการบำบัดดำเนินไป 8 sessions ผู้ติดสุราเรื้อรังที่เข้ารับการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา acamprosate และการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียวมีการเข้าร่วมกลุ่มการบำบัดไม่แตกต่างกัน (Feeney et al., 2002)

2) การประเมินการเข้าร่วมการบำบัดครบโปรแกรม (12 สัปดาห์) พบว่า ผู้ติดสุราเรื้อรังมีเปอร์เซ็นต์การเข้าร่วมการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยา naltrexone มากกว่าการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1 เรื่อง ($p < 0.001$) (Feeney et al., 2001) แต่พบว่าไม่แตกต่างกัน 1 เรื่อง (Feeney et al., 2004) และยังพบว่าเปอร์เซ็นต์การเข้าร่วมการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยา acamprosate และเปอร์เซ็นต์การเข้าร่วมการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียวไม่แตกต่างกัน (Feeney et al., 2002)

- ภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต: พบว่า สุขภาพกายและสุขภาพจิตมีการพัฒนาดีขึ้นใน 7 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การทำหน้าที่ของร่างกาย (physical function) ($p = 0.005$) ข้อจำกัดของบทบาทเกี่ยวกับปัญหาด้านร่างกาย ($p < 0.001$) ความเจ็บปวด ($p < 0.001$) การรับรู้ด้านสุขภาพทั่วไป ($p < 0.001$) หน้าที่ทางสังคม ($p < 0.001$) ปัญหาทางอารมณ์ ($p < 0.001$) สุขภาพจิต ($p < 0.001$) ส่วนคะแนนของพลังชีวิต (vitality) ไม่มีความแตกต่างกันและพบว่าอาการทางกาย ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าลดลง ส่วนการทำหน้าที่ทางสังคม มีการพัฒนาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (Feeney et al., 2004)

ผู้บำบัด เป็นจิตแพทย์ (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002) เป็นแพทย์หรือนักจิตวิทยา (Feeney et al., 2004) ซึ่งจะต้องได้รับการ training ภายใต้ supervision และเป็นผู้บำบัดคนเดียวกันตลอดการรักษา

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV, DSM III-R มีอายุตั้งแต่ 18 ปี หยุดดื่มสุรา 3-30 วัน มีคะแนน bMast ≥ 6 ไม่มีอาการทางจิต มีระดับ Bilirubin หรือ Transaminases ไม่เกิน 2 เท่าจากค่าปกติ ไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยา naltrexone หรือกำลังใช้ disulfiram, Opioid หรือยาทางจิตเวช (ยกเว้นยาในกลุ่ม Benzodiazepine) ไม่ติดสารเสพติดอื่นยกเว้นบุหรี่หรือกัญชา และไม่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002) ไม่ตั้งครรภ์หรือกำลังให้นมบุตร และไม่เป็นโรคตับขั้นรุนแรงหรือโรคไตที่มีระดับ serum creatinine ≥ 0.012 mmol/L (Feeney et al., 2002)

2.3 ประสิทธิภาพของ CBT เมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดอื่น มีจำนวน 2 เรื่อง ดังนี้

1) ประสิทธิภาพของ CBT เมื่อเปรียบเทียบกับ Brief intervention (BI) มีการศึกษาจำนวน 1 เรื่อง (Shakeshaft et al., 2002) BI เป็นการบำบัดระยะสั้นสำหรับผู้ดื่มสุราแบบที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงที่เกิดปัญหาต่อสุขภาพ (Hazardous Drinking) และการดื่มที่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจ (Harmful Drinking) เกิดผลกระทบในหน้าที่การงานแต่ยังดื่มสุราเรื่อยไปแม้จะทราบว่า การดื่มสุราเป็นสาเหตุ หรือผู้ที่ดื่มสุราเป็นครั้งคราวในสถานการณ์ต่างๆ ที่ห้ามดื่ม เช่น ขับขี่ขณะมีเมาแต่ไม่ใช่ผู้ดื่มสุรา เป็นการบำบัดใน setting ผู้ป่วยนอก ให้การบำบัดแบบรายบุคคล โดยใช้เทคนิค FRAMES ประกอบด้วย feedback, responsibility, advice, menu, empathy, self-efficacy ใช้เวลาในการบำบัดไม่เกิน 90 นาที/session ทำหลาย session ได้ ภายใน 6 สัปดาห์

ผลลัพธ์ของการบำบัด

ด้านพฤติกรรม ได้แก่

- อัตราการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์ การบริโภคแอลกอฮอล์ที่มากเกินไปปกติในแต่ละครั้งของการดื่มของผู้รับการบำบัดแบบ BI และ CBT ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 แต่ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ BI และ CBT

ด้านจิตสังคม ความพึงพอใจของผู้รับการบำบัดทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับดี และดีเยี่ยม

ด้านภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต ปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราและระดับความรุนแรงในการติดสุราของผู้รับการบำบัดแบบ BI และ CBT ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 แต่ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ BI และ CBT

ด้านเศรษฐกิจ ความคุ้มทุน การบำบัดแบบ BI มีต้นทุนต่ำกว่าการบำบัดแบบ CBT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ผู้บำบัด เป็นบุคลากร (Staff) ที่ต้องผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ (work shop) ในการทำ CBT เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ผู้รับการบำบัด มีความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาการติดแอลกอฮอล์ของตนเองมีการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์ในผู้ชายมากกว่า 280 gm และในผู้หญิงมากกว่า 140 gm หรือมีการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 60 gm ใน 1 ครั้ง ก่อนตอบแบบสอบถาม 1 สัปดาห์

2) ประสิทธิภาพของ CBT เมื่อเปรียบเทียบกับ Interactional therapy มีการศึกษาจำนวน 1 เรื่อง (Litt et al., 2003) Interactional therapy เป็นการบำบัดแบบปฏิสัมพันธ์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจำแนกความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและพยาธิสภาพที่ปรากฏออกมาในปฏิกริยาที่เกิดขึ้นในกลุ่ม และส่งเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นการให้กำลังใจในการเปิดเผย

ตนเอง และการสะท้อนความรู้สึกออกมา การเพิ่มความศรัทธา ใ่วใจ การเปิดใจ การเรียนรู้ระหว่างกันภายในกลุ่มบำบัด

ผลลัพธ์ของการบำบัด

ด้านพฤติกรรม ได้แก่

- การบำบัดแบบ CBT และการบำบัดแบบ Interactional therapy มีผลลัพธ์การบำบัดไม่แตกต่างกัน โดยที่เปอร์เซ็นต์ของอัตราการหยุดดื่มของผู้รับการบำบัดทั้ง 2 กลุ่ม ตั้งแต่หลังการบำบัดถึง 18 เดือน อยู่ระหว่าง 28% - 35% เวลาที่กลับไปดื่มซ้ำเป็นวันแรกเฉลี่ย 30 วัน ส่วนเวลาที่กลับไปดื่มหนักเป็นวันแรกเฉลี่ย 60 วัน

- หลังการบำบัดทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนทักษะการรับมือกับปัญหาโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 แต่ผลของการบำบัดแบบ CBT กับ Interactional therapy ต่อคะแนนทักษะการรับมือกับปัญหาโดยรวมไม่แตกต่างกัน

- การเปลี่ยนแปลงของคะแนนทักษะการรับมือกับปัญหาโดยรวม (Total coping scores) มีผลโดยตรงกับสัดส่วนของวันที่หยุดดื่มสุรา (Proportion Days Abstinent, PDA) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และมีผลโดยตรงกับสัดส่วนของวันที่ดื่มสุราหนัก (Proportion Heavy Drinking Days, PDH) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

- แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Motivation for change) และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) เป็นตัวแปรที่ใช้ในการทำนายการเปลี่ยนแปลงของคะแนนทักษะการรับมือกับปัญหาโดยรวม (Total coping scores) แต่มีเพียงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) เท่านั้นที่มีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ PDA

ผู้บำบัด เป็นแพทย์ฝึกหัดหรือนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์งานทางคลินิก และมีประสบการณ์ในการทำ CBT และ Interactional therapy อย่างน้อย 2 ปี สามารถให้การบำบัดทั้ง 2 อย่างได้ และมีการตรวจสอบความร่วมมือในการบำบัด โดยผู้นิเทศ 2 สัปดาห์ /ครั้ง

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดสุราตาม DSM-IV มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ไม่มีปัญหาทางกายหรือจิตใจที่ต้องได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิด ไม่มีประวัติติดสารเสพติด (ยกเว้นบุหรี่หรือกัญชา) ไม่มีการใช้ยาเข้าหลอดเลือดก่อนการบำบัด ไม่มีพฤติกรรมหรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าร่วมบำบัด เช่น มีเรื่องของกฎหมาย ระดับความสามารถในการอ่าน Slosson Oral Reading Test มากกว่าระดับเกรดห้า มีที่อยู่แน่นอนสามารถติดตามได้

2.4 ประสิทธิภาพของ CBT ในการบำบัดผู้ติดสุราครบโปรแกรม ที่สามารถหยุดดื่มสุราได้นาน และความแตกต่างของจำนวน session ในการบำบัดในแต่ละงานวิจัยกับระยะเวลาการติดตามผล

จากการสังเคราะห์งานวิจัยจำนวน 9 เรื่อง แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาบำบัดครบโปรแกรมพบว่า อัตราการกลับไปดื่มสุร่าลดลง สามารถเพิ่มวันหยุดดื่ม (day abstinent) และสามารถหยุดดื่มสุร่าได้ (Abstinent) (โดยให้การบำบัด 8 ครั้งภายใน 3 เดือน) (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004) หลังการบำบัดครบโปรแกรมพบว่า มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการหยุดดื่มสุร่าเพิ่มขึ้น ระดับความรุนแรงในการติดสุร่าลดลง (โดยให้การบำบัด 42 ครั้งภายใน 3 สัปดาห์) (Ness & Oei, 2005) จากการติดตามหลังการบำบัด 2 เดือน พบว่า ผู้ติดสุร่าเรื้อรังที่เข้าร่วมการบำบัดครบโปรแกรมเกือบทั้งหมดสามารถลดและหยุดดื่มสุร่าได้ (โดยให้การบำบัด 5-6 ครั้ง/สัปดาห์) (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) จากการติดตามหลังการบำบัด 3 เดือน พบว่า อัตราการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง การกลับไปดื่มสุร่าลดลง (โดยให้การบำบัด 42 ครั้งภายใน 3 สัปดาห์) (Ness & Oei, 2005) จากการติดตามหลังการบำบัด 6 เดือน พบว่า สามารถลดการดื่มสุร่าได้ (ให้การบำบัด 6 ครั้ง/สัปดาห์) (Shakeshaft et al., 2002) จากการติดตามหลังการบำบัด 1 ปี พบว่า สามารถลดการดื่มสุร่าได้ โดยเปรียบเทียบข้อมูลจำนวนวันที่ดื่มสุร่า วันที่ดื่มหนัก ค่าเฉลี่ยของการดื่มสุร่าต่อสัปดาห์ (ให้การบำบัด 17 ครั้ง ภายใน 8 เดือน) (Marques & Formigoni, 2001) และจากการติดตามหลังการบำบัด 18 เดือน พบว่า สามารถลดการดื่มสุร่าได้ อัตราการหยุดดื่มสุร่าลดลง เวลาที่กลับไปดื่มสุร่าช้าเป็นวันแรกหรือเวลาที่กลับไปดื่มหนักเป็นวันแรก และเปอร์เซ็นต์การหยุดดื่มลดลง (ให้การบำบัด 26 ครั้ง/สัปดาห์) (Litt et al., 2003)

3. เนื้อหาของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุร่าเรื้อรัง

องค์ประกอบของเนื้อหาของการบำบัดในแต่ละงานวิจัย จากการสังเคราะห์งานวิจัย ทั้ง 9 เรื่อง พบว่า มีเนื้อหาคล้ายคลึงกันเกี่ยวกับการฝึกทักษะทางความคิด และการฝึกทักษะทางพฤติกรรมสำหรับผู้ติดสุร่า ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคติดสุร่า ผลกระทบจากการดื่มสุร่า การจัดการกับอาการอยากดื่ม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวกระตุ้น การระบุสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุร่า และการหลีกเลี่ยง ทักษะการปฏิเสธการดื่ม ทักษะการรับมือกับปัญหา การจัดการกับภาวะวิกฤติเกี่ยวกับสุร่า การจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้น การจัดการกับอาการกำเริบ การวางแผนจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ โดยการฝึกทักษะทางสังคม การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ การเลิกดื่มสุร่าอย่างต่อเนื่อง และสิ่งสนับสนุนในครอบครัว (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004; Litt et al., 2003; Marques & Formigoni, 2001; Ness & Oei, 2005; Shakeshaft et al., 2002; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549)

4. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรังในแต่ละ Setting

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง พบว่า การบำบัดแบบ CBT สามารถทำการบำบัดได้ 3 setting คือ setting ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และในชุมชน ดังนี้

- Setting ผู้ป่วยนอก มีจำนวน 5 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004; Litt et al., 2003; Marques & Formigoni, 2001) จำนวน sessions ในการบำบัด 8-26 sessions ระยะเวลาในการบำบัด 3-8 เดือน ซึ่งลักษณะของผู้รับการบำบัด มีดังนี้ เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV, DSM III มีคะแนน bMast ≥ 6 ซึ่งแสดงว่าติดสุรา หยุดดื่มสุรา 3-30 วัน ไม่มีโรคทางกายรุนแรงที่มีผลต่อการรักษา ระดับ Bilirubin หรือ Transaminases ไม่เกิน 2 เท่า จากค่าปกติ ไม่มีอาการทางจิต ไม่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ไม่อยู่ระหว่างรักษาด้วยยา naltrexone หรือกำลังใช้ disulfiram, Opioid หรือยาทางจิตเวช (ยกเว้นยากลุ่ม Benzodiazepine) ไม่ติดสารเสพติดอื่นยกเว้นบุหรี่หรือกัญชา ไม่ตั้งครรภ์หรือกำลังให้นมบุตร ไม่เป็นโรคตับขั้นรุนแรง หรือโรคไต ที่มี serum creatinine ≥ 0.012 mmol/L และมีที่อยู่แน่นอน

- Setting ผู้ป่วยใน มีจำนวน 3 เรื่อง (Ness & Oei, 2005; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) จำนวน sessions ในการบำบัด 5-42 sessions ระยะเวลาในการบำบัด 1-3 สัปดาห์ ซึ่งลักษณะของผู้รับการบำบัด มีดังนี้ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถานบำบัด ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสุราตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-IV, DSM III-R สามารถสื่อความหมายและเข้าใจภาษา มีค่าคะแนนการประเมินสภาวะจิตชนิดสั้นเท่ากับ 18 คะแนน มีระดับความรุนแรงของภาวะขาดสุรา ค่าคะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 2 หรือมีระดับความรุนแรงของภาวะขาดสุราค่าคะแนนน้อยกว่า 8

- Setting ผู้ป่วยในชุมชน มีจำนวน 1 เรื่อง (Shakeshaft et al., 2002) ระยะเวลาในการบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ ซึ่งลักษณะของผู้รับการบำบัด มีดังนี้ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขระดับชุมชน (ศูนย์ให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติด) ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสุราตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-IV มีคุณสมบัติอื่นๆ คือ ไม่ระบุอายุ ในผู้ชายมีการดื่มสุรามากกว่า 280 gm ในผู้หญิงมากกว่า 140 gm หรือมีการดื่มสุรามากกว่า 60 gm ใน 1 ครั้ง/สัปดาห์ มีคะแนน AUDIT อย่างน้อย 8 คะแนน และเข้ารับการรักษาโดยมีความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาการติดแอลกอฮอล์ของตนเอง

จะเห็นได้ว่าผู้ที่มารับการบำบัดในแต่ละ setting ก็มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน และแตกต่างกัน ทั้งนี้เพื่อความเหมาะสมกับลักษณะความเจ็บป่วยและความรุนแรงของอาการต่างๆ ใน

ผู้คิดสูตรา เมื่อพิจารณา Program ที่ใช้ในการบำบัด ทั้ง 3 setting เป็น Program การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (CBT) เนื้อหาในการบำบัดแต่ละ setting คล้ายๆ กัน

5. การบำบัดแบบกลุ่มบำบัดและการบำบัดแบบรายบุคคล ในผู้คิดสูตราเรื้อรัง

การบำบัดผู้คิดสูตราเรื้อรังสามารถให้การบำบัดได้ทั้ง 2 รูปแบบ คือ การบำบัดแบบรายบุคคล มี 1 เรื่อง (Shakeshaft et al., 2002) และการบำบัดแบบกลุ่ม มี 8 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004; Litt et al., 2003; Marques & Formigoni, 2001; Ness & Oei, 2005; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) จากการศึกษางานวิจัย พบความแตกต่างในประเด็นต่อไปนี้

- ระยะเวลาในการบำบัดแต่ละ session พบว่า การบำบัด CBT แบบกลุ่มใช้เวลาในการให้การบำบัดแต่ละ session 1-2 ชั่วโมง มี 7 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004; Litt et al., 2003; Ness & Oei, 2005; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) ไม่ระบุระยะเวลา 1 เรื่อง (Marques & Formigoni, 2001) ส่วนการบำบัดแบบรายบุคคลใช้ระยะเวลาในการบำบัดแต่ละ session 45-60 นาที (Marques & Formigoni, 2001; Shakeshaft et al., 2002)

- ระยะเวลาในการบำบัดครบโปรแกรม พบว่า การบำบัด CBT แบบกลุ่มใช้เวลาในการให้การบำบัดครบโปรแกรม ภายใน 1 สัปดาห์ มี 2 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) ภายใน 3 สัปดาห์ มี 1 เรื่อง (Ness & Oei, 2005) ภายใน 3 เดือน มี 3 เรื่อง (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004) ภายใน 8 เดือน มี 1 เรื่อง (Marques & Formigoni, 2001) และภายใน 26 สัปดาห์ มี 1 เรื่อง (Litt et al., 2003) ส่วนการบำบัดแบบรายบุคคลใช้ระยะเวลาในการบำบัดครบโปรแกรมภายใน 1 เดือนครึ่ง จำนวน 1 เรื่อง (6 ครั้ง/สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง) (Shakeshaft et al., 2002)

6. เครื่องมือที่นำมาใช้ในการศึกษา

การศึกษาทั้ง 9 เรื่องมีการประเมินผลลัพธ์ของการบำบัด ซึ่งผลลัพธ์ของการบำบัดสามารถประเมิน โดยเครื่องมือที่ประกอบด้วย เครื่องมือประเมินผู้บำบัด และเครื่องมือประเมินผู้รับการบำบัด มีดังนี้

เครื่องมือประเมินผู้บำบัด คือ เครื่องมือประเมินความร่วมมือของผู้ให้คำปรึกษาต่อ Protocol การบำบัด ใช้เครื่องมือซึ่งเป็นแบบฟอร์มให้คะแนนในเนื้อหาแต่ละ session จะสัมภาษณ์

ภายใน 7 วันหลัง session การให้คำปรึกษา โดยสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือบันทึกเทปเสียงใน session การบำบัด

เครื่องมือประเมินผู้รับการบำบัด สามารถแบ่งเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ของการบำบัดออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ การดื่มสุราลดลง การหยุดดื่มสุรา เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Time Line Follow Back (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) การกลับไปดื่มสุราซ้ำ เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Khavari Alcohol Test (KAT) (Ness & Oei, 2005) และ Self-report รวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Feeney et al., 2004) อัตราการกลับไปดื่มสุราซ้ำ จำนวนวันดื่มสุราเพิ่มขึ้น เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Self-report และ visit alcohol Breathalysation (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004) อัตราการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Retrospective drinking diary (RD) จำนวนครั้งที่มีการบริโภคแอลกอฮอล์มากเกินไป เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Quantity Frequency Questions (QF) นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือการประเมินกระบวนการคิดและกระบวนการทำเพื่อให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา (The Process of Change-Alcohol Questionnaires) (นิชนันท์ คำล้าน, 2547) แบบรายงานด้วยตนเองในการดื่มสุรา Drinking Expectancy Profile (DEF) (Ness & Oei, 2005) และการต่อต้านสังคม เครื่องมือที่ใช้วัด คือ The California Psychological Inventory Socialization Scale (Litt et al., 2003)

2. เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ด้านจิตสังคม ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เครื่องมือที่ใช้วัด คือ The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale (Litt et al., 2003) และ Self-Efficacy Questionnaire (DRSEQ) (Ness & Oei, 2005) และแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง เครื่องมือที่ใช้วัด คือ The University of Rhode Island Change Assessment จำนวน 1 เรื่อง (Litt et al., 2003) และแบบสอบถามขั้นบันได ซึ่งพัฒนาโดย Beiner and Adams (1991) (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) ความพึงพอใจ เครื่องมือที่ใช้วัด คือ แบบประเมินความพึงพอใจ (Shakeshaft et al., 2002) การรับมือกับปัญหา เครื่องมือที่ใช้วัด คือ The Coping Strategies Scale (CSS) (Litt et al., 2003) ความเชื่อมั่นในตนเองโดยทั่วไป เครื่องมือที่ใช้วัด คือ General Self-Efficacy scale (GSE) (Ness & Oei, 2005)

3. เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ทางภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต ความรุนแรงของความวิตกกังวล เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Beck Anxiety Index (BAI) (Ness & Oei, 2005) ปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Alcohol Problems Questionnaire (APQ) (Shakeshaft et al., 2002) และ The Drinker Inventory of Consequences (DrINC) (Litt et al., 2003) ความรุนแรงของการติดสุรา เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Alcohol Use Disorder Identification Tests (AUDIT)

(Shakeshaft et al., 2002), The Short Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) (Ness & Oei, 2005), Alcohol Withdrawal Scale (AWS) (นิชนันท์ คำถ่าน, 2547) และ Clinical Institute Withdrawal Assessment scale for Alcohol Revised (CIWA-Ar) (นิมิต แก้วอาจ, 2549) ปัญหาทางจิตใจ และพยาธิสภาพ เครื่องมือที่ใช้วัด คือ The Psychiatric Severity ร่วมกับ The Addiction Severity Index (Litt et al., 2003) ภาวะสุขภาพกาย เครื่องมือที่ใช้วัด คือ SF-36 Health Survey (SF-36) (Feeney et al., 2004) ภาวะสุขภาพจิต เครื่องมือที่ใช้วัด คือ General Health Questionnaire (GHQ-28) (Feeney et al., 2004), Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90) และ The Global Severity Index (GSI) (Ness & Oei, 2005) ระดับความคิดความจำ เครื่องมือที่ใช้วัด คือ แบบทดสอบทางจิต Neuropsychological test (Marques & Formigoni, 2001) ความบกพร่องในเรื่องความคิด ความจำ และเชาว์ปัญญา เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Mini Mental Status Examination (MMSE) (นิชนันท์ คำถ่าน, 2547; นิมิต แก้วอาจ, 2549)

4. เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจ ความคุ้มทุน เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Wilcoxon-Mann-Whitney tests (Shakeshaft et al., 2002)

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ผู้บำบัด การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรังเป็นแนวทางหนึ่งที่พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ได้ แต่ทั้งนี้ผู้บำบัดต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับองค์ประกอบในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อสามารถให้การบำบัดได้ถูกต้อง โดยที่ผู้บำบัดต้องมีประสบการณ์งานคลินิก และผ่านการฝึกอบรม หรือฝึกปฏิบัติจนชำนาญและมีความมั่นใจ คุณสมบัติที่สำคัญ คือ ผู้บำบัดต้องมีท่าทีที่อบอุ่น (warmth) ให้การนับถืออย่างจริงจัง (genuineness) และมีความเห็นอกเห็นใจ (empathy) มีเทคนิคในการให้ความรู้ มีศิลปะในการสอน การชี้แนะ อันจะส่งผลให้ผู้รับการบำบัดก็จะให้ความร่วมมือในการบำบัด ทำให้แก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ การบำบัดเกิดประสิทธิภาพ

1.2 รูปแบบการบำบัด สามารถบำบัดได้ทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม ในการบำบัดแบบกลุ่มควรเป็นกลุ่มปิด แต่ครั้งควรมีโครงสร้างชัดเจน ได้แก่ ระยะเวลาให้การบำบัดแต่ละ session ประมาณ 1-2 ชั่วโมง ผู้รับการบำบัดไม่ควรเกิน 10 คน เพราะจะทำให้ใช้เวลาในการบำบัดนานเกินไป ผู้บำบัดพบผู้รับการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง กรณีผู้รับการบำบัดอาการรุนแรงก็อาจพบกันบ่อย เมื่ออาการดีขึ้นพบกันทุก 2 สัปดาห์ จากนั้นทุก 1 เดือน ต่อไปก็เป็นการกระตุ้นโดย

การติดตามผล เพื่อรักษาสิ่งที่ได้พัฒนาไว้ และสนับสนุนการใช้ทักษะต่างๆ ให้คงอยู่ ซึ่งอาจติดตามต่อทุก 1 ปี 2 ปี

สำหรับพยาบาลจิตเวชสามารถนำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ได้ เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ซึ่งการบำบัดมีหลายรูปแบบ ดังนั้นวิธีการที่จะเลือกนำไปปฏิบัติจึงควรเป็นแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ให้ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ และเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมดพบว่า การบำบัดแต่ละรูปแบบสามารถนำไปใช้ได้โดยมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ดังนี้

การบำบัดโดยรูปแบบ Cognitive Behavior Therapy (CBT) เมื่อเปรียบเทียบกับ Standard care (การบำบัดตามปกติที่เป็นมาตรฐานของสถาบัน) จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมด พบว่าการบำบัดแบบ CBT เป็นการบำบัดที่มีรูปแบบชัดเจน เป็น โปรแกรมการบำบัดแบบองค์รวมครอบคลุมกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ มีการฝึกทักษะทั้งด้านทักษะทางความคิดและทักษะทางพฤติกรรม (Cognitive skill และ Behavior skill) ผลการบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดื่มสุราดีขึ้นมากกว่า Standard care เป็นการบำบัดใน setting ผู้ป่วยใน จำนวน session ในการบำบัดขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของปัญหา ส่วนผู้บำบัดไม่จำกัดวิชาชีพ แต่ต้องมีความรู้ประสบการณ์ทางคลินิก และมีประสบการณ์ในการทำ CBT ดังนั้นในสถาบันที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงน่าจะมีการนำการบำบัด CBT ไปใช้ โดยจะต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่จะมีหน้าที่รับผิดชอบการบำบัด

การบำบัดโดยรูปแบบ Cognitive Behavior Therapy (CBT) ร่วมกับการใช้ยา จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมด พบว่าการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone หรือร่วมกับการใช้ยา acamprosate สามารถช่วยลดอาการอยากดื่มสุรา ลดความรู้สึกที่เป็นสุขจากการดื่มสุรา และลดปริมาณการดื่มสุราได้มากกว่าการบำบัดโดย CBT อย่างเดียว เป็นการบำบัดที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถทำให้ผู้ติดสุราเรื้อรังให้ความร่วมมือในการบำบัดเพิ่มขึ้น ดังนั้นการบำบัด CBT ควรทำควบคู่ไปกับการใช้ยา naltrexone หรือ acamprosate อย่างไรก็ดี จากหลักฐานงานวิจัยจะเห็นได้ว่า ไม่มีการติดตามศึกษาผลของการบำบัดในระยะยาว ดังนั้นควรมีการติดตามผลในระยะยาว

การบำบัดแบบ Brief Intervention (BI) จากการวิเคราะห์การศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดแบบ Cognitive Behavior Therapy (CBT) กับ Brief Intervention (BI) พบว่าได้ผลลัพธ์ที่ดีไม่แตกต่างกัน แต่การบำบัด BI มีความคุ้มค่าและประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่าการบำบัดแบบ CBT แต่อย่างไรก็ดี การบำบัดแบบ BI เป็นการบำบัดระยะสั้นที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ดื่มสุราแบบที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงปัญหาการติดสุรา (Hazardous Drinking) และการดื่มที่ทำให้เกิดอันตรายต่อ

ร่างกายหรือจิตใจ (Harmful Drinking) และผู้รับการบำบัดจะต้องตระหนักในปัญหาการดื่มสุราของตนเอง และต้องการที่จะรับการบำบัดรักษา ดังนั้นการบำบัดแบบ BI น่าจะเหมาะสมกับการให้การบำบัดผู้ติดสุราในกลุ่มที่ติดแอลกอฮอล์ในระดับไม่รุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบำบัดใน setting ที่อยู่ในชุมชน

การบำบัดโดยรูปแบบ Interactional therapy จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดแบบ Interactional therapy และการบำบัดแบบ CBT ให้ผลดีไปในทางเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่าทักษะการรับมือรับมือกับปัญหามีผลโดยตรงกับพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยที่แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Motivation for change) และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของทักษะการรับมือกับปัญหา และยังพบว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา ดังนั้นน่าจะมีการศึกษาและนำการบำบัดที่ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) มาทดลองใช้ในการบำบัดผู้ติดสุราเรื้อรัง และประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาศมรรถนะของพยาบาลจิตเวช ในการทำจิตบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสร้างความเข้าใจในการเสริมสร้างองค์ความรู้ ในการปฏิบัติให้ชัดเจนยิ่งขึ้น และนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ติดสุราเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่ติดสุราเรื้อรังร่วมด้วย เพื่อมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และช่วยลดการป่วยซ้ำ

2.3 ในการศึกษาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนั้นควรมีการประเมินสภาพร่างกาย สภาพจิต และประเมินการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ซึ่งอาจติดตามโดยการให้จดหมาย หรือการติดตามทางโทรศัพท์

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY FOR ALCOHOLISM

SRIWAN SARACHANANONT 4737441 RAMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D. (Nursing), SOPIN SANGON, Ph.D. (Nursing)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Alcoholism is a major health problem of the country. According to the World Health Organization (WHO), in 2000, alcohol accounted for as high as 8.9% of the Disability Adjusted Life Year. Alcohol is an addictive substance which causes the greatest loss, as it is the cause of 1.8 million cases of mortality all over the world, making up 3.2% of all causes of mortality (Thawatchai Leelahanaj, B.E. 2547). The total rate of morbidity and mortality all over the world caused by alcohol consumption is equal to 4%, which is five times higher than that of other addictive substances (Pozmyak, 2005). A survey conducted with the Thai people who have drinking behavior has revealed that the number of people with alcohol consumption continues to increase. In 1997, the total amount of alcohol consumption was 110.6 liters per person per year, and this rose to 125.5 liters per person per year in 2001, or equal to 13.8% increase (Department of Mental Health, B.E. 2547).

In Thailand, alcohol consumption has adverse effects on drinkers' physical, psychological, social, and economic well-being, as well as their family. Alcoholism results in alcoholic fatty liver disease, hepatitis, cirrhosis, personality change, laziness, and lack of responsibility for self and family (Srisombat Vanich & Chawewan Sattayatham, B.E. 2535). It can also lead to lack of working efficiency (Michael, Denis, Richard, & Phillip, 1996; Panupong Jitsombat, B.E. 2535), fights or uses of

violence in the family, which can in turn cause the spouse' anxiety and increase children's risk of abnormal emotional foundation and anti-social personality (Michael et al., 1996). Furthermore, alcoholism accounts for 70% of violence in society including murder, spousal abuse, and child abuse (Rossow, 2000; Ruth & Judith, 2000). In addition, about 41% of traffic accidents result from driving under the influence, and regular heavy drinking can result in habitual drinking and inability to control drinking. If drinkers refrain from drinking, they will experience withdrawal symptoms such as irritability, restlessness, nightmares, hallucination, and memory loss (Supat Theeravejcharoenchai, B.E. 2541). Besides, alcohol consumption causes psychological and emotional changes including depression, anxiety, unhappiness, and confusion (Srisombat Vanich and Chaweewan Sattayatham, B.E. 2541). Patients with alcoholism who have severe depression may be destructive and harmful to themselves and others. They may also isolate themselves from society and suffer from sense of worthlessness and hopelessness, which may eventually lead to suicide (Beck, 1967). A report of the Ministry of Public Health shows that the medical expenses for diseases related to alcoholism is as high as 250,000 million baht per year (Somphob Ruangtrakul, B.E. 2543). The aforementioned symptoms make patients with alcoholism resume their drinking behavior, and it is extremely difficult for them to completely quit drinking.

There are three major causes of alcoholism. The first factor is the drinkers and their internal factor of genetic vulnerability to alcoholism and abnormal functioning of dopamine and endogenous opioids (Somphob Ruangtrakul, B.E. 2546). The second factor is a mental factor related to cognition and emotions (depression, stress, and anxiety) and cognitive distortion (Chantima Ongkosit, B.E. 2545). The third factor is the factor related to society, family, environment, and culture of the drinkers. These three factors cause individuals to consume a great amount of alcohol until they become alcoholic. Patients with severe alcoholism need to be hospitalized to prevent harms to themselves and others due to abnormal cognition and inappropriate behavioral expressions.

A review of related literature has shown that there are different forms of therapy to treat and rehabilitate patients with alcoholism including pharmacological treatment, brief intervention, behavioral therapy, family therapy, Alcoholic

Anonymous, mutual supportive therapy, intensive therapy, new way, rehabilitation of Phramonkutklao Hospital, and cognitive behavior therapy (Nichanun Khamlan, B.E. 2547; Pichai Sangcharnchai, B.E. 2549; Khon Khaen Drugs Treatment Center, B.E. 2546; Thanyarak Institute, B.E. 2546; Sawittree Assanangkornchai & Suwanna Arunpongpaisal, B.E. 2543).

Cognitive behavior therapy is a psychological process that aims at changing inappropriate emotions and behaviors of individuals by correcting abnormality of thoughts and beliefs deep in individuals' mind and instilling self-confidence, rational and logical thinking, and problem-solving ability when encountering stress, which can help patients with alcoholism adjust their drinking behavior, quit drinking, and prevent relapses (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004; Marques & Formigoni, 2001; Ness & Oei, 2005; Shakeshaft et al., 2002). The researcher, as a professional nurse working at a psychiatric hospital and being in charge of directly provide care to patients with alcoholism, is interested in analyzing and synthesizing research literature on cognitive behavior therapy for alcoholism so as to arrive at a new body of knowledge which can be utilized to provide more effective care to patients with alcoholism.

Study Objectives

To synthesize research related to cognitive behavior therapy for alcoholism

Expected Outcomes and Benefits

To develop a new body of knowledge which can be utilized to provide more effective cognitive behavior therapy to patients with alcoholism

Definition of Terms

Patients with alcoholism refer to individuals who have been diagnosed based on the criteria called the DSM III-R or DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 3rd Edition (Revised) or Fourth Edition (American Psychiatric Association: APA, 1994) and based on the ICD 10 criteria (International Classification of Disease, 1992) as having alcohol dependence and alcohol withdrawal. In addition,

patients with alcoholism also refer to individuals who have abnormal behavior of alcohol consumption who cannot control their own drinking quantity, who have been drinking alcohol for such a long period of time that they are unable to reduce the amount or quit without experiencing withdrawal symptoms, and who continue to drink despite understanding of its effects on their physical, psychological, and social well-being.

Cognitive behavioral therapy (CBT) refers to a form of therapy which has specific and clear-cut structures, directions, and scopes. It involves the use of therapeutic processes and techniques to adjust or change distorted beliefs and inappropriate emotional and behavioral expressions related to alcohol consumption, both automatic thoughts and core beliefs, by training individuals to develop thinking skills and skills to encounter internal and external arousals. It aims at enabling patients with alcoholism to change their behaviors and better adjust themselves to various situations (Beck, 1979; Beck et al., 1993; Department of Mental Health, B.E. 2550; Chantima Ongkosit, B.E. 2545).

Methodology

The present study was an analysis and synthesis of research literature on cognitive behavioral therapy for alcoholism which consisted of the systematic review of research evidence which consisted of the following procedures (Polit and Hungler, 1997):

1. The search for information source for academic and research evidence was conducted from January 2005 to August 2007 as follows:

1.1 Data sources

1.1.1 Electronic databases related to nursing resources including Pub Med, CINAHL, OVID, Medline, Blackwell Synergy, Science Direct, and Cochrane published between 1990 and 2005.

1.1.2 Hand search was conducted in two ways. First, the title of research whose abstract was available through an electronic database was used to search for its full text. Second, the research reference lists of academic works and theses or dissertations of the studies conducted in Thailand were searched. The databases used in this study included databases of the library of Mahidol University

(MULINET), Chulalongkorn University (library.car.chula), Khon Khaen University (md.kku), Department of Mental Health, and Thanyarak Hospital from 1999 to 2005.

1.2 The keywords used in the search included cognitive behavior therapy AND alcoholism, CBT AND alcoholism, cognitive behavior therapy AND alcohol dependence, CBT AND alcohol dependence, addiction, addictive substances, alcohol dependence or alcoholism, cognitive adjustment, cognitive behavior therapy, and cognitive behavior therapy programs.

1.3 The inclusion criteria were as follows:

1.3.1 With regard to the type of therapy, it has to be research on cognitive behavior therapy for alcoholism.

1.3.2 The subjects of the study are patients with alcoholism.

1.3.3 As regards research design, it has to be experimental research with randomization or quasi-experimental research.

1.3.4 Its full text is available.

The search using the specified keywords in all databases. After the selection criteria were implemented, and the same studies that appeared in several databases were counted as one study, the final number of research studies with their full text available for subsequent analysis and synthesis was nine.

2. Guidelines in analyzing and synthesizing research evidence

2.1 As regards evaluation of research quality, the criteria proposed by the Royal College of Thai Physicians (B.E. 2544) were used to divide research evidence into the following four levels:

Level A refers to evidence which is a meta-analysis of randomized controlled trials or a randomized controlled trial.

Level B refers to evidence which is a meta-analysis of at least one randomized controlled trial or carefully designed quasi-experimental research, non-randomized controlled trial, cohort study, and case-control study.

Level C refers to evidence derived from correlational research, causal-comparative research, or descriptive research.

Level D refers to evidence from expert consensus, textbooks, or non-research documents.

Based on the aforementioned criteria, there were altogether nine research studies selected in this study. Of these, five were categorized under Level A, and four were categorized under Level B. Of the four studies in Level B, two were non-randomized historical cohort studies, and two were theses.

2.2 Data extraction

Data extraction was conducted to analyze and synthesize the research literature to arrive at a new body of knowledge on cognitive behavior therapy for alcoholism as follows:

2.2.1 Problems or objective of the study

2.2.2 Research design

2.2.3 Sample

2.2.4 Setting

2.2.5 Instruments and data collection

2.2.6 Method and intervention

2.2.7 Findings or results

2.2.8 Implications or implementations

The data derived from the search were then analyzed and synthesized to come up with findings on cognitive behavior therapy for alcoholism.

Findings

1. Quality and sufficiency of research evidence

In this study, nine studies were selected for subsequent analysis and synthesis. Of these, five were categorized under Level A, and four were categorized under Level B. Of the four studies in Level B, two were non-randomized historical cohort studies, and two were theses.

2. Effectiveness of cognitive behavior therapy for alcoholism

2.1 Effectiveness of CBT and standard therapy of the institutes

There were three studies which investigated the effectiveness of CBT for alcoholism in comparison with the standard therapy of the institutes. Of these three studies, one was categorized under Level A (Ness & Oei, 2005), and two were categorized under Level B (Nichanun Khamlan, B.E. 2547; Nimitte Kaewarj, B.E.

2549). These studies involved group therapy implemented at an inpatient setting. In two studies, the therapy sessions lasted two hours, with a ten-minute break in the middle (Nichanun Khamlan, B.E. 2547; Nimite Kaewarj, B.E. 2549). In one study, the therapy sessions were conducted for five times from Monday to Friday (Nichanun Khamlan, B.E. 2547), while another study, there were six sessions, with the last session carried out on the day the patients were visited by their family or the family came to pick up the patients and took them home (Nimite Kaewarj, B.E. 2549). In the last study, there were 42 one-hour therapy sessions carried out within three weeks (Ness & Oei, 2005).

Outcomes of the therapy

Behavioral outcomes were as follows:

-Patients were able to reduce the amount of alcohol consumption and to stop drinking (Nichanun Khamlan, B.E. 2547; Nimite Kaewarj, B.E. 2549). The rate of alcohol consumption reduced with statistical significance ($p < .001$) (Ness & Oei, 2005).

-At the one-month follow-up, the rate of relapses reduced with statistical significance ($p < .001$). However, at the three-month follow-up, the rate of relapses increased with statistical significance ($p < .001$) (Ness & Oei, 2005).

-As for cooperation in therapy sessions, at the three-month follow-up, it was found that the rate of group participation was not associated with improved symptoms or abstinence with statistical significance ($p < .001$) (Ness & Oei, 2005).

Psychosocial outcomes were as follows:

-Patients had higher self-confidence with statistical significance ($p < .001$) (Ness & Oei, 2005), as well as increased motivation (Nichanun Khamlan, B.E. 2547; Nimite Kaewarj, B.E. 2549).

Physical health and mental health outcomes were as follows:

-The patients had fewer mental symptoms, decreased anxiety, and the severity of alcoholism reduced with statistical significance ($p < .001$) (Ness & Oei, 2005).

Patients: Patients were those who had been diagnosed with alcoholism based on the criteria of DSM-IV, DSM III-R (Ness & Oei, 2005) using the ICD 10, DSM-IV, or DSM III-R codes (Nichanun Khamlan, B.E. 2547; Nimite

Kaewarj, B.E. 2549). They were able to communicate in the Thai language, and their short mental assessment score was equal to 18 points (Nichanun Khamlan, B.E. 2547; Nimite Kaewarj, B.E. 2549). Moreover, the severity of withdrawal symptoms was equal to or less than 2 points in one study (Nichanun Khamlan, B.E. 2547) and 8 points in another study (Nimite Kaewarj, B.E. 2549).

Therapists: The therapists were professional nurses (Nichanun Khamlan, B.E. 2547; Nimite Kaewarj, B.E. 2549) or the multidisciplinary team consisting of psychiatrists, professional nurses, psychologists, and social workers (Ness & Oei, 2005). The therapists had to have clinical experiences as well as experience implementing standardized CBT.

2.2 Effectiveness of CBT used with pharmacological treatment

There were three studies which investigated the effectiveness of CBT for alcoholism used with pharmacological treatment of alcoholism. One of them was categorized under Level A (Feeney et al., 2001), and two were non-randomized historical cohort studies (Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004). Of these, two investigated the use of CBT together with the Naltrexone medicine (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2004), and one examined the use of CBT with Acamprosate (Feeney et al., 2002). All three studies involved group therapy implemented at an inpatient setting, and they had similar duration and frequency of therapy and treatment-eight sessions within the period of three months, with one session per week during the first four weeks, and one session every two weeks in the second and third months, all lasting one hour.

Outcomes of the therapy

Behavioral outcomes were as follows:

- 1) As regards abstinence from alcohol consumption all through 12 weeks of therapy, the percentage of patients who received CBT together with the use of Naltrexone who were able to abstain from alcohol consumption was higher than that of patients who received only CBT with statistical significance ($p < 0.001$ and $p = 0.031$, respectively) (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2004). Another study also indicated that the percentage of patients who received CBT together with the use of Acamprosate who were able to abstain from alcohol consumption was higher than that

of patients who received only CBT with statistical significance ($p = 0.006$) (Feeney et al., 2002).

2) As for number of days of abstinence, the number of days of abstinence increased in patients with alcoholism who received CBT together with the use of Naltrexone with statistical significance ($p = 0.002$) (Feeney et al., 2004).

-Relapses were reduced with statistical significance in patients who received CBT and used Naltrexone ($p < .0001$) (Feeney et al., 2001). Also, the use of CBT with Acamprosate also reduced relapses with statistical significance ($p = 0.0005$) (Feeney et al., 2002).

-As for participation in therapy sessions, the findings were as follows:

1) The assessment after eight sessions of the therapy revealed that patients with alcoholism who received CBT together with the treatment using Naltrexone had a lower rate of withdrawal from the therapy than those who received only CBT with statistical significance ($p < 0.001$) (Feeney et al., 2001). However, it was discovered that after eight sessions of the therapy, there was no statistically significant difference between the patients with alcoholism who received CBT with the treatment using Acamprosate and those who received only CBT (Feeney et al., 2002).

2) When the assessment was conducted after 12 weeks in the program, one study showed that patients with alcoholism who received CBT together with the treatment using Naltrexone had a higher rate of participation in the therapy than those who received only CBT with statistical significance ($p < 0.001$) (Feeney et al., 2001). Nevertheless, another study revealed no such differences (Feeney et al., 2004). It was also found that there was no statistically significant difference in percentages of program adherence of patients with alcoholism who received CBT with the use of Acamprosate and those who received only CBT (Feeney et al., 2002).

