

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลด/หยุดพฤติกรรมการดื่ม
ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



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

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลด/หยุดพฤติกรรมการดื่ม
ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



นางสาววีรี แดงประเสริฐ
ผู้ศึกษา

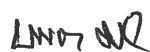


รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไตร,
พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

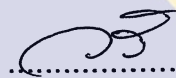
สารนิพนธ์

เรื่อง

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลด/หยุดพฤติกรรมการดื่ม
ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

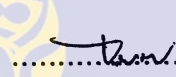
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2552

นางสาววีรี แดงประเสริฐ

ผู้ศึกษา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรวรรณ ศรียุทศุทธ,

D.S.N.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



รองศาสตราจารย์ ยาใจ ลิทธิมงคล,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



นายพิชิตพงษ์ อริยะวงศ์,

วว. (จิตเวชศาสตร์)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

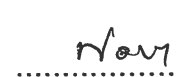
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไธร,

พย.ค.

กรรมการสอบสารนิพนธ์



รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ทิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิริขันธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภา ยุทธไตร อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ที่ได้ให้คำชี้แนะให้คำปรึกษา ช่วยตรวจสอบและปรับแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของการเขียนสารนิพนธ์ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาของการศึกษา ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของท่าน ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรวรรณ ศรียุคศุทธ และนายแพทย์ พิชิตพงษ์ อริยะวงศ์ คณะกรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ต่อความสมบูรณ์ของการเขียนสารนิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีธัญญา หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่ให้โอกาสและสนับสนุนในการศึกษาต่อ

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต ที่ได้สนับสนุนทุนการศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผนก ข (ภาคพิเศษ) และขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น 2 ทุกท่านที่ให้ความห่วงใยซึ่งกันและกัน

ขอขอบคุณครอบครัวแดงประเสริฐ ที่คอยเป็นกำลังใจ ช่วยแบ่งเบาภาระส่วนตัวของผู้ศึกษา ตลอดจนให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ทำให้ผู้ศึกษาทำการศึกษารั้งนี้ได้สำเร็จตามเป้าหมาย

วีรี แดงประเสริฐ

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลด/หยุดพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

MOTIVATIONAL INTERVIEWING FOR DECREASING / ABSTINENCE DRINKING BEHAVIORS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND ALCOHOL USE DISORDERS: EVIDENCE-BASED NURSING

วีรี แดงประเสริฐ 4736922 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ยาใจ สิริธมมงคล, Ph.D. (Nursing), ประภา ฤทธิไทร, พย.ค.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาแนวทางการเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วย โดยการสืบค้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ การดำเนินงานประกอบด้วย การวิเคราะห์และระบุปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบของ PICO นำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย ระดับความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นได้แก่ PubMed, CINAHL, Ovid, Blackwell Synergy, Science Direct และ HighWire และการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการสืบค้นได้ผลงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ซึ่งมีแบบวิจัยเป็น Randomized Controlled Trial (RCT) ความเข้มแข็งของงานวิจัยจัดอยู่ในระดับ 2 ทั้งหมด ข้อเสนอที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์คือ รูปแบบการบำบัดเพื่อลด/หยุดดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วย แนวคิดการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจในการลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ (Motivational Interviewing) ตามแนวคิดของ Miller & Rollnick, ลักษณะของผู้รับการบำบัด, จำนวนครั้งของการบำบัด, กระบวนการทำการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) และวัตถุประสงค์ในแต่ละครั้ง การประเมินผลของการให้การบำบัด

ผลการศึกษาให้ข้อเสนอแนะว่า Motivational Interviewing เป็นการบำบัดที่สามารถนำไปใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการลดจำนวนวันดื่มและเพิ่มอัตราการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วย นอกจากนี้ควรสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติมเพื่อให้มีแนวทางการทำ Motivational Interviewing ที่ครอบคลุมและปฏิบัติได้ดีในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยต่างๆ

คำสำคัญ : SCHIZOPHRENIA / ALCOHOL USE DISORDERS / MOTIVATIONAL INTERVIEWING

MOTIVATIONAL INTERVIEWING FOR DECREASING / ABSTINENCE DRINKING BEHAVIORS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND ALCOHOL USE DISORDERS : EVIDENCE-BASED NURSING

WEEREE DANGPRASERT 4736922 NSMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: YAJAI SITTHIMONGKOL, Ph.D.,
PRAPA YUTTATRI, D.N.S.

ABSTRACT

The purpose of this study was to find interventions for enhancing motivation for reducing and/or stopping drinking behavior among those with schizophrenia and alcohol use disorders. The method of study included searching databases for intervention recommendations using PICO format, appraising the validity and strength of the evidence, and synthesizing the evidence. The databases included PubMed, CINAHL, Ovid, Blackwell Synergy, Science Direct, and HighWire. Five research articles were selected to be included as evidence in this study. These five studies were all randomized control trials, which were classified as Level II for the strength of evidence. The recommendations were taken from each paper and then compiled into a new document. These recommendations were: using the Motivational Interviewing intervention based on Miller and Rollnick's concept, the characteristics of potential patients receiving the intervention, the process of motivational interviewing, the number of sessions and each session's objective, and the evaluation of the outcomes of the intervention.

The findings of this study suggest that the Motivational Interviewing intervention is a promising intervention to reduce the number of drinking days as well as increase abstinence rates among patients with schizophrenia and alcohol use disorders. Additional evidences are needed to present the recommendations more comprehensively and practically in clinical settings.

**KEY WORDS : SCHIZOPRENIA / ALCOHOL USE DISORDERS /
MOTIVATIONAL INTREVIEWING**

109 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	16
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	16
1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	16
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการ	
2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	17
2.2 วิธีการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	19
บทที่ 3 ผลการดำเนินการ	
3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น	23
3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	26
3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	29
3.4 ข้อเสนอแนะ	64
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปการศึกษา	67
ข้อเสนอแนะ	67
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	69
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	84
รายการอ้างอิง	103
ประวัติผู้ศึกษา	109

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้	25
2 สรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)	58



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันพบว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือป่วยด้วยโรคทางจิตเวช มักมีการดื่มแอลกอฮอล์ หรือใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย ทั้งนี้เพื่อบรรเทาอาการทางจิต (พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สารเสพติดถึงร้อยละ 40-60 % (Cantor-Graae, Nordstrom, & Mc Neil, 2001; Regier, et al., 1990) และใช้สารเสพติดประเภทแอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 30-50 (Soyka, et al., 2001) เมื่อศึกษาแรงจูงใจในการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยจิตเวช ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวน 69 คน ในจำนวนนี้คิดเป็นผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 47.8 ผลการศึกษาพบว่า สารเสพติดที่ผู้ป่วยนิยมใช้มากที่สุดคือ แอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 77 (Spencer, et al., 2002) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการใช้แอลกอฮอล์ จากคำนิยามของคนไทยที่สืบทอดกันมา มักใช้แอลกอฮอล์ในงานพิธีต่างๆ เพื่อเพิ่มความสนุกสนานมากกว่าการมองเห็นว่า แอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง จากการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการของโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต รับผิดชอบพื้นที่ 8 จังหวัดในเขตภาคกลาง พบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ติดแอลกอฮอล์ (ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-10 เป็น F.20 ร่วมกับ F.10) ซึ่งมีอาการทางจิตกำเริบเข้ามารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกปี พ.ศ. 2550-2551 จำนวน 4,262 คนและ 4,457 คนตามลำดับ และต้องรับไว้ในแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 3,710 คนและ 4,019 คนตามลำดับ จะเห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการรับไว้ในแผนกผู้ป่วยในสูง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง สาเหตุส่วนใหญ่ที่ถูกนำส่งโรงพยาบาล คือ มีอาการคลุ้มคลั่งอาละวาด และเมื่อซักประวัติก็จะพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการดื่มแอลกอฮอล์มาก่อน จากการศึกษาพบว่าแอลกอฮอล์มีผลต่อสารสื่อประสาทหลายตัว และหนึ่งในนั้นคือสารสื่อประสาท dopamine โดยการดื่มแอลกอฮอล์มีผลทำให้สาร dopamine มีการหลั่งออกมามากแต่การดูดกลับช้าลง มีฤทธิ์ต่อต้านยารักษาอาการทางจิตของผู้ป่วย ซึ่งมีผลทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยรุนแรงขึ้น มีอาการประสาทหลอน แปลภาพผิด หวาดระแวง จนถึงขั้นคลุ้มคลั่งอาละวาด หลังจากพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลไม่นานอาการก็จะดีขึ้นและแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน เมื่อกลับไปอยู่บ้าน กลับไปอยู่

ในสิ่งแวดล้อมเดิมๆ ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้ก็มีแนวโน้มที่จะกลับไปดื่มแอลกอฮอล์อีก และก็เป็นเหตุให้ต้องกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำอีกเช่นกัน ดังนั้นผู้ศึกษาเห็นว่าควรมีการศึกษาเพื่อหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้แอลกอฮอล์กลุ่มนี้ ให้สามารถลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีความยุ่งยากในการรักษามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2551) ได้แบ่งลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ/ไม่ดื่ม (Low-risk drinking) 2) กลุ่มที่ดื่มแบบมีความเสี่ยงปานกลาง (Hazardous / Risky drinking) 3) กลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหา (Harmful drinking) และ 4) กลุ่มที่ดื่มแบบติด (Alcohol Dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะการติดแอลกอฮอล์ขององค์การอนามัยโลก World Health Organization, 1992 (International Statistical Classification of Disease and Related Health problem : ICD – 10) ซึ่งอยู่ในกลุ่มของการติดสาร (Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use) กรมสุขภาพจิตใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัย หมายถึง การดื่มแอลกอฮอล์จนมีผลกระทบต่อชีวิตหลายๆ ด้าน คิดถึงการดื่มก่อนที่จะทำกิจกรรมอื่นๆ หรือทำหน้าที่ของตน ผู้ดื่มมักใช้เวลาส่วนใหญ่ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม ต้องการดื่มในปริมาณมากขึ้น ถ้าหยุดหรือดื่มน้อยลงจะเกิดอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ เช่น มือสั่น เหงื่อออก นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน กระสับกระส่ายจนถึงชักเกร็งได้ ที่สำคัญคือ ผู้ดื่มไม่สามารถควบคุมการดื่ม หรือไม่สามารถเลิกดื่มได้ และยังคงดื่มต่อไปทั้งๆที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพกายและจิตใจ

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วยนั้น จากอาการของโรคที่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านความคิด การรับรู้และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Africa, Freudenreich, & Schwartz, 2000) อาการของโรคจิตเภทมักมีอาการหลงผิด อาการประสาทหลอน การพูดที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (American Psychiatric Association, 1994) ต้องได้รับการดูแลรักษาที่ยาวนานต่อเนื่องตลอดชีวิต และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการติดแอลกอฮอล์มากกว่าคนปกติทั่วไปถึง 4 เท่า (Helzer, & Pryzbeck, 1988) ยิ่งเพิ่มความยุ่งยากมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ติดแอลกอฮอล์ โดยจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สนใจร่วมมือในการรักษาตนเอง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้ผลการรักษาแย่ลง อาการทางจิตกำเริบ เกิดพฤติกรรมรุนแรง ควบคุมอาการของโรคได้ยาก มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น (NIAAA, 2004) และพบว่าการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดเป็นการเพิ่มความเสี่ยงให้อาการทางจิตกำเริบ จนต้องกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ (Swofford, et al., 1996: Sorbara, et al., 2002) จากการศึกษาผลกระทบจากการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภทชายพบว่า ทำให้มีโอกาสรื้อที่พักอาศัย ทำให้มีอาการทางจิตเด่นชัดมากขึ้น ไม่ร่วมมือ

ในการรับประทานยา การดำเนินของโรคไม่ดี รวมทั้งมีพฤติกรรมรุนแรงและก้าวร้าว (Soyka, 2000) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อญาติ รู้สึกทุกข์ใจ ซึมเศร้า รวมทั้งรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านอารมณ์และเศรษฐกิจ เนื่องจากวิตกกังวลต่ออาการของผู้ป่วยและการไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม (Brady, & McCain, 2004) จากปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ครอบครัว/ผู้ดูแลแก้ปัญหาโดยการขอให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลตลอดไป หรือให้อยู่โรงพยาบาลนานที่สุด จะเห็นได้ว่าเป็นการสูญเสียทรัพยากรบุคคลและเศรษฐกิจของชาติอย่างมากในการดูแล ซึ่งโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลกันยาวนานตลอดชีวิต และยังเพิ่มปัญหามากขึ้นเมื่อผู้ป่วยจิตเภทใช้แอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย

จากการศึกษาถึงสาเหตุของการใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งไม่แตกต่างจากคนปกติทั่วไป พอสรุปได้ดังนี้

1. เกิดการเปลี่ยนแปลงของ สารชีวเคมีในสมอง หรือสารสื่อประสาทหลายๆตัวในระบบประสาท ก่อให้เกิดความพึงพอใจจากการดื่มแอลกอฮอล์ (reinforcement) และทำให้มีอาการอยากดื่มแอลกอฮอล์ (Craving) เมื่อไม่ได้เสพ ซึ่งระบบสารสื่อประสาทเหล่านี้ได้แก่ Dopamine ทำให้เกิดกระบวนการอยากแอลกอฮอล์ โดยกระบวนการจะเริ่มจากการกระตุ้น Dopamine ที่ reward system ใน ventral segmental area ของสมอง แล้วจะจับกับโปรตีนบนผิวเซลล์ประสาทของสมองส่วนควบคุมความพอใจ ที่เรียกว่า ตัวจับฝิ่น (opiate receptor) ส่งผลต่อเนื่องให้เซลล์ประสาทหลั่ง Dopamine ออกมามากขึ้น ทำให้ผู้เสพรู้สึกพึงพอใจ แต่เมื่อขาดสารที่เป็นตัวกระตุ้น ปริมาณ Dopamine ในสมองจะลดลง ทำให้ผู้เสพรู้สึกกระวนกระวายจนต้องแสวงหาสารนั้นมาเสพอีก เพื่อเพิ่มปริมาณ Dopamine ให้สูงขึ้นเท่าที่เคยได้รับ จนกระทั่งเกิดการเสพติดขึ้น สารสื่อประสาทตัวอื่นที่เกี่ยวข้องกับการออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ ได้แก่ Gamma Amino Butyric (GABA) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในการลดการทำงานของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์กังวล ปกติจะหลั่งมาในเวลาที่คุณคนมีจิตใจสงบ นอกจากนี้ Endorphine เป็นสารคล้ายความตึงเครียดทั้งร่างกาย (กล้ามเนื้อ) และจิตใจ (อารมณ์) ปกติจะหลั่งมาในเวลาที่คุณคนมีการออกกำลังกาย แต่เมื่อดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้สารสื่อประสาท GABA และ Endorphine หลั่งออกมามากทำให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์มีความสุข ผ่อนคลาย ทำให้ดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องจนเกิดการติดแอลกอฮอล์ และต้องเพิ่มการดื่มมากขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้ได้รับความสุขตามที่ต้องการ (สำนักงานป้องกันและปราบปรามสารเสพติด, กระทรวงยุติธรรม, 2550)

2. ทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดื่มแอลกอฮอล์/ใช้สารเสพติดร้อยละ 50 กลับไปเสพซ้ำ เนื่องจากมีบุคลิกภาพและสภาพจิตใจที่อ่อนแอ ไม่เข้มแข็ง ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ วุฒิภาวะทางอารมณ์ต่ำ มองตนเองในด้านลบ เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดทักษะ

ในการเผชิญปัญหา เมื่อมีความเครียดที่เกิดจากการดำเนินชีวิต อาจมีสาเหตุมาจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน การเรียน สภาพสังคม ซึ่งอาจไม่ใช่ความเครียดที่มากกว่าคนอื่น แต่เนื่องจากขาดทักษะในการปรับตัวและการแก้ไขปัญหา เมื่อไม่ได้รับการแก้ไขจึงหาทางออกโดยการดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด เพื่อช่วยลดความเครียดและผ่อนคลายทางอารมณ์ ช่วยให้มีความทุกข์ได้ชั่วคราว เมื่อบุคคลนั้นเกิดการเรียนรู้และได้รับการเสริมแรงจากความรู้สึกละบายจากความเครียดที่ลดลง จึงเป็นปัจจัยให้กลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำๆ (นันทิ จิตสว่าง และสุนันทิพย์ ใจเหล็ก, 2544)

3. ด้านสังคม (social) เป็นสาเหตุภายนอกที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติด กล่าวคือ ผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ การเห็นแบบอย่างจากพ่อแม่ที่ดื่มแอลกอฮอล์กันเป็นประจำ และค่านิยมบรรทัดฐานของสังคมที่ส่งเสริมการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การใช้แอลกอฮอล์ในการรับรองแขก ใช้แอลกอฮอล์เลี้ยงขอบคุณในงานพิธีต่างๆ หรือการดื่มแอลกอฮอล์หลังเลิกงานทุกวัน ซึ่งปฏิบัติกันจนเป็นประเพณีโดยทั่วไปในชุมชน ทำให้เกิดการจำตัวอย่างที่ผิดๆ และเมื่อได้รับแรงเสริมจากความรู้สึกละบาย ความเครียดที่ลดลงภายหลังการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงไม่ต้องการเผชิญกับความจริงในชีวิต ความขัดแย้งภายในจิตใจ จึงเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การติดแอลกอฮอล์ (สุนิษฐ์ เกียวกิ้งแก้ว, 2545)

นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ซึ่งสามารถแบ่งสาเหตุได้ 4 ประการคือ 1) เพื่อบรรเทาอาการวิตกกังวล ซึมเศร้าของตนเอง 2) เพื่อช่วยในการเข้าสังคม ทำให้กล้าเข้าสังคมและทำให้เกิดการยอมรับ 3) เป็นกลไกทางจิตในการต่อสู้กับการเจ็บป่วย 4) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำ ทำให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีโอกาสใช้สารเสพติด (Smith, & Hucker, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของ Addington & Duchak (1997) ได้ศึกษาเหตุผลการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการศึกษากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 41 ราย พบว่า เหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ใช้เพื่อการผ่อนคลาย ร้อยละ 82 ใช้เพื่อทำให้มีความสุข ร้อยละ 77 เพื่อให้รู้สึกเมาเคลิ้ม ร้อยละ 74 ใช้เพื่อลดอารมณ์ซึมเศร้า ร้อยละ 71 ใช้เพื่อให้เพื่อนยอมรับ เข้ากับเพื่อนได้ ร้อยละ 56 ลดอาการหวาดระแวง ร้อยละ 29 เพื่อเพิ่มกำลังวังชา ร้อยละ 27 ลดอาการหิวแหว่ ร้อยละ 24 ตามลำดับ นอกจากนี้เหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติดคือ ใช้เพื่อขจัดอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (unpleasant affect) ช่วยให้อารมณ์ดีขึ้น ใช้เพื่อการเข้าสังคม ลดอาการทางด้านบวกและลดอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาต้านโรคจิต (Spencer, et al., 2002) ส่วน Berman (1990) ยังพบสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทใช้แอลกอฮอล์ ว่ามาจากสารเคมีในสมองและกรรมพันธุ์อีกด้วย ในประเทศไทย เพ็ญพุด คงพาณิชย์ตระกูล (2547) ได้ทำการศึกษาสถานะของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาตัวในสถาบันกัลยาราชนครินทร์ฯ ตั้งแต่ 4 มิถุนายนถึง 31 สิงหาคม

2547 จำนวน 73 คน โดยแบ่งตามสาเหตุออกเป็น 3 ด้านดังนี้ 1) ด้านร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทดื่มแอลกอฮอล์เพื่อบรรเทาความไม่สบาย เช่น นอนไม่หลับหรือหลับยาก ร้อยละ 89 เหตุผลรองลงมาเพื่อช่วยลดอาการเบื่ออาหาร ช่วยให้รับประทานอาหารได้อร่อยขึ้น ร้อยละ 46.6 2) ด้านจิตใจ ผู้ป่วยจิตเภทดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากอาการอยากเสพยาที่สุด ร้อยละ 89 เหตุผลรองลงมาเชื่อว่าตนเองจะไม่ติด ร้อยละ 87.6 3) ด้านสังคมวัฒนธรรม ผู้ป่วยจิตเภทดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากสามารถหาเสพยาได้ง่ายที่สุด ร้อยละ 84.9 เหตุผลรองลงมาเป็นแรงกดดันจากเพื่อนและสังคม ส่วนใหญ่อ้างว่าเพื่อนชวนดื่ม ร้อยละ 75.3

จากการศึกษาสาเหตุของการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าไม่แตกต่างจากคนปกติทั่วไป แต่ในผู้ป่วยจิตเภทยังมีสาเหตุเสริมที่ทำให้มีการดื่มแอลกอฮอล์ได้มากกว่าในคนปกติ ซึ่งสาเหตุสำคัญนั้นเป็นเรื่องของจิตใจ การปรับตัวและการเผชิญปัญหา เมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับไปสู่สังคมหรือสิ่งแวดล้อมเดิมที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือมีการใช้สารเสพติด และกำลังใจไม่เข้มแข็งพอ ทำให้มีโอกาสกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำได้อีก ซึ่งมีผลให้ขาดความสนใจเรื่องการดูแลตนเอง การรับประทานยาต่อเนื่อง และอาจเผลอเผลอพลาด สร้างความเบื่อหน่ายให้ญาติ/ผู้ดูแลมากขึ้น ผลสุดท้ายทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำจนต้องเข้ารับการรักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาล นั่นย่อมหมายถึงภาระของครอบครัว/ผู้ดูแลที่เพิ่มซ้ำขึ้นอีก รวมทั้งความรู้สึกเครียด เบื่อหน่ายท้อแท้ยิ่งทวีคูณมากขึ้น