Physical health and mental health outcomes were as follows:

-It was found that both physical and mental health of patients with alcoholism improved in seven aspects with statistical significance including physical functioning ($p = 0.005$), role restrictions due to physical problems ($p < 0.001$), pain ($p < 0.001$), perceived general health ($p < 0.001$), social functioning ($p < 0.001$), emotional problems ($p < 0.001$), and mental health ($p < 0.001$). However, the scores

of vitality did not show any increase. Moreover, the findings also showed that physical symptoms, anxiety, and depression decreased, while scores of social functioning increased with statistical significance ($p < 0.001$) (Feeney et al., 2004).

Therapists: The therapists were psychiatrists (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002) or physicians or psychologists (Feeney et al., 2004) who had been trained by supervisors. They had to provide therapy and treatment all through the study.

Patients: Patients were those who had been diagnosed with alcoholism based on the criteria of DSM-IV or DSM III-R. They were at least 18 years old and had abstained from drinking for three to 30 days. Their bMast scores were equal to or higher than 6 points. They had no mental symptoms, and their Bilirubin or Transaminases were not higher than two times normal level. Furthermore, they were not being treated with Naltrexone, Disulfiram, Opioid, or any other psychiatric medicines except Benzodiazepine. In addition, they were not addicted to other substances except cigarette smoking or marijuana. They did not entertain a suicidal thought (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002), were not pregnant or did not breastfeed, did not have a severe liver disease or a kidney disease with the serum creatinine equal to or higher than 0.012 mmol/L (Feeney et al., 2002).

2.3 Effectiveness of CBT when compared to other forms of therapy

There were two studies which investigated the effectiveness of CBT in comparison with other forms of therapy as follows:

1. Brief intervention (BI) (Shakeshaft et al., 2002) was a short-term therapy for patients with hazardous drinking or harmful drinking who continued to drink despite its effects on their work. It was also used with patients who were occasional drinkers in situations in which drinking was prohibited such as driving under the influence, but they were not addicted to alcohol. The therapy was individual therapy provided at an inpatient setting. The techniques used in the therapy were the FRAMES technique consisting of feedback, responsibility, advice, menu, empathy, and self-efficacy. The session took no longer than 90 minutes, and there were several sessions in six weeks.

Outcomes of the therapy

Behavioral outcomes were as follows:

-As regards drinking behavior, BI and CBT could reduce the weekly rate of alcohol consumption and excessive alcohol consumption in each drinking with no statistical significance ($p < .01$) between those who received BI and those who received CBT.

Psychosocial effect was as follows:

-The satisfaction of both groups of patients was at good and very good levels.

Physical health and mental health outcomes were as follows:

-The problems caused by alcohol drinking and severity of addiction of patients who received BI and CBT reduced with statistical significance at 0.01, but there was no statistically significant difference between those who received BI and CBT.

Economic outcome was as follows:

-With regard to cost effectiveness, BI had a lower cost than CBT with statistical significance at 0.01

Therapists: The therapists were healthcare staff who had CBT workshop training to ensure mutual understanding and uniformed, standardized practices.

Patients: Patients were those who realized their problems with alcoholism. Their weekly alcohol consumption exceeded 280 gm. in men and 140 gm. in women or more than 60 gm. per drinking one week before data collection took place.

2. Interactional therapy was a type of therapy that involved interaction with an aim to distinguish interpersonal relationships and pathology shown in the interaction in the group. It also promoted interpersonal relationships, offered encouragement for self-expression, enabled individuals to reflect on their feelings, increased trust, and enhanced openness and mutual learning within the group. It was suitable for patients whose mental condition was not severe but who had cognitive deficiency (Cooney et al., 1991).

Outcomes of the therapy

Behavioral outcomes were as follows:

-CBT and Interactional therapy did not result in different behavioral outcomes. The percentage of abstinence of both groups of patients with alcoholism during the period of 18 months after the therapy was between 28% and 35%. The onset of relapses and the onset of heavy relapses reduced, with the average time of onset of relapses of 30 days and the average time of onset of heavy relapses of 60 days.

-After the therapy, overall problem-coping skills of patients increased with statistical significance at 0.01. However, the outcomes of CBT and Interactional therapy on overall problem-coping skills were not different.

-Total coping scores had a direct effect on the proportion of days of abstinence (PDA) with statistical significance at 0.01 and on the proportion of heavy drinking days (PDH) with statistical significance at 0.01.

-Motivation for changes and self-efficacy were variables used in predicting changes in total coping scores. However, only self-efficacy had a direct effect on the outcomes of PDA.

Therapists: The therapists were residents or psychologists who had clinical experience and experience implementing CBT and interactional therapy for at least two years, were able to implement both types of therapy, and examined cooperation in therapy twice a week.

Patients: Patients were those who had been diagnosed with alcoholism based on the criteria of DSM-IV. They were at least 18 years old and did not have any physical or mental condition that required close medical attention. Furthermore, they had no history of addiction (except for cigarette smoking or marijuana), did not receive any intravenous medications, and had no behavior or environment that did not facilitate therapy such as legal matters and reading proficiency, with the level of Slosson Oral Reading Test (Slosson, 1963) higher than level five. Finally, they had permanent address, meaning that they could be approached and contacted.

2.4 Effectiveness of CBT for patients with alcoholism who completed the therapy program

The study findings have revealed variation in terms of the number of sessions included in each form of therapy and the durations of follow-ups.

A synthesis of all nine studies has shown that after the patients completed the therapy program, the rate of relapses reduced, the number of days patients were able to abstain from drinking increased, and they were able to abstain from drinking (after eight therapy sessions in three months) (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004). After completing the program, the self-efficacy to abstain from drinking increased, and the level of severity of addiction to alcohol decreased (after 42 sessions in three weeks) (Ness & Oei, 2005). After two months after the completion of the therapy, it was found that almost all of the patients with alcoholism who completed the program were able to reduce or stop drinking (after five to six sessions per week) (Nichanun Khamlan, B.E. 2547; Nimitte Kaewarj, B.E. 2549). A follow-up conducted three months after the completion of the program showed that the rates of alcohol consumption and relapses decreased (after 42 sessions in three weeks) (Ness & Oei, 2005). A follow-up conducted six months after the completion of the program indicated that the patients were able to reduce alcohol consumption (after six sessions per week) (Shakeshaft et al., 2002). A follow-up conducted one year after the completion of the program suggested that the patients were able to reduce alcohol consumption by comparing the number of days drinking alcohol, the number of days with heavy drinking, and the mean of weekly alcohol consumption (after 17 sessions within eight months) (Marques & Formigoni, 2001). Finally, a follow-up conducted 18 months after the completion of the program revealed that the patients were able to reduce alcohol consumption, the rate of abstinence decreased, the first day of relapse or the first day of relapse with heavy drinking reduced, and the percentage of abstinence dropped (after 26 sessions per week) (Litt et al., 2003).

3. Contents of cognitive behavior therapy for alcoholism

When considering the contents of the therapy used in each of the nine studies, it was found that the contents were rather similar, involving cognitive skill practices

and behavioral skill practices for patients with alcoholism. The contents consisted of knowledge about alcoholism, effects of drinking, management of craving, information about arousals, specification of high risk situations and avoidance, refusal skills, problem-coping skills, management of alcohol-related crises, management of emotions, management of symptoms, and plans for management of different situations through social skill practices, prevention of relapses, continuous abstinence, and family support (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004; Litt et al., 2003; Marques & Formigoni, 2001; Ness & Oei, 2005; Shakeshift et al., 2002; Nichanun Khamlan, B.E. 2547; Nimitte Kaewarj, B.E. 2549).

4. Cognitive behavior therapy program for patients with alcoholism in each setting

A synthesis of the nine selected studies showed that CBT could be implemented in three settings-inpatient wards, outpatient clinics, and in the community as follows:

-There were five studies in which CBT were implemented in an outpatient setting (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004; Litt et al., 2003; Marques & Formigoni, 2001). The number of sessions ranged from eight to 46 sessions, lasting from three to eight months. The characteristics of patients with alcoholism were as follows: They were patients who sought treatment at the outpatient facility and were diagnosed with alcoholism based on the DSM-IV or DSM III-R criteria; their bMast scores were equal to or lower than 6 points, indicating alcoholism; they had stopped drinking for three to 30 days; they did not have any severe physical condition that would affect the treatment; they had no mental symptoms and did not entertain a suicidal thought; they were not being treated with Naltrexone, Disulfiram, Opioid, or any other psychiatric medications except for Benzodiazepine; they were not addicted to other substances except cigarettes or marijuana; they were not pregnant or did not breastfeed their infant; they did not have any severe liver or kidney diseases with serum creatinine equal to or higher than 0.012 mmol/L; and they had a permanent residence.

-There were three studies in which CBT were implemented in an inpatient setting (Ness & Oei, 2005; Nichanun Khamlan, B.E. 2547; Nimitte Kaewarj, B.E.

2549). The number of sessions ranged from five to 42 sessions, lasting from one to three weeks. The characteristics of patients with alcoholism were as follows: They were patients who sought treatment at a healthcare setting, they were diagnosed with alcoholism based on the DSM-IV or DSM III-R criteria, they were able to communicate in Thai, their scores of short-form mental status assessment was 18 points, and the severity of their withdrawal condition was equal to or less than 2 points or less than eight points.

-There was one study in which CBT was implemented in the community (Shakeshaft et al., 2002), involving six individual CBT sessions and multiple BI sessions within a period of six weeks. The characteristics of patients with alcoholism were as follows: They were patients who sought therapy at a community-level public health care setting (Addiction Consultation Center), they were diagnosed by physicians as having alcoholism based on the criteria of DSM-IV, and they had other characteristics including no specification of age, drinking more than 280 gm of alcohol in men and 140 gm in women or more than 60 gm in one week, they had at least eight points of audit scores, and they sought treatment due to their own awareness of their addiction to alcohol.

Therefore, it could be seen that the patients who sought therapy at each setting shared some similar characteristics and had certain different characteristics depending on the suitability of the program for patients' sickness and severity of symptoms. When considering the programs used in all three settings, it could be concluded that the contents of CBT administered at these three types of settings were rather similar.

5. Group and individual cognitive behavior therapy program for alcoholism

Cognitive behavior therapy could be implemented in groups or on an individual basis. There was one study which employed individual therapy (Shakeshaft et al., 2002), while the other eight studies used group therapy (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004; Litt et al., 2003; Marques & Formigoni, 2001; Ness & Oei, 2005; Nichanun Khamlan, B.E. 2547; Nimite Kaewarj, B.E. 2549). These studies varied in the following issues:

-As for duration of therapy, the group CBT lasted one to two hours per session in seven studies (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004; Litt et al., 2003; Ness & Oei, 2005; Nichanun Khamlan, B.E. 2547; Nimitte Kaewarj, B.E. 2549). The duration was not specified in one study (Marques & Formigoni, 2001). The individual therapy lasted 45 to 60 minutes per session (Shakeshaft et al., 2002).

-As for the duration of the whole program, there were two studies in which group CBT was conducted and completed within one week (Nichanun Khamlan, B.E. 2547; Nimitte Kaewarj, B.E. 2549). There was one study in which group CBT was conducted and completed within three weeks (Ness & Oei, 2005), and the program was completed within three months in three studies (in which group CBT was conducted and completed within one week Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004). In one study, CBT was completed in eight months (Marques & Formigoni, 2001), and in another study, it was completed in 26 weeks (Litt et al., 2003). For the study with individual therapy, the entire program was conducted and completed within one month and a half (six times per week) (Shakeshaft et al., 2002).

6. Instruments used in the studies

All nine studies discussed the instruments used in the assessment of therapy outcomes, which could be divided into two categories-therapist-assessed instruments and patient-assessed instruments.

Therapist-assessed instruments were used to assess the counselors' cooperation with the therapy protocols. The instruments were scoring forms for the contents of each therapy session, to be used to interview therapists within seven days after providing counseling to patients with alcoholism. The interviews were conducted via telephone calls, or the therapy sessions were tape-recorded for subsequent transcription.

Patient-assessed instruments could be divided into the following four groups:

1. Behavioral outcome assessment tools included the following: the Time Line Follow Back which was used to assess reduction in alcohol consumption and abstinence (Nichanun Khamlan, B.E. 2547; Nimitte Kaewarj, B.E. 2549), the Khavari Alcohol Test (Ness & Oei, 2005) and the self-reported form and laboratory

examinations (Feeney et al., 2004) were used to assess relapses. Besides, self-reported form and visit alcohol Breathalyzation were used to assess the rate of relapses and the number of days with increase in alcohol consumption (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004), the Retrospective drinking diary (RD) was used to assess the amount of weekly consumption of alcohol (Redman et al., 1987), and the Quantity Frequency Questions (QF) was used to assess the number of times of excessive alcohol consumption. There were also other instruments used in these studies including the Process of Change-Alcohol Questionnaire (Nichanun Khamlan, B.E. 2547), the Drinking Expectancy Profile (DEF) (Ness & Oei, 2005), and the California Psychological Inventory Socialization Scale (Litt et al., 2003).

2. Psychosocial outcome assessment tools included the following: The instrument used to assess self-efficacy was the General Self-Efficacy Scale (GSE) (Ness & Oei, 2005). The stage of change ladder developed by Beiner and Adams (1991) was used to assess motivation (Nichanun Khamlan, B.E. 2547; Nimite Kaewarj, B.E. 2549), the Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale was used to assess self-efficacy and motivation (Litt et al., 2003), as well as the Self-Efficacy Questionnaire (DRSEQ) (Ness & Oei, 2005). Others instruments used included the Satisfaction Scale (Shakeshaft et al., 2002), the Coping Strategies Scale (CSS) (Litt et al., 2003), and the General Self-Efficacy Scale (GSE) (Ness & Oei, 2005).

3. Physical and mental health outcome assessment tools included the following: The Beck Anxiety Index (BAI) was used to assess severity of anxiety (Ness & Oei, 2005), the Alcohol Problems Questionnaire was used to assess problems caused by alcohol consumption (Shakeshaft et al., 2002), as well as the Drinker Inventory of Consequences (DrINC) (Litt et al., 2003). In addition, the Alcohol Use Disorder Identification Tests (AUDIT) was used to assess severity of addiction to alcohol (Shakeshaft et al., 2002), as well as the Short Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) (Ness & Oei, 2005), the Alcohol Withdrawal Scale (AWS) (Nichanun Khamlan, B.E. 2547), and the Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale for Alcohol Revised (CIWA-Ar) (Nimite Kaewarj, B.E. 2549). Moreover, the Psychiatry Severity and the Addiction Severity Index were used to assess mental disorders (Litt et al., 2003), the SF-36 Health Survey (SF-36) was used to assess physical health status (Feeney et al., 2004), the General Health Questionnaire (GHQ-

28) was used to assess mental health status (Feeney et al., 2004), as well as the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90) and the Global Severity Index (GSI) (Ness & Oei, 2005). Others instruments used in these selected nine studies included the Neuropsychological Test which was employed to assess cognition and memory levels (Marques & Formigoni, 2001) and the Mini Mental Status Examination (MMSE) which was employed to assess deficiency in cognition, memory, and intellectuality (Nichanun Khamlan, B.E. 2547; Nimitte Kaewarj, B.E. 2549).

4. Economic outcome assessment tool was the cost-effectiveness scale which was utilized to assess cost effectiveness (Shakeshaft et al., 2002).

Recommendations

Implications of study findings for nursing practices

Therapists: Cognitive behavior therapy can be implemented by psychiatric nurses to assist patients with alcoholism. However, nurses who act as therapists need to have good knowledge and understanding of the components of the cognitive behavior therapy. To be explain further, nurses need to have clinical experience and have undergone training or practices until they possess the skills and expertise required in implementing cognitive behavior therapy. In addition to confidence in their ability to implement cognitive behavior therapy, nurses should also have warmth, genuineness, and empathy. They also need to be equipped with techniques to disseminate knowledge, as well as teaching and presenting tactics, so as to ensure cooperation from patients, hence less problematic therapy sessions and more effectiveness of the therapy.

Patients: The patients are those who have been diagnosed with alcoholism based on the criteria of DSM-IV, DSM III-R, or ICD 10. They are between 18 and 69 years old and have abstained from drinking for three to 30 days. In addition, they have no mental symptoms and no cognitive deficiency. They are alcoholic patients who are specific groups of patients to prevent interfering factors due to the types of patients. Finally, they are willing to participate in the therapy sessions.

Types of therapy: Cognitive behavior therapy can be applied individually and in group. The therapy should be carried out in closed-group sessions, each of which has specific structures. To elaborate, each session should last one to two hours, and

there should be no more than ten patients; otherwise, the therapy may take too long to complete. The patients meet with the therapists once a week, or more often if their symptoms are severe. After their condition has improved, they can meet once every two weeks, before becoming once every month. Follow-ups should be conducted to stimulate patients, to maintain what has already been developed, and to promote continuous use of various skills practiced during the therapy sessions. After that, patients may be follow-up every one or two years.

Psychiatric nurses can implement CBT to prevent relapses in patients with alcoholism. There are different types of therapies, so nurses should choose the type of therapy that most benefits their patients and is appropriate for personal characteristics of individual patients. The findings of the present synthesis of research have revealed that each type of therapy can be implemented with the following strengths and limitations:

When comparing CBT with the standard care of the healthcare setting, the study findings have shown that CBT is a form of therapy with a clear-cut format. It is also a holistic therapy which covers individuals' physical, psychosocial, and spiritual being, and it involves practice of both cognitive and behavioral skills. Furthermore, the outcomes of the therapy have proved that it can be used to enable patients to adjust their drinking behaviors, and it is more effective than standard care. In addition, CBT is a therapy generally implemented in an inpatient setting, and the total number of sessions range depending on the severity of the patients' problems. Besides this, the therapists can be any professional who have clinical experiences and experiences with CBT. Thus, the institutes that provide care to this group of patients should implement CBT after carefully preparing personnel responsible for the implementation.

As for the use of CBT together with medications, it was found that CBT with Naltrexone or Acamprosate was better able to reduce craving, happiness caused by drinking, and quantity of alcohol consumption than the use of CBT alone. It is a combination of therapy which increases the effectiveness in behavioral adjustment and enables patients with alcoholism to cooperate with the treatment. For this reason, CBT should be implemented simultaneously with the use of Naltrexone or Acamprosate. However, it was discovered that there is no study conducted to

investigate the long-term effects of CBT with the use of Naltrexone or Acamprostae. As a result, furthers studies should be conducted to determine its long-term effects.

With regard to Brief Intervention, an analysis and synthesis of studies has indicated that the outcomes of CBI and BI are not different. However, BI is cheaper and more cost effective than CBI. Nevertheless, it is worth noting that BI is a short-term therapy that is more effective for patients with hazardous drinking or harmful drinking, and the patients should have an awareness of their problems with alcoholism and have the need to receive the treatment. Thus, BI should be more appropriate for patients with non-severe alcoholism who seek treatment in a community setting.

Finally, as regards Interactional therapy, the findings of the present study have shown that both Interactional therapy and CBT are similarly beneficial. Moreover, it was found that patients' problem-coping skills have a direct effect on their drinking behavior. Also, motivation for changes and self-efficacy could predict patients' changes in problem-coping skills, and self-efficacy has a direct effect on drinking behaviors. Consequently, studies should be carried out to implement the type of therapy that increases self-efficacy of patients with alcoholism to further determine the effectiveness of the therapy.

Recommendations for Future Research

1. Studies should be conducted to investigate psychiatric nurses' ability to implement cognitive behavior therapy so that the findings can be used as baseline data for further promotion of knowledge and understanding of practice to ensure more effective care provided to patients with alcoholism.

2. An analysis and synthesis of research literature on cognitive behavior therapy for psychiatric patients with chronic alcoholism should be carried out so as to derive at a more effective clinical nursing practice guideline to offer care and prevent relapses.

3. In investigating cognitive and behavioral therapy, patients who have undergone cognitive behavior therapy should be continuously followed up to assess their physical and psychological statuses and their alcohol consumption for at least one year using postal letters, telephone calls, or individual appointments.

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2547). คู่มือการให้การปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหา แอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). รายงานการทบทวนองค์ความรู้ชุดที่ 2 เรื่องรูปแบบ การป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). คู่มือการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าแบบ CBT. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- กรมสรรพสามิต. (2549). พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ.๒๕๔๙. Retrieved November 01, 2007, from <http://www.krisdika.go.th/lawHeadPDF.jsp?formatFile=pdf&hID=0>
- เกษม ดันดีผลาชีวะ. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์ สยามจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จรรยา จิตติวุฒิการ. (2544). กลไกทางสมองของการติดยาเสพติดและสารเสพติด. ในวิโรจน์ วีระชัย, อังกูร ภัทรากร, ล้ำซ่า ลักษณะภิชนชัย, จวีวรรณ ปัญญาบุศย์ และนิภา กิมสูงเนิน (บรรณาธิการ). ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ: วัชรอินเตอร์ปริ้นติ้ง.
- จะเด็จ เขาวิไล. (2548). ชุมชนร่วมใจจัดภัยในครอบครัว. การประชุมวิชาการระดับชาติเพื่อยุติ ความรุนแรงในครอบครัว ครั้งที่ 1 โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์. กรุงเทพฯ: นิวัชรธรรมคา การพิมพ์.
- จันทิมา องค์ไฉนิต. (2545). จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพฯ: ยูเนียน ศรีเอชเอ็น.
- ชนิกรรดา ไทยสังคม. (2545). การใช้จิตบำบัดกลุ่มในการเพิ่มความสำนึกในคุณค่าตนเองของผู้ติดยา แอมเฟตามีน. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชวลิต ตั้งตระกูล. (2547). สุราเก่าและสุราใหม่. สยามิตสาร. กรุงเทพฯ: กรมสรรพสามิต.
- ดร.ณิ ภูขาว. (2547). เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง การบำบัดทางความคิดพฤติกรรม. โรงพยาบาลสวนปรุง: เชียงใหม่.

- ดรุณี ภูขาว. (2548). การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับสภาพสังคมไทยที่ใช้ในการบำบัดผู้ที่ประสบปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ บุมิชีบีที. ประชุมวิชาการยาเสพติดระดับชาติ ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ. จรัญสนิทวงศ์การพิมพ์.
- คาราวรรณ ต๊ะปิ่นดา. (2534). การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิตภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทรงเกียรติ ปิยะกร, ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล และสาวิตรี อัมฉางค์กรชัย. (2543). เวชศาสตร์โรคจิตวิทยา. สงขลา: บริษัทลิมบราเคอร์การพิมพ์ จำกัด.
- เทพินทร์ พิชรานุรักษ์. (2541). พฤติกรรมการบริโภคสุรา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ธวัชชัย ลีพหานาจ. (2547). ภาวะโรคจากการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย มหาวิทยาลัยมหิดล, 49 (4), 305-322.
- ธวัชชัย ลีพหานาจ. (2549). โรคจิตเวชที่เกิดร่วมกับโรคจิตสารเสพติด. ในพิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนวพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ). ตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบลิ๊อค.
- นิชนันท์ คำล้าน. (2547). การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวความคิดปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยา. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิมิต แก้วอาจ. (2549). การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยที่เสพยาในโรงพยาบาลจิตเวช. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประเทือง ภูมิภักทราคม. (2544). การปรับพฤติกรรม: ทฤษฎีและการประยุกต์. กรุงเทพฯ: โอเอสพรีนติ้งเฮาส์.
- ปริทรรศ ศิลปกิจ, วนิตา พุ่มไพศาล และพันธ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2542). ความสุขและสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดยา. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พงศธร เนตราคม. (2549). เกสซ์วิทยาของสารเสพติด. ในพิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนวพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ). ตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบลิ๊อค.

- พิชัย แสงชาญชัย. (2548). สุรา แอลกอฮอล์ และความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง. ในวิโรจน์ วีระชัย, อังกร ภัทรากร, ถ้ำชำ ลักษณ์ภิกษินชัช, นวิวรรณ ปัญญาบุศย์, และนิภา กิมสูงเนิน (บรรณาธิการ). *ตำราเวชศาสตร์การเสพติด*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2549). การฟื้นฟูทางจิตวิญญาณ หลัก 12 ขั้นตอนและหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ. ในพิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนภาพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ). *ตำราจิตเวชศาสตร์การคิดสารเสพติด*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบลิ๊อค.
- ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ. (2535). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุรา*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาชิตี*. กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ยุพิน ตั้งวรินทร์, สุกินันท์ อัญเชิญ, พงศ์ วัฒนเกียรติ และนพมาศ วงศ์วิทย์เดชา. (2543). *เภสัชวิทยา*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คำแนะนำการสร้าง “แนวทางเวชปฏิบัติ” Clinical Practice Guidelines. *สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย*, 18 (6).
- รุ่งวิทย์ มาสงามเมือง, อารีย์ มาสงามเมือง, ประศาสน์ เจริญใจ, ยุพา เกิดพีชนัน, ปิยะรัตน์ บุตราภรณ์ และสุวัฒน์ ศรีสรณ์. (2542). การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักเรียนภาคกลาง. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 22, 53-65.
- วิศิษฐ วชิรวรุฬห์. (2543). *ปัญหาทางกฎหมายที่ใช้จัดเก็บภาษีสรรพสามิตในระบบสุราเสรี*. วิทยานิพนธ์นิติศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ศรีสมบัติ วานิช และนวิวรรณ สัตยธรรม. (2541). การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด ในนวิวรรณ สัตยธรรม (บรรณาธิการ). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการ สปช.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2544). *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น. (2546). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ติดสุรา*. ขอนแก่น: เพ็ญพรินดี.
- สภาการพยาบาล. (2551). *พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2546). *แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2543). *ยาเสพติดมหันตภัยเงียบที่ป้องกันได้*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2546). *เวชศาสตร์การติดสารเสพติด*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สถาบันยาเสพติดชัชวาลย์. (2546). *สงครามยาเสพติด : บูรณาการพลังแผ่นดินเพื่อชัยชนะที่ยั่งยืน*. ประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติ ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาวิตรี อัยนางค์กรชัย และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2543). *รายงานทบทวนองค์ความรู้เรื่องมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากแอลกอฮอล์*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2547). *Cognitive Therapy*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซต.
- สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย. (2541). *ยาและสารเสพติดให้โทษ*. (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- อรนุช ภาชีน, จิราภรณ์ เทพหนู และรุ่งวิทย์ มาสงามเมือง. (2542). ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสามัญศึกษา จังหวัดพัทลุง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 29 (3), 56 – 67.
- อิสระ เจียวิชญบุญญา. (2547). *ผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราด้วยโปรแกรมการบำบัดแบบผู้ป่วยใน*. ศูนย์บำบัดยาเสพติด. ขอนแก่น.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสาร จำกัด.
- เอี่ยมเดือน เนตรแหมม. (2541). *ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้ป่วยติดสุราเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Andreasson, S & Ojehagen, A. (2003). Psychosocial Treatment for Alcohol Problems. In Berglund, M., Thelander, S., Salaspuro, M., Franck, J., Andreasson, S and Ojehagen, A., (Eds.), *Treatment of Alcohol Abuse: An Evidence-Based Review. Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 27 (10), 1650-1651.

- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders revised* (3rd ed.). Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* (4th ed.). Washington DC: Author.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical Experimental and theoretical aspects*. New York: Harper Row.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., & Liese, B.S. (1993). *Cognitive therapy of Substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Berglund, M., Thelander, S., Salaspuro, M., Franck, J., Andreasson, S., & Ojehagen, A. (2003). Treatment of Alcohol Abuse: An Evidence-Based Review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 27 (10), 1645-1656.
- Brower, K. J., Aldrich, M.S., Robinson, E.A.R., Zucker, R.A., & Greden, J.F., (2001). Insomnia, self-medication, and relapse to alcoholism. *American Journal Psychiatry*. 158, 399-400.
- Burtscheidt, W., Wolwer, W., Schwarz, R., Strauss, W., & Gaebel, W. (2002). Out-patient behavior therapy in alcoholism: treatment outcome after 2 year. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 106 (3), 227-232.
- Carson, V., & Arnold, E. (1996). *Mental Health Nursing: The Nurse-Patient Journey*. Philadelphia: Saunders.
- Chassin, L. (1991). Substance use and symptomatology among adolescent children of Alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*. 100(4), 449-463.
- Cooney, N.L., Kadden, R.M., Getter, H., & Litt, M.D. (1991). Matching Alcoholics to coping skill or Interactional Therapies: Two year Follow – up Results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59, 598 - 601.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinman, A. (1995). Substance abuse. *In world mental health: Problem and priorities in low-income countries*. Oxford: Oxford University Press.

- Dobson, K.S. (1988). *Handbook of cognitive behavioral therapies*. Melbourne: Hutchison.
- Dobson, K.S., & Block, L. (1988). *Historical and Philosophical Bases of the Cognitive Behavioral Therapies, Handbook of cognitive behavioral therapies*. U.S.A: The Guildford Press. 3-39.
- Feeney, G.F., Young, R.M., Connor, J.P., Tucker, J., McPherson, A. (2001). Outpatient cognitive behavioural therapy programme for alcohol dependence: impact of naltrexone use on outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 35, 443-448.
- Feeney, G. F., Young, R.M., Connor, J.P., Tucker, J., McPherson, A. (2002). Cognitive behavioral therapy combined with the relapse-prevention medication acamprosate: are short-term treatment outcomes for alcohol dependence improved?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 36, 622-628.
- Feeney, G. F., Connor, J.P., Young, R.M., Tucker, J., McPherson, A. (2004). Alcohol dependence: the impact of cognitive behaviour therapy with or without naltrexone on subjective health status. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 38, 842-848.
- Fleming, M.F., & Manwell, L.B. (1999). Brief intervention in primary care setting. A primary treatment method for at risk, Problem and dependent drinkers. *Alcohol Research Health*. 23(2), 128-137.
- Fleming, M.F., Barry, K.L., Manwell, L.B., Johnson, K., & London, R. (1997). Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA*, 277 (13), 1039-1045.
- Franck J. (2003). Treatment of alcohol withdrawal. In Berglund M., Thelander S., Salaspuro M., Franck J., Andreasson S., & Ojehagen A., (Eds.), *Treatment of Alcohol Abuse: An Evidence-Based Review*. *Clinical and Experimental Research*. 27 (10), 1648-1650.
- Gelder, M., Mayou, R., & Comen, P. (1996). *Psychiatry* (3rd ed.). New York: Great Britain.
- Goodwin, D.W. (1981). *Alcoholism The Facts*. U.S.A: Oxford University Press.
- Humphreys, K. (1999). Professional interventions that facilitate 12-step self-help group involvement. *Alcohol Research & Health*, 23 (2), 93-98.
- James, H., & Scully, M.D. (1996). *Psychiatry* (3rd ed.). U.S.A: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kazdin, A.E. (1978). *History of behavior modification: Experimental foundation of contemporary research*. Baltimore: University Park Press.

- Levin, J.D. (1990). *Alcoholism: A bio-psycho-social approach*. New York: Hemisphere.
- Litt, M.D., Kadden, R.M., Cooney, N.L., & Kabela, E. (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 71, 118-128.
- Longabaugh, R., & Morgenstern, J. (1999). Cognitive behavioral coping-skill therapy for alcohol dependence: Current status and future directions. *Alcohol Research & Health*, 23 (2), 78-85.
- Mabbett, P.D. (1996). *Instant Nursing Assessment: Mental Health*. U.S.A: Delmar Publishers.
- Marques, A.C., & Formigoni, M.L. (2001). Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction* 96, 835-846
- Michael, G., Denis, G., Richard, M., & Phillip, C. (1996). *Psychiatry* (3rd ed.). New York: Great Britain.
- Murray, B.R., & Zentner, P.J. (1997). *Nursing assessment and health promotion strategies through the life span* (5th ed.). U.S.A.: Appleton & Lange.
- Neal, C.M., Cohen, F.P., & Cooper, G.P. (1985). *Nursing care planning guilds set 2* (2nd ed.). Los Angeles: William & Wilkins.
- Ness, M.L, & Oei, T.P. (2005). The Effectiveness of an Inpatient Group Cognitive Behavioral Therapy Program for Alcohol Dependence. *The American Journal on Addictions*, 14, 139-154.
- Nevid, J.S., Rathus, S.A., & Greene, B. (2000). *Abnormal Psychology in a changing world* (4th ed.). U.S.A: Prentice-Hall, Inc.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1997). *Essentials of Nursing Research: Method, Appraisal and Utilization* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Poznyak, V. (2005). Global trends in alcohol consumption, Related harm and policy responses. *The first national conference: Alcohol consumption and related problems in Thailand*. 13th -15th July 2005 Prince Palace Hotel, Bangkok.
- Rossow, I. (2000). Suicide, violence and child abuse: a review of the impact of alcohol consumption on social problems. [On-line]. *Alcohol and Public Policy*. 27, 397-433.

- Ruth, B.M., & Judith, P.Z. (2000). *Nursing assessment and health promotion strategies through the life span* (5th ed.). U.S.A.: Appleton & Lange.
- Rychtarik, R.G., Connors, G.J., Whitney, R.B., McGillicuddy, J.M., & Fitterling, J.M. (2000). Treatment settings for persons with alcoholism: evidence for matching clients to inpatient versus outpatient care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68, 277-289.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed.). U.S.A.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Salaspuro, M. (2003). Prevention intervention against hazardous consumption of alcohol. In Berglund M., Thelander S., Salaspuro M., Franck J., Andreasson S., & Ojehagen A., (Eds.), *Treatment of Alcohol Abuse: An Evidence-Based Review. Clinical and Experimental Research*. 27 (10), 1648-1650.
- Schuckit, M.A. (2001). *Alcohol-Related Disorders*. In Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. (1), 953-970.
- Shakeshaft, A.P., Bowman, J.A., Burrows, S., Doran, C.M., & Sanson-Fisher, R.W. (2002). Community-based alcohol counselling: a randomized clinical trial. *Addiction*. 97 (11), 1449-1463.
- Silva, C.J., & Serra A.M. (2004). Cognitive and Cognitive-Behavioral Therapy for substance abuse disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 26 (1), 33-39.
- Srisurapanont, M., & Jarusuraisin, N. (2005). Naltrexone for the treatment of alcoholism: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 8, 1-14.
- Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (1998). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (6th ed). St. Louis: Mosby Company.
- Townsend, M.C. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing concepts of care in evidence based practice* (5th ed.). U.S.A.: F.A Davis Company.

- UKATT Research Team. (2005). *Effectiveness of treatment for alcohol problems : findings of the randomized UK alcohol treatment trial*. Retrieved September 10, 2005, from <http://www.bmj.com/cgi/content/full/331/7516/541>.
- Velleman, R. (1992). *Counselling for Alcohol Problem*. London: SAGE Pub.
- Westbrook D., Kennerley H., & Kirk J. (2007). *An Introduction to cognitive behaviour therapy: skill and applications* . London: SAGE Publications.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorder: Clinical description and Diagnostic Guidelines*. Geneva: WHO. Technical Report Series.
- Wright, J.H., & Beck, A.T. (1995). *Cognitive Therapy in: Hales R.CD. Textbook of Psychiatric*. Washington DC: American Psychiatric press.



ภาคผนวก ก

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง

ชื่อเรื่องงานวิจัย	Community-based alcohol counseling: a randomized clinical trial
ผู้แต่ง	Shakeshaft, A.P., Bowman, J.A., Burrows, S., Doran, C.M., & Sanson-Fisher, R.W.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	National Drug and Alcohol Research Centre, University of NSW, Australia / 2002
หัวข้อ	รายละเอียด
Objective	เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลด้านความคุ้มทุนระหว่าง Brief Intervention (BI) and Cognitive Behavior Therapy (CBT) ในการบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์ในสถานบริการให้การปรึกษาการติดสารเสพติดและแอลกอฮอล์ที่อยู่ในชุมชน
Design	Randomized Clinical Trials
Level	Level A
Setting	ศูนย์ให้คำปรึกษาผู้ติดยาและสุราในชุมชน ประเทศออสเตรเลีย
Sample	<p>1. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการทดลองจะต้องเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีความจำเป็นจะต้องส่งต่อไปที่อื่น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านภาษาอังกฤษหรือพูดภาษาทางร่างกายจะมีผู้ช่วยอ่านคำถามให้จนสมบูรณ์ และผู้ป่วยที่เข้าร่วมการทดลองจะได้รับการบำบัดและการบริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายตลอดการทดลอง</p> <p>2. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการทดลองต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อใน 4 ข้อ ดังต่อไปนี้</p> <p>2.1) เข้ารับการบำบัด โดยความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาการติดแอลกอฮอล์ของตนเอง</p> <p>2.2) มีการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์ในผู้ชายมากกว่า 280 gm และในผู้หญิง 140 gm โดยวัดจาก 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	<p>2.3) มีการดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่า 60 gm ใน 1 ครั้ง ในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนการตอบแบบสอบถาม Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)</p> <p>2.4) มีคะแนน AUDIT อย่างน้อย 8</p> <p>3. ผู้ป่วยใหม่ทั้งหมด 1,064 คน สามารถใช้คอมพิวเตอร์และตอบแบบสอบถามสมบูรณ์จำนวน 869 คน แต่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เพียง 421 คน และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย 295 คน โดยสุ่มเข้ากลุ่ม BI จำนวน 147 คน กลุ่ม CBT จำนวน 148 คน ทั้ง 2 กลุ่มนี้มีจำนวน 72 คน ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างน้อยครั้ง โปรแกรม ดังนั้นมีผู้ป่วย 133 คน ที่ได้รับการบำบัดจนครบโปรแกรม (BI = 48.3 %, CBT = 41.9 %) และมีผู้ป่วยอยู่จนครบการประเมินหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 เดือน จำนวน 115 คน เป็นกลุ่ม BI ร้อยละ 41.5 และ CBT ร้อยละ 36.7</p>
Instruments and outcomes	<p>เครื่องมือการประเมินประกอบด้วย</p> <p>1. Client Characteristics (ลักษณะทั่วไปทางประชากร) ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การทำงาน การบำบัดเรื่องแอลกอฮอล์ในอดีตที่ผ่านมาของการส่งต่อ ค่าคะแนน AUDIT การสูบบุหรี่ และการใช้ยาอื่นๆ</p> <p>2. Counsellor Compliance (ความร่วมมือของผู้ให้การรักษาตาม protocol การบำบัด) การให้การรักษาจะแบ่งออกเป็นขั้นตอน โดยสุ่มตัวอย่างมาร้อยละ 10 ของแต่ละกลุ่ม, สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือบันทึกแถบเสียงใน session การบำบัด โดยจะสัมภาษณ์ภายใน 7 วันหลัง session การให้การรักษา, ใช้แบบฟอร์มให้คะแนนที่เฉพาะเจาะจงสำหรับเนื้อหาของแต่ละ session, การประเมินรายละเอียดในแต่ละหัวข้อภายใน session ว่ามีการกล่าวถึงหรือไม่โดยให้คะแนน 0-3 (0=ไม่ทำเลย, 3=ทำอย่างสมบูรณ์) คะแนน 2 หรือมากกว่าถือว่าประเด็นหรือหัวข้อเหล่านั้นมีความเหมาะสมใน session นั้นๆ ยิ่งไปกว่านั้นผู้ให้การรักษาแต่ละคนจะถูกบันทึกเทปเสียง 1 session ต่อสัปดาห์ ทั้งในกลุ่ม BI และ CBT เทปใดเทปหนึ่งจะถูกสุ่มขึ้นมาทำ peer - review โดยผู้ให้การรักษาทั้งหมดใช้</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Instruments and outcomes (ต่อ)	<p>แบบฟอร์มให้คะแนนที่เฉพาะเจาะจงสำหรับเนื้อหาของแต่ละ session เช่นเดียวกับการให้คะแนนโดยสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์</p> <p>3. Client Satisfaction with Counselling (ความพึงพอใจของผู้ป่วยกับโปรแกรมการให้คำปรึกษา) ผู้ป่วยที่อยู่ครบโปรแกรมจะถูกประเมินความพึงพอใจ ที่มีต่อการให้คำปรึกษาที่ได้รับ โดยมีการประเมิน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, เฉยๆ, ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ในคำถาม 4 ข้อตัวอย่าง เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การให้คำปรึกษาครั้งนี้ ช่วยให้คุณเข้าถึงเป้าหมายเรื่องการดื่ม - การให้คำปรึกษาครั้งนี้ ช่วยให้คุณยังคงรักษาเป้าหมายเรื่องการดื่ม - ฉันพบว่ามันยากที่จะเข้าใจสิ่งที่ฉันได้รับการบอกเล่า - การให้คำปรึกษาที่ฉันได้รับไม่ได้เป็นไปตามที่ฉันคาดหวัง <p>นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการถามถึงภาพรวมของการให้การปรึกษาที่ได้รับโดยมีคะแนน 5 ระดับ คือ ดีเยี่ยม, ดีมาก, ดี, ปานกลาง, ไม่ดี หรือ ไม่มีความเห็น</p> <p>4. Weekly alcohol consumption (การบริโภคแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์) ประเมินโดยใช้ Retrospective drinking diary (RD) เนื่องจากมีข้อมูลการหาค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยง ที่แสดงให้เห็นว่าสามารถตรวจสอบการรายงานการบริโภคแอลกอฮอล์ด้วยตนเองในระดับที่สูงกว่า Quantity Frequency Questions (QF) และแสดงให้เห็นว่าวัดได้เหมาะสมกว่า สำหรับการบริโภครายสัปดาห์ของประชากรกลุ่มนี้ ผู้ป่วยจะถูกแบ่งระดับการบริโภคโดยใช้เกณฑ์ของ National Health and Medical Research Council, NHMRC (1992) ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีความเสี่ยงต่ำ low risk [28 (males) or 14 (females) standard drinks or less per week] - เสี่ยงต่ออันตราย hazardous [29-42(males) or 15-28(females) standard drinks or less per week] - เป็นอันตราย harmful [more than 42 (males) or 28 (females) standard drinks or less per week] <p>ข้อมูลจะถูกวิเคราะห์ทั้งข้อมูลต่อเนื่อง</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Instruments and outcomes (ต่อ)	<p>(การบริโภคที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละสัปดาห์) และข้อมูลที่แบ่งออกเป็นหมวดหมู่ (สัดส่วนของผู้ป่วยแบ่งตามความเสี่ยงในก่อนและหลังการทดลอง โดยความเสี่ยงที่ว่า คือ ระดับ hazardous และ harmful)</p> <p>5. Binge alcohol consumption ประเมินโดยใช้คำถามของ QF ซึ่งเทียบเท่าได้กับระดับการบริโภคที่เป็นอันตราย ในเกณฑ์ของ NHMRC (1992) ในเพศชายการดื่มมากกว่า 6 Standard drinks ถือว่าอยู่ในระดับ Harmful ดังนั้นในผู้ชายสามารถแบ่งระดับได้ดังนี้ 7-10, 11-15, 16-20 และมากกว่า 20 Standard drinks ในเพศหญิงการดื่มมากกว่า 4 Standard drinks ถือว่าอยู่ในระดับ Harmful ดังนั้นในผู้หญิงสามารถแบ่งระดับได้ดังนี้ 5-8, 9-13, 14-18 และมากกว่า 18 Standard drinks ซึ่งเป็นการสอบถามข้อมูลย้อนหลังไปในรอบ 1 เดือน</p> <p>6. Alcohol-related problems ประเมินโดยการใช้ Alcohol Problems Questionnaire (APQ)</p> <p>7. การวัดแบบหลายองค์ประกอบ ประเมินโดยใช้คะแนน AUDIT ผู้ป่วยมีคะแนนมากกว่า 8 หลังการทดลองเมื่อเทียบกับก่อนทดลอง</p> <p>8. ความคุ้มค่า ประเมินจากเงินเดือน ค่าจ้าง Expert training ในการทำ CBT และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ ส่วนค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าไฟ ค่าเช่า ไม่นำมารวมในการคิดต้นทุน เนื่องจากไม่สามารถประเมินค่าได้ ต้นทุนทั้งหมดจะนำมาคำนวณกับเวลาที่ใช้ไปการให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม</p> <p>การวัดผลลัพธ์</p> <p>ดัชนีที่จะชี้วัดความมีประสิทธิภาพ (Effective index) ของการบำบัดดูจากผลลัพธ์ 4 ประการ ได้แก่ อัตราการบริโภคใน 1 สัปดาห์ จำนวนครั้งที่มีการบริโภคที่มากเกินไป ความเข้มของการดื่ม (จำนวนครั้งที่ดื่มต่อสัปดาห์หารด้วยจำนวนวันที่ดื่ม) จำนวนครั้งที่ดื่มแล้วมีปัญหา และคะแนน AUDIT การรายงานตนเองในเรื่องพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นจะเท่ากับ 1 คะแนน ถ้าเท่าเดิมไม่เปลี่ยนแปลงจะได้คะแนน = 2 และถ้าการดื่มลดลงจะได้คะแนน = 3 ในผู้ป่วยแต่ละคนคะแนนในแต่ละผลลัพธ์</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Instruments and outcomes (ต่อ)	การบำบัดจะถูกนำมาารวมกัน โดยมีค่าคะแนนตั้งแต่ 5-15 คะแนน และค่าคะแนนเฉลี่ยต่อผู้ป่วยหนึ่งคนจะนำมาคำนวณในกลุ่ม BI และ CBT ดันทุนต่อผู้ป่วยหนึ่งคนจะถูกหารด้วยค่าเฉลี่ยของดัชนีที่จะชี้วัดความมีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วย เพื่อดูอัตราความมีประสิทธิภาพด้านความคุ้มค่า
Intervention	<p>1. กลุ่ม BI ให้การดูแลแบบ FRAMES (feedback, responsibility, advice, menu, empathy และ self-efficacy)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Feedback หมายถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับที่ได้รับการประเมินซึ่งเป็นเรื่องส่วนบุคคลของแต่ละบุคคล - Responsibility เป็นความสำคัญของผู้ป่วยในการยอมรับที่จะรับผิดชอบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตัวเองในเรื่องการดื่ม - Advice ประกอบด้วยสถานที่ ความสำคัญในการตั้งเป้าหมายที่เหมาะสม การสร้างความตระหนักให้เห็นถึงประโยชน์ของการลดการดื่ม แอลกอฮอล์ ให้อยู่ในระดับที่มีความปลอดภัย หรือการหรือดื่ม และกลยุทธ์ต่างๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ - Menu สิ่งเหล่านี้จะถูกบรรจุไว้ใน self-help manual และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน - Empathic counseling style มุ่งเน้นการสร้างให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง - Self-efficacy มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง <p>การทำ BI จะมี 1 session หรือหลาย session ก็ได้ โดยมีระยะเวลาในแต่ละ session แตกต่างกันไป การให้การปรึกษาแบบเป็นส่วนตัวจะใช้เวลาแต่ละครั้งไม่เกิน 90 นาที ซึ่งต้องเสร็จสิ้นภายใน 6 สัปดาห์</p> <p>2. กลุ่ม CBT ผู้ป่วยจะได้รับการให้การปรึกษาแบบตัวต่อตัว 1 ครั้ง/สัปดาห์แบ่งเป็น 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยประเด็นสำคัญในการทำกลุ่ม CBT ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความอยากและตัวกระตุ้น (cravings and urges) - การจัดการภาวะวิกฤติ (crisis management) - การปฏิเสธแอลกอฮอล์และการแก้ปัญหา (strategies