การที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้แอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแล ตลอดจนคนรอบข้าง นอกจากผลกระทบที่เกิดขึ้นเหมือนในคนปกติทั่วไปแล้ว แต่สำหรับผู้ป่วยจิตเภทยังมีผลกระทบซึ่งมากกว่าในคนปกติทั่วไป พอสรุปได้ดังนี้

1. ทำให้การทำงานของระบบต่างๆในร่างกายถูกทำลาย (physical damage) การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากหรือดื่มอย่างหนัก (heavy alcohol use) อาจทำให้เกิดการทำลายสุขภาพได้หลายๆทาง โดยเฉพาะสมองและตับ ทำให้เกิดโรคตับแข็ง (cirrhosis) ตับอักเสบ (hepatitis) ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (acute pancreatitis) ระบบประสาทส่วนปลายไม่ทำงาน (peripheral neuropathy) หรือเกิดอาการชัก (epilepsy) รองลงมาคือการขาดสารอาหารโปรตีนและวิตามินบี เพราะผู้ดื่มแอลกอฮอล์มักไม่สนใจรับประทานอาหาร (poor diet) มีโอกาสติดเชื้อได้สูง เสี่ยงต่อการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง ความดันโลหิตสูงและภาวะขาดน้ำตาลในเลือด (Gelder, et al., 2001; Burge, & Schneider, 1999)

2. เกิดการสูญเสียทางด้านสังคม (social damage) การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณสูงก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมมากมายโดยเฉพาะปัญหาทางครอบครัว การหย่าร้างในครอบครัวที่มีผู้ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก สมาชิกในครอบครัวมีความตึงเครียด ทะเลาะวิวาทและมีการใช้ความรุนแรง

ของพ่อแม่/ผู้ปกครองที่ดื่มแอลกอฮอล์ เป็นอันตรายต่อเด็กและไม่เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูก เด็กจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของพัฒนาการด้านอารมณ์ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลกระทบต่อการทำงานที่แย่ลงและอาจตกงานได้ นอกจากนี้ยังอาจเกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุ การทำผิดกฎหมายทางเพศ การใช้ความรุนแรงและอาจถึงการฆาตกรรมผู้อื่นได้ (Gelder, et al., 2001; Burge, & Schneider, 1999) และผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีโอกาสเกิดการทะเลาะวิวาทและทำร้ายร่างกายกับคนในบ้านและคนนอกบ้านได้มากกว่าผู้ที่ดื่มเป็นครั้งคราว ปัญหาที่เกิดจากสามีดื่มแอลกอฮอล์ประจำแล้วทำร้ายภรรยาพบร้อยละ 5.7 และภรรยาที่ดื่มแอลกอฮอล์ประจำแล้วทำร้ายสามีพบร้อยละ 6.2 และผู้หญิงที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีโอกาสที่จะถูกคนในบ้านทำร้ายร่างกายอีกร้อยละ 5.5 (วิชัย โปษยะจินดา และอาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, 2545)

3. ทำให้เกิดโรคทางจิตเวช (psychiatric disorders) การดื่มแอลกอฮอล์มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่ดี อาจก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า ก้าวร้าวและนำไปสู่การใช้ความรุนแรงได้ พูดเสียงคลุ้มเครือ ฟิมพ้า (slurred speech) ง่วงซึม (stupor) และทำให้การทำหน้าที่ต่างๆบกพร่อง การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากและดื่มเป็นระยะเวลายาวนานจะก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิต มีภาวะสับสนและเกิดอาการหูแว่วได้ (Desjarlais, et al., 1995)

นอกจากนี้สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วย ยังมีผลให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด (Owen, Fishor, & Booth, 1996; Pristach, & Smitt, 1990) ตลอดจนไม่ได้รับความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง (Solomon, & Davis, 1986) ทำให้อาการทางจิตรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อโปรแกรมการบำบัด (Cary, et al., 1996) เป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ เป็นผลมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Shaner, et al., 1995) และต้องกลับเข้ารับการรักษาบำบัดถี่ขึ้นกว่าเกณฑ์ที่ควรเป็น ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ติดแอลกอฮอล์จะสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ติดแอลกอฮอล์ (Bartels, et al., 1993)

ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์นั้น มีความยุ่งยากในการบำบัด แพทย์จะยึดหลักทั่วไปในการรักษา ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอื่นๆ เมื่อมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วม (comorbidity หรือ dual diagnosis หรือ double trouble หรือ double jeopardy) ซึ่งมีหลายลักษณะ ได้แก่

1. การที่บุคคลมีความเจ็บป่วยทางจิตเวชอยู่ก่อน เมื่อมาพบกับสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงทำให้มีการใช้สารเสพติดตามมา
2. การที่บุคคลใช้สารเสพติด จนกระทั่งเกิดการเจ็บป่วยทางจิตตามมา
3. การที่ความผิดปกติทั้งสองชนิดนี้เกิดขึ้นพร้อมๆกัน ไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าอะไรเป็นสาเหตุ

4. การที่มีความผิดปกติทางจิตอยู่ก่อน และเมื่อมาใช้สารเสพติดทำให้อาการทางจิตแสดงออกมาชัดเจนขึ้น

5. การที่บุคคลมีความไม่สุขสบายบางอย่าง จึงใช้สารเสพติดเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายเหล่านั้นส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางจิตตามมา

เมื่อแพทย์ได้เลือกวิธีการรักษาแล้วจะพิจารณาแนวทางดังนี้ร่วมด้วย (พิชัย แสงชัยชาญ, 2549) คือ ให้การรักษาที่ครอบคลุมตามแบบ bio-psycho-social ทั้งส่วนของการใช้แอลกอฮอล์ และส่วนของโรคจิตเวช อาจต้องพิจารณาให้ยาอื่นร่วมด้วยถ้ามีความจำเป็น เนื่องจากโรคร่วม (comorbidity) ของโรค หรืออาการทางจิตเวชสามารถมีได้มากกว่า 1 โรคหรืออาการ เช่น การให้ยาแก้ซึมเศร้า (antidepressants) ในผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการซึมเศร้า เป็นต้น และต้องเลือกให้ยาให้เหมาะสมกับชนิดของสารเสพติด และระยะของการรักษา เช่น ระยะถอนพิษ, agonist maintenance

ในการบำบัดผู้ใช้แอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท โดยเฉพาะสาร dopamine ที่มีการหลั่งออกมามากแต่การดูดกลับช้าลง จึงทำให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ว่าแรงมากกว่าปกติ บางครั้งมีอาการทางจิต ประสาทหลอน แผลภาพผิด นอกจากนี้ แอลกอฮอล์ยังมีผลต่อระดับของสาร Endorphins, Serotonin และ GABA ในบริเวณ nucleus accumbens และบริเวณ ventral segmental area อยู่ในระดับต่ำหลังจากหยุดดื่มแอลกอฮอล์ จากการที่แอลกอฮอล์มีผลต่อ Dopamine และ Serotonin โดยมีบทบาทเป็น positive reinforcement คือ ทำให้เคลิบเคลิ้ม (euphoria) มีความอยาก (craving) และความต้องการ (need) สัมพันธ์กับ rewarding ซ้ำๆ ก็จะนำไปสู่การดื่ม และเมื่อเกิดความเครียด (Stress reduction effect) เพราะ Stress มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดื่มซ้ำๆ ผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยลดความเครียดของตน และเมื่อดื่มแล้วส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ reward sensation system ออกฤทธิ์ช่วยให้คลายความวิตกกังวลและทำให้ง่วงนอน (anxiolytic and sedative effects) แต่ถ้าดื่มไปนานๆจะมีผลลดการทำงานของ GABA ทำให้เกิดการทนทานต่อแอลกอฮอล์ และเกิดอาการขาดแอลกอฮอล์เมื่อหยุดดื่มทันที (tolerance and withdrawal symptoms) ซึ่งนำไปสู่การติดแอลกอฮอล์ การใช้ยาเพื่อช่วยปรับสมดุลของสารสื่อประสาท ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการเลือกใช้ เช่น เพื่อช่วยลดอาการขาดแอลกอฮอล์ เพื่อรักษาอาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้น เพื่อลดการดื่มแอลกอฮอล์หรือเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ ยาที่ใช้บำบัดได้แก่ (พิชัย แสงชัยชาญ, 2549)

1) เพื่อลดอาการขาดแอลกอฮอล์ หลักสำคัญคือ ช่วยให้ผู้ป่วยผ่านช่วง Alcohol Withdrawal ได้อย่างปลอดภัย เป็นการให้ยาชดเชยเพื่อระงับอาการ Withdrawal ยาที่นิยมใช้ได้แก่ Benzodiazepine เพราะมี cross - tolerant กับ alcohol (Staley, 2007) ในกรณีผู้ป่วย

สูงอายุหรือผู้ป่วยมีโรคตับอาจใช้ยาที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้น ไม่ย่อยสลายโดยตรงที่ตับ ได้แก่ Lorazepam (Malcolm, 2002) การให้ยาอาจทำได้ 2 วิธีคือ วิธีการให้ยาชดเชยตามอาการของการขาด แอลกอฮอล์ของผู้ป่วย(symptoms trigger) ซึ่งต้องมีผู้ชำนาญการทำการประเมินผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง ส่วนอีกวิธีคือการให้ยาตามที่แพทย์กำหนด (fix dose) ตามความเหมาะสมของความรุนแรงของการขาดแอลกอฮอล์ และภาวะโรคของผู้ป่วย (Bayard, et al., 2004)

2) เพื่อรักษาอาการทางจิตเวช ผู้ป่วยที่หยุดดื่มแอลกอฮอล์หรือดื่มแอลกอฮอล์ติดต่อกันมานาน อาจมีอาการทางจิต เช่น อาการประสาทหลอน การแปลภาพผิดและอาการหลงผิด เป็นต้น จึงอาจต้องให้ยาเพื่อบำบัดอาการทางจิต ที่เป็นยาในกลุ่มต้านโรคจิต (Antipsychotic) เช่น Haloperidol, Perphenazine เป็นต้น

3) เพื่อลดอาการอยากดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ามีสารสื่อประสาทหลายตัวที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ reinforcing effect ของ alcohol ได้แก่ endogenous opioid, serotonin, glutamate เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Naltrexone, Acamprosate

4) เพื่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์เมื่อดื่มแอลกอฮอล์ ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Disulfiram เนื่องจากการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วมเป็นปัญหาที่มีความยุ่งยาก จึงต้องเป็นการบำบัดที่ผสมผสานทั้งการรักษาด้วยยาพร้อมกับจิตบำบัด ซึ่งเป็นการรักษาที่เหมาะสมที่สุด การใช้ยารักษาโรคจิต (antipsychotics) ทั้งกลุ่ม typical และกลุ่ม atypical ยารักษาโรคจิตกลุ่ม atypical เป็นทางเลือกที่ดีกว่ากลุ่ม typical เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการรักษาอาการด้านลบ (negative symptoms) ได้ดีกว่า และมีอาการข้างเคียงที่ต่ำกว่า ส่งผลช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษา ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในการรักษาทั้งผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยโรคสารเสพติด นอกจากนี้ ยารักษาโรคจิตกลุ่ม atypical ยังช่วยลดอาการอยากยาได้อีกด้วย มีการศึกษาการใช้ยา Clozapine, Olanzapine รักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ติดแอลกอฮอล์ได้ผลดี โดยช่วยลดความรุนแรงของการดื่มที่เป็นอันตราย และลดจำนวนวันที่ดื่ม แต่การใช้ยานี้จะได้ผลดีควรใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เพิ่งเริ่มติดแอลกอฮอล์ (Akerele, & Levin, 2002) การใช้ยา disulfiram ควรใช้ด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากยาตัวนี้อาจเพิ่มระดับของ dopamine โดยการยับยั้ง dopamine β -hydroxylase (DBH) ทำให้กระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตได้ นอกจากนี้การใช้ยา naltrexone ในการลดการดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ป่วยจิตเภทนั้นยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ ดังนั้นการรักษาโรคทางจิตเวชและการรักษาสารเสพติดจะต้องกระทำร่วมกันและกระทำไปพร้อมกันโดยทีมผู้รักษาทีมเดียวกัน อันประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ ภายใต้อาณัติการรักษาร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและปัญหาต่างๆ ที่สอดคล้องและสอดคล้องซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังได้รับการรักษาที่มีการประสานกันเป็นอย่างดี แนวทางการรักษานี้เรียกว่า integrated

treatment ซึ่งแนวทางการรักษานี้จะต้องมีการเชื่อมโยงประสานกัน ระหว่างผู้ให้การบำบัดรักษาทั้งที่อยู่ในระบบหรือทีมเดียวกัน และผู้ให้การบำบัดรักษาที่อยู่นอกระบบหรือนอกทีมการรักษา ดังนั้นแม้ว่าจะมีแพทย์มากกว่าหนึ่งคน บุคลากรในทีมมีจำนวนหลายคน เช่น ทีมบำบัดรักษาสารเสพติดกับทีมรักษาโรคจิตเวช แต่ทุกคนจะต้องทำงานประสานกันเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นภายในหรือภายนอกหน่วยงานการบริการของตน การเชื่อมโยงประสานกันในลักษณะนี้เรียกว่า system integration จากการศึกษาเปรียบเทียบการใช้โปรแกรมการบำบัดแบบ integration สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วยซึ่งเป็นผู้ป่วยนอก สามารถทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเข้มแข็ง ช่วยลดการใช้สารเสพติดและลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (Drake, et al., 1998) ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการบำบัดแบบ integration นี้ยังสามารถช่วยลดต้นทุน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดหรือเลิกใช้สารเสพติดได้และยังส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย (Ries, et al., 1997) ดังนั้นการบำบัดด้วยยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วยอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอ จำเป็นต้องนำการบำบัดด้านจิตสังคมมาร่วมด้วยเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากที่สุด การรักษาด้วยจิตบำบัดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด ที่ต้องให้ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ (empathy) และไม่ตัดสินผิดถูก (non – judgemental) ในเรื่องการเสพยาเสพติดของผู้ป่วย เพื่อช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา ร่วมมือในการรักษาได้นานขึ้น และสิ่งสำคัญคือเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาทางจิตสังคมที่เกิดจากการติดแอลกอฮอล์ได้ (Rohsenow, & Malley, 1999) นอกจากนี้เป้าหมายของการบำบัดด้านจิตสังคมคือการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม ให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มหรือหยุดดื่มได้นานที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การบำบัดด้านจิตสังคมได้แก่ จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) การให้คำปรึกษา (counseling) การเสริมสร้างทักษะชีวิต (life skill) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) การเปลี่ยนแนวความคิด (cognitive - behavior therapy) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตสุรา (psycho – education) การทำครอบครัวบำบัด (family therapy) ชุมชนบำบัด (therapeutic community) และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) (Gelder, et al., 2001) จากการศึกษาประสิทธิผลของจิตสังคมบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์ ในโครงการวิจัย Project MATCH ของสถาบัน National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่ามี 3 รูปแบบที่ใช้ได้ผลในการบำบัด คือ

1. การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral therapy)

จากความเชื่อว่า เหตุการณ์ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมต่างมีผลกระทบซึ่งกันและกัน โดย CBT จะเน้นที่กระบวนการคิดเป็นสำคัญ หากกระบวนการคิดของเราผิดพลาดหรือไม่

สอดคล้องกับความเป็นจริง อารมณ์และพฤติกรรมที่ตอบสนองความคิดนั้นก็จะปัญหา ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงความคิดก็จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ เป็นจิตบำบัดระยะสั้นสาขาหนึ่ง ซึ่งเน้นการบำบัดที่อาการเฉพาะบางอาการ การบำบัดจึงทำโดยการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักถึง negative cognition และเปลี่ยนแปลง cognition ให้สอดคล้องกับความเป็นจริง อารมณ์ของคนเราเกิดจาก cognition ในการรับรู้และตีความสิ่งเร้าที่เราประสบ อารมณ์พื้นฐาน 4 อย่างคือ อารมณ์เสียใจ อารมณ์ดีใจ อารมณ์โกรธและกังวลใจ อารมณ์เสียใจจะเกิดขึ้นเมื่อเรารับรู้ถึงการสูญเสียหรือความพ่ายแพ้ การไม่เป็นที่ยอมรับของบุคคลสำคัญในชีวิต ผลที่ตามมาในแง่พฤติกรรม คือ การแยกตัวโดยเฉพาะบุคคลที่ทำให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว ส่วนความโกรธเกิดจากการรับรู้ว่าคุณถูกคุกคามจากบุคคลอื่น พฤติกรรมจะมีลักษณะปกป้องตัวเอง หรือก้าวร้าว สำหรับความกังวลเกิดขึ้นเมื่อ บุคคลนั้นรับรู้ในจุดที่เป็นปัญหาของตน ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดตามมักเป็นลักษณะของการถอยหนี ส่วน cognition และความผิดปกติในผู้ป่วยจิตเวช cognition อารมณ์และพฤติกรรมที่ตอบสนองจะมีลักษณะรุนแรงและดำเนินต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานกว่าบุคคลปกติ โดยแต่ละความผิดปกติจะมีความเชื่อ (idiosyncratic beliefs) เกี่ยวกับตัวเองและบุคคลอื่นแตกต่างกันไป ลักษณะเฉพาะของแต่ละ cognition จะมีความสำคัญในแง่ของกรอบในการบำบัด (เชิรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2549) วิธีการบำบัดชนิดนี้เชื่อว่า ต้องให้ความสำคัญทั้งปัจจัยกระตุ้นภายนอกและปัจจัยกระตุ้นภายใน การบำบัดด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนี้ พบว่า ใช้ได้ผลดีทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคล แต่ผู้บำบัดต้องเป็นผู้ชำนาญและสามารถให้การบำบัดในรูปแบบกลุ่มปิดได้ (Marques, & Formigoni, 2001)

2. การฟื้นฟูทางจิตวิญญาณ หลัก 12 ขั้นตอน (Twelve-step facilitation)

เป็นการบำบัดเพื่อเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาไปตามหลัก 12 ขั้นตอน ตามหลักการ Twelve Steps Concept โดยอาศัยปัจจัยด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) เข้ามาบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ จิตวิญญาณ (Spirituality) เป็นด้านของจิตใจที่ดั่งงาม มีคุณธรรม จริยธรรม มีความเป็นอิสระจากกายและสมอง ความใกล้ชิดศาสนาเป็นปัจจัยป้องกันการเสพติด ไม่ให้ทำสิ่งที่ไม่ดี รู้สึกลึกซึ้งและกลัวบาป เป้าหมายเพื่อให้เกิดความสงบสุขทางจิตวิญญาณ (Sobriety) โดยบทบาทของผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจหลัก 12 ขั้นตอน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเอง โดยสรุปคือ ผู้ป่วยต้องยอมรับก่อนว่าตนเองไม่สามารถแก้ปัญหาติดแอลกอฮอล์ของตน (Powerlessness) และการติดแอลกอฮอล์ทำให้ชีวิตของตนเองยุ่งจนควบคุมไม่ได้ (Unmanageable) และให้ศรัทธาต่อพลังอำนาจที่อยู่เหนือตนเอง (Higher power) ซึ่งอาจเป็นพระเจ้าหรือสิ่งที่คุณคนนั้นมีความศรัทธาเพื่อให้อภัยช่วยเหลือตนในการเลิกแอลกอฮอล์ ผู้ติดแอลกอฮอล์ต้องกลับมามองและยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง และสิ่งที่ได้กระทำไม่ดีต่อบุคคลอื่น พยายามปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น และเมื่อสามารถแก้ไขปัญหของตนเองได้แล้วก็ให้ช่วยเหลือผู้อื่นต่อไป Bill Wilson & Bob Smith ได้ก่อตั้งกลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์

นิรนาม (Alcoholics' Anonymous) เมื่อปีค.ศ. 1935 ขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งปัจจุบันได้เผยแพร่ไปทั่วโลก มีกลุ่มนี้มากกว่า 1,000 กลุ่ม โดยมีความเชื่อว่าผู้เลิกดื่มแอลกอฮอล์จะช่วยผู้เลิกดื่มแอลกอฮอล์ด้วยกันได้ดีที่สุด การดำเนินชีวิตของกลุ่มนี้จะอาศัยหลักการ 12 ข้อ (twelve-step) และประเพณี 12 ข้อ (twelve-traditions) มาเป็นหลักการพื้นฐาน จะมุ่งเน้นที่ความเชื่อและความศรัทธา กลุ่ม AA นี้สามารถใช้ได้ผลกับผู้ติดแอลกอฮอล์และผู้ติดยาเสพติดประเภทอื่น ในการก่อตั้งกลุ่ม AA ต้องมีผู้นำที่มีความสามารถในการนำกลุ่ม ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในกรณีที่ผู้รับการช่วยเหลือมีอาการทางจิตร่วมด้วย ในประเทศไทย น.พ. พิชัย แสงชาญชัย ได้นำหลัก 12 ขั้นตอน (twelve-step facilitation) มาปรับให้เข้ากับคนไทยตามหลักพุทธศาสนา (The Buddhist Twelve Steps) และเริ่มใช้บำบัดผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เมื่อปี พ.ศ. 2546 รวมทั้งผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ที่มีโรคจิตเวชร่วมด้วย

3. การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)

เป็นการบำบัดเพื่อเสริมสร้างให้เกิดแรงจูงใจอย่างเป็นระบบ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยใช้หลักการของจิตวิทยาการเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นรูปแบบการบำบัดที่สามารถใช้ได้ผลรวดเร็วต่อการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจภายในเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งคิดค้นขึ้นโดย Miller & Rollnick ในปี ค.ศ. 1991 เป็นการนำทฤษฎี Transtheoretical Model หรือ Stages of change ของ Prochaska มาพัฒนาและบูรณาการ ค้นหาหลักการสำคัญของรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยเชื่อว่าคนไม่เหมือนกัน ต่อมา มีนักทฤษฎีที่สำคัญอีก 2 คนคือ DiClemente & Norcross ได้ร่วมกันพัฒนาทฤษฎีเพื่อนำมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลจนกระทั่งเป็นที่แพร่หลาย วิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจที่มุ่งเน้นกระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดแรงจูงใจภายในที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง เป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบโดยใช้พื้นฐานจิตวิทยาการจูงใจ (Motivation psychology) และแนวทางการให้การปรึกษารายบุคคลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ในการแก้ไขความลังเลใจของผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ต่อมาได้มีการพัฒนาเพื่อนำมาใช้ในผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วย Graeber, et al. (2003) ได้ทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการบำบัดโดยใช้ Motivational Interviewing (MI) กับ Educational Treatment (ET) ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยใช้ Motivational Interviewing (MI) มีการลดจำนวนวันดื่มลงและเพิ่มระยะเวลาของการหยุดดื่มมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย Educational Treatment (ET) กระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเริ่มตั้งแต่ขั้นที่ไม่ใส่ใจ ไม่ตระหนักในปัญหาจนถึงขั้นที่ลงมือเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง ผู้บำบัดต้องวิเคราะห์ให้ได้ว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผู้บำบัดต้องมีการตอบสนองที่

เหมาะสมในขั้นตอนนั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยก้าวไปสู่ขั้นตอนต่อไปได้ จนไปสู่พฤติกรรมที่สามารถหยุดดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างคงทนถาวร ซึ่งมี 6 ขั้นตอน (พิชัย แสงชัยชาญ, 2549) ดังนี้

1. ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation) ในขั้นนี้ผู้ป่วยไม่คิดว่าตนเองมีปัญหาจากการใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด มักคิดว่าตนควบคุมการใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดได้ จะหยุดเมื่อไหร่ก็ได้ขึ้นอยู่กับความต้องการของตน ยังรู้สึกชอบผลที่ได้จากการการใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด มองไม่เห็นผลเสียไม่สนใจตรวจเช็คสุขภาพและไม่คิดว่าตนเองมีปัญหา มักโทษคนรอบข้างหรือสิ่งแวดล้อมว่าทำให้เครียดจึงต้องดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด

ผู้บำบัดต้องให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) และการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (Information) การให้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา เน้นข้อเท็จจริงเป็นเหตุเป็นผล เป็นกลาง ไม่ชี้นำหรือครอบงำหรืออุ้มให้กลัว

2. ขั้นลังเลใจ (Contemplation) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยประสบกับผลกระทบในทางลบจากการใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด แต่อาจมารุนแรงมาก เช่น มีปัญหาสุขภาพ ถูกจับ มีปัญหาครอบครัว หรือถูกผู้บังคับบัญชาตักเตือน เป็นต้น แต่ยังเห็นผลดีของการใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดมากกว่าผลเสีย และรู้สึกว่าตนเองยังสามารถควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดได้พยายามควบคุมตนเองแต่ก็ยังดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดอยู่

ผู้บำบัดต้องพูดถึงข้อดีข้อเสียของการใช้ และการเลิกใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด โดยปกติผู้ป่วยมักจะเห็นข้อดีของการใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด และข้อเสียของการเลิกใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด ซึ่งจะตรงกันข้ามกับผู้บำบัด การพูดคุยถึงข้อดีข้อเสีย ผู้บำบัดต้องเป็นกลางและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบทั้ง 4 ประเด็นคือ ข้อดีของการใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดกับการเลิกใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด และข้อเสียของการใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดกับการเลิกใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด ขณะตรวจสอบผู้บำบัดอาจให้ข้อมูลที่ถูกต้องไปด้วย

3. ขั้นตัดสินใจหยุดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดอย่างจริงจัง (Determination) ขั้นนี้ผู้ป่วยมักประสบกับโทษภัยที่รุนแรง หรือตระหนักถึงปัญหาของการดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด และตัดสินใจเลิกใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด

ผู้บำบัดต้องเสนอทางเลือกในการเลิกใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด (Menu) ไม่ควรมีทางเลือกมากนักจนสับสน หรือน้อยเกินไปจนเหมือนถูกบังคับ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกได้อย่างอิสระ (Freedom of choice) เน้นความรับผิดชอบในการเลือกของตนเอง (Responsibility) และส่งเสริมศักยภาพในการทำ (Self-efficacy) ของผู้ป่วย

4. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ในขั้นนี้ผู้ป่วยกำลังลงมือปฏิบัติการหยุดดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด แต่ยังไม่สำเร็จ ระยะเวลามักอยู่ในช่วง 6 เดือนแรก โดยกระทำตามวิธีที่ตนได้เลือกเพื่อหยุดดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด ผู้ป่วยอาจกระทำไม่ได้ไม่สม่ำเสมอในบางช่วง

ผู้บำบัดต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำตามวิธีที่ตนเลือกอย่างต่อเนื่อง (Compliance or Adherence) จัดอุปสรรคที่อาจทำให้กระทำไม่ได้ต่อเนื่อง ให้ความสนใจในวิธีการ ความชำนาญในการกระทำ ให้ความหวังและกำลังใจ

5. ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) ขั้นนี้ผู้ป่วยมักเลิกใช้แอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด ได้ประมาณ 6 เดือน อารมณ์ ความคิดค่อนข้างมั่นคง กระทำตามวิธีที่ตนเลือกได้อย่างต่อเนื่อง มีความมั่นใจว่าตนเองเลิกใช้แอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดได้

ผู้บำบัดต้องป้องกันการกลับไปใช้แอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดซ้ำ (Relapse prevention) การใช้ชีวิตชีวิตที่สมดุล มีคุณค่า การออกกำลังกาย การบริหารเวลา การผ่อนคลาย ความเครียด การดูแลสุขภาพตนเอง การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ การควบคุมสิ่งเร้าที่ทำให้อยากดื่ม/เสพ การหมั่นสังเกตสัญญาณเตือนที่สื่อถึงการกลับไปติดซ้ำ เป็นต้น

6. การกลับไปมีปัญหาล้ำ (Relapse) ในขั้นนี้ผู้ป่วยเริ่มนำตนเองเข้าไปสู่สถานการณ์ที่เสี่ยง การปล่อยให้ตนเองมีความประมาททางอารมณ์และจิตใจ การไม่สามารถจัดการกับอาการอยากยา ความประมาทเลินเล่อ จนเผลอใจกลับไปใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดซ้ำ ปฏิกริยาทางจิตใจหลังการเผลอใจไปใช้ เช่น รู้สึกผิด ซ้ำเติมตนเอง ปฏิเสธความจริง เป็นต้น จนกระทั่งควบคุมไม่ได้และกลับไปมีปัญหาดื่มแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดอีก

ผู้บำบัดต้องดึงผู้ป่วยให้กลับไปสู่หนทางของการหยุดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดให้เร็วที่สุด (Recovery Process) และประคับประคอง ให้กำลังใจในการยอมรับความอ่อนแอของตนเอง การสารภาพผิด มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา การสรุปบทเรียนและการมุ่งมั่นในการเลิกใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดต่อไป

สรุปได้ว่าการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่ใช้แอลกอฮอล์ทั้ง 3 รูปแบบได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับ แต่ที่ได้ผลดีที่สุด คือ การฟื้นฟูทางจิตวิญญาณ หลัก 12 ขั้นตอน (twelve-step facilitation) ส่วนในกลุ่มที่มีอาการติดแอลกอฮอล์รุนแรง ควรบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy) สำหรับในกลุ่มที่อาการติดแอลกอฮอล์ไม่รุนแรง การบำบัดด้วยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) หรือการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy) ให้ผลดีพอๆกัน

สำหรับในประเทศไทย จากการรายงานการประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ประจำปี 2548 สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นสถาบันบำบัดรักษา

ด้านยาเสพติด ได้นำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Motivational Interviewing) ซึ่งประสิทธิภาพในการบำบัดได้ผลดี และต่อมาในปี 2551 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้นำมาจัดทำเป็นแนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุรา สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (Clinical Practice Guideline for Alcohol – Related Disorder for Health Care Practitioner) โรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช มีนโยบายหลักมุ่งเน้นฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและกลับไปอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด ที่ผ่านมามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ในโรงพยาบาลศรีธัญญา ยังไม่มีโปรแกรมที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย โดยจะเน้นให้การรักษาด้วยยาเป็นหลัก ส่วนการบำบัดในหอผู้ป่วย พยาบาลจะใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคที่เป็นอยู่ การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง รู้ถึงสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง และยอมรับร่วมมือในการรับประทายยาต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้อาการทางจิตลดลง แพทย์สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน แต่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติใช้แอลกอฮอล์ส่วนใหญ่กลับไปอยู่บ้านได้ไม่นาน อาการก็กำเริบซ้ำจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอีก ทำให้ญาติรู้สึกท้อแท้และเป็นภาระในการดูแล ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานๆ เมื่อมาวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งมีความเชื่อมโยงส่งผลกระทบต่อเนื่องกัน และต้นเหตุของปัญหาที่สำคัญคือ การใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางในการทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาจากการใช้แอลกอฮอล์ ตามที่ปฏิบัติกันส่วนใหญ่จะให้ข้อมูลก่อนจำหน่ายในการปฏิบัติตน ซึ่งผู้ป่วยก็ยอมรับฟังและตกลงที่จะปฏิบัติตาม แต่เมื่อกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมๆ และจากอาการของโรคจิตเภทที่มีผลต่อความคิด การตัดสินใจและการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดความเครียด เมื่อไม่สามารถแก้ปัญหาได้ก็หันกลับไปดื่มแอลกอฮอล์อีก เป็นปัญหาสำคัญที่ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลพยายามหากระบวนการในการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้สามารถลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้แอลกอฮอล์ร่วม ด้วยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ซึ่งจากกระบวนการของการบำบัดสามารถทำให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ตัดสินใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และการทำข้อตกลงการหยุดดื่มกับผู้บำบัด ทั้งนี้เพื่อเป็นแรงยึดเหนี่ยวไม่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำอีก

สรุป ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งพบว่ามีการใช้สารเสพติดประเภทแอลกอฮอล์เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภท และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สาเหตุของการดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ป่วยจิตเภทเหมือนคนปกติทั่วไป นอกจากนั้นยังมาจากอาการเจ็บป่วยทางจิตที่มีผลต่อความคิดและการตัดสินใจ การแก้ไขและการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดความเครียดได้ง่ายกว่าคนปกติ จาก

การศึกษานี้สำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้มาจากด้านจิตใจเป็นส่วนใหญ่ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทดื่มแอลกอฮอล์ย่อมเกิดผลกระทบมากกว่าคนปกติ กล่าวคือ ผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดผลกระทบต่อโรคที่เป็นอยู่ด้วย ทำให้ร่วมมือในการรักษาได้ไม่เต็มที่ การตอบสนองต่อยารักษาทางจิตไม่ดี หรือไม่ร่วมมือในการรักษา ไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ทำให้อาการทางจิตมีความรุนแรง ต้องใช้บริการฉุกเฉินบ่อยและต้องเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีต้นทุนในการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (Carey, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยมากกว่าการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ส่งผลถึงการพยากรณ์โรคและการรักษาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดเป็นกลุ่มที่บำบัดยาก ทั้งในเรื่องของจำนวนครั้งในการให้การบำบัด ความร่วมมือในการรักษาและการตอบสนองต่อการรักษา (Negrete, 2003) ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ความรุนแรงของอาการทางจิตมากขึ้น เกิดปัญหาทางการเงิน ไร้ที่อยู่ กลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อย ไม่ร่วมมือในการรักษา สัมพันธภาพในครอบครัวมีปัญหา มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้น เสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV (Akerle, & Levin, 2002) และเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงทั้งปัญหาการเกิดพฤติกรรมรุนแรง การฆ่าตัวตาย การเพิ่มภาระในการดูแล การไร้ที่พึ่งอาศัยตลอดจนการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (NIAAA, 2004) นอกจากนี้ยังส่งผลถึงญาติ/ผู้ดูแล ยิ่งเพิ่มภาระในการดูแล เพิ่มความเครียด ความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ของญาติ/ผู้ดูแล จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานและได้สัมภาษณ์ญาติ/ผู้ดูแล ใช้วิธีลดความเครียดและภาระการดูแลโดยการเข้าบ้านให้ผู้ป่วยอยู่ต่างหาก บางรายขอให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานให้นานที่สุด บางรายรู้สึกเป็นภาระมากจนไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ เกิดปัญหาผู้ป่วยไร้ที่อยู่อาศัย จะเห็นได้ว่าผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ด้วยนั้นมีมากมาย เฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่เป็นจิตเภทอย่างเดียวก็เป็นภาระหนักสำหรับญาติอยู่แล้ว และยังมีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วยยิ่งส่งผลกระทบทั้งผู้ป่วยเอง ญาติ/ผู้ดูแล รวมทั้งทีมสุขภาพที่ให้การบำบัดรักษา ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพจากหลักฐานเชิงประจักษ์นำมาเป็นแนวทางให้การบำบัดเพื่อช่วยลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ โปรแกรมการบำบัดดังกล่าวนี้ จะช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลในแนวทางเดียวกัน และสามารถประเมินผลการปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยจิตเภท

1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

การดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท ก่อให้เกิดผลกระทบในด้านต่างๆ ได้แก่ ทำให้ควบคุมอาการของโรคได้ยาก ขาดความร่วมมือในการรักษา มีความเสี่ยงในเรื่องการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น และเป็นสาเหตุที่ทำให้อาการทางจิตกำเริบจนต้องกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว/ญาติ/ผู้ดูแล จากการศึกษาสาเหตุสำคัญของการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำที่สำคัญคือ สาเหตุทางด้านจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทประสบความเครียดจากปัญหาภายในครอบครัว ปัญหาการเงิน สถานภาพการเงิน รวมทั้งมีความอยากดื่ม การเผชิญปัญหาและใช้วิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ปัญหาหรือความเครียดนั้นไม่ได้ถูกแก้ไข และประกอบกับผู้ป่วยใช้วิธีการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อแก้ปัญหา ซึ่งส่งผลให้ปัญหาเพิ่มขึ้น ความเครียดมากขึ้นและอาการทางจิตรุนแรงขึ้น ดังนั้นหน่วยงานที่ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องหาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาที่เกิดภายหลังจากการดื่มแอลกอฮอล์ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการลด/หยุดดื่มแอลกอฮอล์ และสามารถแก้ปัญหาสาเหตุที่นำไปสู่การดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำได้ ซึ่งผู้บำบัดจำเป็นต้องมีแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์สามารถลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน

1.3 วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษาแนวทางการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์จากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ป่วยได้รับการบริการเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้สามารถลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์
2. ผู้ปฏิบัติมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วย ที่เป็นแนวทางเดียวกันและมีคุณภาพ

บทที่ 2

วิธีการดำเนินการ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทโดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งวิธีการศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วย การระบุวิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกและประเมินคุณภาพงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ ดังนี้

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

กรอบการสืบค้น

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้งานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ต้องการศึกษา จึงกำหนดคำสำคัญโดยใช้กรอบ PICO (Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout-Overholt, 2002) ในการคัดเลือกรายงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลสารสนเทศ ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

Population: ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วย ซึ่งมีผลทำให้เกิดอาการทางจิตกำเริบกลับป่วยซ้ำจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

Intervention: กิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล เช่น การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing), Brief Intervention

Comparison intervention: ไม่มีการเปรียบเทียบ

Outcome: การลด/หยุดดื่มแอลกอฮอล์

ขอบเขตการสืบค้น

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกรายงานวิจัย และ/หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับการศึกษา/วิเคราะห์ครั้งนี้ ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น

- Schizophrenia
- Substance abuse / Substance use
- Alcohol use / Alcohol abuse / Alcohol addiction

- Dual diagnosis / Comorbidity
- Motivational Interviewing
- Brief intervention
- Drinking behavior
- Abstinence rate
- Psychosocial intervention
- Integrated intervention

ฐานข้อมูล / แหล่งที่ใช้ในการสืบค้น

1. ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

- ฐานข้อมูลที่รวบรวมแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ www.guidelines.gov,
- ฐานข้อมูลที่รวบรวม systematic review ได้แก่ Cochrane library, www.joannabriggs.edu.au
- ฐานข้อมูลอื่นๆ ที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ PubMed, CINAHL, Ovid, HighWire, Science Direct, Blackwell Synergy

2. จากการค้นคว้าด้วยตนเอง

- Journal ที่ตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ British Journal of Psychiatry, American Journal of Psychiatry, Journal of Nervous and Mental Disease, Schizophrenia Bulletin, Journal of Psychosocial Nursing, Acta Psychiatrica Scandinavica เป็นต้น
- จากเอกสารอ้างอิงของบทความ/งานวิจัย จากห้องสมุดกรมสุขภาพจิตห้องสมุดโรงพยาบาลศรีธัญญา ห้องสมุดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ประเภทของหลักฐานเชิงประจักษ์

ในการคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ เอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับการศึกษาและวิเคราะห์ เพื่อนำโปรแกรมที่มีประสิทธิผลที่ดีที่สุดมาใช้เป็นแนวทางในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท โดยมีเกณฑ์การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

- เป็นงานวิจัยที่มีรูปแบบ Intervention ที่ส่งเสริม/พัฒนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วย ที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล
- เป็นงานวิจัยที่ทำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ครอบคลุมงานวิจัยที่เป็น Full Text ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 ถึง ค.ศ. 2009
- คัดเลือกรงานวิจัยที่เป็นการทดลองทั้ง Randomized Controlled Trials และ Quasi-experimental

- เลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ เนื่องจากงานวิจัยที่มีเฉพาะบทคัดย่อไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

ในการคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ตรงประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษาคือ แนวทางในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจเพื่อลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ตามหลักการที่เรียกว่า PICO (Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout-Overholt, 2002) หลังจากนั้นต้องนำมาประเมินคุณภาพและจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติหรือดำเนินการจริง ตามรูปแบบหรือการนำผลงานวิจัยนั้นๆไปใช้ในบริบทที่เฉพาะเจาะจงขององค์กร จึงมีความจำเป็นในการประเมินคุณภาพของงานก่อนที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติทางคลินิก ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติได้จริง โดยพิจารณา 3 ประเด็นหลักดังต่อไปนี้ (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

1. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical Relevance) โดยพิจารณาตามประเด็นดังนี้

- งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษาหรือไม่
- งานวิจัยนั้นสามารถช่วยในการตัดสินใจของพยาบาลได้หรือไม่
- งานวิจัยมีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษาหรือไม่
- งานวิจัยนั้นพยาบาลมีเอกสิทธิ์ตามขอบเขตของการปฏิบัติพยาบาล
- งานวิจัยนั้นมีกระบวนการเก็บข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในคลินิกได้จริง

2. การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (Scientific Merits) โดยพิจารณาจากแหล่งตีพิมพ์ ผู้ทำการวิจัย แหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนและคุณภาพของงานวิจัย ตามรายละเอียดดังนี้

- ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษา ตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยหรือไม่
- งานวิจัยได้ระบุปัญหาและเหตุผลที่ทำให้ต้องทำวิจัยอย่างชัดเจนหรือไม่
- มีการระบุกรอบแนวคิดหรือกรอบทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยหรือไม่
- มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัยหรือสมมุติฐานการวิจัยหรือไม่
- มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง ทั้งในส่วนที่สนับสนุน

สมมุติฐานการวิจัยและที่คัดค้านงานวิจัยหรือไม่ วรรณกรรมที่ทบทวนถูกต้องและทันสมัยหรือไม่ มีการสรุปการทบทวนวรรณกรรมหรือไม่

- มีการระบุประชากรเป้าหมาย วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจนหรือไม่ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอหรือไม่ เหตุผลที่ผู้ร่วมการบำบัดออกจากการบำบัด เมื่อสิ้นสุดการบำบัดผู้วิจัยได้ทดสอบความเพียงพอของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้สถิติในการวิจัยหรือไม่

- มีการระบุการใช้วิธีการวิจัย (design) หรือไม่ งานวิจัยนี้มีวิธีการอะไรในการลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน ผู้เก็บข้อมูล/ผู้บำบัดรู้สถานภาพของความเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหรือไม่ ใช้สถิติจัดการกับอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนได้เหมาะสมหรือไม่

- งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์หรือไม่ มีการระบุวิธีการรักษาความลับของผู้ร่วมการวิจัยหรือไม่

- ใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์เหมาะสมหรือไม่
- การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัยและระดับการวัดผลลัพธ์หลักหรือไม่

- ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย หรือบรรลุวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่
- มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย การสรุปอ้างอิงถึงประชากร และข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ปฏิบัติอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัยหรือไม่

3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Potential of implementation) โดยพิจารณา 3 ประเด็นดังนี้