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	<p>for refusing alcohol and problem solving)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การวางแผนสำหรับกรณีฉุกเฉินและจัดการอาการกำเริบ (planning for emergencies and coping with relapse) - การรักษาระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม (maintaining changes in drinking behaviour) <p>ผู้ป่วยจะถูกคัดออกหากขาด session ใด session หนึ่งไป ระยะเวลาที่พบที่ปรึกษาในแต่ละ session จะอยู่ระหว่าง 30-60 นาที โดยเฉลี่ย คือ 45 นาที รวมเวลา 270 นาที</p>
Results	<p>ผลการศึกษาพบว่า</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Client Characteristics พบว่า ระหว่างกลุ่ม BI และ CBT มีลักษณะทั่วไปทางประชากรที่ค่า baseline ไม่แตกต่างกัน 2. Counsellor Compliance พบว่า 91% ของเนื้อหาที่เตรียมไว้ใน protocol ของการให้การปรึกษานำไปใช้ในการให้การปรึกษา ทั้งในกลุ่ม BI และ CBT และพบว่า แต่ละ session มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับเนื้อหาที่เตรียมไว้ไม่น้อยกว่า 50% และยังพบว่า 36.7% ของ session ทั้งหมดมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาที่เตรียมไว้ใน protocol อย่างสมบูรณ์ 3. Client Satisfaction with Counselling คะแนนความพึงพอใจของผู้รับการบำบัดทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน โดยอยู่ในระดับดีและดีเยี่ยม 4. อัตราการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์และการบริโภคแอลกอฮอล์ที่มากเกินไปในแต่ละครั้งของการดื่มของผู้รับการบำบัดแบบ BI และ CBT ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 แต่ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ BI และ CBT 5. ปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราและระดับความรุนแรงในการติดสุราของผู้รับการบำบัดแบบ BI และ CBT ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 แต่ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ BI และ CBT 6. Cost-effectiveness: ความคุ้มค่า การบำบัดแบบ BI มีต้นทุนต่ำกว่าการบำบัดแบบ CBT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication	ผู้ป่วยในชุมชนที่ติดแอลกอฮอล์ในระดับไม่รุนแรง การบำบัดแบบ BI อาจเป็นทางเลือกในการบำบัดที่เหมาะสม เพราะ BI มีความคุ้มค่ามากกว่า CBT การบำบัดแบบ CBT มีขั้นตอนมากกว่าและใช้เวลาที่ทำมากกว่า BI



ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง

<p>ชื่อเรื่องงานวิจัย</p> <p>ผู้แต่ง</p> <p>แหล่งตีพิมพ์/ปี</p>	<p>Outpatient cognitive behavioural therapy programme for alcohol dependence: impact of naltrexone use on outcome</p> <p>Feeney, G.F., Young, R.M., Connor, J.P., Tucker, J., McPherson, A.</p> <p>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry / 2001</p>
<p>หัวข้อ</p>	<p>รายละเอียด</p>
<p>Objective</p>	<p>เพื่อศึกษาผลของการใช้ยา Naltrexone เสริมในผู้ป่วยนอกร่วมกับ CBT</p>
<p>Design</p>	<p>non-randomized historical cohort</p>
<p>Level</p>	<p>Level B</p>
<p>Setting</p>	<p>ในประเทศออสเตรเลีย</p>
<p>Sample</p>	<p>ผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone จำนวน 50 คน 2. กลุ่มการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว จำนวน 50 คน <p>ทั้ง 2 กลุ่มใช้เกณฑ์ Inclusion และ Exclusion เกณฑ์เดียวกัน ดังนี้</p> <p>Inclusion criteria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 18 ปี 2. ได้รับวินิจฉัยว่าติดสุราตาม DSM-IV 3. หยุดดื่มสุรา 3-30 วัน <p>Exclusion criteria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ติดสารเสพติดอื่นๆ ที่นอกจากสุรา (ยกเว้นนิโคติน) 2. กำลังใช้ naltrexone, disulfiram, Opioid หรือยาทางจิตเวชอื่นๆ (ยกเว้นยากลุ่ม benzodiazepines) 3. มีคะแนนคัดกรองระดับการติดสุรา (Brief Michigan Alcoholism Screening Test, bMAST) < 6 (range = 0-29; คะแนน ≥ 6 แสดงว่าติดสุรา) 4. ปัจจุบันมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย 5. โรคจิตกำเริบ ไม่สามารถกินยาได้ มีระดับ bilirubin หรือ transaminases เกิน 2 เท่าจากค่าปกติ <p>ผู้ป่วยกลุ่มการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone จำนวน</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	<p>53 คน ผู้ป่วยหญิง 1 คน ถอนตัวออกก่อนได้รับยา naltrexone และผู้ป่วยหญิง 2 คน ถอนตัวออกหลังเข้าร่วมการศึกษา 1 สัปดาห์ เนื่องจากมี dysphoria คงเหลือผู้ป่วยจำนวน 50 คน</p> <p>ผู้ป่วยกลุ่มการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว จำนวน 734 คน ได้รับโปรแกรม 'contract'-based abstinence โดยผู้รักษาคนเดียวกัน หลังจากใช้เกณฑ์ Inclusion และ Exclusion มีผู้ป่วยจำนวน 301 คน ที่นำมาจับคู่กับกลุ่มการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone ตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพศ (ชาย/หญิง) 2. เคยรักษาการติดยาหรือสุรามาก่อน (ใช่/ไม่) 3. alcohol detoxification ก่อนที่จะเข้าร่วมการรักษา (ใช่/ไม่) 4. การดื่มสุรา (เฉลี่ย กรัม/วัน) แบ่งตามกลุ่ม (ชาย < 80 g; หญิง < 60 g; ชาย ≥ 80 g; หญิง ≥ 60 g) 5. อายุทุกๆ 5 ปี (เช่น 20-24, 25-29) <p>จากกลุ่มการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว จำนวน 50 คน มี 40 คน สุ่มผู้ป่วยจับคู่กับกลุ่มการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone โดยเข้าเกณฑ์มากกว่า 1 ข้อ ส่วนอีก 10 คน เข้าตามเกณฑ์ข้อ 1 ถึงข้อ 4 และมีอายุใกล้เคียงกันมาก</p>
Instrument and outcomes	<p>การประเมินการหยุดดื่ม (Alcohol abstinence) สามารถประเมินได้หลายทาง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. self-report แบบรายงานด้วยตนเอง 2. clinic visit alcohol Breathalysation (BAL) ข้อมูลที่รายงานการวัดปริมาณแอลกอฮอล์จากลมหายใจเมื่อมาคลินิกตามนัด 3. Programme compliance ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมโดยไม่ดื่มเลย 12 สัปดาห์ จึงจะถือว่าเป็นผู้เข้าโปรแกรมโดยสมบูรณ์
Intervention	<p>กลุ่มการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา Naltrexone</p> <p>หลังจากผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม (Informed consent) ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาและโปรแกรม CBT ดังนี้</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	<p>1. ผู้ป่วยจะได้รับยา naltrexone 50 mg ต่อวัน</p> <p>2. โปรแกรม CBT ประกอบด้วย</p> <p>2.1) การฝึก (training) ผู้บำบัดภายใต้ Supervision</p> <p>2.2) ระยะเวลาการบำบัด 8 sessions ภายใน 3 เดือน โดยสัปดาห์ที่ 1-4 ให้การบำบัด 1 สัปดาห์/session ในเดือนที่ 2-3 ให้การบำบัด 2 สัปดาห์/session จากนั้นนัด 3 เดือนต่อครั้งอีก 3 ครั้งจนครบ 12 เดือน</p> <p>กลุ่มการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว</p> <p>ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรม CBT เหมือนกลุ่มผู้ป่วยได้รับการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone แต่ไม่ได้รับยา</p>
Results	<p>ผลการศึกษาพบว่า</p> <p>1. Attendance over programme duration by treatment group การเข้าร่วมกลุ่มการบำบัด เมื่อการบำบัดดำเนินไปครบ 8 sessions ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดสุราเรื้อรังที่เข้ารับการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone มีการถอนตัวน้อยกว่าการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)</p> <p>2. Abstinence over programme duration by treatment group การกลับเป็นซ้ำภายใน 12 สัปดาห์ (relapse occurred) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดสุราเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียวมีกลับไปดื่มสุราซ้ำเร็วกว่าและถี่กว่าการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)</p> <p>3. Programme completion by treatment group การเข้าร่วมกลุ่มการบำบัดจนครบ 12 สัปดาห์ ในกลุ่มการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone = 88% ในกลุ่มการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว = 36% แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)</p> <p>4. Programme abstinence by treatment group การเข้าร่วมการบำบัดจนครบ 12 สัปดาห์โดยไม่ดื่มเลย ในกลุ่มการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone = 76% ในกลุ่มการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว = 18% แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication	การบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone มีผลลัพธ์ดีกว่าการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว สามารถช่วยให้ผู้ติดสุราเรื้อรังเข้าร่วมกลุ่มการบำบัดจนครบโปรแกรมโดยไม่ดื่มสุราเลย การกลับไปดื่มซ้ำลดลง ดังนั้นในการรักษาผู้ติดสุราเรื้อรังควรใช้การบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone



ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง

<p>ชื่อเรื่องงานวิจัย Cognitive behavioral therapy combined with the relapse-prevention medication acamprosate: are short-term treatment outcomes for alcohol dependence improved?</p> <p>ผู้แต่ง Feeney, G.F., Young, R.M., Connor, J.P., Tucker, J., McPherson, A.</p> <p>แหล่งตีพิมพ์/ปี Australian and New Zealand Journal of Psychiatry/2002</p>	
หัวข้อ	รายละเอียด
Objective	เพื่อดูผลการใช้ Acamprosate ในผู้ป่วยชาวออสเตรเลียที่ร่วมโปรแกรม abstinence-based outpatient alcohol rehabilitation
Design	non-randomized historical cohort
Level	Level B
Setting	ในประเทศออสเตรเลีย
Sample	<p>ผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา acamprosate จำนวน 50 คน 2. กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว จำนวน 50 คน <p>Inclusion criteria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อายุมากกว่า 18 ปี 2. เป็นผู้ป่วยติดสุราและหยุดดื่มสุรา 3-30 วัน <p>Exclusion criteria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ติดสารเสพติดอื่นนอกจากสุรา (ยกเว้นนิโคติน) 2. กำลังรักษาด้วยยา naltrexone, disulfiram, Opioid หรือยาทางจิต (ยกเว้นยากลุ่ม benzodiazepines) คะแนนคัดกรองระดับการติดสุรา (Brief Michigan Alcoholism Screening Test, bMAST) < 6 (range = 0-29; คะแนน ≥ 6 แสดงว่าติดสุรา) อื่นๆ ได้แก่ กำลังตั้งครรภ์ ให้นมบุตร มีอาการทางจิต มีความคิดจะฆ่าตัวตาย มีภาวะที่ไม่เหมาะสมในการได้รับยา รวมถึงโรคตับขั้นรุนแรง (Childs-Pugh C) หรือโรคไตที่มี serum creatinine ≥ 0.12 mmol/L และไม่ปรากฏมีผู้ป่วยที่ปฏิเสธการใช้ยา acamprosate

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>Sample (ต่อ)</p>	<p>ผู้ป่วยจากกลุ่มการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว จำนวน 734 คน ได้เข้าร่วมโปรแกรม CBT โดยผู้รักษาค้นเดียวกัน หลังจากใช้เกณฑ์คัดเข้าคัดออก มีผู้ป่วยจำนวน 301 คน ที่จะนำมาจับคู่กับกลุ่มผู้ป่วยได้รับการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา acamprosate ตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพศ (ชาย/หญิง) 2. การใช้ยาหรือการรักษาก่อนหน้านี้ (ใช่/ไม่) 3. detoxification ก่อนการรักษา (ใช่/ไม่) 4. ปริมาณเป็นกรัมของแอลกอฮอล์ที่ดื่มแต่ละวัน (ผู้ชาย < 80g ; ผู้หญิง < 60g ; ผู้ชาย > 80g ; ผู้หญิง > 60g) 5. ช่วงอายุทุก 5 ปี (เช่น 20-24, 25-29) <p>จากกลุ่มผู้ป่วยการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว จำนวนผู้ป่วย 50 คน มี 43 คนที่จับคู่กับกลุ่มผู้ป่วยได้รับการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา acamprosate โดยเข้าตามเกณฑ์มากกว่า 1 ข้อ ส่วนอีก 7 คน เข้าตามเกณฑ์ข้อ 1 ถึงข้อ 4 และมีอายุใกล้เคียงกันมาก</p>
<p>Instruments and outcomes</p>	<p>ประเมินการหยุดดื่ม (Alcohol abstinence) สามารถประเมินได้หลายทาง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Self-report (แบบรายงานด้วยตัวเอง) 2. Collateral information (การให้ความรู้เพิ่มเติม) 3. Clinic visit alcohol Breathalysation (BAL) ข้อมูลที่รายงานการวัดปริมาณแอลกอฮอล์จากลมหายใจเมื่อมาคลินิกตามนัด 4. Programme Compliance (ความร่วมมือในการเข้าโปรแกรม) 5. การตรวจ serum hepatic transaminases (LFTs) 6. การตรวจ carbohydrate deficient transferrin (CDT) <p>ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมโดยไม่ดื่มเลย 12 สัปดาห์ จึงจะถือว่าเป็นผู้เข้าโปรแกรมโดยสมบูรณ์</p> <p>กลุ่มผู้ป่วยได้รับการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา acamprosate</p> <p>หลังจากผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม (Informed consent) ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาและโปรแกรม CBT ดังนี้</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	<p>1. ผู้ป่วยที่น้ำหนัก ≥ 60 กิโลกรัม ได้รับ Acamprosate calcium 333 mg ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง (1998 mg/day) และผู้ป่วยที่น้ำหนัก < 60 กิโลกรัมได้รับยา 4 เม็ดต่อวัน (1332 mg/day) การใช้ยาจะเริ่มให้ในช่วงของการบำบัด</p> <p>2. โปรแกรม CBT ประกอบด้วย</p> <p>2.1) ผู้บำบัด การฝึก (training) และกำกับดูแลโดยแพทย์และนักจิตวิทยาประจำคลินิก ตามคู่มือการบำบัด</p> <p>2.2) ระยะเวลาในการบำบัด 8 sessions ภายใน 3 เดือนใช้เวลา session ละ 1 ชั่วโมง โดยสัปดาห์ที่ 1- 4 ให้การบำบัด 1 session/สัปดาห์ จากนั้นในเดือนที่ 2-3 ให้การบำบัด 1 session/2 สัปดาห์จนครบ 8 sessions</p> <p>ผู้ป่วยทุกคนได้รับการรักษาจนครบโปรแกรม แต่ครั้งที่พบแพทย์จะทำการเก็บข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาหรือความยุ่งยากของการใช้ยา</p> <p>กลุ่มผู้ป่วยการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว</p> <p>ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรม CBT เหมือนกลุ่มผู้ป่วยได้รับการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา acamprosate แต่ไม่ได้รับยา</p>
Results	<p>1. อายุเฉลี่ยของกลุ่มการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา acamprosate และกลุ่มการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว ไม่แตกต่างกัน</p> <p>2. การเข้าร่วมกลุ่มการบำบัด เมื่อการบำบัดดำเนินไปครบ 8 sessions พบว่า ผู้ติดสุราเรื้อรังที่เข้ารับการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา acamprosate และการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียวมีการเข้าร่วมกลุ่มการบำบัด ไม่แตกต่างกัน</p> <p>3. การกลับเป็นซ้ำภายใน 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าผู้ติดสุราเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว กลับไปดื่มสุราซ้ำเร็วกว่าและถี่กว่าการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ acamprosate อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0005$)</p> <p>4. การเข้าร่วมกลุ่มการบำบัดครบ 12 สัปดาห์ พบว่า ผู้ติดสุราเรื้อรังมีเปอร์เซ็นต์การเข้าร่วมการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยา acamprosate =42% ในการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว =32% ไม่แตกต่างกัน</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	5. การหยุดดื่มสุราตลอดการบำบัด 12 สัปดาห์ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดสุราเรื้อรังที่เข้ารับการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา acamprosate มี 28% ในการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียวมี 14% แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p= 0.006$)
Implication	การบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา acamprosate มีผลลัพธ์ดีกว่าการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว สามารถช่วยให้ผู้ติดสุราเรื้อรังหยุดการดื่มสุราตลอดการบำบัดครบโปรแกรม และการกลับไปดื่มซ้ำลดลง ดังนั้นในการรักษาผู้ติดสุราเรื้อรังควรใช้การบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา acamprosate

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง

ชื่อเรื่องงานวิจัย	Alcohol dependence the impact of cognitive behavior therapy with or without naltrexone on subjective health status
ผู้แต่ง	Feeney, G.F., Young, R.M., Connor, J.P., Tucker, J., McPherson, A.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Australian and New Zealand Journal of Psychiatry/2004
หัวข้อ	รายละเอียด
Objective	เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ป่วยติดสุราที่ให้ความร่วมมือในการรักษาจนครบโปรแกรม CBT 12 สัปดาห์ และประเมินเมื่อมีการใช้ยา Naltrexone ร่วมด้วย
Design	Randomized Clinical Trials
Level	Level A
Setting	ในประเทศออสเตรเลีย
Sample	แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ <ol style="list-style-type: none"> 1. การบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว จำนวน 73 คน 2. การบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone จำนวน 63 คน เช่นยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ทั้ง 2 กลุ่ม ใช้เกณฑ์ Inclusion และเกณฑ์ Exclusion เกณฑ์เดียวกัน ดังนี้ Inclusion criteria <ol style="list-style-type: none"> 1. อายุมากกว่า 18 ปี 2. มีการประเมินตามเกณฑ์ DSM-IV และบันทึกคะแนน bMAST ≥ 6 (range = 0-29; คะแนน ≥ 6 แสดงว่าติดสุรา) 3. หยุดดื่มสุราอย่างน้อย 3 วัน Exclusion criteria <ol style="list-style-type: none"> 1. ติดสารเสพติดชนิดอื่น (ยกเว้นนิโคติน) 2. กำลังรักษาด้วยยา acamprosate, disulfiram และ Opioid หรือใช้ยาเกี่ยวกับจิตประสาท ผู้ป่วยทั้งหมด 136 คน นำมาจัดกลุ่มแบบจับคู่ (matched design) เพื่อเปรียบเทียบแบบ individually paired ตามเกณฑ์ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. เพศ (ชาย/หญิง)