3.1 การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) คือ การนำผลงานวิจัยหรือโครงการปฏิบัติที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงในหน่วยงานนั้น เป็นการประเมินว่าข้อเสนอแนะหรือแนวปฏิบัติที่ได้เป็นสิ่งที่ดี มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่ กลุ่มประชากรในหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการนำข้อเสนอไปใช้หรือไม่ ประสิทธิภาพในการดูแลของหน่วยงานในหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยมีความแตกต่างหรือคล้ายคลึงกับประชากรของหน่วยงานที่จะนำข้อเสนอไปใช้หรือไม่ และการนำข้อเสนอไปใช้จะใช้เวลาในการดำเนินงานและการประเมินผลนานหรือไม่ ถึงแม้ว่าผลงานวิจัยหรือโครงการนั้นมีประสิทธิผลดีมาก แต่มีประเด็นที่ไม่สอดคล้องกับหน่วยงาน ก็อาจเป็นการไม่เหมาะสมที่จะดำเนินการ

3.2 ความเป็นไปได้ (Feasibility) คือ ต้องคำนึงถึงประเด็นความเป็นไปได้ในการนำลงสู่การปฏิบัติ ได้แก่ ความเป็นไปได้ของบุคลากรภายในหน่วยงาน สิ่งเอื้ออำนวย

บรรยากาศและสภาพแวดล้อม ทรัพยากรที่เอื้อหนุน และความต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอกหรือไม่ ต้องประเมินว่าโครงการนั้นรบกวนการทำงานของบุคลากรหรือไม่ ฝ่ายบริหารมีการสนับสนุนให้นำโครงการนั้นมาใช้ในหน่วยงานหรือไม่ บรรยากาศในองค์กรส่งเสริมต่อการนำโครงการไปใช้อย่างไร จะต้องประเมินความเห็นชอบของบุคลากรอื่นๆ ว่ามีความสนใจและสนับสนุนหรือต่อต้านการนำโครงการไปใช้อย่างไร หรือจะเกิดความขัดแย้งภายในหน่วยงานหรือไม่ ประเด็นสำคัญ คือ ต้องประเมินถึงความเป็นอิสระ มีอำนาจของพยาบาลในการควบคุมการดำเนินการนั้นหรือไม่ ถ้าพยาบาลไม่มีอำนาจเต็มที่ จะต้องประเมินว่าโครงการนั้นจะขอความร่วมมือหรือการสนับสนุนได้จากหน่วยงานหรือบุคคลใด และต้องรีบดำเนินการโดยเร็วที่สุด นอกจากนี้ ถ้าโครงการจำเป็นที่จะต้องมีการฝึกอบรมเพิ่มเติมตามแนวปฏิบัติ ต้องประเมินว่าสามารถฝึกทักษะบุคลากรในหน่วยงานได้เอง หรือต้องเชิญบุคลากรภายนอกมาช่วยฝึกให้ มีความยากลำบากมากน้อยเพียงใด หากมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ ต้องประเมินว่าหน่วยงานมีความพร้อมในการจัดหาอุปกรณ์หรือไม่ และมีเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสมหรือไม่

3.3 ความคุ้มค่า (Cost – benefit ratio) คือ การประเมินอย่างรอบคอบเกี่ยวกับความคุ้มค่าของโครงการ โดยครอบคลุมกลุ่มต่างๆ รวมทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และองค์กรในภาพรวม แต่กลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญที่สุด คือ ผู้ป่วย ถ้าโครงการมีอัตราความเสี่ยงในการดำเนินการสูง ประโยชน์ที่จะได้รับต้องมีมากและโครงการหรือนวัตกรรมนั้นต้องมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือมากๆ การนำโครงการไปใช้จะต้องมีการประเมินสัดส่วนระหว่างประโยชน์ที่ได้รับกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ต้องมีการประเมินความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นหากนำโครงการนั้นไปใช้ ต้องมีการประเมินค่าใช้จ่ายสำหรับวัสดุอุปกรณ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว และต้องประเมินให้ได้ว่าหากไม่นำโครงการมาใช้ โดยยังคงปฏิบัติแบบเดิมจะเกิดความเสี่ยงอย่างไร

เมื่อได้ประเมินคุณภาพของงานวิจัยแล้วจะต้องจัดระดับของงานวิจัยแต่ละเรื่อง เพื่อประกอบการประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มา โดยใช้เกณฑ์การจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามระบบของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) ซึ่งแบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ไว้ดังนี้

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

Level II หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มาจากงานวิจัยอย่างน้อยหนึ่งเรื่องที่เป็นงานวิจัย RCTs

Level III หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Level IV หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case control และ Cohort study ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี

Level V หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของงานวิจัยแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VII หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการคิดเห็นหรือทัศนะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

บทที่ 3

ผลการดำเนินการ

3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น

ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลที่กำหนด พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายและเป็นงานวิจัยเชิงทดลองยังมีจำนวนน้อย เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นการพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมให้สามารถลด/เลิกดื่มแอลกอฮอล์ในคนปกติทั่วไป เริ่มนำมาพัฒนาใช้ในผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ยังมีงานวิจัยไม่มากนัก สำหรับงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้โดยใช้เกณฑ์การประเมินของ Melnyk & Fineout - Overholt (2005) ทั้งหมดมีจำนวน 5 เรื่อง เป็นงานวิจัยระดับ 2 คืองานวิจัยที่เป็น Randomized Controlled Trials ทั้ง 5 เรื่อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) จากฐานข้อมูล PubMed

-Schizophrenia + Substance + Motivational Interviewing	11 Studies	Full text = 3 Studies
-Schizophrenia + Alcohol use	1,469 Studies	
-Schizophrenia + Dual diagnosis + Motivational Interviewing	7 Studies	
-Schizophrenia + Motivational Interviewing + Alcohol	8 Studies	

2) จากฐานข้อมูล CINAHL

-Schizophrenia + Substance + Motivational Interviewing	18 Studies	Full text = 2 Studies
-Schizophrenia + Dual diagnosis + Motivational Interviewin	4 Studies	
-Schizophrenia + Motivational Interviewing + Alcohol	2 Studies	

3) จากฐานข้อมูล Ovid

-Schizophrenia + Substance + Motivational Interviewing	2 Studies	Full text = 0 Studies
-Schizophrenia + Dual diagnosis + Motivational Interviewing	0 Studies	
-Schizophrenia + Motivational Interviewing + Alcohol	1 Studies	

4) จากฐานข้อมูล HighWire

-Schizophrenia + Substance + Motivational Interviewing	178 Studies	} Full text = 3 Studies
-Schizophrenia + Dual diagnosis + Motivational Interviewing	88 Studies	
-Schizophrenia + Motivational Interviewing + Alcohol	153 Studies	

5) Science Direct

-Schizophrenia + Substance + Motivational Interviewing	32 Studies	} Full text = 1 Studies
-Schizophrenia + Dual diagnosis + Motivational Interviewingn	0 Studies	
-Schizophrenia + Motivational Interviewing + Alcohol	0 Studies	

6) จากฐานข้อมูล Blackwell-synergy

-Schizophrenia + Substance + Motivational Interviewing	0 Studies	} Full text = 0 Studies
-Schizophrenia + Dual diagnosis + Motivational Interviewing	0 Studies	
-Schizophrenia + Motivational Interviewing + Alcohol	28 Studies	

สรุป ได้งานวิจัยทั้งหมด 9 เรื่อง สกัดแล้วใช้ได้ 5 เรื่อง

งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลที่กำหนด และผ่านการประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ที่ได้ระบุในบทที่ 2 พบงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์และเป็น Randomized Controlled Trials สามารถนำมาวิเคราะห์ได้มีจำนวนทั้งหมด 9 เรื่อง แต่คัดออก 4 เรื่อง ดังนี้

1. Ho, A. P., Tsuang, J. W., Liberman, R. P., Wang, R., Wilkins, J. N., Eckman, T. A., et al. (1999). Achieving effective treatment of patients with chronic psychotic illness and comorbid substance dependence เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นโปรแกรมที่ศึกษาผลการบำบัดผู้ป่วยนอกที่มารับบริการโรงพยาบาลกลางวัน

2. Hulse, G. K., Tait, R. J. (2002). Six-month outcomes associated with a brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders. เนื่องจากในงานวิจัยไม่ได้ระบุกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท

3. James, W., Preston, N. J., Koh, G., Spencer, C., Kisely, S. R., Castle, D. J. (2004). A group intervention which assists patients with dual diagnosis reduce their drug use : a randomized controlled trial. เนื่องจากงานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มี

การใช้แอลกอฮอล์ อาศัยอยู่ในชุมชน โดยมีพยาบาลชุมชนเป็นผู้ส่งผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัด

4. Baker, A., Bucci, S., Lewin, T. J., Kay-Lambkin, F., Constable, P. M., Carr, V. J. (2006). Cognitive-behavioural therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยเป็นผู้ป่วยนอก

ดังนั้นจึงคงเหลืองานวิจัยที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้รวม 5 เรื่อง ซึ่งได้จากฐานข้อมูลดังนี้

- จากฐานข้อมูล CINAHL พบงานวิจัยฉบับสมบูรณ์จำนวน 1 เรื่อง
- จากฐานข้อมูล HighWire พบงานวิจัยฉบับสมบูรณ์จำนวน 2 เรื่อง
- จากฐานข้อมูล PubMed พบงานวิจัยฉบับสมบูรณ์จำนวน 2 เรื่อง

ตาราง 1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

อันดับ	ชื่อเรื่อง/ผู้วิจัย/วารสาร	ระดับงานวิจัย
1	Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R., et al. (2001). Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing, Cognitive Behavior Therapy, and Family Intervention for Patients With Comorbid Schizophrenia and Substance Use Disorders. <i>American Journal of Psychiatry</i> , 158, 1706–1713.	RCT, Level II
2	Haddock, G., Barrowclough, C., Tarrier, N., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., et al. (2003). Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse 18-month outcomes of a randomized controlled trial. <i>British Journal of Psychiatry</i> , 183,418–426.	RCT, Level II
3	Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., et al. (2002). Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. <i>Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs</i> , 97, 1329–1337.	RCT, Level II

ตาราง 1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ (ต่อ)

อันดับ	ชื่อเรื่อง/ผู้วิจัย/วารสาร	ระดับงานวิจัย
4	Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, v., Garrett, R., et al. (2002). Motivational interviewing among psychiatric in-patients with substance use disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica, 106, 233–240	RCT, Level II
5	Graeber, A., Moyeers, B., Griffith, G., Guajardo E., Tonigan, S. (2003). A Pilot Study Comparing Motivational Interviewing and an Educational Intervention in Patients with Schizophrenia and Alcohol Use Disorders. Community Mental Health Journal, 39(3), 189 – 202	RCT, Level II

3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

เมื่อทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่างๆ พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสามารถนำมาแก้ปัญหาทางคลินิก โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถลด/หยุดการใช้แอลกอฮอล์ ดังต่อไปนี้

เรื่องที่ 1

ชื่อผู้วิจัย Barrowclough, C., et al. (2001)

ชื่อเรื่อง Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing, Cognitive Behavior Therapy, and Family Intervention for Patients With Comorbid Schizophrenia and Substance Use Disorders.

การศึกษานี้ทำในกลุ่มตัวอย่างที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา เป็นการเปรียบเทียบการบำบัดแบบผสมผสาน (Integrated intervention program) กับการดูแลทั่วไป (Routine care) ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ทำการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวช 3 แห่งในประเทศอังกฤษ เป็นโปรแกรมการบำบัดแบบผสมผสานทั้ง Motivational Interviewing, Cognitive Behavior Therapy และ Family Intervention งานวิจัยเป็น Randomized Controlled Trial มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คนและมีญาติ/ผู้ดูแลอีกจำนวน 36 คน จากการติดตามผลการวิจัยในเดือนที่ 3, 6 และ 12 พบว่า การบำบัดแบบผสมผสาน (Integrated

intervention program) ในผู้ป่วยจิตเภทจะมีผลในการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ ช่วยลดอาการทางจิตทั้งอาการทางลบและอาการทางบวก หลังการบำบัดสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ แต่ไม่ได้ช่วยเพิ่มจำนวนวันของการหยุดดื่มแอลกอฮอล์/การเสพสารเสพติด ในการศึกษาที่ผู้บำบัดเป็นนักจิตวิทยาคลินิก หรือพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกเทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ชำนาญการ เป็นการบำบัดรายบุคคลโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นให้รับรู้ปัญหาและแก้ไขความลังเลใจ ทำให้สามารถตัดสินใจเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ตามขอบเขตแห่งวิชาชีพ ซึ่งการบำบัดใช้เวลาไม่มาก สามารถนำมาประยุกต์ใช้ไปพร้อมกับงานประจำได้

เรื่องที่ 2

ชื่อผู้วิจัย Haddock, G., et al. (2003)

ชื่อเรื่อง Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse 18-month outcomes of a randomized controlled trial.

เป็นการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมต่อเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเรื่องที่ 1 เป็นระยะเวลา 18 เดือน หลังจากได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบประสมประสานทั้ง Motivational Interviewing, Cognitive Behavior Therapy และ Family Intervention พบว่ายังคงมีผลในการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ ช่วยลดอาการทางจิตทั้งอาการทางลบและอาการทางบวก ช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ แต่ไม่ได้ช่วยเพิ่มจำนวนวันของการหยุดดื่มแอลกอฮอล์/การเสพสารเสพติด ผู้บำบัดเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกเทคนิคการให้คำปรึกษา เพื่อสร้างแรงจูงใจให้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยผู้ชำนาญการ ซึ่งพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ตามขอบเขตแห่งวิชาชีพ การบำบัดใช้เวลาไม่มาก สามารถนำมาประยุกต์ใช้ไปพร้อมกับงานประจำได้

เรื่องที่ 3

ชื่อผู้วิจัย Baker, A., et al. (2002)

ชื่อเรื่อง Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services.

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของ Motivational Interview ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชในการลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์/ใช้ยาเสพติด ทำการศึกษาที่ Psychiatric hospital in the Hunter region of New South Wales ประเทศ Australia กลุ่มตัวอย่างเป็น

กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา มีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยในหน่วยงาน งานวิจัยเป็น Randomized Controlled Trial กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในทั้งหมดจำนวน 160 คน จะถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 79 คน ได้รับการบำบัดด้วย Motivational Interview รายบุคคล และเป็นกลุ่มควบคุม 81 คน ได้รับชุดความรู้ไปศึกษาด้วยตนเองจำนวน 78 คน มีการติดตามประเมินผลหลังให้การบำบัดในเดือนที่ 3, 6 และ 12 กลุ่มตัวอย่างเสียชีวิต 4 ราย โดยเสียชีวิตก่อนรับการบำบัด 1 ราย, ตอนติดตามผล 3 เดือนแรก 1 ราย และระหว่างติดตามผลเดือนที่ 3-6 อีก 2 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังให้การบำบัดด้วย Motivational Interview (MI) แบบรายบุคคล สามารถช่วยให้การทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น และช่วยให้อาการทางจิตดีขึ้น ช่วยเพิ่มความต้านทานในผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์และร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาโดยมา Follow up มากกว่ากลุ่มควบคุมตลอดระยะเวลาการติดตามผล ส่วนการเพิ่มจำนวนวันของการหยุดดื่มแอลกอฮอล์/การเสพยาเสพติดไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นนวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้ พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ตามขอบเขตแห่งวิชาชีพ ใช้เวลาไม่มาก สามารถประยุกต์ใช้ไปพร้อมงานประจำได้โดยไม่ทำให้เสียเวลา ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย

เรื่องที่ 4

ชื่อผู้วิจัย Baker, A., et al. (2002)

ชื่อเรื่อง Motivational interviewing among psychiatric in-patients with substance use disorders.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมรูปแบบการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดร่วมด้วย หากความสัมพันธ์ในการโน้มน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและประเมินประสิทธิภาพการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการบำบัด โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 160 คน ถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 79 คน ได้รับการบำบัดด้วย Motivational Interview รายบุคคล และเป็นกลุ่มควบคุม 81 คน ได้รับชุดความรู้ไปศึกษาด้วยตนเองจำนวน 78 คน จากการติดตามประเมินผลหลังการบำบัดในเดือนที่ 3, 6 และ 12 ผลของการศึกษาพบว่า การบำบัดด้วย Motivational interviewing สามารถสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น โดยมา Follow up มากกว่ากลุ่มควบคุมตลอดระยะเวลาการติดตามผลเป็นงานวิจัยที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข เป็นนวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้ พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ตามขอบเขตแห่งวิชาชีพ เป็นการบำบัดรายกลุ่มที่ใช้เวลาไม่มากสามารถนำมาประยุกต์ใช้ไปพร้อมงานประจำได้โดยไม่ทำให้เสียเวลา ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย

เรื่องที่ 5

ชื่อผู้วิจัย Graeber, A., et al. (2003)

ชื่อเรื่อง A Pilot Study Comparing Motivational Interviewing and an Educational Intervention in Patients with Schizophrenia and Alcohol Use Disorders.

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบำบัดด้วย Motivational Interviewing (MI) กับ Educational Treatment (ET) ในการช่วยให้เลิกและ/หรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ มีกลุ่มตัวอย่างที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ งานวิจัยเป็น Randomized Controlled Trial กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 30 คน จะถูกสุ่มแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มๆละ 15 คน กลุ่มทดลองจะได้รับ Motivational interview (MI) และกลุ่มควบคุมจะได้รับ Educational Treatment (ET) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่จบระดับ high school ยังเป็นโสด มีเพียง 1 คนที่แต่งงาน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดว่างงาน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทเมื่ออายุ 20 กว่าปีได้รับการรักษาด้วยยาและเคย Admit ในโรงพยาบาล มีการติดตามประเมินผลก่อนและประเมินซ้ำหลังให้การบำบัดครบในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 24 โดยใช้ The Brief Drinker Profile (Miller & Marlatt, 1987) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้ Motivational interview (MI) และกลุ่ม Educational Treatment (ET) ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับ Motivational interview (MI) มีจำนวนวันในการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับ Educational Treatment (ET) ตลอดการติดตามผลในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 24 หลังการบำบัด ผู้บำบัดมีความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้วิธีการบำบัดด้วย Motivational interviewing เป็นงานวิจัยที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข เป็นนวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้ พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ตามขอบเขตแห่งวิชาชีพ เป็นการบำบัดรายกลุ่มที่ใช้เวลาไม่มาก สามารถนำมาประยุกต์ใช้ไปพร้อมงานประจำได้โดยไม่ทำให้เสียเวลา ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย

3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลที่กำหนด และผ่านการประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วพบงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ และเป็น Randomized Control Trial ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้มีจำนวน 5 เรื่อง ดังแสดงในตารางที่ 1 หลังจากอ่านบทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 5 เรื่องแล้ว พบว่าเนื้อหาตรงประเด็นกับปัญหาที่

ต้องการแก้ไขและจำนวนงานวิจัยเพียงพอ จึงนำมาวิเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียดอีกครั้งหนึ่งเพื่อสกัดข้อมูลและความรู้มาใช้เป็นแนวปฏิบัติ ดังนี้

เรื่องที่ 1 และเรื่องที่ 2

ชื่องานวิจัยเรื่องที่ 1 : Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing, Cognitive Behavior Therapy, and Family Intervention for Patients With Comorbid Schizophrenia and Substance Use Disorders.

ชื่อผู้วิจัย : Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R., et al.

แหล่งที่พิมพ์ : American Journal of Psychiatry, 158, 1706–1713 (2001)

ชื่องานวิจัยเรื่องที่ 2 : Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse 18-month outcomes of a randomized controlled trial.

ชื่อผู้วิจัย : Haddock, G., Barrowclough, C., Tarrier, N., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., et al.

แหล่งที่พิมพ์ : British Journal of Psychiatry, 183,418–426 (2003)

วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดแบบประสมประสาน (Integrated intervention program) กับการดูแลทั่วไป (Routine care) ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized controlled trial
ระดับของงานวิจัย	ใช้การจัดระดับความเข้มแข็งของงานวิจัยของ Melnyk and Fineout - Overholt (2005) มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นระดับงานวิจัย Level 2
สมมุติฐานงานวิจัย	ไม่ระบุ
Settings ของงานวิจัย	Three National Health Service hospital 3 แห่งใน The northwest of England (Tameside & Glossop, Stockport, and Oldham)
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีญาติหรือผู้ดูแลที่รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค Schizophrenia หรือ schizoaffective disorder ตามเกณฑ์ของ ICD-10 และ DSM-IV 2. มีการใช้หรือติดสารเสพติดตามเกณฑ์ของ DSM-IV

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	3. เคยรับการรักษาทงจิตเวช 4. อายุตั้งแต่ 18 – 65 ปี 5. ญาติหรือผู้ดูแลต้องมีเวลาอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอย่างน้อย 10 ชั่วโมง/สัปดาห์ 6. ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของโรคทางสมอง กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลจำนวน 36 คู่ เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดร่วมด้วย สุ่มเข้ากลุ่มด้วยวิธีทางคอมพิวเตอร์ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม จำนวนกลุ่มละ 18 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดแบบประสมประสาน (Integrated intervention program) และการดูแลแบบเดิม (Routine care) ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลแบบเดิม (Routine care)
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	ยังไม่มีเครื่องมือเฉพาะที่ใช้วัดทั้งอาการทางจิตและการใช้สารเสพติดร่วมกัน 1. ประเมินการทำหน้าที่ (Functioning) โดยใช้แบบประเมิน The Global Assessment of Functioning Scale : GAFS ซึ่งเป็นแบบประเมินการทำหน้าที่ตามแบบของ DSM-IV มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 – 100 คะแนน ประเมินก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมเดือนที่ 9, 12 และประเมินติดตามผลต่อเนื่องในเดือนที่ 18 2. ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา (The Drugs Attitude Inventory) เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง ถ้าระดับคะแนนสูง ก็เป็นตัวทำนายบ่งชี้ได้ว่า ผู้ป่วยจะร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง 3. ประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตเวช (Positive and Negative Symptoms) เพื่อประเมินอาการทางจิตเวชทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ จะประเมินก่อนรับการบำบัดและหลังสิ้นสุดโปรแกรมในเดือนที่ 9, 12 และประเมินติดตามผลต่อเนื่องในเดือนที่ 18 4. แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (Social

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	functioning Scale score) โดยประเมินความสามารถในการทำงานด้วย จะประเมินก่อนรับการบำบัดและหลังสิ้นสุดโปรแกรมในเดือนที่ 9, 12 และประเมินติดตามผลต่อเนื่องในเดือนที่ 18 5. ประเมินการกลับเป็นซ้ำ (Patient relapse) โดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย เป็นการประเมินความถี่ของการ relapse และจำนวนครั้งของการ relapse ภายในระยะเวลา 2 ปี เปรียบเทียบก่อนได้รับการบำบัดและระหว่างรับการบำบัด โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล 2 หัวข้อ คือ 1 จำนวนครั้ง, ระยะเวลาของการ Admissions และ 2. จำนวนครั้ง, ระยะเวลาของการเกิดอาการกำเริบครั้งสุดท้ายนานกว่า 2 สัปดาห์ ที่ต้องการความช่วยเหลือในการสังเกตอาการและ/หรือปรับการรักษาโดยทีมผู้บำบัด เมื่ออาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ก็จะนับเป็นการ relapse 1 ครั้ง 6. แบบประเมินความรุนแรงในการเสพติด (Addiction Severity Index) โดยดูการตอบสนองในช่วงเวลา 30 วัน (ซึ่งสามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงได้) จะมีระดับคะแนนจาก 0 – 1 นำมาวิเคราะห์ เพื่อประเมินการเสพยาเสพติด ซึ่งสามารถใช้เป็นเกณฑ์วัดสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย (Dual diagnosis) ใช้ประเมินก่อนรับการบำบัด 7. แบบประเมิน Timeline follow-back (TLFB) เป็นการสัมภาษณ์รายบุคคลเกี่ยวกับประวัติการใช้สารเสพติด โดยการถามนำให้ย้อนกลับไปในระยะที่ใช้สารเสพติด/มีการดื่มแอลกอฮอล์จัด โดยเก็บข้อมูลก่อนให้การบำบัดและทุก 3 เดือน (เดือนที่ 3 และ 6 ยังอยู่ในระหว่างได้รับการบำบัด ส่วนเดือนที่ 9, 12 และในเดือนที่ 18 เป็นการติดตามหลังได้รับโปรแกรมการบำบัด) เป็นการประเมินรายละเอียดของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดทุกชนิด เพื่อนำผลมาประเมินหาความสัมพันธ์ของผลลัพธ์ที่ได้ต่อร้อยละของจำนวนวันที่หยุด
--	--

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	ใช้สารเสพติดหลังการเสพยาเต็มที่ และต่อร้อยละของจำนวนวันที่หยุดใช้สารเสพติดทุกชนิด 8. . แบบประเมิน The Leeds Dependence Questionnaire ประกอบด้วย 10 หัวข้อคำถาม ใช้วัดความต้องการเสพยาเสพติดทางด้านจิตใจต่อระยะเวลาของการใช้สารเสพติด เพื่อเปรียบเทียบการใช้สารเสพติดรายบุคคล แบบประเมินนี้มีความสมบูรณ์ในการประเมินผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดถี่มาก 9. The Alcohol Use Scale and the Drug Use Scale of the Clinician Rating Scales โดยมีคำตอบแทนในการตอบแบบประเมิน ตั้งแต่เริ่มทำสัญญาเข้าร่วมโปรแกรม เป็นการเปรียบเทียบการรายงานเรื่องการเสพยาเสพติดด้วยตัวผู้ป่วยเองกับการประเมินโดยผู้บำบัด ระดับคะแนนจะสมบูรณ์มากถ้าผู้ป่วยให้ความร่วมมือ แต่ละระดับคะแนนจะประกอบด้วย 5 คะแนน (1= หยุดใช้สารเสพติด ถึง 5 = ติดสารเสพติด) ใช้ประกอบการวางแผนการบำบัดในการให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ โดยจะให้ประเมินในผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดถี่มาก (เลือกประเมินแล้วแต่ชนิดของสารเสพติดที่ถือว่าเป็นแอลกอฮอล์หรือยาเสพติด)
การบำบัด (intervention)	เป็นการบำบัดแบบผสมผสาน (Integrated intervention program) ระหว่างการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing), การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบรายบุคคล (Individual cognitive behavior therapy) ร่วมกับการให้การบำบัดทางครอบครัว/ผู้ดูแล (Family or caregiver intervention) ผู้บำบัดเป็นนักจิตวิทยาคลินิก หรือพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกเทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ชำนาญการ และตรวจสอบความสามารถการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดย The British Association for Behavioral and Cognitive Psychotherapy ระยะเวลาที่

การบำบัด (intervention) (ต่อ)	ใช้ในการบำบัดทั้งหมด 5 เดือน (23 สัปดาห์) ให้การบำบัดทั้งหมด 29 ครั้ง ดังนี้ ระยะที่ 1 ใช้การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นเวลา 5 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้ง (Session ที่ 1 - 5) มุ่งเน้นการประเมินแรงจูงใจและการเพิ่มแรงจูงใจในการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ระยะที่ 2 ใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบรายบุคคล ร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในสัปดาห์ที่ 6 – 11 สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (Session ที่ 6 - 17) และสัปดาห์ที่ 12 – 23 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (Session ที่ 18 - 29) ส่วนการให้การบำบัดทางครอบครัว/ผู้ดูแล (Family or caregiver intervention) จะเป็นการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ทั้งผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและผู้ให้การบำบัด โดยจะเข้าร่วมโปรแกรมกับผู้ป่วย ทั้งหมด 7 ครั้ง ในช่วง Session ที่ 10 – 16 รวมโปรแกรมมีทั้งหมด 29 Session เป็นเวลา 23 สัปดาห์ การดูแลแบบเดิม (Routine care) เป็นการดูแลในรูปแบบของ National Health Service of Great Britain ซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล การบริหารจัดการแบบเจ้าของไข้ การให้ยา การบริหารแบบผู้ป่วยนอก และการดูแลติดตามด้วยหน่วยชุมชนหรือการบริการในผู้ป่วยรายที่ไม่พร้อมจะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
ผลการวิจัย	สิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มตัวอย่าง เหลือ 33 คน เนื่องจากเสียชีวิตจากหัวใจวายระหว่างให้โปรแกรมบำบัด 1 ราย และระหว่างติดตามผลในเดือนที่ 9 อีก 2 ราย (จากการใช้ยาเกินขนาดและกระโดดสะพาน) กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ปฏิเสธรับการประเมินในเดือนที่ 9 อีก 1 ราย ดังนั้นกลุ่มทดลองเหลือ 17 คน กลุ่มควบคุมเหลือ 15 คน ยังไม่มีเครื่องมือเฉพาะที่ใช้วัดทั้งอาการทางจิตและการใช้สารเสพติดร่วมกัน การประเมินผลพบว่า

ผลการวิจัย (ต่อ)	- การทำหน้าที่ (The Global Assessment of Functioning Scale : GAFS) ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ไม่แตกต่างกัน ส่วนผลการประเมินหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีในเดือนที่ 9 และติดตามผลในเดือนที่ 12 พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบประสมประสาน (Integrated intervention program) มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่สูงขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - การวัดผล The Drugs Attitude Inventory ให้ความสำคัญร่วมมือในการรับประทานยา ทั้ง 2 กลุ่มไม่พบว่ามีผลแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - การประเมินญาติ/ผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นพ่อ-แม่ การแสดงออกทางอารมณ์ การมาเข้าร่วมกลุ่มกับผู้ป่วยพบว่า ญาติ/ผู้ดูแลของกลุ่มควบคุมให้ความร่วมมือมากกว่า แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - อาการทางจิต (Positive and Negative Symptoms) ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนผลการประเมินหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีในเดือนที่ 9 มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในการติดตามผล เดือนที่ 12 พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบประสมประสาน (Integrated intervention program) มีอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - การกลับเป็นซ้ำ (Patient relapse) หลังการเริ่มโปรแกรม กลุ่มควบคุมมีการ relapse อย่างน้อย 1 ครั้ง จำนวน 10 คน ส่วนในกลุ่มทดลองมีเพียง 5 คน เมื่อติดตามผลในเดือนที่ 12 พบว่ากลุ่มควบคุมมีการ relapse จำนวน 12 คน ส่วนในกลุ่มทดลองมีเพียง 6 คน ซึ่งกลุ่มทดลองมีการ relapse น้อยกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - การเสพยาเสพติดของผู้ป่วย (Patient' substance use) โดยการประเมิน 4 ครั้ง (ในเดือนที่ 3, 6, 9 , 12) และ
------------------	---

ผลการวิจัย (ต่อ)	ประเมินผลต่อเนื่องในเดือนที่ 18 พบว่า หลังการบำบัดทั้งกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบประสมประสาน (Integrated intervention program) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม มีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดใช้สารเสพติดหลังการเสพอย่างเต็มที่ และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดใช้สารเสพติดทุกชนิด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - การประเมินความต้องการเสพสารเสพติดทางด้านจิตใจต่อระยะเวลาของการใช้สารเสพติด (The Leeds Dependence Questionnaire) ทั้งกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบประสมประสาน (Integrated intervention program) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การบำบัดแบบประสมประสาน (Integrated intervention program) สามารถช่วยลดจำนวนครั้งในการดื่มแอลกอฮอล์ และช่วยให้สามารถหยุดดื่มแอลกอฮอล์ได้ 2. การบำบัดแบบประสมประสาน (Integrated intervention program) นอกจากสามารถช่วยลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ได้แล้วยังมีผลลัพธ์ช่วยให้อาการทางจิตทั้งทางด้านบวกและด้านลบลดลง, การทำหน้าที่ได้ดีขึ้นและการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังช่วยลดการกลับเป็นซ้ำ (relapse) 3. จากการประเมินผลการทำหน้าที่ โดยใช้ The Global Assessment of Functioning Scale (GAFS) และ การทำหน้าที่ทางสังคม โดยใช้ Social functioning Scale score (SFS) พบว่าจากการประเมินครั้งแรกหลังจบโปรแกรมในเดือนที่ 9 ผลดีขึ้นต่อเนื่องถึงเดือนที่ 12 ตลอดจนประเมินติดตามผลต่อเนื่องในเดือนที่ 18 - ในเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ 3 เดือนระหว่างร่วมโปรแกรม มีความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึง 9 เดือน

การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	- จำนวนวันที่หยุดดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นใน 3 เดือนแรก และลดลงในเดือนที่ 6, 9 ส่วนในเดือนที่ 12 กลับมีจำนวนวันที่หยุดดื่มเพิ่มขึ้นอีก 4. การบำบัดแบบประสมประสานนี้ใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ Miller & Rollnick (1991) เป็นการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) โดยการนำทฤษฎี Transtheoretical Model หรือ Stages of change มาบูรณาการแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยา และหลักการสำคัญของรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเชื่อว่าคนไม่เหมือนกัน วิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement) มุ่งเน้นกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง เป็นแนวทางการให้การปรึกษารายบุคคลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ในการแก้ไขความลังเลใจของผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 5. ผู้ป่วยที่อายุน้อย (เฉลี่ย 30 ปี) จะให้ความร่วมมือในการบำบัดมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก (เฉลี่ย 35 ปีขึ้นไป), ผู้ป่วยควรมีระยะเวลาที่ป่วยทางจิตไม่เกิน 8.4 ปี และเคยเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลไม่เกิน 5 ครั้ง
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	- เป็นการวิจัยที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขเป็นแนวทางในการบำบัดเพื่อลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ และพยาบาลสามารถนำมาปฏิบัติได้ตามขอบเขตแห่งวิชาชีพ
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์	- ผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช มีประสบการณ์ตรง จึงมีความน่าเชื่อถือ ระบุความสำคัญของปัญหาและทบทวนวรรณกรรมย้อนหลังเกิน 10 ปี เป็นการอ้างอิง primary sources มีการระบุวัตถุประสงค์ของการวิจัยแต่ไม่มีการตั้งสมมุติฐาน ระบุระเบียบและวิธีการวิจัยอย่างละเอียดอธิบายการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนการเก็บข้อมูล

การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	ชัดเจน อธิบายเครื่องมือที่ใช้ประเมินไว้สั้นๆ ไม่มีค่าความเที่ยงและความตรง ทำให้ความน่าเชื่อถือลดลง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที่เหมาะสม ผลการศึกษาระบุคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้ตั้งสมมุติฐานไว้ มีการนำเสนอทั้งรูปแบบตารางและคำอธิบายอย่างชัดเจน การอภิปรายผลการศึกษาละเอียดและมีความสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่ผ่านมา
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	Transferability of the findings - ลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยในหน่วยงาน งานวิจัยมีความสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล เป็นนวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้
	Feasibility - พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ตามขอบเขตแห่งวิชาชีพ เป็นการบำบัดรายบุคคลที่ใช้เวลาไม่มาก พยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ไปพร้อมงานประจำได้โดยไม่ทำให้เสียเวลา
	Cost-benefit ratio - เป็นวิธีที่ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย ผลการบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์สามารถลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดอาการทางจิตรุนแรง ลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลได้ ลดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายของญาติ ลดต้นทุนของทางโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายจากการใช้นวัตกรรมคือการฝึกอบรมพยาบาลผู้ที่จะใช้ Motivational interview (MI) และ Cognitive behavioural therapy (CBT) ซึ่งมีความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

เรื่องที่ 3

ชื่อเรื่อง : Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services.

ผู้วิจัย : Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., Sly, K., Devir, H. Terry, M.

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์ : Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs, 97, 1329–1337 (2002)

วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อประเมินประสิทธิผลของ Motivational Interview ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดร่วม ในการลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์/ใช้ยาเสพติด
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized controlled trial
ระดับของงานวิจัย	ใช้การจัดระดับความเข้มแข็งของงานวิจัยของ Melnyk and Fineout - Overholt (2005) มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นระดับงานวิจัย Level 2
สมมุติฐานงานวิจัย	ไม่ระบุ
Setting งานวิจัย	Psychiatric hospital in the Hunter region of New South Wales, Australia.
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างที่คัดเข้าร่วมโครงการมีเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ -เป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวช -มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์/สารเสพติด ถึงเกณฑ์ที่ต้องได้รับการบำบัดในช่วง 1 เดือนก่อนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล -ไม่โยกย้ายที่อยู่ในช่วงระยะเวลา 12 เดือนข้างหน้า -เป็นผู้ที่ล้มเหลวในการบำบัดเรื่องสารเสพติดเมื่อ 6 เดือนก่อน
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย(ต่อ)	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 160 คน จะถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 79 คน ได้รับการบำบัดด้วย Motivational Interview รายบุคคล และเป็นกลุ่มควบคุม 81 คน ได้รับชุดความรู้ไปศึกษาด้วยตนเอง
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	1. แบบประเมิน Structured Clinical Interview ของ DSMIII-R (SCID ของ Spitzer et al, 1990) ในส่วนของ The alcohol use disorders and non-alcohol psychoactive substance use disorders เพื่อประเมินดูการใช้/ติดสารเสพติดเมื่อ 6 เดือนก่อน ประวัติการ Admit

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	โรงพยาบาล ก่อนเข้าร่วมโครงการ และการมาตามนัดในช่วง 6 – 12 เดือนที่ผ่านมา 2. แบบประเมิน Opiate Treatment Index (OTI ของ Darke et al, 1991) ประเมินระดับของการใช้สารเสพติด ซึ่งแบ่งออกเป็น 11 ขั้น เป็นการสัมภาษณ์ถึงช่วง 1 เดือนก่อนเข้าโรงพยาบาล รวมถึงการเข้าโรงพยาบาลครั้งก่อน แบบประเมินนี้ยังใช้วัดการทำหน้าที่ในสังคมและการทำสิ่งผิดกฎหมายก่อนเข้าร่วมโครงการ และติดตามต่อเนื่องในเดือนที่ 6 และ 12 ในการสัมภาษณ์ใช้ระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนในหัวข้อการทำหน้าที่ในสังคมจะใช้ระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา 3. แบบประเมิน The Brief Symptom Inventory (BSI ของ Derogatis & Melisaratos, 1983) ใช้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยที่ Admit ทุกราย 4. แบบประเมิน A 10 – rung contemplation ladder (Biener & Abrams, 1991) เป็นการสัมภาษณ์ก่อนให้การบำบัด เพื่อประเมินการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสพยาเสพติดแต่ละชนิดในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้ 0 = ไม่คิดที่จะเลิกหรือลดปริมาณการใช้สารเสพติด 1 = คิดว่าต้องเลิกหรือลดปริมาณการใช้สารเสพติดลง 2 = คิดว่าควรจะเลิกหรือลดปริมาณการใช้สารเสพติดลงแต่ยังไม่พร้อม 3 = เริ่มคิดหาวิธีที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์/ใช้สารเสพติด 4 = ลงมือปฏิบัติเพื่อเลิก/ลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์/ ใช้สารเสพติด ระดับคะแนนที่ได้ผู้บำบัดจะนำมาใช้ในการวางแผนกระตุ้นให้ผู้ป่วยตัดสินใจและประเมินดูแรงต่อต้านการบำบัดของผู้ป่วย
การบำบัด (intervention)	หลังจากเข้าโรงพยาบาลในวันที่ 2 - 3 ผู้ป่วยจะได้เข้ารับการชี้แจงรายละเอียดในการเข้าร่วมโครงการ และทำสัญญาตกลง

การบำบัด (intervention) (ต่อ)	เข้าโครงการ และจะไม่มีผลใดๆต่อการรักษาหากผู้ป่วยปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ โดยจะใช้เวลาประมาณ 1½ - 2 ชั่วโมง ซึ่งกลุ่มทดลอง 79 คน ได้รับการบำบัดด้วย Motivational Interview แบบรายบุคคล (Miller & Rollnick, 1991) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการใช้แอลกอฮอล์/สารเสพติด และเพิ่มความร่วมมือในการบำบัดตามโปรแกรม Specialist Substance Misuse Service (SSMS) จะเริ่มต้นหลังจากผู้ป่วยตกลงเข้าร่วมโครงการ เพื่อเป็นการโน้มน้าวก่อนเริ่มให้การบำบัด และตอนท้ายของการบำบัด ใช้เวลาครั้งละ 30 - 45 นาที ผู้บำบัดจะมีคู่มือในแต่ละ Session และใบสรุปตอนท้ายแจกเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหา และตกลงใจที่จะร่วมมือ การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด โดยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายของตนเอง และถ้ายังไม่คิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก็จะได้รับประเมินความรู้สึกร่วมพิจารณาถึงผลดี ผลเสียของการดื่มแอลกอฮอล์/ใช้สารเสพติด ปัจจัยเสี่ยงในการดื่มแอลกอฮอล์/ใช้สารเสพติด ยืนยันเจตนาของผู้บำบัดและผลที่ได้จากการศึกษาเพื่อความปลอดภัย ผู้บำบัดต้องมีเป้าหมายในการบำบัดผู้ป่วยตามขั้นตอนของการบำบัดสารเสพติดแต่ละชนิดของผู้ป่วยแต่ละราย แนวทางการบำบัดที่มีความเฉพาะและความแตกต่างมีความสำคัญต่อผลของการบำบัด เมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยมาถึงขั้นตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือลงมือปฏิบัติแล้ว (Miller & Rollnick, 1991 : Prochaska & DiClemente, 1986) ต่อจากนั้นจึงให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการจัดการกับปัญหาซึ่งมีความสำคัญในการเพิ่มทักษะ โดยให้ผู้ป่วยทบทวนประสบการณ์ในการแก้ปัญหาที่ผ่านมา ทั้งที่ประสบผลสำเร็จและไม่สำเร็จ แนวทางการแก้ปัญหาที่ประสบความสำเร็จก็ให้คงไว้ (อาจแนะนำให้คนอื่นใช้ และให้ลงยึดแนวทางไว้) และคิดหาวิธีการใหม่ๆ (เช่น สนใจเข้าร่วมการบำบัดตามโปรแกรม Specialist Substance Misuse Service) และเพิ่มกลยุทธ์ในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Marlatt & Gordon, 1985) ให้ผู้ป่วยยึดเป็นแนวทางในการ
--	--