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	<p>2. อายุ (0-19, 20-39, 40-59, 60-79)</p> <p>3. การรักษาอื่นๆ ก่อนหน้า (ใช่/ไม่)</p> <p>4. ความรุนแรงของปัญหาจากสุรา ($\downarrow 50^{\text{th}}$ percentile / $\uparrow 50^{\text{th}}$ percentile ของ the brief Michigan Alcoholism Screening Test [bMAST])</p> <p>คงเหลือผู้ป่วยจำนวน 86 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม CBT อย่างเดียว และกลุ่มการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone กลุ่มละ 43 คน มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถจับคู่เพื่อเปรียบเทียบได้ 50 คน ผู้ป่วยเพศชาย 27 คน และเพศหญิง 16 คน ในแต่ละกลุ่มอายุเฉลี่ยของกลุ่ม CBT อย่างเดียว 37.40 ± 9.61 และกลุ่มการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone 39.72 ± 8.22 (อายุเฉลี่ย $p = 0.231$)</p>
Instrument and outcomes	<p>1. Measures of psychosocial function</p> <p>1.1) SF-36 Health Survey (SF-36) การวัดด้วยตัวเอง 36 ข้อ ประเมินภาวะสุขภาพแบ่งเป็น 8 ด้าน คือ 1.1.1) physical functioning, 1.1.2) role limitations (physical problems), 1.1.3) role limitations (emotional problems), 1.1.4) social functioning, 1.1.5) bodily plan, 1.1.6) mental health, 1.1.7) vitality และ 1.1.8) general health perception คะแนนรวมตั้งแต่ 0-100 โดยคะแนนน้อยจะแสดงถึง function ไม่ดี</p> <p>1.2) General Health Questionnaire (GHQ-28) การวัดด้วยตัวเอง 28 ข้อ ประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพในระยะสั้น subscales แบ่งเป็น 4 ด้านคือ 1.2.1) somatic symptoms, 1.2.2) anxiety, 1.2.3) social dysfunction และ 1.2.4) depression โดยคะแนนที่สูงจะแสดงถึง function ไม่ดี คะแนน GHQ-28 ใช้วิธี Likert scale method (0, 0, 1, 1) คะแนนที่ใช้ตัดสินว่าเป็น psychiatric case คือ 4/5 จากคะแนนทั้งหมด และ 1/2 ของคะแนน subscales</p> <p>2. Measures of program compliance</p> <p>Attendance and alcohol abstinence การดูแลรักษาโดยนักจิตวิทยาที่ทำกรรักษา โดยจะบันทึกความร่วมมือของผู้ป่วยแต่ละคนตลอด 8 sessions (12 wks)</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Instrument and outcomes (ต่อ)	<p>Alcohol abstinence จะประเมินจากหลายปัจจัยร่วมกัน ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานด้วยตนเองของผู้ป่วย (alcohol timeline follow back [TFLB]) 2. การตรวจวัดระดับ alcohol จากการหายใจ clinical visit alcohol Breathalysation (BAL) ระดับเอนไซม์ตับแต่ละเดือน (aspartate aminotransferase, gamma glutamyl transpeptidase) 3. ระดับ carbohydrate deficient transferrin estimation <p>ถ้าผู้ป่วยล้มเหลวจะนำจำนวนสัปดาห์และวันที่ abstinent มาคำนวณเนื่องจากวัตถุประสงค์ของการศึกษา การล้มเหลวจากการรักษา คือ การล้มเหลวจากการ maintain abstinence</p>
Intervention	<ol style="list-style-type: none"> 1. การบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการรักษาด้วย CBT อย่างเดียว โปรแกรมประกอบด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยนักจิตวิทยา เน้นหลัก 4 อย่าง คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) identification and modification of alcohol expectancies 2) การเพิ่ม drinking refusal self-efficacy skills 3) การพัฒนา coping strategies ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น 4) สอนทักษะการแก้ปัญหา (teaching problem-solving skill) <p>ผู้บำบัดได้รับการฝึก (training) และกำกับดูแลโดยแพทย์หรือนักจิตวิทยาอาวุโส</p> <p>โปรแกรมจะประกอบด้วย 8 sessions ใน 12 สัปดาห์ สัปดาห์แรก - สัปดาห์ที่ 4 = 1 ชั่วโมง/session/สัปดาห์ ในเดือนที่ 2-3 ให้การบำบัด 2 สัปดาห์/session จนครบ 8 sessions หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยผู้รักษาคนเดียวกัน</p> 2. การบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา Naltrexone ผู้ป่วยได้รับ naltrexone 50 mg/วัน โปรแกรมการรักษาเหมือนกับกลุ่มการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results	<p>ผลการศึกษาด้าน psychosocial function</p> <p>1. Baseline SF-36 and GHQ-28 scores</p> <p>1.1) ผู้รับการบำบัดก่อนการบำบัด ทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนน SF-36 และคะแนน GHQ-28 ไม่แตกต่างกัน</p> <p>1.2) Program completion ผู้ป่วยจำนวน 54 คนที่เข้าร่วมจนครบโปรแกรมการบำบัด (กลุ่ม CBT อย่างเดียว จำนวน 23 คน และการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone จำนวน 31 คน) คะแนน SF-36 และคะแนน GHQ-28 โดยภาพรวมของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน</p> <p>2. SF-36 and GHQ-28 changes across program duration ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของคะแนน SF-36 และคะแนน GHQ-28 เมื่อครบโปรแกรมการรักษา รวมทั้งปฏิกิริยาอย่างอื่นที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทั้ง 2 กลุ่ม (กลุ่ม CBT อย่างเดียว และกลุ่มการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone</p> <p>2.1) SF-36 changes across program duration group difference (ความแตกต่างในการรักษาและระยะเวลาครบโปรแกรมในการเปลี่ยนแปลงของคะแนน SF-36)</p> <p>การบำบัดเมื่อครบโปรแกรมทั้ง 2 กลุ่ม มีการพัฒนาดีขึ้นใน 7 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การทำหน้าที่ของร่างกาย (physical function) ($p = 0.005$) ข้อจำกัดของบทบาทเกี่ยวกับปัญหาด้านร่างกาย ($p < 0.001$) ความเจ็บปวด ($p < 0.001$) การรับรู้ด้านสุขภาพทั่วไป ($p < 0.001$) หน้าที่ทางสังคม ($p < 0.001$) ปัญหาทางอารมณ์ ($p < 0.001$) สุขภาพจิต ($p < 0.001$) และส่วนคะแนนของพลังชีวิต (vitality) ไม่มีความแตกต่าง</p> <p>ระยะเวลาที่โปรแกรมกลุ่ม CBT อย่างเดียว มีการพัฒนามากกว่า การบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone ของคะแนน SF-36 บางด้าน ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพทั่วไป ($p = 0.048$) และพลังชีวิต ($p = 0.022$) แต่พบว่าไม่แตกต่างกันในบางด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ของร่างกาย (physical function) ($p = 0.102$) ข้อจำกัดของบทบาทเกี่ยวกับปัญหาด้านร่างกาย ($p = 0.102$) เช่น ความเจ็บปวด ($p = 0.334$) หน้าที่ทางสังคม ($p = 0.471$) ปัญหาทางอารมณ์ ($p = 0.268$) และสุขภาพจิต ($p = 0.430$)</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	<p>2.2 GHQ-28 changes across program duration and treatment group difference</p> <p>การบำบัดครบโปรแกรมทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามีการพัฒนาดีขึ้นใน 4 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น ส่วนอาการทางกาย ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลง แต่พบว่าคะแนนอาการทางกาย การทำหน้าที่ทางสังคม และภาวะซึมเศร้า ของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน</p> <p>ผลการศึกษาด้าน Program completion and abstinence by treatment group</p> <p>ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการบำบัดครบโปรแกรม 12 สัปดาห์ โดยดูจากความร่วมมือและติดตามแต่ละ session พบว่าการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone และกลุ่ม CBT อย่างเดียว ไม่แตกต่างกัน</p> <p>การหยุดดื่มสุราตลอดการบำบัด 12 สัปดาห์พบว่าการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone = 58.1% และกลุ่มการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว = 34.9 % แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.031$)</p> <p>จำนวนวันเฉลี่ยของการหยุดสุราครบโปรแกรม 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone มีจำนวนวันเฉลี่ย 61.21 และกลุ่มการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว มีจำนวนวันเฉลี่ย 38.58 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$)</p>
Implication	<p>การบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone มีผลลัพธ์ดีกว่าการบำบัดแบบ CBT อย่างเดียว สามารถช่วยให้ผู้ติดสุราเรื้อรังมีภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น การกลับไปดื่มซ้ำลดลง และยังมีจำนวนวันในการหยุดการดื่มสุราเพิ่มขึ้น ดังนั้นในการรักษาผู้ติดสุราเรื้อรังควรใช้การบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการใช้ยา naltrexone</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง

ชื่อเรื่องงานวิจัย	Coping Skills and Treatment Outcomes in Cognitive-Behavioral and Interactional Group Therapy for Alcoholism
ผู้แต่ง	Litt, M.D., Kadden, R.M., Cooney, N.L., & Kabela, E.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Journal of Consulting and Clinical Psychology/2003
หัวข้อ	รายละเอียด
Objective	เพื่ออธิบายบทบาทของทักษะการรับมือกับปัญหาในผลลัพธ์ของการบำบัดของผู้ที่ถูกเลือกให้เข้ากลุ่มทั้ง Cognitive-behavioral Coping skills หรือ Interactional treatment
Design	Randomized Clinical Trials
Level	Level A
Setting	ไม่ระบุ
Sample	<p>ผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่ม Cognitive behavioral therapy จำนวน 69 คน และ 2) กลุ่ม Interactional therapy จำนวน 59 คน</p> <p>Inclusion criteria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Alcohol dependence หรือ abuse ตาม DSM-IV <p>Exclusion criteria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีปัญหาทางด้านร่างกายหรือจิตใจที่ต้องได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิด 2. มีประวัติการติดยา (ยกเว้นบุหรี่หรือกัญชา), มีการใช้ยาเสพติดเข้าทางหลอดเลือดเมื่อเร็วๆ นี้, มีพฤติกรรมหรือสภาวะแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการเข้าร่วมการบำบัด 3. มีความสามารถในการอ่าน Slosson Oral Reading Test ต่ำกว่าระดับเกรดห้า 4. ขาดความเชื่อมั่นว่าจะอยู่ครบกระบวนการวิจัย, ฟานักอยู่ไกลเกินไป, ไม่เต็มใจที่จะพบ “ผู้ติดตาม” ในกรณีที่ Lost-follow-up

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	<p>ผู้ป่วยจำนวน 250 คน คัดเลือกจากการประชาสัมพันธ์ทางหนังสือพิมพ์ ผ่านตัวแทนงานบริการทางสังคม และผ่านทางเครือข่าย ก่อนการทดลอง จัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะจำนวน 122 คน ที่เหลือ 128 คน โดยสุ่มเข้ากลุ่ม CBT จำนวน 69 คน กลุ่ม Interactional therapy จำนวน 59 คน พบว่ามีเพศชาย 71%, อายุเฉลี่ย 45 ปี, ผิวขาว 95%, ผิวดำ 3%, Hispanic 1% และอื่นๆ อีก 1%, จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ย 14 ปี, ทำงาน Part time อย่างน้อย 53%, สมรส 99%, เข้าเกณฑ์การติดสุรา 99% และ 1% เป็น Alcohol abuse ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา มีการดื่มสุราโดยเฉลี่ยคิดเป็น 72% ของจำนวนวัน และมีค่าเฉลี่ยในการรักษาสำหรับผู้ติดสุรา 1.5</p>
Instruments and outcomes	<p>เครื่องมือการประเมิน ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Screening ผู้ที่ถูกคัดเข้ามาจะได้รับการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 20 นาที การสัมภาษณ์ใน module ของ Alcohol, drug และ psychosis disorder ตามโครงสร้าง DSM-IV Axis I มีการซักถามเกี่ยวกับประวัติการดื่ม การเข้าคลินิกนรีนามใน 12 เดือนที่ผ่านมา และประวัติครอบครัวเกี่ยวกับการดื่มสุรา 2. Pretreatment Characteristics ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> 2.1 The California Psychological Inventory (CPI) Socialization Scale ใช้วัดเรื่องการต่อต้านสังคม (sociopathy) 2.2 Global psycho pathology ใช้วัดความรุนแรงของระดับการเจ็บป่วยทางจิต (Psychiatric Severity) ร่วมกับระดับความรุนแรงในการติดสารเสพติด (Addiction Severity Index) 2.3 The Ethanol Dependence Syndrome Scale ใช้วัดความรุนแรงของการติดสุรา (Severity of alcohol dependent) 2.4 The Drinking Inventory of Consequences ใช้วัดการดื่มที่สร้างปัญหา 3. Assessment of coping skills โดยใช้ The Coping Strategies Scale (CSS) ประเมินก่อนและหลังการบำบัด ปรับมาจาก The Processes of Change Questionnaire มาประยุกต์ใช้ประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับ

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Instruments and outcomes (ต่อ)	<p>ปัญหากับผู้ติดสุรา ประกอบด้วย การยกระดับจิตสำนึก การควบคุมสิ่งเร้า การประเมินตนเองใหม่ การทำให้ใจให้เข้มแข็ง และอื่นๆ จะมีข้อคำถาม 59 ข้อ ให้คะแนนความถี่ 4 ระดับ คะแนนจาก 1 = ไม่เคย จนถึง 4 = บ่อยๆ โดยมีความเที่ยงตรงภายใน $\alpha = .95$</p> <p>4. Cognitive mediators: Self-efficacy and motivation ประเมินโดย The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale ใช้วัดความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองและแรงจูงใจ โดยมีความเที่ยงตรงภายใน $\alpha = .93$</p> <p>การวัดผลลัพธ์ ใช้แบบสัมภาษณ์ Form-90 (Miller, 1996) เพื่อประเมินการดื่มสุราในแต่ละวันตลอด 180 วันก่อนการบำบัด และ 90 วันระหว่างการบำบัด หลังการบำบัดในช่วงติดตาม ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proportion day abstinence (PDA) สัดส่วนของวันที่สามารถหยุดดื่มได้ 2. Proportion heavy drinking day (PDH) สัดส่วนของวันที่มีการดื่มหนัก คือ มีการดื่มขนาด 0.5 oz. หรือ 1.48 ml ของปริมาณแอลกอฮอล์เพียวๆ ในผู้ชาย 6 เท่า หรือผู้หญิง 4 เท่าใน 24 ชั่วโมง 3. อื่นๆ สัดส่วนของผู้ร่วมวิจัยที่มีการรายงานการหยุดดื่มในช่วงเวลา ระหว่างเวลาที่ประเมินและวันที่มีอาการกำเริบ (relapse) นับจากวันแรกที่มีการกลับไปดื่มหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัด <p>Verification of self-report ผู้ร่วมวิจัยจะต้องใช้ชื่อบุคคลที่อ้างอิงได้ 2 คน เพื่อให้ข้อมูลการดื่ม และสถานะทางสังคม เช่น การทดสอบลมหายใจ เพื่อตรวจสอบว่ามีการดื่มสุรา ก่อนมาหรือไม่ ถ้าระดับสุรา เกิน 0.5 oz. ต้องประเมินใหม่</p>
Data collection	<p>การรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ</p> <p>ระยะที่ 1 ก่อนทดลองและหลังทดลอง การประเมินผล 93%</p> <p>ระยะที่ 2 ระยะติดตามผล 6 เดือน การประเมินผล 91%</p> <p>ระยะที่ 3 ระยะติดตามผล 12 เดือน การประเมินผล 88%</p> <p>โดยมีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ใน 3 และ 9 เดือน หรือการบำบัดตาม Form-90 และ DrInC</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>Intervention</p>	<p>กลุ่ม CBT โปรแกรมการบำบัด ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การสอนทักษะการรับมือกับปัญหา 2. การปฏิเสธการดื่ม 3. การระบุสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่ม 4. ทักษะในการจัดการกับความอยากดื่ม 5. ทักษะการจัดการกับความโกรธ และความเครียด (โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และอื่น ๆ) 6. การจัดกลุ่มแก้ปัญหาและการแสดงบทบาทสมมุติ <p>ระยะเวลาในการบำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 90 นาที จำนวน 26 ครั้ง</p> <p>กลุ่ม Interactional Therapy</p> <p>เนื้อหาการบำบัดมีเป้าหมาย คือ การจำแนกความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในกลุ่ม และการส่งเสริมให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ซึ่งจะนำไปสู่การลดการดื่ม โดยเป็นการให้กำลังใจในการเปิดเผยตนเองและการสะท้อนความรู้สึกรออกมา การเพิ่มความศรัทธา ไว้ใจ การเปิดใจ ความไว้วางใจในกันและกัน การเรียนรู้ระหว่างกัน นั้นหมายถึงการมีอารมณ์สื่อถึงกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม</p> <p>ผู้บำบัดปฏิบัติตามคู่มือการบำบัดและผู้บำบัดจะต้องถูกประเมินทักษะการจัดการปัญหาใน 4 ทักษะ (ทักษะการสอน, การแก้ไขปัญหา, การเล่นบทบาทสมมุติ, และการระบุสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการดื่ม) และ Interactional Therapy 3 ขั้นตอนการบำบัดแบบ Interactional (การเรียนรู้ระหว่างบุคคล, การแสดงอารมณ์และการจำแนกอารมณ์, และการเน้นที่ปัจจุบัน here and now) ที่จะปรากฏในการบำบัด</p>
<p>Results</p>	<p>ผลการศึกษา พบว่า</p> <p>1. Homogeneity of Randomly Assigned Groups ก่อนทดลองมีการเปรียบเทียบกันของกลุ่ม 2 กลุ่มใน 3 domains ของตัวแปร มีดังนี้</p> <p>1.1 ลักษณะทั่วไปของประชากร (demographics) ค่าเฉลี่ยของอายุในกลุ่ม Interactional therapy สูงกว่ากลุ่ม CBT (48.8 : 42.6 ปี)</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	<p>1.2 ความรุนแรงของการติดสุรา (dependence severity) PDA หรือ PDH ใน 90 วันก่อนการบำบัด และคะแนนการติดสุรา ไม่แตกต่างกัน</p> <p>1.3 ศักยภาพที่ตอบสนองต่อการบำบัด (potential moderators of treatment) คะแนนโดยรวมการรับมือกับปัญหา, แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง และความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง) พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน</p> <p>2. Treatment Effect on Outcome (ผลลัพธ์ของการบำบัด) การบำบัดแบบ CBT และการบำบัดแบบ Interactional therapy มีผลลัพธ์การบำบัดไม่แตกต่างกัน โดยที่เปอร์เซ็นต์ของอัตราการหยุดดื่มของผู้รับการบำบัดทั้ง 2 กลุ่ม ตั้งแต่หลังการบำบัดถึง 18 เดือน อยู่ระหว่าง 28% - 35% เวลาที่กลับไปดื่มซ้ำเป็นวันแรกเฉลี่ย 30 วัน ส่วนเวลาที่กลับไปดื่มหนักเป็นวันแรกเฉลี่ย 60 วัน</p> <p>3. Influence of Treatment on Coping พบว่า หลังการบำบัดทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนทักษะการรับมือกับปัญหาโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 แต่ผลของการบำบัดแบบ CBT กับ Interactional therapy ต่อคะแนนทักษะการรับมือกับปัญหาโดยรวม ไม่แตกต่างกัน</p> <p>4. Influence of Coping on Treatment Outcome การเปลี่ยนแปลงของคะแนนทักษะการรับมือกับปัญหาโดยรวม (Total coping scores) มีผลโดยตรงกับสัดส่วนของวันที่หยุดดื่มสุรา (Proportion Days Abstinent, PDA) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และมีผลโดยตรงกับสัดส่วนของวันที่ดื่มสุราหนัก (Proportion heavy Drinking Days, PDH) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01</p> <p>5. Coping, Motivation and Self-Efficacy แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Motivation for change) และความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) เป็นตัวแปรที่ใช้ในการทำนายการเปลี่ยนแปลงของคะแนนทักษะการรับมือกับปัญหาโดยรวม (Total coping scores) แต่มีเพียงความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) เท่านั้นที่มีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ PDA</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication	<p>การบำบัดทั้ง CBT และ Interactional therapy สามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้ติดสุราเรื้อรังได้ ช่วยลดการดื่มสุรา การหยุดดื่มสุราเพิ่มมากขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการรับมือกับปัญหาได้ดีขึ้น และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการลดการดื่มสุราเพิ่มขึ้น ผู้บำบัดทั้ง 2 กลุ่มต้องมีความรู้ความชำนาญ และประสบการณ์ในการทำกลุ่ม CBT และ Interactional therapy เป็นอย่างดี</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง

ชื่อเรื่องงานวิจัย The Effectiveness of an Inpatient Group Cognitive Behavioral Therapy Program for Alcohol Dependence	
ผู้แต่ง Margaret L. Ness, B.A., Tian P. S. Oei, Ph.D.	
แหล่งตีพิมพ์/ปี The American Journal on Addictions, 14:139-154, 2005	
หัวข้อ	รายละเอียด
Objective	เพื่อประเมินประสิทธิผลของการทำ CBT program ระยะสั้นในผู้ป่วยในตามแนวคิด Monti, Abrams, Kadden และ Cooney ในการรักษาปัญหาการดื่มสุรา
Design	Randomized Clinical Trials
Level	Level A
Setting	ในประเทศออสเตรเลีย
Sample	ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเอกชนที่เชี่ยวชาญในการรักษาการติดสุราและสารเสพติด โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุรา และหยุดดื่มสุรา มา 3 สัปดาห์ อายุระหว่าง 18-69 ปี ซึ่งในจำนวน 76 คนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่สมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 3 คน จำหน่ายก่อนที่มีการทำ post-treatment questionnaires จำนวน 2 คน คงเหลือผู้ป่วยจำนวน 71 คน โดยมีเพศชาย 37 คน เพศหญิง 34 คน (ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวน 44 คน ไม่เคยได้รับการรักษาการติดสุราที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยจำนวน 12 คน ได้รับการรักษามาแล้ว 1 ครั้ง และผู้ป่วยจำนวน 14 คน ได้รับการรักษาหลายครั้ง)
Instrument and outcomes	<p>1. Khavari Alcohol Test (KAT) เป็นแบบประเมินปริมาณและความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์ 3 ชนิด : เบียร์, ไวน์ และของเหลวที่ได้จากการกลั่น(distilled spirits) มี 4 คำถามในเรื่องความถี่ของการดื่มมีตั้งแต่ never tried (ไม่เคย) ถึง daily (ทุกวัน) ปริมาณของ เบียร์, ไวน์ และ spirits ถูกคำนวณเพื่อปรับเป็น Annual Absolute Alcohol Intake (AAAI) และรายงานเป็นหน่วยลิตร</p> <p>2. Drinking Expectancy Profile (DEP) เป็นแบบประเมินที่รายงานด้วยตัวเองที่แสดงถึงการดื่มสุรา ประกอบด้วย Drinking Expectancy</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Instrument and outcomes (ต่อ)	<p>Questionnaire (DEQ) และ Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire (DRSEQ) ซึ่งเป็น indicators of alcohol expectancies and drink refusal self-efficacy. มีรายละเอียดดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - Drinking Expectancy Questionnaire (DEQ) มี 43 ข้อ มีคะแนน 5 ระดับตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 5 ระดับเกี่ยวกับความต้องการในการรักษาเกี่ยวกับสุรา, การเปลี่ยนแปลงอารมณ์, การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมทางเพศ, การเปลี่ยนแปลงทางความจำ และการลดลงของความเครียด โดย DEQ มีค่า 'Cronbach's alpha ระหว่าง .73 - .94 - Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire (DRSEQ) มี 31 ข้อ มี 6 คะแนนของ Likert ตั้งแต่ฉันมั่นใจว่าดื่มถึงฉันมั่นใจว่าไม่ดื่มเกี่ยวกับความกดดันทางสังคม ค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ระหว่าง .87-.94 และการทดสอบซ้ำมีความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .84 - .93. <p>3. Short Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) เป็นแบบรายงานด้วยตัวเองวัดระดับความรุนแรงของการติดแอลกอฮอล์มีจำนวน 15 ข้อเกี่ยวกับความจำและพฤติกรรมจากปัญหาการดื่ม คะแนนตั้งแต่ไม่เลย = 0 ถึง เกือบประจำ = 4 พบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r = .87$ หาความเชื่อมั่นด้วยวิธี Split-half reliability ระหว่างคะแนนทั้งหมดจากคำถามข้อคู่และคำถามข้อคู่เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงความสอดคล้องภายใน (reasonable internal consistency)</p> <p>4. General Self-Efficacy scale (GSE) เป็นความเชื่อในตนเองโดยทั่วไปเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและสถานะการอยู่อาศัย ประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ มี 6 ระดับคะแนน ตั้งแต่ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึง 6 = เห็นด้วยอย่างยิ่งคะแนนจะมีความตรงเชิงโครงสร้างดีในสถานการณ์ต่างๆ</p> <p>5. Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) เป็นแบบประเมินปัญหาทางจิตใจ และพยาธิสภาพ ประกอบด้วยคำถาม 90 ข้อ ครอบคลุม</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Instrument and outcomes (ต่อ)	<p>อาการ 9 มิติคือ Somatization, Obsessive-Compulsive, Interpersonal Sensitivity, Depression, Anxiety, Hostility, Phobic Anxiety, Paranoid Ideation และ Psychoticism ซึ่งมี 3 ดัชนีของภาวะ distress ที่เกี่ยวข้องกับ SCL-90-R: The Global Severity Index (GSI), The Symptom Distress Index (PSDI) และ The Positive Symptom Total (PST) แบบสอบถามมี 90 ข้อจะวัด 5 ระดับคะแนน จาก 0 = ไม่มีอาการ ถึง 4 = มีอาการมากที่สุด การทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธี การทดสอบซ้ำมีความเชื่อมั่นสูง</p> <p>6. Beck Anxiety Index (BAI) วัดความรุนแรงของอาการวิตกกังวล เฉพาะบุคคล แต่ละข้อจะมีความสัมพันธ์กับอาการที่แสดงทางกาย ตั้งแต่ 1 = ไม่มีอาการ ถึง 3 = รุนแรงมาก ซึ่งมีความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยที่ค่า Cronbach's alpha value = .92 และการทดสอบซ้ำมีค่าความสัมพันธ์ $r = .75$</p> <p>7. การประเมินผลลัพธ์ สถานะการดื่มผู้เข้าร่วมการศึกษาถูกติดตามหลังจากจำหน่าย 1 เดือนและ 3 เดือน ผู้ป่วยที่ไม่ดื่มสุราเลยในช่วงนี้ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มหยุดดื่มสุรา (abstinent) และผู้ป่วยที่กลับไปดื่มสุราจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มกลับไปดื่มสุรา (relapsed) ถ้าดื่มมากกว่าหรือเท่ากับ 1 drink ในช่วงเวลาดังกล่าวจนถึงวันติดตามแต่ละครั้ง โดยปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มในช่วงเวลาดังกล่าวโดยใช้ KAT</p> <p>8. การประเมินการเข้าร่วมกลุ่ม (Group Attendance) ในแต่ละกลุ่มที่ทำ CBT จะบันทึกการเข้าร่วมในแต่ละ session เพื่อประเมินและบันทึกอัตราการเข้าร่วมกลุ่ม CBT</p>
Intervention	<p>ระยะเวลาในการศึกษา 12 เดือน ผู้ป่วยทุกคนได้รับการถอนพิษสุราราก่อนที่จะเข้าร่วมโปรแกรม CBT โดยที่โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมประกอบด้วย</p> <p>1. ผู้ป่วย จะได้รับการให้การปรึกษารายบุคคลทุกวัน ผู้ป่วยทุกคนจะได้พบกับนักจิตวิทยาที่ดูแลรักษาอย่างน้อย 1 ครั้ง และผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมจากแพทย์ตามปกติ</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	<p>2. การเก็บข้อมูล จะมีการเก็บข้อมูล 4 แบบจากการรายงานด้วยตนเอง 2 แบบ และการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง การรายงานด้วยตนเองครั้งแรกประมาณวันที่ 5 ของการเข้ารับการรักษา ส่วนครั้งที่ 2 ทำในวันก่อนการจำหน่าย ระยะเวลาระหว่างการตอบคำถามด้วยตนเองแตกต่างกันขึ้นกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ส่วนการถามทางโทรศัพท์ทำหลังจากจำหน่าย 1 เดือน และ 3 เดือน</p> <p>3. โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมมีทั้งหมด 42 sessions ภายใน 3 สัปดาห์ แต่ละ session จะใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ใน 1 ชั่วโมง จะได้รับการฝึกเทคนิค cognitive restructuring หรือ social skills training อย่างใดอย่างหนึ่ง นอกจากนี้ในชุดโปรแกรมยังประกอบด้วย 1) การผ่อนคลาย (relaxation) จำนวน 15 sessions ฝึกในช่วงกลางคืนจันทร์-ศุกร์ โดยพยาบาลใช้เวลาประมาณ 30 นาที 2) กลุ่มนิรนาม (Alcoholics Anonymous meetings) ฝึกในตอนเย็น 3 วันต่อสัปดาห์ 3) การศึกษาจากวีดีโอประมาณ 30-45 นาทีสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 4) กลุ่มเกี่ยวกับจิตวิญญาณ จำนวน 3 sessions และ 5) การแบ่งกลุ่มตามเพศ ในสัปดาห์ถัดมาจะเป็น session เกี่ยวกับ pastoral care ผู้เข้าร่วมการศึกษาบางคนอาจเลือกได้ทั้ง 2 อย่าง ขึ้นอยู่กับความมุ่งหมายที่เข้ารับการรักษา</p>
Results	<p>หลังให้ Intervention</p> <p>1. Analyses of Psychopathology Measures: The BAI, GSI, and GSE</p> <p>ผู้เข้าร่วมการศึกษากลุ่ม full, partial attendance มี Global psychopathology index และ psychopathology symptoms of subjective anxiety ลดลงมากกว่ากลุ่ม dropout อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)</p> <p>2. Alcohol Consumption</p> <p>Within-group</p> <p>ในกลุ่ม full, partial และ dropout ที่ pre-treatment ถึงเดือนที่ 1 และ 3 ที่ติดตามของคะแนน KAT พบว่า อัตราการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	<p>Between-group</p> <p>อัตราการลดลงของการบริโภคแอลกอฮอล์ของทั้ง 3 กลุ่ม แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างทั้ง 3 กลุ่ม นั่นคือการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม อัตราการเปลี่ยนแปลงคะแนน KAT ไม่เกี่ยวข้องกับ CBT การติดตามความร่วมมือในการเข้ากลุ่มและการดื่มสุราที่เดือนที่ 1 และ 3</p> <p>ที่ 1 เดือน มีผู้รับการบำบัดที่ abstinent มากกว่าคนที่ดื่มซ้ำ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)</p> <p>ที่ 3 เดือน มีผู้รับการบำบัดที่ ดื่มซ้ำมากกว่าคนที่ abstinent พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)</p> <p>3. DEP Outcome Analyses</p> <p>Within-group</p> <p>การศึกษา DEQ และแต่ละ subscales 6 ข้อจาก pre-treatment ถึง post-treatment และใช้ total DRSEQ ในแต่ละ 3 subscales พบว่า</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. total AE score ของทุกกลุ่มจาก pre-treatment ถึง post-treatment มีอัตราการพัฒนาดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) <p>เมื่อวิเคราะห์ subscales ได้ผลดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 หลังจากเข้ารับการรักษาคะแนน assertion AE ของแต่ละกลุ่มลดลงจาก pre-treatment ถึง post-treatment อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 1.2 หลังจากเข้ารับการรักษาทั้ง 3 กลุ่ม คะแนน tension reduction ลดลงจาก pre-treatment ถึง post-treatment อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) <p>Between-group</p> <p>อัตราการพัฒนา ของคะแนน total DEQ และ subscale (assertion, tension) จาก pre-treatment ถึง post-treatment ระหว่าง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกัน จึงกล่าวได้ว่าคะแนน total DEQ และ subscale (assertion, tension) ไม่ขึ้นอยู่กับเข้าร่วมกลุ่ม CBT</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	<p>2. total DRSE score</p> <p>Within-group</p> <p>อัตราการพัฒนาคะแนน total DRSE ของทั้ง 3 กลุ่มมีอัตราการพัฒนาดีขึ้นจาก pre-treatment ถึง post-treatment อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)</p> <p>Between-group</p> <p>อัตราการพัฒนาระหว่างเวลาและการเข้าร่วมกลุ่มคะแนน total DRSE ระหว่าง 3 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน</p> <p>เมื่อวิเคราะห์ subscales ได้ผลดังนี้</p> <p>2.1 คะแนน DRSE subscale “emotional relief self efficacy” ผู้ป่วยทุกกลุ่มมีความเชื่อว่าสามารถต่อต้านการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อปลดปล่อยอารมณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)</p> <p>2.2 ความแตกต่างของคะแนน DRSE subscale “opportunistic self-efficacy” ทั้ง 3 กลุ่ม สูงขึ้นหลังจากได้รับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$)</p> <p>2.3 คะแนน DRSE subscale “social pressure self-efficacy” จากจาก pre-treatment ถึง post-treatment ของทั้ง 3 กลุ่ม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)</p> <p>การพัฒนาดีขึ้นของ DRSE และ Subscale (emotional self-efficacy, opportunistic self-efficacy, social pressure self-efficacy) จาก pre - treatment ถึง post-treatment ไม่แตกต่างกันระหว่างทั้ง 3 กลุ่ม จึงพบว่าไม่มีผลเกี่ยวข้องกับความร่วมมือ</p> <p>4. Predictors of Change in Consumption</p> <p>มีการลดลงของการบริโภคแอลกอฮอล์ที่เดือนที่ 1 ที่ติดตามทำนายจากคะแนน pre-treatment anxiety, general self-efficacy, alcohol dependence และ general symptom index of psychiatric symptoms พบว่ามีเพียง alcohol dependence สามารถอธิบายความแปรปรวนของการลดการดื่มได้ร้อยละ 11.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	<p>มีการลดลงของการบริโภคแอลกอฮอล์ที่เดือนที่ 3 ที่ติดตาม ทำนายจากคะแนน pre-treatment anxiety, general self-efficacy, alcohol dependence และ general symptom index of psychiatric symptoms พบว่า 4 ตัวแปรทำนายความแปรปรวนของการลดการดื่มได้ร้อยละ 21.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถลดการบริโภคแอลกอฮอล์ได้ร้อยละ 19.8</p> <p>เมื่อพิจารณา AE พบว่าร้อยละ 21.1 ของความแปรปรวนของการลดการดื่มแอลกอฮอล์ในการติดตามเดือนที่ 3 ที่ทำนายได้โดยคะแนนก่อนทดลองของแต่ละ Subscale AE แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ</p> <p>เมื่อพิจารณาแต่ละ Subscale พบว่าคะแนน subjective dependence และคะแนน cognitive change สามารถทำนายสัดส่วนความแปรปรวนของการลดการดื่มแอลกอฮอล์ได้ร้อยละ 10.9 และร้อยละ 19.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .008$) และ ($p < .001$) ตามลำดับ</p>
Implication	<p>การบำบัดแบบ CBT สามารถช่วยลดการดื่มสุรา ลดความตึงเครียด สามารถลดอาการทางจิตได้ และเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเข้าสังคม รวมทั้งให้ผลดีในด้านค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตาม ผู้บำบัดต้องมีความรู้ความชำนาญ และประสบการณ์ในการทำกลุ่ม CBT ในระดับมาตรฐาน</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง

ชื่อเรื่องงานวิจัย	Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients
ผู้แต่ง	Marques, P.R., & Formigoni, O.S.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Federal University/2001
หัวข้อ	รายละเอียด
Objective	เพื่อเปรียบเทียบผลของการบำบัดด้วย cognitive-behavioral psychotherapy แบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม ในการรักษาผู้ป่วยติดสุรา และ/หรือสารเสพติด
Design	Randomized Clinical Trials
Level	Level A
Setting	Public outpatient drug dependence service ใน Brazil
Sample	<p>ผู้ป่วยติดสุรา และ/หรือสารเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย DSM-III-R จำนวน 155 คน โดยผู้ป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีอาการทางจิตหรืออาการทางกายรุนแรง เช่น โรคจิตเภท, ปัญญาอ่อน, สมองเสื่อม ที่มีผลต่อการบำบัด 2. ได้รับการศึกษาตามมาตรฐานอย่างน้อย 4 ปี 3. มีที่อยู่แน่นอน 4. สนใจในการเข้าร่วมการศึกษา ผู้ป่วยทั้งหมด 273 คน มีจำนวน 96% ที่สนใจในการประเมินการสัมภาษณ์ พบว่ามีเพียง 56% (155 คน) ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเข้ากับเกณฑ์การศึกษาที่กำหนด ระหว่างการศึกษา ผู้ป่วยต้องไม่ได้รับการรักษาอื่น ๆ รวมถึง self-help group
Instruments and outcomes	<p>The initial assessment (การประเมินเริ่มต้น)</p> <p>การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่เป็นมาตรฐานดำเนินการโดยจิตแพทย์ สัมภาษณ์ประวัติการดื่มสุราและการใช้สารเสพติด, ประวัติทางสังคม, ลักษณะทั่วไป, Checklist เกี่ยวกับเกณฑ์การวินิจฉัย substance abuse ตาม DSM-III-R และการประเมินอื่นๆ เกี่ยวกับความผิดปกติทางกายและจิต</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Instruments and outcomes (ต่อ)	<p>หลังจากผู้ป่วยได้รับการสัมภาษณ์แล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการทดสอบจิตเพื่อประเมินระดับความสามารถของการนึกคิด (cognitive ability) ตามเกณฑ์ที่จะใช้การรักษาแบบ CBT โดยใช้ Neuropsychological tests</p> <ul style="list-style-type: none"> - digit span - similarities and block design ของ WAIS-R (Wechsler, 1981) logical memory and mental control ของ Wechsler Memory Scale-Revised (Wechsler, 1987) และ Visual memory test ของ Brazilian CEPA battery <p>มีผู้ป่วยเพียง 3 คน ที่ระดับคะแนน psychological test ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย แต่ไม่ถึงระดับที่ต้องถูกคัดออกจากการศึกษา</p> <p>Alcohol and drug consumption (ปริมาณสุราและสารเสพติด)</p> <p>1. แบบบันทึกด้วยตัวเอง เกี่ยวกับประวัติการดื่มสุราใน 90 วันที่ผ่านมา และประวัติการใช้สารเสพติดในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ประเมินโดยใช้คำถามมาตรฐานของ Sanchez-Craig & Wilkinson (1987) ทั้งก่อนการรักษาและช่วงติดตาม คำถามประกอบด้วยจำนวนวันที่ดื่ม (numbers of drinking days) วันที่ดื่มหนัก (heavy drinking days) และวันที่มีปัญหาจากการดื่ม (problem drinking days) และค่าเฉลี่ยการบริโภคต่อสัปดาห์ (drinks/week) โดยอาศัยเกณฑ์ของ Sanchez-Craig & Wilkinson (1987) ผู้ป่วยถูกพิจารณาว่าเป็นผู้ติดสุราระดับ Abstinent/moderate ถ้าผู้ป่วยดื่มไม่มากกว่า 20 drinks/week และไม่มากกว่า 10 % ของวันที่ดื่มหนัก (มากกว่าหรือเท่ากับ 5 drinks/วัน) ถ้าผู้ป่วยดื่มมากกว่านี้จัดเป็น heavy</p> <p>2. The Short Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) ใช้ประเมินผลที่เกิดจากการดื่มสุรา ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาทางกายหรือทางจิตที่ต้องเข้ารับการบำบัดจะถูกส่งตัวไปสถานบริการเฉพาะทาง หลังจากประเมินเบื้องต้นแล้วจะมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (GGT, ALT, AST และ MCV) การจัดกลุ่มของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับผลทางห้องปฏิบัติการ โดยกลุ่ม heavy มีระดับเอนไซม์ตับ (GGT, ALT, AST) ที่สูงกว่ากลุ่ม abstinent/moderate</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Instruments and outcomes (ต่อ)	<p>2. The index of drug use severity (IDUS) ใช้ในการจัดระดับการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ถือว่าประสบความสำเร็จในการบำบัดช่วงที่ติดตามการบำบัด พบว่ามีค่าการใช้สารเสพติด maximum IDUS = 0.1 หรือใช้แอลกอฮอล์อย่างเดียว maximum IDUS = 0.22</p>
Intervention	<p>โดยการสุ่มเข้ากลุ่มด้วยวิธี drawing lots ผู้ป่วยถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มการบำบัด CBT แบบรายบุคคลจำนวน 77 คน และกลุ่มการบำบัด CBT แบบกลุ่มจำนวน 78 คน โดยการบำบัดแบบกลุ่มแบ่งเป็น 10 กลุ่มมีสมาชิก 7 ± 3 คน (mean \pm sd) 5 คนจะเป็นผู้ป่วยติดสุรา อีก 5 คนเป็นผู้ป่วยติดสารเสพติด (ทั้งที่ติดหรือไม่ติดสุราร่วมด้วย) ทั้ง 2 กลุ่ม (รายบุคคลและกลุ่ม) จะประกอบด้วย 17 sessions ระยะเวลาทั้งหมด 8 เดือน โดย 2 เดือนแรกให้การบำบัด 1 session/สัปดาห์ เดือนที่ 3-5 ให้การบำบัด 1 session/2สัปดาห์ 3 เดือนสุดท้ายให้การบำบัด 1 session/เดือน โดยการบำบัดมี 2 ระยะ ได้แก่ ระยะ acquisition ทั้งหมด 8 ครั้ง ใน session แรกทั้ง 2 กลุ่มแยกผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อทบทวนผลการประเมินอภิปรายผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการปรับตัวเพื่อลดการดื่มสุรา/ยาเสพติด ความสัมพันธ์ของปัญหาของผู้ป่วยกับสารเสพติด หลังจากนั้นผู้บำบัดจะเสนอ key conception โครงร่างโปรแกรม รวมถึงกฎการดูแลรักษาแต่ละ session และการบ้านที่ได้รับมอบหมาย ผู้ป่วยจะได้ฝึกทักษะในการยอมรับปัญหาและการวางแผนในการ จัดการปัญหา สถานการณ์ ความเสี่ยง บทบาทกับการใช้สารเสพติด แบบบันทึกการดื่มสุรา/การใช้สารเสพติดด้วยตนเอง (self monitoring) ระยะ maintenance ทั้งหมด 9 ครั้ง วัตถุประสงค์เพื่อคงสิ่งที่ผู้ป่วยได้พัฒนาไว้และสนับสนุนให้ใช้ทักษะต่างๆ ที่พัฒนาจากระยะที่ 1</p>
Results	<p>1. การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม (Treatment attendance) ผู้ติดสุราเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่มกิจกรรมการบำบัด (66.7%) มากกว่าแบบรายบุคคล (45.2%) และผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มให้ความร่วมมือในการบำบัด (50.6%) การบำบัดแบบรายบุคคล (47.8%) พบว่า การบำบัด ผู้ป่วยติดสุรา/สารเสพติดที่บำบัด</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	<p>แบบกลุ่มและรายบุคคล ไม่แตกต่างกัน</p> <p>2. Follow-up attendance การติดตามความร่วมมือในการบำบัด ครบ 12 เดือน ในผู้ป่วยติดสุรา/สารเสพติดที่บำบัด แบบกลุ่มและรายบุคคล พบว่า ไม่แตกต่างกัน</p> <p>3. Summarizes the main result for alcohol and drug consumption</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเปรียบเทียบก่อนและหลังให้การบำบัด ในผู้ป่วยติดสุรา/สารเสพติด เกี่ยวกับจำนวนวันที่ดื่ม วันที่ดื่มหนัก และค่าเฉลี่ยการบริโภคต่อสัปดาห์ ในผู้ป่วยที่บำบัดแบบกลุ่ม พบว่า มีการลดลงของจำนวนวันที่มีปัญหาจากการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .005 - ก่อนและหลังการบำบัด การบริโภคแอลกอฮอล์ในผู้ที่ดื่มหนัก ทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ระดับ GGT, MCV และGTP ในผู้ที่หยุดดื่ม/ดื่มปานกลาง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .005 <p>4. Predictor of outcome</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความร่วมมือของผู้ติดสุรากับจำนวนครั้งของการบำบัด ถ้าความร่วมมือของผู้ติดสุราในการเข้าร่วมกลุ่มลดลง พบว่า ระดับ GGT สูงขึ้น ความสำเร็จในการให้บำบัดก็ลดลง
Implication	<p>การบำบัดแบบกลุ่มสามารถช่วยให้ผู้ติดสุราเรื้อรังให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่มกิจกรรมการบำบัด ช่วยลดจำนวนวันที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา และการดื่มสุราลดลงในผู้ที่ดื่มหนัก/ดื่มปานกลาง ส่วนมากกว่าบำบัดแบบรายบุคคลช่วยในผู้ที่ดื่มหนัก/ดื่มปานกลาง ลดการดื่มสุราอย่างเดียว</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง

ชื่อเรื่องงานวิจัย	การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุรา
ผู้แต่ง	นิชนันท์ คำล้ำน
แหล่งตีพิมพ์/ปี	รายงานการศึกษาระดับหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช/2547
หัวข้อ	รายละเอียด
Objective	เพื่อศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา
Design	Quasi Experimental
Level	Level B
Setting	หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี
Sample	<p>ผู้ป่วยติดสุราเพศชายจำนวน 20 คน ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 29-55 ปี ระยะเวลาที่ดื่มสุรา 8-29 ปี ปริมาณการดื่มสุรา 6-112 ครั้งต่อสัปดาห์ มีคุณสมบัติดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยรับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2547 - 30 เมษายน 2547 2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Alcohol dependence หรือ Alcohol Psychosis ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (DSM-IV) และใช้การ Code แบบ ICD 10 3. ระดับความรุนแรงของภาวะขาดแอลกอฮอล์มีค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 4. สามารถสื่อความหมายและเข้าใจภาษา และมีค่าคะแนนการประเมินสภาวะจิตชนิดสั้นเท่ากับ 18 คะแนน 5. มีอาการทางจิตทุเลา
Instrument and outcomes	<p>เครื่องมือการประเมิน ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และประวัติการดื่มสุรา 11 ข้อ

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Instrument and outcomes (ต่อ)	<p>2. แบบประเมินการวัดความรุนแรงของภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal Sale) พัฒนาโดยครุณี ภู่อ่าว (2545) ผู้ป่วยต้องมีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน</p> <p>3. แบบประเมินสถานะจิตชนิดสั้น (Mini Mental Status Examination) ประเมินความรุนแรงของภาวะความบกพร่องในเรื่องความคิด ความจำ และเซาว์ปัญญา ผู้ป่วยต้องมีคะแนน 18 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน</p> <p>4. แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินแรงจูงใจ ประเมินแรงจูงใจในโดยใช้แบบสอบถามขั้นบันได ซึ่งพัฒนาโดยบีเนอร์ และอดาม (Beiner and Adams, 1991) มีทั้งหมด 10 ขั้นบันได แบ่งออกเป็น 5 ขั้น ดังนี้</p> <p>ก = ขั้นบันไดที่ 0 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 1 คือ ขั้นเมินเฉย (Pre- Contemplation)</p> <p>ข = ขั้นบันไดที่ 1-2 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 2 คือ ขั้นลังเลใจ (Contemplation) มีเมินเฉยรวมกับความลังเลใจเล็กน้อย</p> <p>ค = ขั้นบันไดที่ 3-5 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 2 คือ ขั้นลังเลใจ (Contemplation) มีลังเลใจและคิดที่จะเตรียมพร้อมในการเปลี่ยนแปลง</p> <p>ง = ขั้นบันไดที่ 6-8 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 3 คือ ขั้นเตรียมพร้อม (Preparation)</p> <p>จ = ขั้นบันไดที่ 9-10 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 4 คือ ขั้นลงมือกระทำ (Action)</p> <p>หลังจากสัมภาษณ์แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะอยู่ในขั้นใดก็สามารถนำผู้ป่วยเข้ากลุ่มได้</p> <p>5. แบบประเมินกระบวนการคิดและกระบวนการกระทำ เพื่อให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา (The Process of Change-Alcohol Questionnaires) ก่อนและหลังการบำบัด พัฒนาแบบสอบถามโดย Prochasca & Diclemente ในปีค.ศ. 1984 และครุณี ภู่อ่าว (2545) พัฒนามาเป็นภาษาไทย แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อคำถาม แบ่งออกเป็นวิธีการทางความคิด 20 ข้อคำถาม วิธีการกระทำ 20 ข้อคำถาม</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Instrument and outcomes (ต่อ)	<p>และประเมินเปรียบเทียบกันระหว่างก่อนการบำบัดและหลังการบำบัดเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ถ้าค่าคะแนนแต่ละวิธีการมากขึ้นแสดงถึงผู้เข้าร่วมโครงการมีการพัฒนาวิธีการด้านนั้นมากขึ้น และเชื่อว่าจะมีผลทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้น ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่าแบบเรียงอันดับ (Ordinal Rating Scale) 5 มาตราวัด โดยค่าคะแนน 0 = ไม่เคยเลย; 1 = น้อยครั้ง; 2 = บางครั้งบางครั้ง; 3 = บ่อยๆ; 4 = เสมอๆ</p> <p>6. แบบประเมินปริมาณการดื่มสุรา (Time Line Follow Back) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย Sobell et al. (2001) ดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย ดร.ณิ ภูขาว (2545) ประเมินโดยการให้ผู้ติดสุราได้บันทึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และปริมาณการดื่มสุราในวันนั้นเป็นรายวัน ย้อนหลัง 1 เดือน โดยคิดปริมาณการดื่มสุราเป็นจำนวนครั้ง คิดปริมาณการเทียบเคียง คือ 1 ดื่มมาตรฐานหมายถึง สุรากลั่น 30 ซีซี หรือเบียร์ 285 ซีซี หรือไวน์ 120 ซีซี มีแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด 15 มิลลิกรัม สรุปลงจำนวนครั้งเป็น สัปดาห์</p>
Intervention	<p>โปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่ม แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มๆ ละ 5 คน ใช้เวลาการบำบัดครั้งละ 2 ชั่วโมง พักระหว่างชั่วโมง 10 นาที จำนวน 5 ครั้ง สิ้นสุดใน 5 วัน โครงสร้างของโปรแกรม แบ่งเป็น 5 ครั้ง ดังนี้</p> <p>ครั้งที่ 1 วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักกัน มุ่งผลดี/ผลเสีย และผลกระทบของการดื่มสุรา เป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการตัดสินใจการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา</p> <p>กิจกรรม โดยให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวของตนเองเกี่ยวกับสุรา วิเคราะห์องค์ประกอบของการดื่มสุรา (functional analysis) และผลกระทบที่เกิดขึ้น</p> <p>การประเมิน ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา</p> <p>ครั้งที่ 2 วัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจความมั่นใจ (Self-Efficacy) กำหนดเป้าหมาย แรงจูงใจ อุปสรรค และหาจุดแข็งของผู้ป่วย</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	<p>กิจกรรม โดยถามถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยในการเลิกดื่มเทียบกับการฝึกทักษะการวางแผนเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา</p> <p>การประเมิน ผู้ป่วยสามารถกำหนดเป้าหมายและมีความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา</p> <p>ครั้งที่ 3 วัตถุประสงค์ เพื่อเน้นให้ผู้ผู้ป่วยสำรวจตนเอง มุ่งใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม และการเสริมแรง (reinforcement)</p> <p>กิจกรรม ให้แต่ละคนบอกเหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อยากสุรา และวิธีการจัดการสิ่งตัวกระตุ้น</p> <p>การประเมิน ผู้ป่วยสามารถบอกเหตุการณ์ หรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อยากสุรา และวิธีการจัดการสิ่งตัวกระตุ้นได้</p> <p>ครั้งที่ 4 วัตถุประสงค์ เพื่อฝึกผู้ป่วยในการเลือกใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมการดื่มสุรา</p> <p>กิจกรรม โดยใช้การระดมสมองภายในกลุ่มหาเทคนิคต่าง ๆ ที่นำมาใช้ในการควบคุมพฤติกรรม</p> <p>การประเมิน ผู้ป่วยสามารถปรับความคิดในการแก้ปัญหาโดยไม่ต้องใช้สุราได้</p> <p>ครั้งที่ 5 วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนในการเลิกดื่มสุราได้</p> <p>กิจกรรม โดยให้ผู้ผู้ป่วยแต่ละคนทบทวนเป้าหมาย การเสริมแรง และการปฏิบัติตนในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา</p> <p>การประเมิน ผู้ป่วยสามารถบอกเป้าหมาย การเสริมแรง และการปฏิบัติตนในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุราได้</p> <p>เทคนิคที่ใช้ในการบำบัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เทคนิคการให้ความรู้ การสอน การชี้แนะ (Coaching and Guidance) ผู้บำบัดต้องอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม เป้าหมายของการบำบัด เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการบำบัด

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	2. เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ โดยใช้คำถามที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและความตั้งใจที่จะเลิกดื่มสุรา เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะลด เลิกพฤติกรรมดื่มน้ำสุราของตนเอง
Results	<p>โดยการศึกษาติดตามผลแต่ละระยะ พบว่า</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 9 คน จาก 20 คน ไม่ดื่มน้ำสุราตลอดระยะเวลาการศึกษา และจำนวน 11 คน มีการดื่มน้ำสุราน้อยลงกว่าก่อนได้รับการบำบัด แต่ดื่มไม่เกินมาตรฐานที่กำหนดและไม่เกินเป้าหมายที่ผู้เข้าร่วมโครงการตั้งไว้ 2. ในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมโครงการไม่ดื่มน้ำสุราจำนวน 16 คน กลับไปดื่มน้ำสุราในปริมาณ 2-50 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 4 คน 3. ในระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้เข้าร่วมโครงการไม่ดื่มน้ำสุราจำนวน 14 คน ดื่มน้ำสุราในปริมาณ 1-12 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 6 คน <p>ในระยะติดตามผล 2 เดือน ผู้เข้าร่วมโครงการไม่ดื่มน้ำสุราจำนวน 13 คน และดื่มน้ำสุรา 1-26 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 7 คน</p>
Implication	การบำบัดแบบ CBT สามารถช่วยผู้ติดสุราลดและเลิกดื่มน้ำสุราได้ แต่ก็มียาบางรายกลับดื่มน้ำสุราในเวลาอันสั้น ดังนั้นควรจะมีการศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้รับการบำบัดกลับดื่มน้ำสุราซ้ำ

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง

ชื่อเรื่องงานวิจัย	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยที่เสพสุราในโรงพยาบาลจิตเวช
ผู้แต่ง	นิमित แก้วอาจ
แหล่งตีพิมพ์/ปี	รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น/2549
หัวข้อ	รายละเอียด
Objective	เพื่อศึกษาผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่เสพสุรา โดยใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อการลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มสุรา
Design	Quasi Experimental
Level	Level B
Setting	ผู้ป่วยที่เสพสุราที่มารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 27 มิถุนายน 2548 ถึงวันที่ 2 กันยายน 2548
Sample	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามระบบ ICD 10 ว่าเป็น Alcohol dependence (F10.2) หรือ Alcohol Withdrawal state with delirium (F10.4) หรือ Alcohol Psychosis (F10.5) จำนวน 22 คน (เพศชาย 21 คนเพศหญิง 1 คน) อายุ 21-60 ปี ระดับความรุนแรงของภาวะการณ้ขาดแอลกอฮอล์มีค่า < 8 การประเมินสมรรถนะทางสมองมีค่าคะแนน ≥ 18 , ไม่มีอาการทางจิตหรือมีอาการทางจิตทุเลา คือ การรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลดี ไม่มีประสาทหลอน ไม่มีความคิดหวาดระแวง
Instrument and outcomes	เครื่องมือการประเมิน ประกอบด้วย 1. แบบสัมภาษณ์ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มสุรา แบบสัมภาษณ์มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยสถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับการดื่มสุรา ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการดื่มสุรา มี 12 ข้อคำถามที่ครอบคลุมถึง ระยะเวลาการดื่มสุรา ความถี่ ปริมาณการดื่ม ชนิดของสุราที่ดื่ม วัน-เวลาที่ดื่ม สาเหตุของการดื่มสุรา และความต้องการแก้ไขปัญหา

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Instrument and outcomes (ต่อ)	<p>2. แบบประเมินอาการขาดแอลกอฮอล์ (Clinical Institute Withdrawal Assessment scale for Alcohol Revised, CIWA-Ar) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะขาดสุรา ใช้เพื่อประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ากลุ่มบำบัดว่ามีภาวะขาดสุราระดับใด ถ้าอยู่ในระดับต่ำกว่า 8 คะแนนก็สามารถเข้ากลุ่มบำบัดได้ โดยประเมินกลุ่ม 10 อาการ ดังนี้ คลื่นไส้และอาเจียน, อาการสั่น, เหงื่อ, การได้ยินผิดปกติ, พลังผ่านกระวนกระวาย, การรับรู้สัมผัสทางผิวหนัง, ปวดศีรษะ, การเห็นผิดปกติ, วิตกกังวล และการกำหนดเวลาและสติ คะแนนรวมทั้ง 10 กลุ่มอาการเท่ากับ 67 คะแนน มีวิธีการแปลผลคะแนน ดังนี้</p> <p>ก. ถ้ารวมค่าคะแนนทั้ง 10 กลุ่มอาการได้ค่าคะแนนต่ำกว่า 8 คะแนน หมายถึง มีภาวะขาดแอลกอฮอล์ระดับต่ำ (Mild)</p> <p>ข. ถ้ารวมค่าคะแนนทั้ง 10 กลุ่มอาการได้ค่าคะแนนระหว่าง 8-15 คะแนน หมายถึง มีภาวะขาดแอลกอฮอล์ระดับปานกลาง (Moderate)</p> <p>ค. ถ้ารวมค่าคะแนนทั้ง 10 กลุ่มอาการได้ค่าคะแนนมากกว่า 15 คะแนน หมายถึง มีภาวะขาดแอลกอฮอล์ระดับรุนแรง (Severe)</p> <p>ผู้ตอบต้องได้ค่าคะแนนต่ำกว่า 8 คะแนน เพราะว่าถ้ามากกว่า 8 คะแนน หมายถึง มีภาวะขาดสุรามากขึ้น ทำให้ไม่สามารถที่จะเรียนรู้และเข้าใจในเนื้อหาของ การบำบัดได้</p> <p>3. แบบประเมินสถานะจิตชนิดสั้น (Mini Mental Status Examination) ประเมินความรุนแรงของภาวะความบกพร่องในเรื่องความคิด ความจำ และเซาวิปัญญา พัฒนาโดยครุณี กุชชาว มีทั้งหมด 3 หมวด หมวด ก. การรับรู้เวลาสถานที่ บุคคล (Orientation) มี 10 ข้อคำถาม ข้อละ 1 คะแนน หมวด ข. ความสามารถในการรับรู้ข้อมูล (Registration) มี 1 ข้อคำถาม 3 คะแนน หมวด ค. ความจำเฉพาะหน้าและการคำนวณมี 3 ข้อคำถาม 7 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมด 20 คะแนน ผู้ตอบต้องได้ 18 คะแนนจาก 20 คะแนน จึงจะสามารถเข้ากลุ่มได้ เพราะถ้าได้คะแนนน้อยกว่านี้จะไม่สามารถรับฟังและแสดงความคิดเห็นได้ ขาดการแสดงความคิดเห็นหรือเสนอแนะคนอื่นได้</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Instrument and outcomes (ต่อ)	<p>4. แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินแรงจูงใจ โดยใช้แบบสอบถามขั้นบันได ซึ่งพัฒนาโดย Beiner and Adams (1991) มีทั้งหมด 10 ขั้นบันได แบ่งออกเป็น 5 ขั้น ดังนี้</p> <p>ก = ขั้นบันไดที่ 0 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 1 คือ ขั้นเมินเฉย (Pre-Contemplation)</p> <p>ข = ขั้นบันไดที่ 1-2 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 2 คือ ขั้นลังเลใจ (Contemplation) มีเมินเฉยรวมกับความลังเลใจเล็กน้อย</p> <p>ค = ขั้นบันไดที่ 3-5 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 2 คือ ขั้นลังเลใจ (Contemplation) มีลังเลใจ และคิดที่จะเตรียมพร้อมในการเปลี่ยนแปลง</p> <p>ง = ขั้นบันไดที่ 6-8 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 3 คือ ขั้นเตรียมพร้อม (Preparation)</p> <p>จ = ขั้นบันไดที่ 9-10 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 4 คือ ขั้นลงมือกระทำ (Action)</p> <p>ใช้แบบประเมินหลังสัมภาษณ์แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นไหน ไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในขั้นไหนก็ตาม สามารถเข้ารับการบำบัดครั้งที่ 1 ได้เพราะเนื้อหาการบำบัดครั้งที่ 1 เกี่ยวข้องกับการสร้างแรงจูงใจ แต่ถ้าผู้ป่วยอยู่ในขั้น ก และ ข จะต้องสัมภาษณ์แรงจูงใจเป็นรายบุคคลเพื่อย้ำให้เกิดแรงจูงใจสู่ขั้น ค โดยการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) และการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง (Information)</p> <p>5. แบบสอบถามปริมาณการดื่มสุรา (Time Line Follow Back) พัฒนาโดย Sobell et al. (2001) ดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยดร.ณี ภู่งาว (2545) เป็นการถามข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับปริมาณการดื่มสุราในแต่ละวัน พร้อมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในวันที่ดื่มสุรา โดยปริมาณการดื่มสุราคิดเป็น 1 ดื่มมาตรฐาน หรือครึ่งต่อสัปดาห์ ในที่นี้ 1 ดื่มมาตรฐานเท่ากับสุรากลั่น 30 ซีซี เท่ากับเบียร์ 285 ซีซี เท่ากับไวน์ 120 ซีซี ซึ่งจะใช้แบบประเมินนี้ ก่อนการบำบัด โดยสอบถามย้อนหลังก่อนบำบัด 1 เดือน เพื่อเป็นข้อมูลในการเปรียบเทียบหลังการบำบัดในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ โดยคิดค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ดื่มในแต่ละครั้งที่มาติดตามผล</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention	<p>โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยที่เสพสุรา</p> <p>ประกอบด้วยผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่ม 2-6 คน เฉลี่ย 4 คน มี 6 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง พักระหว่างชั่วโมง 10 นาที โดย 5 ครั้งแรกทำทุกวันจันทร์- ศุกร์ เวลา 13.00-15.00 น. และครั้งที่ 6 ทำการบำบัดร่วมกับญาติในวันที่ญาติมาเยี่ยมหรือมารับผู้ป่วยกลับบ้าน การบำบัดทั้ง 2 แบบ (แบบรายบุคคล และรายกลุ่ม) ใช้เนื้อหาการบำบัดเดียวกัน ประกอบด้วย</p> <p>ครั้งที่ 1 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องแอลกอฮอล์และผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ วัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหา มีทัศนคติที่ดี เกิดแรงจูงใจ และตัดสินใจที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา</p> <p>ครั้งที่ 2 การตั้งเป้าหมายในการลดหรือเลิกดื่มสุรา การประเมินศักยภาพของตนเอง วัตถุประสงค์เพื่อกำหนดเป้าหมาย แรงจูงใจ อุปสรรค และจุดแข็งของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา</p> <p>ครั้งที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการหยุดวงจรการดื่มสุรา และการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ บอกตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่มสุรา สามารถวางแผนและจัดการกับตัวกระตุ้นได้</p> <p>ครั้งที่ 4 การปรับความคิดและพฤติกรรม การวางแผนจัดการกับอารมณ์ วัตถุประสงค์เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยเลือกใช้เทคนิคในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการดื่มสุรา และเรียนรู้การจัดการกับภาวะอารมณ์ที่เพิ่มความเสี่ยงกลับไปดื่มสุรา</p> <p>ครั้งที่ 5 การวางแผนการปฏิบัติเพื่อลดหรือเลิกดื่มสุรา วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยวางแผนปฏิบัติเพื่อลด ละ เลิกการดื่มสุราได้</p> <p>ครั้งที่ 6 บทบาทของญาติและผู้ป่วยในการอยู่ร่วมกัน วัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัวมีบทบาทในการสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลดหรือเลิกการดื่มสุราได้</p> <p>1. เทคนิคที่ใช้ในการบำบัด</p> <p>1. เทคนิคการให้ความรู้ การสอน การชี้แนะ (Coaching and Guidance) ผู้บำบัดต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของความ</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	<p>นึกคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม เป้าหมายของการบำบัด เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการบำบัด</p> <p>2. เทคนิคการเสริมแรง (Reinforcement Technique) โดยให้การเสริมแรงทางบวก เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง</p> <p>3. เทคนิคการใช้ตัวแบบทางสังคม (Social Model) โดยยกตัวอย่างประกอบภายในกลุ่ม เพื่อให้ใช้ตัวแบบที่มีการนำเสนอในกลุ่มไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม</p> <p>4. เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ โดยใช้คำถามที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและความตั้งใจที่จะเลิกดื่มสุรา เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะลด เลิกพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง</p>
Results	<p>จากการติดตามผลเป็นระยะ พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 14 คน จาก 22 คน ไม่ดื่มสุราตลอดระยะเวลาการศึกษา มี 1 คน ที่ดื่มในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (2 ครั้ง/สัปดาห์) หลังจากนั้นไม่ดื่มอีกเพราะทำให้ความคิด ความจำไม่ดี ทำงานไม่ได้ผู้ป่วยจึงเลิกดื่ม โดยการศึกษาติดตามผลแต่ละระยะพบว่า</p> <p>1. ในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่ดื่มสุราจำนวน 19 คน กลับไปดื่มสุราในปริมาณ 35 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 2 คน และเพิ่มปริมาณการดื่ม 147 ครั้งต่อสัปดาห์จำนวน 1 คน</p> <p>2. ในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่ดื่มสุราจำนวน 17 คน และลดปริมาณการดื่มสุราจากเดิมจำนวน 5 คน</p> <p>3. ในระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่ดื่มสุราจำนวน 15 คน ลดปริมาณการดื่มสุราจากเดิมจำนวน 6 คน และเพิ่มปริมาณการดื่มจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นคนเดียวกับคนที่ดื่มเพิ่มขึ้นของการติดตามระยะ 2 สัปดาห์</p>
Implication	<p>1. ผู้บำบัดต้องมีความรู้ ความสามารถในหลักการและแนวคิดของ CBT รวมทั้งการใช้เทคนิคต่างๆ ซึ่งต้องมีการพัฒนาศักยภาพของผู้บำบัดให้สามารถทำการบำบัดได้ โดยการรับอบรมเฉพาะของเรื่อง CBT และเรื่องที่เกี่ยวข้องทั้งภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติจริง เพื่อให้เกิดทักษะและความชำนาญให้สามารถทำการบำบัดได้</p>

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication (ต่อ)	2. การคัดเลือกและการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด จะต้องประเมินผู้ป่วยทุกราย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาต่อการเข้ากลุ่ม เพราะกลุ่มบำบัด ผู้ป่วยต้องสามารถเรียนรู้และเข้าใจเนื้อหาการบำบัด



ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ – นามสกุล	นางศรีวรรณ สรขนานนท์
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2504
สถานที่เกิด	จังหวัดลพบุรี
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง พ.ศ. 2523 - 2527
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลศรีธัญญา หอผู้ป่วยชาย 1 โทรศัพท์ 02-5252333 ต่อ 2343 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ที่อยู่	บ้านเลขที่ 47 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ ต. ตลาดขวัญ อ. เมือง จ. นนทบุรี