การบำบัด (intervention) (ต่อ)	จัดการกับปัญหา ส่วนกลุ่มควบคุม 81 คนจะได้รับข้อมูลถึงโทษของสารเสพติดในระดับที่เป็นอันตราย และควรลดการใช้สารเสพติดให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการบำบัดตามโปรแกรม Specialist Substance Misuse Service (SSMS) นำด้วยการต้อนรับเข้าโปรแกรม การส่งเสริมให้ร่วมมือ และได้รับแจกหนังสือเล่มเล็กๆเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นประโยชน์ ผู้บำบัดเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพจิตจำนวน 4 คน ซึ่งเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมทางด้านจิตเวช ผู้วิจัยได้ฝึกทักษะการบำบัดด้วย Motivational Interview (MI) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการจัดการกับปัญหาจากผู้เชี่ยวชาญทุกสัปดาห์
ผลการวิจัย	ติดตามประเมินผลหลังให้การบำบัดในเดือนที่ 3, 6 และ 12 มีกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิต 4 ราย โดยเสียชีวิตก่อนรับการบำบัด 1 ราย, ตอนติดตามผล 3 เดือน 1 ราย และระหว่างติดตามผลเดือนที่ 3-6 อีก 2 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองร่วมมือในการรักษามา Follow up มากกว่ากลุ่มควบคุมตลอดระยะเวลาการติดตามผล
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การบำบัดด้วย Motivational Interview แบบรายบุคคลมีผลในการช่วยลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ลงได้ใน 3 เดือนแรก ส่วนในระยะยาว 6 เดือนพบว่า มีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น แต่น้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัด และในเดือนที่ 12 พบว่ามีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง 2. นอกจากนี้การบำบัดด้วย Motivational Interview ยังมีผลช่วยให้อาการทางจิตและการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น, การทำผิดกฎหมายลดลง ตลอดการติดตามผลในเดือนที่ 3, 6 และ 12 3. การบำบัดด้วย Motivational Interview ให้ผลดีในด้านการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในระยะ 3 เดือนแรก หลังจากนั้นมีการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์อีก แต่ไม่มากเหมือนก่อนรับการบำบัด

การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	และจากการติดตามในเดือนที่ 12 พบว่ามีแนวโน้มการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง 4. การบำบัดนี้ใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ Miller & Rollnick (1991) เป็นการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) โดยการนำทฤษฎี Transtheoretical Model หรือ Stages of change มาบูรณาการแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยา และหลักการสำคัญของรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเชื่อว่าคนไม่เหมือนกัน วิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement) มุ่งเน้นกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง เป็นแนวทางการให้การปรึกษารายบุคคลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ในการแก้ไขความลังเลใจของผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ 5. ผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วมกับยาเสพติดชนิดอื่นๆ หรือใช้สารเสพติดหลายชนิด จะทำให้ผลการบำบัดไม่ดีเท่าที่ควร 6. ผู้บำบัดควรมีคู่มือและมีเอกสารสรุปเนื้อหาในการบำบัดแจกให้ผู้ป่วย ผู้บำบัดจำเป็นต้องศึกษารายละเอียดและลักษณะของผู้ป่วยซึ่งจะช่วยในการทำนายผลลัพธ์จากการบำบัดได้เป็นอย่างดี และต้องตั้งเป้าหมายในการติดตามประเมินการใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยแต่ละราย
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	- เป็นการวิจัยที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข คือ การให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลด/เลิกใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลสามารถนำมาปฏิบัติได้ตามขอบเขตแห่งวิชาชีพ
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์	- ผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านจิตเวช มีประสบการณ์ตรง จึงมีความน่าเชื่อถือ ระบุความสำคัญของปัญหาและทบทวนวรรณกรรมย้อนหลังเกิน 10 ปี เป็นการอ้างอิง primary sources มีการระบุวัตถุประสงค์ของการวิจัย แต่ไม่มีการตั้ง

การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	สมมุติฐาน ระบุระเบียบและวิธีการวิจัยอย่างละเอียด อธิบายการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนการเก็บข้อมูลชัดเจน อธิบายเครื่องมือที่ใช้ไว้สั้นๆ ไม่มีค่าความเที่ยงและความตรง ทำให้ความน่าเชื่อถือลดลง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที่เหมาะสม ผลการศึกษาระบุคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ตอบคำถามตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ นำเสนอทั้งรูปแบบตารางและคำอธิบายอย่างชัดเจน การอภิปรายผลการศึกษามีความสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่ผ่านมา
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	Transferability of the findings - ลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วยในหน่วยงาน งานวิจัยมีความสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล เป็นนวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้
	Feasibility - พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ตามขอบเขตแห่งวิชาชีพ เป็นการบำบัดรายกลุ่มที่ใช้เวลาไม่มาก พยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ไปพร้อมงานประจำได้โดยไม่ทำให้เสียเวลา
	Cost-benefit ratio - เป็นวิธีที่ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย ผลการบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยลดการกลับไปใช้สารเสพติดซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดอาการทางจิตรุนแรง ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ ลดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายของญาติ ลดต้นทุนของทางโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้นวัตกรรมคือการฝึกอบรมพยาบาลผู้ที่จะใช้ Motivational interview (MI) และ Cognitive behavioural therapy (CBT) ซึ่งมีความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

เรื่องที่ 4

ชื่อเรื่อง : Motivational interviewing among psychiatric in-patients with substance use disorders.

ผู้วิจัย : Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., Sly, K., Devir, H., Terry, M.

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์ : Acta Psychiatrica Scandinavica, 106, 233–240 (2002)

วัตถุประสงค์การวิจัย	1. เพื่อรวบรวมรูปแบบการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยโรคร่วม (โรคจิตเวชที่ดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดร่วมด้วย) 2. เพื่อทดสอบหาความเกี่ยวข้องระหว่างการวินิจฉัยโรคร่วมระหว่างโรคทางจิตเวชและมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย และการโน้มน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 3. เพื่อประเมินประสิทธิภาพการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการบำบัดด้วยโปรแกรม Specialist Substance Misuse Service (SSMS)
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized controlled trial
ระดับของงานวิจัย	ใช้การจัดระดับความเข้มแข็งของงานวิจัยของ Melnyk and Fineout - Overholt (2005) มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นระดับงานวิจัย Level 2
สมมุติฐานงานวิจัย	ไม่ระบุ
Setting งานวิจัย	Psychiatric hospital in the Hunter region of New South Wales, Australia.
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล หลัง Admit ได้ 2-3 วัน จะถูกนำเข้าร่วมโครงการวิจัย มีเกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการดังนี้ -เป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวช -มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์/สารเสพติดถึงเกณฑ์ที่ต้องได้รับการบำบัดในช่วง 1 เดือนก่อนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล -ไม่โยกย้ายที่อยู่ในช่วงระยะเวลา 12 เดือนข้างหน้า -เป็นผู้ที่ล้มเหลวในการบำบัดเรื่องสารเสพติดเมื่อ 6 เดือนก่อน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 160 คน จะถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 79 คน ได้รับการบำบัดด้วย Motivational Interview รายบุคคล และเป็นกลุ่มควบคุม 81 คน ได้รับชุดความรู้ไปศึกษาด้วยตนเอง

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	1. แบบประเมิน Structured Clinical Interview ของ DSMIII-R (SCID ของ Spitzer et al, 1990) ในส่วนของ The alcohol use disorders and non-alcohol psychoactive substance use disorders เพื่อประเมินการใช้/ติดสารเสพติดเมื่อ 6 เดือนก่อน ประวัติการ Admit โรงพยาบาล ก่อนเข้าร่วมโครงการ และการมาตามนัดในช่วง 6 – 12 เดือนที่ผ่านมา 2. แบบประเมิน Opiate Treatment Index (OTI ของ Darke et al, 1991) ประเมินระดับของการใช้สารเสพติด ซึ่งแบ่งออกเป็น 11 ขั้น เป็นการสัมภาษณ์ถึงช่วง 1 เดือนก่อนเข้าโรงพยาบาล รวมถึงการเข้าโรงพยาบาลครั้งก่อน ใช้วัดพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้ยาเสพติดแบบฉีด โดยใช้หัวข้อ HIV Risk-taking Behavior Scale (HRBS) ใช้วัดการทำหน้าที่ในสังคมและการทำสิ่งผิดกฎหมายก่อนเข้าร่วมโครงการในการสัมภาษณ์ใช้ระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนในหัวข้อการทำหน้าที่ในสังคมจะใช้ระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา 3. แบบประเมิน The Brief Symptom Inventory (BSI) ของ Derogatis & Melisaratos, (1983) เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินอาการทางจิตด้วยตนเอง 4. แบบประเมิน A 10 – rung contemplation ladder (Biener & Abrams, 1991) เป็นการสัมภาษณ์ก่อนให้การบำบัด เพื่อประเมินการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสพยาเสพติดแต่ละชนิดในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้ 0 = ไม่คิดที่จะเลิกหรือลดปริมาณการใช้สารเสพติด 1 = คิดว่าต้องเลิกหรือลดปริมาณการใช้สารเสพติดลง 2 = คิดว่าควรจะเลิกหรือลดปริมาณการใช้สารเสพติดลงแต่ยังไม่พร้อม 3 = เริ่มคิดหาวิธีที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์/ใช้สารเสพติด 4 = ลงมือปฏิบัติเพื่อเลิก/ลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์/ใช้
-------------------------------	--

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	สารเสพติด ระดับคะแนนที่ได้ผู้บำบัดจะนำมาใช้ในการวางแผนกระตุ้นให้ผู้ป่วยตัดสินใจและประเมินดูแรงต่อต้านการบำบัดของผู้ป่วย
การบำบัด (intervention)	กลุ่มทดลอง 79 คนได้รับการบำบัดด้วย Motivational Interview (MI) แบบรายบุคคล (Miller & Rollnick, 1991) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการใช้แอลกอฮอล์/สารเสพติด และเพิ่มความร่วมมือในการบำบัดตามโปรแกรม Specialist Substance Misuse Service (SSMS) จะเริ่มให้การบำบัดทันทีหลังจากผู้ป่วยตกลงเข้าร่วมโครงการ เพื่อเป็นการโน้มน้าวก่อนเริ่มโปรแกรม SSMS และตอนจบท้ายของโปรแกรม SSMS ใช้เวลาครั้งละ 30 – 60 นาที ผู้บำบัดจะมีคู่มือในแต่ละ Session และแผ่นพับสรุปเนื้อหาแจกให้ผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายของตนเอง ถ้าผู้ป่วยมีเป้าหมายต้องการออกจากโรงพยาบาลและกลับไปมีพฤติกรรมเหมือนเดิม ผู้บำบัดจะต้องลดแรงต่อต้านของผู้ป่วย โดยการพูดคุยยอมรับทั้งผลดีและผลเสียของการดื่มแอลกอฮอล์/ใช้สารเสพติด รวมทั้งปฏิกริยาระหว่างปริมาณการใช้สารเสพติดและอาการทางจิต ยาและการติดยา ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้ดื่มแอลกอฮอล์/ใช้สารเสพติด ยืนยันเจตนาดีของผู้บำบัดและผลที่ได้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเอง ผู้บำบัดต้องมีเป้าหมายในการบำบัดผู้ป่วยตามขั้นตอนของการบำบัดสารเสพติดแต่ละชนิดของผู้ป่วยแต่ละราย แนวทางการบำบัดที่มีความเฉพาะและความแตกต่างมีความสำคัญต่อผลของการบำบัด เมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยมาถึงขั้นตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือลงมือปฏิบัติแล้ว (Miller & Rollnick, 1991 : Prochaska & DiClemente, 1986) ต่อจากนั้นจึงให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการจัดการกับปัญหา ซึ่งมีความสำคัญในการเพิ่มทักษะ โดยให้ผู้ป่วยทบทวนประสบการณ์ในการแก้ปัญหาที่ผ่านมา ทั้งที่ประสบผลสำเร็จและไม่สำเร็จ แนวทางการแก้ปัญหาที่ประสบผลสำเร็จก็ให้คงยึดไว้ (อาจแนะนำให้คนอื่นใช้ และให้คงยึดแนวทางไว้)

การบำบัด (intervention) (ต่อ)	และคิดหาวิธีการใหม่ๆ (เช่น สนใจเข้าร่วมการบำบัดตามโปรแกรม Specialist Substance Misuse Service) และเพิ่มกลยุทธ์ในการป้องกันการกลับไปเสพยา (Marlatt & Gordon, 1985) ให้ผู้ป่วยยึดเป็นแนวทางในการจัดการกับปัญหา ส่วนกลุ่มควบคุม 81 คนจะได้รับข้อมูลถึงโทษของสารเสพติดในระดับที่เป็นอันตราย และควรลดการใช้สารเสพติดให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการบำบัดตามโปรแกรม Specialist Substance Misuse Service (SSMS) นำด้วยการต้อนรับเข้าโปรแกรม การส่งเสริมให้ร่วมมือ และได้รับแจกหนังสือเล่มเล็กๆเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นประโยชน์ ผู้บำบัดเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพจิตจำนวน 4 คน ซึ่งเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมทางด้านจิตเวช ผู้วิจัยได้ฝึกทักษะการบำบัดด้วย Motivational Interview และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการจัดการกับปัญหาจากผู้เชี่ยวชาญทุกสัปดาห์
ผลการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 160 คน มีปัญหาการใช้สารเสพติดและกลับไปใช้จำนวน 144 คน (ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา) มีการใช้หรือติดสารเสพติดในปัจจุบัน พบร้อยละ 60.6 คัดมแอลกอฮอล์ การบำบัดด้วย Motivational interviewing ช่วยเพิ่มความต้านทานในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนจำนวนวันของการหยุดดื่ม หลัง 3, 6 และ 12 เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การบำบัดด้วย Motivational Interview แบบรายบุคคลมีผลในการช่วยลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ลงได้ใน 3 เดือนแรก ส่วนในระยะยาว 6 เดือนพบว่า มีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น แต่น้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัด และในเดือนที่ 12 พบว่ามีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง 2. นอกจากนี้การบำบัดด้วย Motivational Interview ยังมีผลช่วยให้อาการทางจิตและการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น, การทำผิดกฎหมายลดลง ตลอดจนการติดตามผลในเดือนที่ 3, 6 และ 12

การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	3. การบำบัดด้วย Motivational Interview ให้ผลดีในด้านการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในระยะ 3 เดือนแรก หลังจากนั้นมีการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์อีก แต่ไม่มากเหมือนก่อนรับการบำบัด และจากการติดตามในเดือนที่ 12 พบว่ามีแนวโน้มการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง 4. การบำบัดนี้ใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ Miller & Rollnick (1991) เป็นการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) โดยการนำทฤษฎี Transtheoretical Model หรือ Stages of change มาบูรณาการแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยา และหลักการสำคัญของรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเชื่อว่าคนไม่เหมือนกัน วิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement) มุ่งเน้นกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง เป็นแนวทางการให้การปรึกษารายบุคคลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ในการแก้ไขความลังเลใจของผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ 5. ผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วมกับยาเสพติดชนิดอื่นๆ หรือใช้สารเสพติดหลายชนิด จะทำให้ผลการบำบัดไม่ดีเท่าที่ควร 6. ผู้บำบัดควรมีคู่มือและมีเอกสารสรุปเนื้อหาในการบำบัดแจกให้ผู้ป่วย ผู้บำบัดจำเป็นต้องศึกษารายละเอียดและลักษณะของผู้ป่วยซึ่งจะช่วยในการทำนายผลลัพธ์จากการบำบัดได้เป็นอย่างดี และต้องตั้งเป้าหมายในการติดตามประเมินการใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยแต่ละราย
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	- เป็นการวิจัยที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข คือ การให้การบำบัดเพื่อลดการกลับไปใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวช พยาบาลสามารถนำมาปฏิบัติได้ตามขอบเขตแห่งวิชาชีพ
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์	- ผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช มีประสบการณ์ตรง จึงมีความน่าเชื่อถือ ระบุความสำคัญของปัญหาและ

การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	ทบทวนวรรณกรรมย้อนหลังเกิน 10 ปี เป็นการอ้างอิง primary sources มีการระบุวัตถุประสงค์ของการวิจัยแต่ไม่มีการตั้งสมมติฐาน ระบุระเบียบและวิธีการวิจัยอย่างละเอียด อธิบายการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนการเก็บข้อมูลชัดเจน อธิบายเครื่องมือที่ใช้ไว้สั้นๆ ไม่มีค่าความเที่ยงและความตรง ทำให้ความน่าเชื่อถือลดลง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที่เหมาะสม ผลการศึกษาระบุคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ตอบคำถามที่ตั้งสมมติฐานชัดเจน นำเสนอทั้งรูปแบบตารางและคำอธิบายอย่างชัดเจน
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	Transferability of the findings - ลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยในหน่วยงาน งานวิจัยมีความสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล เป็นนวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้
	Feasibility - พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ตามขอบเขตแห่งวิชาชีพ เป็นการบำบัดรายกลุ่มที่ใช้เวลาไม่มาก พยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ไปพร้อมงานประจำได้โดยไม่ทำให้เสียเวลา
	Cost-benefit ratio - เป็นวิธีที่ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย ผลการบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยลดการกลับไปใช้สารเสพติดซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดอาการทางจิตรุนแรง ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ ลดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายของญาติ ลดต้นทุนของโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายจากการใช้นวัตกรรมคือ การอบรมพยาบาลที่จะใช้ Motivational interview ซึ่งคุ้มค่าเมื่อเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ

เรื่องที่ 5

ชื่อเรื่อง :

A Pilot Study Comparing Motivational Interviewing and an Educational Intervention in Patients with Schizophrenia and Alcohol Use Disorders.

ผู้วิจัย :

Graeber, A., Moyeers, B., Griffith, G., Guajardo E., Tonigan, S.

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์ : Community Mental Health Journal, 39(3), 189 - 202 (2003)

วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบำบัดด้วย Motivational Interviewing (MI) กับ Educational Treatment (ET) ในการช่วยให้เลิกและ/หรือลดการดื่มแอลกอฮอล์
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized controlled trial
ระดับของงานวิจัย	ใช้การจัดระดับความเข้มแข็งของงานวิจัยของ Melnyk and Fineout - Overholt (2005) มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นระดับงานวิจัย Level 2
สมมุติฐานงานวิจัย	ไม่ระบุ
Setting งานวิจัย	เป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจาก Albuquerque Department of Veterans Affairs Medical Center ที่เข้ามารับการรักษา ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 1999 ถึง 31 กรกฎาคม 2000
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์ที่อยู่ในเกณฑ์ต้องรับการบำบัดในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา โครงการวิจัยเลือกทำในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ก่อน เนื่องจากพบว่ามีปริมาณมากกว่าการใช้สารเสพติดชนิดอื่นที่ไม่ใช่แอลกอฮอล์ (ยกเว้นผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 30 คน ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับทราบข้อมูลและทำสัญญาเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างจะถูกสุ่มแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มๆละ 15 คน กลุ่มทดลองจะได้รับ Motivational interview (MI) และกลุ่มควบคุมจะได้รับ Educational Treatment (ET)
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	1. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ใช้ประเมินอาการทางจิต (Overall & Gorham, 1962) ก่อนเข้ารับการรักษา 2. The Stages of Change Readiness and Treatment

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	Eagerness Scale (SOCRATES) เพื่อประเมินการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ทบทวนปัญหาจากการใช้สารเสพติดและขั้นตอนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Miller & Tonnigan, 1996) ใช้ประเมินก่อนเข้ารับการบำบัด เพื่อดูว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะไหนของการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ ว่าอยู่ในระยะลังเลใจ, ระยะรับรู้ปัญหาที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ หรือระยะลงมือปฏิบัติตามแนวทางที่ตนเลือกไว้ 3. The Brief Drinker Profile ประเมินลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย (Miller & Marlatt, 1987) เป็นการประเมินด้วยตนเอง (Self-report) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 เรื่องดังนี้ 1. จำนวนวันที่ดื่มแอลกอฮอล์ โดยการประเมินก่อนรับการบำบัดและในการติดตามประเมินผลอีก 3 ครั้งตามระยะเวลาที่กำหนดคือ ในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 24 หลังการบำบัด 2. BAC เป็นการประเมินร่วมกันเกี่ยวกับน้ำหนักตัว ระยะเวลาในการดื่มและปริมาณที่ดื่มในแต่ละวัน โดยการประเมินก่อนรับการบำบัดและในการติดตามประเมินผลอีก 3 ครั้งตามระยะเวลาที่กำหนดคือ ในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 24 หลังการบำบัด 3. SEC ประเมินจำนวนแอลกอฮอล์ที่ดื่มตามมาตรฐานใน 1 สัปดาห์ ซึ่งมาตรฐานการดื่มแอลกอฮอล์เริ่มตั้งแต่ 4 ออนซ์ของไวท์, 10 ออนซ์ของเบียร์, หรือ 1.25 ออนซ์ของเหล้า โดย การประเมินก่อนรับการบำบัดและในการติดตามประเมินผลอีก 3 ครั้งตามระยะเวลาที่กำหนดคือ ในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 24 หลังการบำบัด ซึ่งแบบประเมินทั้ง BAC และ SEC เป็นแบบประเมินด้วยตนเองเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างใช้เป็นเกณฑ์เพื่อป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ และนำผลมาแปลผลจัดเป็นกลุ่มของการใช้แอลกอฮอล์
--	---

การบำบัด (intervention)	หลังจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มแล้ว กลุ่มทดลอง จะได้รับการบำบัดด้วย Motivational interview (MI) ส่วน กลุ่มควบคุมจะได้รับ Educational Treatment (ET) สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมงต่อเนื่องกันจนครบ 3 ครั้ง ตามแนวปฏิบัติที่ระบุไว้โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถหยุดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ <u>Motivational interview (MI)</u> เป็นการบำบัดรายบุคคล มีจุดเน้นให้ผู้รับการบำบัดค้นหาทางเลือกด้วยตนเองและมีความรับผิดชอบ ผู้บำบัดจะใช้แนวทางโดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client-centered) แบ่งเป็น 3 session ซึ่งในแต่ละ session จะมีเป้าหมายเฉพาะ Session ที่ 1 เป็นการเปิดเผยตัวเอง ให้ตระหนักถึงผลของการดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงความเสี่ยงที่จะนำไปสู่การใช้สารเสพติดชนิดอื่น Session ที่ 2 ค้นหาค่านิยมของผู้ป่วยโดยใช้ The Personal Values Card Sort (Miller, C'de Baca, Matthews & Wilbourne, 2001) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ปรับเพื่อให้เป็นรูปธรรมมากขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท (เช่น การควบคุมตนเอง ปรับมาเป็นการควบคุมในการใช้เงินของตน) ใน Session นี้จะรวมถึงการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ช่วยให้ผู้รับการบำบัดค้นหาผลดีและผลเสียของการดื่มแอลกอฮอล์ว่าจะคงดื่มต่อไป หรือร่วมมือในการบำบัด Session ที่ 3 จะเป็นการทบทวน 2 Session ที่ผ่านมา และตัดสินใจเลือกที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นำมาวางแผน โดยใช้หลักการของ Miller, Zweben, DiClemente & Rychtraik (1995) จะทำการประเมินผลหลังการบำบัดครบในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 24 โดยการติดตามปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ตามระยะเวลาที่กำหนด โดยใช้ Miller & Marlatt (1987) ผู้บำบัดเป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์เป็นเวลา 10 ปี ในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดและการทำ Motivational
-------------------------	--

การบำบัด (intervention) (ต่อ)	Interviewing <u>Educational Treatment (ET)</u> เป็นการบำบัดรายบุคคล มุ่งเน้นการสอน โดยอาศัยสัมพันธภาพของผู้ให้การบำบัด แบ่งเป็น 3 session เช่นกัน ซึ่งในแต่ละ session จะมีเป้าหมายเฉพาะ Session ที่ 1 ให้ความรู้เรื่องระยะและอาการของการดื่มแอลกอฮอล์จนเป็น Alcoholism โดยใช้รูปแบบของ Jellinek curve (1952) ในการแบ่งระยะของการเกิดอาการ Alcoholism ให้ผู้บำบัดได้พิจารณากับตนเอง Session ที่ 2 ให้ความรู้ในส่วนของทักษะเฉพาะเพื่อป้องกันการเกิดอาการติดแอลกอฮอล์ เป็นการฝึกทักษะเฉพาะ เช่น ทักษะการปฏิเสธการดื่ม Session ที่ 3 ให้แนวคิดในส่วนของการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อเป็นการช่วยเพิ่มความรูสึกมีคุณค่าในตนเอง และการลดความเสี่ยงในการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ เช่น การปรับพฤติกรรมตนเองเพื่อหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ผู้บำบัดเป็นนักสังคมที่มีความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์เป็นเวลามากกว่า 20 ปีในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติด
ผลการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่จบระดับ high school ยังเป็นโสด มีเพียง 1 คนที่แต่งงาน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดว่างงาน ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างใช้กัญชาและ/หรือโคเคน (คิดเป็น 47 %) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทเมื่ออายุ 20 กว่าปี ได้รับการรักษาด้วยยาและเคย Admit ในโรงพยาบาล จะทำการประเมินผลก่อนให้การบำบัดและประเมินซ้ำหลังให้การบำบัดครบในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 24 โดยใช้ The Brief Drinker Profile (Miller & Marlatt, 1987) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้ Motivational interview (MI) และกลุ่ม Educational Treatment (ET) กลุ่มตัวอย่าง 2 คนขาดการติดตามผล เนื่องจากอายุมากต้องมีผู้ดูแลและรายงานว่ามีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์น้อยมาจากการประเมินผลพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับ Motivational interview (MI) มีเปอร์เซ็นต์

ผลการวิจัย (ต่อ)	ของจำนวนวันที่หยุดดื่มและจำนวนวันที่ดื่มแอลกอฮอล์ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับ Educational Treatment (ET) ต่อเนื่องตามระยะเวลาติดตามผลในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 24 หลังได้รับการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการประเมินโดยใช้ BAC และ SEC เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดทั้งก่อนได้รับการบำบัดและประเมินติดตามผล พบว่าการประเมินโดยใช้ BAC ในกลุ่มทดลองที่ได้รับ Motivational interview (MI) ลดลงอย่างต่อเนื่องตลอดการติดตามผล ส่วนการประเมินโดยใช้ SEC พบว่า ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงในสัปดาห์ที่ 4 แล้วเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 8 แต่ปริมาณที่ดื่มน้อยกว่าก่อนเข้ารับการบำบัด และในการประเมินสัปดาห์ที่ 24 พบว่าปริมาณการดื่มลดลงและน้อยกว่าปริมาณที่ดื่มในการประเมินสัปดาห์ที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินโดยใช้ BAC และ SEC ในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ Motivational interview (MI) ได้ผลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การบำบัดด้วย Motivational interviewing รายบุคคล สามารถช่วยเพิ่มเปอร์เซ็นต์จำนวนวันในการหยุดดื่มแอลกอฮอล์และช่วยลดจำนวนวันที่ดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้แอลกอฮอล์ 2. การบำบัดด้วย Motivational interviewing รายบุคคล ยังช่วยทำให้น้ำหนักลดลงจากการใช้ BAC ประเมินร่วมกันเกี่ยวกับน้ำหนักตัว ระยะเวลาในการดื่มและปริมาณที่ดื่มในแต่ละวัน และยังช่วยลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์จากการใช้ SEC ประเมินจำนวนแอลกอฮอล์ที่ดื่มตามมาตรฐานใน 1 สัปดาห์ 3. การบำบัดด้วย Motivational interviewing จะประเมินผลทันทีหลังจบการบำบัดในสัปดาห์ที่ 4 และติดตามประเมินผลต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 8 และ 24

การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	4. การบำบัดด้วย Motivational interviewing รายบุคคล มีจุดเน้นโดยให้หาทางเลือกด้วยตนเอง และรับผิดชอบต่อความคิดตนเอง ไม่ตำหนิหรือตำหนิผู้ป่วย ผู้บำบัดจะให้แนวทางโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทั้งหมดมี 3 Session ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง Session ที่ 1 เป็นการเปิดเผยตัวเอง ให้ตระหนักรู้ถึงผลของการดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงความเสี่ยงที่จะนำไปสู่การใช้สารเสพติดชนิดอื่น Session ที่ 2 ค้นหาคุณค่าของผู้ป่วยโดยใช้ The Personal Values Card Sort (Miller, C'de Baca, Matthews & Wilbourne, 2001) ใน Session นี้จะรวมถึงการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่าจะคงดื่มต่อไปหรือร่วมมือในการบำบัด Session ที่ 3 เป็นการทบทวน 2 Session ที่ผ่านมาและตัดสินใจเลือกที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Miller, Zweben, DiClemente & Rychtraik, 1995) 5. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นอาสาสมัคร ระดับการศึกษาจบ high school และว่างงาน 6. การบำบัดอยู่บนพื้นฐานของการไม่ช่วยตัดสินใจ (non – judge mental) ตามแบบของ Miller (1991)
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	- เป็นการวิจัยที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข คือ การให้การบำบัดเพื่อลดการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเวช พยาบาลสามารถนำมาปฏิบัติได้ตามขอบเขตแห่งวิชาชีพ
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์	- ผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช มีประสบการณ์ตรง จึงมีความน่าเชื่อถือ ระบุความสำคัญของปัญหาและทบทวนวรรณกรรมย้อนหลังเกิน 10 ปี เป็นการอ้างอิง primary sources ไม่ได้ระบุวัตถุประสงค์ของการวิจัยและตั้งสมมุติฐาน ระบุระเบียบและวิธีการวิจัยอย่างละเอียด อธิบายการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนการเก็บข้อมูลชัดเจน อธิบายเครื่องมือที่ใช้ไว้อย่างดี มีการทดสอบค่าความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ ทำให้มีความน่าเชื่อถือ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที่

การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	เหมาะสม ผลการศึกษาระบุคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ตอบคำถามที่ตั้งสมมุติฐานชัดเจน นำเสนอทั้งรูปแบบตารางและคำอธิบายอย่างชัดเจน การอภิปรายผลการศึกษา มีความสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่ผ่านมา
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	Transferability of the findings - ลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยในหน่วยงาน งานวิจัยมีความสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล เป็นนวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้
	Feasibility - พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ตามขอบเขตแห่งวิชาชีพ เป็นการบำบัดรายบุคคลที่ใช้เวลาไม่มาก พยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ไปพร้อมงานประจำได้โดยไม่ทำให้เสียเวลา
	Cost-benefit ratio - เป็นวิธีที่ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย ผลการบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยลดการใช้สารเสพติดซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดอาการทางจิตรุนแรง ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ ลดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายของญาติ ลดต้นทุนของทางโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้นวัตกรรมคือการฝึกอบรมพยาบาลผู้ที่จะใช้ Motivational interviewing ซึ่งมีความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

ตาราง 2 ตารางสรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)

Author, year	Participants		Intervention		Findings									
	Patient	Caregiver	MI	CBT	Family	การบำบัดทางจิต	ความร่วมมือกัน	ความร่วมมือของญาติ	การสนับสนุน	จำนวนผู้ป่วย	ความถี่ของการติดตาม	การติดตาม	% จำนวนผู้ป่วย	ประโยชน์
1. Barrow-clough, C., et al. (2001) และ 2. Haddock, G., et al. (2003)	-อายุ 18-65 ปี -92 %เป็นผู้ชายอายุเฉลี่ย 31 ปี -กลุ่มที่ร่วมมือดีมีอายุเฉลี่ย 30.5 ปี -ระยะเวลาป่วยจิตเฉลี่ย 8.4 ปี -เคยเข้ารับกษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.9 ครั้ง -เป็นคนผิวขาว	-อายุเฉลี่ย 51 ปี -ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง -ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นพ่อแม่ 24 คน, เป็นเพื่อน 6 คน, เป็นพี่น้อง 1 คน, เป็นตายาย 1 คน, เป็นเจ้าของบ้าน 2 คน, เป็น	5 Session (1-5) 1 ครั้ง/wk x 5 wks.	24 Session (6-29) 2 ครั้ง/wk x 6 wks 1 ครั้ง/wk x 12 wks.	7 Session (10-16) เข้าร่วมกับผู้ป่วยในช่วง Session ที่ 10-16	✓ ประเมิน ก่อน เข้าโปรแกรม เดือนที่ 9 หลัง จบการบำบัด และ เดือนที่ 12 (sig) และ ประเมิน	✓ (non sig) ประเมิน หลัง จบ การบำบัด	✓ (non sig) ความรุนแรง การใช้ อารมณ์ลดลง	✓ (sig) ประเมิน เดือนที่ 3, 6, 9, 12 และ 18	✓ (non sig) มีแนวโน้มลดลง	✓ (non sig) มีแนวโน้มลดลง	✓ (non sig) มีแนวโน้มลดลง	✓ (non sig) มีแนวโน้มลดลง	✓ (non sig) มีแนวโน้มลดลง

ตาราง 2 ตารางสรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

Author, year	Participants		Intervention		Findings											
	Patient	Caregiver	MI	CBT	Family	การทำหน้าที่	การทำหน้าที่ทางสังคม	อาการทางจิต	ความร่วมมือของภรรยา	ความร่วมมือของญาติ	การกลับเป็นซ้ำ	จำนวนผู้ป่วยที่หยุดดื่ม	ความถี่ของการดื่ม	การตัดสินใจเลิกดื่ม	% จำนวนผู้ป่วยที่หยุดดื่ม	จำนวนผู้ป่วยที่ดื่ม
(ต่อ) 1. Barrow-clough C., et al. (2001) และ 2. Haddock, G., et al. (2003)	ทั้งหมด -กลุ่มที่ปฏิเสธการบำบัดด้วยแอลกอฮอล์ 35.0 ปี	เพื่อนบ้าน 1 คน				ประเมิน ต่อเนื่อง ใน เดือน ที่ 18 (sig)	ต่อเนื่อง ใน เดือน ที่ 18 (sig)	ต่อเนื่อง ใน เดือน ที่ 18 (sig)								

ตาราง 2 ตารางสรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

Author, year	Participants		Intervention			Findings										
	Patient	Caregiver	MI	CBT	Family	การทำหน้าที่	การทำหน้าที่ทางสังคม	อาการทางจิต	ความร่วมมือกันศึกษา	ความร่วมมือของญาติ	การกลับเป็นซ้ำ	จำนวนผู้ป่วยที่หายโรค	ความพึงพอใจต่อการรักษา	การตัดสินใจเลิกดื่ม	% จำนวนวันที่หยุดดื่ม	ผลดีต่อผู้ป่วย
5. Graeber, A., et al. (2003)	-อายุ 40+ ปี -กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ชาย เกือบทั้งหมด มีผู้หญิงเพียง 1 คน -เป็นคนผิวขาวและผิวดำ -การศึกษาจบ high school -ส่วนใหญ่เป็นโสด แต่งงานแล้วเพียง 1 คน	-	3 Session (1-3) 1 ครั้ง/wk x 3 wks ครั้งละ 1 ชม.	-	-	-	✓ ประเมิน ก่อน รับ การบำบัด	✓ ประเมิน ก่อน รับ การบำบัด	-	-	-	✓ (sig) ประเมิน wk. ที่ 4, 8 และ 24	✓ (sig) ประเมิน wk. ที่ 4, 8 และ 24	✓ (non sig) แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประเมิน ก่อน และ wk. ที่ 4, 8 และ 24	✓ (non sig) แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประเมิน ก่อน และ wk. ที่ 4, 8 และ 24	✓ (non sig) แต่มีแนวโน้มลดลง ประเมิน ก่อน และ wk. ที่ 4, 8 และ 24

ตาราง 2 ตารางสรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

Author, year	Participants		Intervention			Findings									
	Patient	Caregiver	MI	CBT	Family	การฟื้นฟู การฟื้นฟู การฟื้นฟู	การฟื้นฟู การฟื้นฟู การฟื้นฟู	การฟื้นฟู การฟื้นฟู การฟื้นฟู	การฟื้นฟู การฟื้นฟู การฟื้นฟู	การฟื้นฟู การฟื้นฟู การฟื้นฟู	การฟื้นฟู การฟื้นฟู การฟื้นฟู	การฟื้นฟู การฟื้นฟู การฟื้นฟู	การฟื้นฟู การฟื้นฟู การฟื้นฟู	การฟื้นฟู การฟื้นฟู การฟื้นฟู	การฟื้นฟู การฟื้นฟู การฟื้นฟู
(ต่อ) 5. Graeber, A., et al. (2003)	-กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดว่างงาน -23 % ของกลุ่มตัวอย่างเคย เข้าโปรแกรมการบำบัดแล้ว -เริ่มป่วยจิตเมื่ออายุ 20 ⁺ ปีและ ได้รับการรักษาด้วยยาจิตเวช -เคยเข้ารับรักษาตัวใน โรงพยาบาลเฉลี่ย 20 ครั้ง -มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่า 12 ปี														

ประเด็นที่ได้จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ และได้นำมาสังเคราะห์แล้วเปรียบเทียบแนวทางปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาทางคลินิกตามที่ต้องการ ซึ่งพอจะสรุปประเด็นได้ดังนี้

1. การบำบัดด้วย Motivational Interviewing (MI) สามารถช่วยเพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่มแอลกอฮอล์และช่วยลดปริมาณที่ดื่มในแต่ละสัปดาห์ลงได้ ซึ่งจะให้ผลคงทนนานถึง 6 เดือน และจะได้ผลดีในกรณีที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์อย่างเดียวและมีระดับการศึกษาค่อนข้างสูง จะทำให้ได้รับความร่วมมือในการบำบัดมากขึ้น (Graeber, et al., 2003)

2. การบำบัดด้วย Motivational Interviewing (MI) จะได้รับความร่วมมือดีในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความสนใจ หรืออาสาเข้ารับการบำบัด ไม่มีประวัติทางคดี และเป็นผู้ที่เคยผ่านการเข้ารับการบำบัดเพื่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์มาแล้ว และมองเห็นปัญหาที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ จึงมีความตั้งใจที่จะเข้ารับการบำบัด (Graeber, et al., 2003)

3. ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์อย่างเดียว โปรแกรมการบำบัดด้วย Motivational Interviewing (MI) อาจใช้ระยะเวลาในการบำบัดต่อเนื่องกันทุกสัปดาห์ จำนวน 3 ครั้งๆละประมาณ 1 ชั่วโมง (Graeber, et al., 2003)

4. ในงานวิจัยของ Graeber, et al. (2003) จะพบว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เคยผ่านการเข้ารับการบำบัดเลิกแอลกอฮอล์มาแล้ว ไม่มีประวัติทางคดีและมีที่อยู่อาศัยที่แน่นอน ในการบำบัดด้วย Motivational Interviewing (MI) เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนในการดื่มแอลกอฮอล์ และมองเห็นโทษ ปัญหาที่เกิดตามมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะมีระยะของการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) โดยยึดรูปแบบของ Miller & Rollnick (1991) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงสามารถทำได้เร็วกว่า ดังนั้นการกำหนดโปรแกรมเพียง 3 Session จึงสามารถเห็นผลได้ในกลุ่มนี้

5. การบำบัดด้วย Motivational Interviewing (MI) + Cognitive Behavior Therapy (CBT) + Family or Caregiver Intervention ช่วยให้อาการทางจิตทั้งด้านบวกและด้านลบดีขึ้น และยังมีผลช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อีกด้วย จากการติดตามผลนานถึง 12 เดือน แต่ไม่สามารถเพิ่มจำนวนวันของการหยุดดื่มแอลกอฮอล์และช่วยลดปริมาณที่ดื่มในแต่ละสัปดาห์ลงได้ (Barrowclough, et al., 2001)

6. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน ในการบำบัดด้วย Motivational Interviewing (MI) นั้นจะพูดคุยตกลงกับผู้ป่วยเพื่อให้ตัดสินใจในการเลิกสารเสพติดทีละชนิด

7. ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน ดังในงานวิจัยของ Barrowclough, et al. (2001) การให้การบำบัดด้วย Motivational Interviewing (MI) เพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอ จึงมีการนำการบำบัดทางพฤติกรรมและความคิดแบบรายบุคคล (CBT) เข้ามาบำบัดร่วมด้วย โดยให้ต่อเนื่องจากการให้การบำบัดด้วย Motivational Interviewing (MI) เมื่อผู้ป่วยเข้าถึงระยะที่ตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และอาจต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดอย่างต่อเนื่องและนานมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลในการบำบัด นอกจากนี้ในงานวิจัยของ Baker, et al. (2003) ยังนำการบำบัดทางพฤติกรรมและความคิดแบบรายบุคคล (CBT) มาใช้ร่วมกับการบำบัดด้วย Motivational Interviewing (MI) ในการเพิ่มทักษะในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย

8. ในการบำบัดด้วย Motivational Interviewing (MI) เพื่อเป้าหมายให้ผู้ป่วยจิตเภท ลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่และเพื่อลดอาการทางจิต อาจไม่จำเป็นต้องนำญาติ/ผู้ดูแลมาเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดด้วย

9. ในการประเมินผลในแต่ละงานวิจัยจะติดตามผลตามระยะเวลาที่กำหนด เช่น ทุก 2 - 3 เดือน/ครั้ง ติดต่อกันนาน 6 - 12 เดือน แต่ในงานวิจัยของ Graeber, et al. (2003) จะมีแบบประเมิน The Brief Drinker Profile เป็นแบบประเมินลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย (Miller & Marlatt, 1987) ในส่วนของ BAC และ SEC ซึ่งเป็นการประเมินด้วยตนเอง (Self-report) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทำการประเมินและใช้เป็นเกณฑ์ เพื่อเฝ้าระวังและติดตามการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองทุกวันในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งจะมีผลให้ผู้ป่วยสามารถลด/หยุดดื่มแอลกอฮอล์ได้ จากการติดตามทำให้มีผลคงทนนาน 6 เดือน

10. ผู้ให้การบำบัดควรเป็นบุคลากรทางสุขภาพจิต เช่น พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา ที่มีประสบการณ์ในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดและการบำบัดด้วย Motivational Interviewing และควรมีรูปแบบ/Style ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง มากกว่าการชี้นำผู้ป่วย

3.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พบเนื้อหาที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข กล่าวคือ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งสรุปเป็นข้อเสนอแนะได้ดังนี้

1. การบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ในการให้การบำบัดรายบุคคล โดยอีกรูปแบบของ Miller & Rollnick (1991) จะมีผลนำไปสู่การลด/หยุดดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท และควรทำไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง (Graeber, et al., 2003) (Level II)

2. ผู้ให้การบำบัดควรเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ผู้ป่วยสามารถคิดและตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ผู้บำบัดไม่ได้เป็นคนสั่งหรือแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม (Barrowclough, et al., 2001; Baker, et al., 2002; Graeber, et al., 2003) (Level II)

3. ก่อนเข้าโปรแกรมผู้บำบัดควรประเมินอาการทางจิตก่อน ด้วยแบบประเมิน The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) และเริ่มบำบัดเมื่อพ้นระยะอาการทางจิตรุนแรง (Graeber, et al., 2003) (Level II) และผู้บำบัดควรประเมินผู้ป่วยเพื่อดูระยะของการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย (Stages of change) โดยเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบว่ามีมาตรฐานแล้ว 1 ชิ้น The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) หากพบว่าผู้ป่วยยังลังเลใจหรือยังตัดสินใจไม่ได้ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มของตนเอง ผู้บำบัดต้องวางแผนให้การบำบัดไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง ในผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแล้วพบว่า มีการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตนได้แล้ว ผู้บำบัดควรส่งเสริมให้สามารถผ่านระยะต่างๆของ Stages of Change คือ ขั้นลงมือปฏิบัติ ส่งเสริมให้กระทำอย่างต่อเนื่องและการป้องกันการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ จนผู้ป่วยสามารถลด/หยุดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองได้ (Graeber, et al., 2003; Barrowclough, et al., 2001) (Level II)

4. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วยอย่างเดียว ควรทำการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ไม่น้อยกว่า 3 ครั้งติดต่อกันทุกสัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง โดยแต่ละครั้งจะมีเป้าหมายในการบำบัดดังนี้ (Graeber, et al., 2003) (Level II)

ครั้งที่ 1 เป็นการเปิดเผยตัวเองให้ตระหนักถึงผลของการดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงความเสี่ยงที่จะนำไปสู่การใช้สารเสพติดชนิดอื่น

ครั้งที่ 2 เป็นการค้นหาค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับการเสพติด โดยใช้ The Personal Values Card Sort (Miller, C'de Baca, Matthews & Wilbourne, 2001) ในครั้งนี้จะรวมถึงการฝึกหัด

ให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักผลดี ผลเสียที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ครั้งที่ 3 เป็นการทบทวน 2 ครั้งที่ผ่านมา และช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดแผนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตนเอง

5. การบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) จะให้ผลในการลด/หยุดดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์เคยเข้ารับการบำบัดเลิกแอลกอฮอล์มาก่อน และมีการศึกษาระดับมัธยม (Graeber, et al., 2003) (Level II)

6. การบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน ควรให้การบำบัดทางจิตอื่นๆควบคู่ไปกับการรักษาหรือบำบัด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ การบำบัดทางพฤติกรรมและความคิดรายบุคคล (Cognitive Behavior Therapy) หรือครอบครัวบำบัด ซึ่งจะได้ผลในการช่วยลดการป่วยซ้ำ (Barrowclough, et al., 2001) (Level II)

7. การประเมินการดื่มแอลกอฮอล์ หรือปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยหลังได้รับการบำบัดด้วย Motivational Interviewing ทำได้หลายรูปแบบ ได้แก่ การประเมินโดยการสัมภาษณ์ การประเมินด้วยตัวเองโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้บันทึก ซึ่งการประเมินด้วยตัวเองนี้จะทำให้ผู้ป่วยเตือนตัวเองและระวังตัวเองไม่ให้ดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินตนเอง ได้แก่ แบบประเมิน Timeline follow-back (TLFB) มีลักษณะเหมือนปฏิทินรายปี โดยให้ผู้ป่วยจดบันทึกปริมาณการดื่มในแต่ละวัน ซึ่งผู้ป่วยจะสามารถเห็นพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองได้และยังช่วยเตือนตนเองให้ระวังในการดื่มได้ด้วย (Barrowclough, et al., 2001) (Level II), แบบประเมิน The Brief Drinker Profile เป็นการประเมินลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยด้วยตนเองเช่นกัน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 เรื่องคือ 1) จำนวนวันที่ดื่มแอลกอฮอล์ 2) ประเมินร่วมกันเกี่ยวกับน้ำหนักตัวระยะเวลาในการดื่มและปริมาณที่ดื่มในแต่ละวัน 3) ประเมินจำนวนแอลกอฮอล์ที่ดื่มตามมาตรฐานใน 1 สัปดาห์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความระวังตนเองในการดื่มแอลกอฮอล์ได้เช่นกัน (Graeber, et al., 2003) (Level II)

8. การบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด ผู้ให้การบำบัดควรเป็นบุคลากรด้านสุขภาพจิต ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และมีประสบการณ์ในการบำบัดด้วย Motivational Interviewing (Barrowclough, et al., 2001; Baker, et al., 2003; Graeber, et al., 2003) (Level II)

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษาแนวทางการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติที่มีมาตรฐานสำหรับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์ จนเป็นเหตุให้ต้องเข้ามารับการบำบัดรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนั้นการทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้ถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดแรงงูใจภายในตัวเองเพื่อให้สามารถเริ่มหยุดดื่มแอลกอฮอล์ และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้หรือสามารถเลิกดื่มได้ในที่สุด โดยรูปแบบของการบำบัดใช้เทคนิควิธีการให้คำปรึกษาแบบเสริมแรงงูใจ ซึ่งเป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบโดยการสัมภาษณ์และการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีขั้นตอนของการพัฒนาคือ การกำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิกจากการวิเคราะห์ข้อมูลของหน่วยงานและองค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของปัญหา สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ วิเคราะห์สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาและให้ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหา คือ การลด/หยุดดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

ข้อเสนอแนะ

1. แม้ว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจะเป็น Randomized Controlled Trials (RCT) จำนวน 5 เรื่อง และมีเพียงเรื่องเดียวที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์อย่างเดียวนั้น นอกนั้นเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดหลายชนิด จึงควรศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งหรือฐานข้อมูลอื่นเพิ่ม เพื่อให้มีความชัดเจนในการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงงูใจในการส่งเสริมการลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ในสถานการณ์การปฏิบัติจริงที่หลากหลายยิ่งขึ้น

2. แนวทางการส่งเสริมการลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ นี้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เท่านั้น ดังนั้นหากนำไปใช้กับผู้ป่วยในหน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชจะต้องคำนึงถึงความชอบและความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการนำไปปฏิบัติด้วย
3. ควรทำการวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิผล ของโปรแกรมการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ต่อการลดจำนวนวันดื่มและการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในประเทศไทย



การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลด/หยุดพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

MOTIVATIONAL INTERVIEWING FOR DECREASING / ABSTINENCE DRINKING BEHAVIORS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND ALCOHOL USE DISORDERS : EVIDENCE BASED NURSING

วีรี แดงประเสริฐ 4736922 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ยาใจ สิริขันธ์, Ph.D.(Nursing), ประภา ยุทธไตร, พย.ค.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญ ที่นำผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุของการดื่มแอลกอฮอล์/ใช้สารเสพติด มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สารเสพติดถึงร้อยละ 40-60 (Cantor-Graae, Nordstrom, & Mc Neil, 2001; Regier et al., 1990) และใช้สารเสพติดประเภทแอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 30-50 (Soyka, 2001) เมื่อศึกษาแรงจูงใจในการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยจิตเวชในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวน 69 คน ในจำนวนนี้คิดเป็นผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 47.8 ผลการศึกษาพบว่าสารเสพติดที่ผู้ป่วยนิยมใช้มากที่สุดคือ แอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 77 (Spencer, et al., 2002) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการใช้แอลกอฮอล์ จากการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการของโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้แอลกอฮอล์ ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-10 เป็น F.20 ร่วมกับ F.10 ซึ่งมีอาการทางจิตกำเริบต้องเข้ามารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกปี พ.ศ. 2550-2551 จำนวน 4,262 คนและ 4,457 คนตามลำดับ และต้องรับไว้ในแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 3,710 คนและ 4,019 คนตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการรับไว้ในแผนกผู้ป่วยในสูง ซึ่งมีการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ผู้ป่วยที่ถูกนำส่งโรงพยาบาลมักจะมีอาการคลุ้มคลั่งอาละวาด อันเป็นผลจากการดื่มแอลกอฮอล์มาก่อน จากการศึกษาพบว่า แอลกอฮอล์มีผลต่อสารสื่อประสาท

หลายตัว การดื่มแอลกอฮอล์มีผลทำให้สาร dopamine มีการหลั่งออกมามากแต่การดูดกลับช้าลง มีฤทธิ์ต่อต้านยารักษาอาการทางจิตของผู้ป่วย ซึ่งมีผลทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยรุนแรงขึ้น มีอาการประสาทหลอน แปลภาพผิด หวาดระแวง จนถึงขั้นคลุ้มคลั่งอาละวาด หลังจากพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลไม่นานอาการก็จะดีขึ้นและแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน เมื่อกลับไปอยู่บ้าน กลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมๆ ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้ก็มีแนวโน้มที่จะกลับไปดื่มแอลกอฮอล์อีก และก็เป็นเหตุให้ต้องกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำอีกเช่นกัน ซึ่งนับเป็นปัญหาที่บุคลากรทางสุขภาพจิตให้ความสนใจเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีความยุ่งยากในการรักษามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์ กล่าวคือ ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สนใจร่วมมือในการรักษา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้ผลการรักษาแย่งลง อาการทางจิตกำเริบ เกิดพฤติกรรมรุนแรง ควบคุมอาการของโรคได้ยาก มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น (NIAAA, 2004) นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภททำให้มีโอกาสรื้อที่พักรักษา ทำให้มีอาการทางจิตเด่นชัดมากขึ้น การดำเนินของโรคไม่ดี รวมทั้งมีพฤติกรรมรุนแรงและก้าวร้าว (Soyka, 2000) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อญาติ รู้สึกทุกข์ใจ ซึมเศร้า รวมทั้งรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านอารมณ์และเศรษฐกิจ วิตกกังวลต่ออาการของผู้ป่วยและการไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ครอบครัว/ผู้ดูแลแก้ปัญหาโดยการขอให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลตลอดไป หรือให้อยู่โรงพยาบาลนานที่สุด ซึ่งเป็นการสูญเสียทรัพยากรบุคคล และเศรษฐกิจของชาติอย่างมาก

จากการศึกษาถึงสาเหตุของการใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งไม่แตกต่างจากคนปกติทั่วไป พบว่ามาจากสาเหตุด้านชีววิทยา จิตใจและสังคม ได้แก่

1. เกิดการเปลี่ยนแปลงของ สารชีวเคมีในสมอง หรือสารสื่อประสาทหลายๆตัวในระบบประสาท ก่อให้เกิดความพึงพอใจจากการดื่มแอลกอฮอล์ (reinforcement) และทำให้มีอาการอยากดื่มแอลกอฮอล์ (Craving) เมื่อไม่ได้เสพ โดยกระบวนการจะเริ่มจากการกระตุ้น Dopamine ที่ reward system ใน ventral segmental area ของสมอง แล้วจะจับกับโปรตีนบนผิวเซลล์ประสาทของสมองส่วนควบคุมความพอใจ ที่เรียกว่า ตัวจับฝิ่น (opiate receptor) ส่งผลต่อเนื่องให้เซลล์ประสาทหลั่ง Dopamine ออกมามากขึ้น ทำให้ผู้เสพรู้สึกพึงพอใจ แต่เมื่อขาดสารที่เป็นตัวกระตุ้น ปริมาณ Dopamine ในสมองจะลดลง ทำให้ผู้เสพรู้สึกกระวนกระวายจนต้องแสวงหาสารนั้นมาเสพอีกจนกระทั่งเกิดการเสพติดขึ้น สารสื่อประสาทตัวอื่นที่เกี่ยวข้องกับการออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ ได้แก่ Gamma Amino Butyric (GABA) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในการลดการทำงานของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์กังวล ปกติจะหลั่งมาในเวลาที่คุณคนมีจิตใจสงบ นอกจากนี้ Endorphine เป็นสารคลายความตึงเครียดทั้งร่างกาย (กล้ามเนื้อ) และจิตใจ (อารมณ์) ปกติจะหลั่งเวลาที่คุณคนมีการออกกำลังกาย แต่เมื่อดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้สารสื่อประสาท GABA และ

Endorphine หลังออกมาทำให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์มีความสุข ผ่อนคลาย ทำให้เกิดการคิด แอลกอฮอล์และต้องเพิ่มการดื่มมากขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้ได้รับความสุขตามที่ต้องการ (สำนักงานป้องกันและปราบปรามสารเสพติด, กระทรวงยุติธรรม, 2550)

2. ทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดื่มแอลกอฮอล์/ใช้สารเสพติดร้อยละ 50 กลับไปเสพยาเนื่องจากมีบุคลิกภาพและสภาพจิตใจที่อ่อนแอ ไม่เข้มแข็ง ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ วุฒิภาวะทางอารมณ์ต่ำ มองตนเองในด้านลบ เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดทักษะในการเผชิญปัญหา เมื่อมีความเครียดที่เกิดจากการดำเนินชีวิต อาจมีสาเหตุมาจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน การเรียน สภาพสังคม ซึ่งอาจไม่ใช่ความเครียดที่มากกว่าคนอื่น แต่เนื่องจากขาดทักษะในการปรับตัวและการแก้ไขปัญหา เมื่อไม่ได้รับการแก้ไขจึงหาทางออกโดยการดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด เพื่อช่วยลดความเครียดและผ่อนคลายทางอารมณ์ เมื่อบุคคลนั้นเกิดการเรียนรู้และได้รับการเสริมแรงจากความรู้สึกสุขสบายจากความเครียดที่ลดลง จึงเป็นปัจจัยให้กลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำๆ (นันทิ จิตสว่าง และสุนนทิพย์ ใจเหล็ก, 2544)

3. ด้านสังคม เป็นสาเหตุภายนอกที่สำคัญที่มีอิทธิพล กล่าวคือ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ การเห็นแบบอย่างจากพ่อแม่ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำและค่านิยมบรรทัดฐานของสังคมที่ส่งเสริมการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การใช้แอลกอฮอล์ในการรับรองแขก เลี้ยงขอบคุณในงานพิธีต่างๆ หรือการดื่มแอลกอฮอล์หลังเลิกงานทุกวัน ซึ่งปฏิบัติกันจนเป็นประเพณีโดยทั่วไปในชุมชน ทำให้เกิดการจำตัวอย่างที่ผิดๆและเมื่อได้รับแรงเสริมจากความรู้สึกผ่อนคลาย ความเครียดที่ลดลง การหลีกเลี่ยงการเผชิญกับความจริงในชีวิต ความขัดแย้งภายในจิตใจ จึงเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การคิดแอลกอฮอล์ (สุนิย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ซึ่งสามารถแบ่งสาเหตุได้ 4 ประการคือ 1) เพื่อบรรเทาอาการวิตกกังวล ซึมเศร้าของตนเอง 2) เพื่อช่วยในการเข้าสังคม ทำให้กล้าเข้าสังคมและทำให้เกิดการยอมรับ 3) เป็นกลไกทางจิตในการต่อสู้กับการเจ็บป่วย 4) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำ ทำให้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีโอกาสใช้สารเสพติด (Smith, & Hucker, 1994) จากการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 41 รายพบว่า เหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ เพื่อผ่อนคลาย ร้อยละ 82 เพื่อทำให้มีความสุข ร้อยละ 77 เพื่อให้รู้สึกมีคุณค่า ร้อยละ 74 เพื่อลดอารมณ์ซึมเศร้า ร้อยละ 71 เพื่อให้เพื่อนยอมรับ ร้อยละ 56 ลดอาการหวาดระแวง ร้อยละ 29 เพื่อเพิ่มกำลังวังชา ร้อยละ 27 ลดอาการหิวแหว่ ร้อยละ 24 ตามลำดับ (Addington, & Duchak, 1997) นอกจากนี้เหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติดคือ เพื่อขจัดอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (unpleasant affect) ช่วยให้อารมณ์ดีขึ้น เข้าสังคมได้ ลดอาการทางด้านบวกและลดอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาต้านโรค

จิต (Spencer, et al., 2002) ในประเทศไทย เพ็ญพุด คงพาณิชย์ตระกูล (2547) ได้ทำการศึกษาสาเหตุการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาตัวในสถาบันกัลยาราชนครินทร์ จำนวน 73 คน โดยแบ่งตามสาเหตุออกเป็น 3 ด้านดังนี้คือ 1) ด้านร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทดื่มแอลกอฮอล์เพื่อบรรเทาความไม่สุขสบาย เช่น นอนไม่หลับหรือหลับยาก ร้อยละ 89 2) ด้านจิตใจ ผู้ป่วยจิตเภทดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากอาการอยากเสพยาเสพติดมากที่สุด ร้อยละ 89 3) ด้านสังคมวัฒนธรรม ผู้ป่วยจิตเภทดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากสามารถหาเสพติดได้ง่ายที่สุด ร้อยละ 84.9

จะเห็นว่าสาเหตุสำคัญของการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวข้องกับปัญหาทางด้านจิตใจ การปรับตัวและการเผชิญปัญหา เมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับไปสู่สังคมหรือสิ่งแวดล้อมเดิมที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือมีการใช้สารเสพติด กำลังใจไม่เข้มแข็ง จึงทำให้มีโอกาสกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำได้อีก ซึ่งมีผลให้ขาดความสนใจเรื่องการดูแลตนเอง การรับประทานยาต่อเนื่องและอาจอะละวาด สร้างความเบื่อหน่ายให้ญาติ/ผู้ดูแลมากขึ้น ผลสุดท้ายทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำจนต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ส่งผลทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแลตลอดจนครอบครัว นอกจากจะมีผลกระทบที่เกิดขึ้นเหมือนในคนปกติทั่วไปแล้ว แต่สำหรับผู้ป่วยจิตเภทยังมีผลกระทบซึ่งมากกว่าในคนปกติทั่วไปอีก

1. การทำงานของระบบต่างๆในร่างกายถูกทำลาย (physical damage) การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากหรือดื่มอย่างหนัก (heavy alcohol use) อาจทำให้เกิดการทำลายสุขภาพได้หลายๆทาง โดยเฉพาะสมองและตับ ทำให้เกิดโรคตับแข็ง (cirrhosis) ตับอักเสบ (hepatitis) ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (acute pancreatitis) ระบบประสาทส่วนปลายไม่ทำงาน (peripheral neuropathy) หรือเกิดอาการชัก (epilepsy) รองลงมาคือการขาดสารอาหารโปรตีนและวิตามินบี มีโอกาสติดเชื้อได้สูงเสี่ยงต่อการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง ความดันโลหิตสูงและภาวะขาดน้ำตาลในเลือด (Gelder, et al., 2001; Burge, & Schneider, 1999)

2. การสูญเสียทางด้านสังคม (social damage) การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณสูงก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมมากมายโดยเฉพาะปัญหาการหย่าร้างในครอบครัวที่ สมาชิกในครอบครัวมีความตึงเครียด ทะเลาะวิวาทและมีการใช้ความรุนแรงของพ่อแม่/ผู้ปกครองที่ดื่มแอลกอฮอล์ เป็นอันตรายต่อเด็กและไม่เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูก การดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลต่อการทำงานที่แย่งและอาจตกงานได้ นอกจากนี้ยังอาจเกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุ การทำผิดกฎหมายทางเพศ การใช้ความรุนแรงและอาจถึงการฆาตกรรมผู้อื่นได้ (วิชัย โปษยะจินดาและอาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, 2545)

3. เกิดโรคทางจิตเวช (psychiatric disorders) การดื่มแอลกอฮอล์มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่ดี อาจก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า ก้าวร้าวและนำไปสู่การใช้ความรุนแรง

ได้ พูดเสียงคลุ่มเครือ พึมพำ (slurred speech) ง่วงซึม (stupor) และทำให้การทำหน้าที่ต่างๆบกพร่อง การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากและดื่มเป็นระยะเวลานานจะก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิต มีภาวะสับสนและเกิดอาการหูแว่วได้ (Desjarlais, et al., 1995)

นอกจากนี้สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วย ยังมีผลให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด จนไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องจนทำให้มีอาการทางจิตรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการบำบัด เป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งเป็นผลมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ การกลับเข้ารับการบำบัดถี่ขึ้นกว่าเกณฑ์ที่ควรเป็น มีผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ติดแอลกอฮอล์จะสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ติดแอลกอฮอล์

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ติดแอลกอฮอล์นั้นจะมีความยุ่งยากในการบำบัด ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอื่นๆ เมื่อมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วม (comorbidity หรือ dual diagnosis หรือ double trouble หรือ double jeopardy) แพทย์จะพิจารณาแนวทางการรักษาที่ครอบคลุม ทั้งส่วนของการใช้แอลกอฮอล์และส่วนของโรคจิตเวช อาจต้องพิจารณาให้ยาอื่นร่วมด้วยถ้ามีความจำเป็น เนื่องจากโรคร่วมอาจมีได้มากกว่า 1 โรคหรืออาการ เช่น การให้ยาแก้ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการซึมเศร้า เป็นต้น และต้องเลือกให้ยาให้เหมาะกับชนิดของสารเสพติดและระยะของการรักษา (พิชัย แสงชัยชาญ, 2549)

เนื่องจากการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วมเป็นปัญหาที่มีความยุ่งยาก จึงต้องเป็นการบำบัดที่ผสมผสานทั้งการรักษาด้วยยา ร่วมกับจิตบำบัด ซึ่งเป็นการรักษาที่เหมาะสมที่สุดและความร่วมมือในการรักษา ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในการรักษาทั้งผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยโรคสารเสพติด ดังนั้นการรักษาโรคทางจิตเวชและการรักษาสารเสพติดจะต้องกระทำร่วมกันและกระทำไปพร้อมกันโดยทีมผู้รักษาทีมเดียวกัน อันประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ ภายใต้โปรแกรมการรักษาเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและปัญหาต่างๆที่สอดคล้องและสอดคล้องซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังได้รับการรักษาที่มีการประสานกันเป็นอย่างดี แนวทางการรักษานี้เรียกว่า integrated treatment ซึ่งแนวทางการรักษานี้จะต้องมีการเชื่อมโยงประสานกันระหว่างผู้ให้การบำบัดรักษา ทั้งที่อยู่ในระบบหรือทีมเดียวกันและผู้ให้การบำบัดรักษาที่อยู่นอกระบบหรือนอกทีมการรักษา ดังนั้นแม้ว่าจะมีแพทย์มากกว่าหนึ่งคน บุคลากรในทีมมีจำนวนหลายคน เช่น ทีมบำบัดรักษาสารเสพติดกับทีมรักษาโรคจิตเวช แต่ทุกคนจะต้องทำงานประสานกันเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นภายในหรือภายนอกหน่วยงานการบริการของตน การเชื่อมโยงประสานกันในลักษณะนี้เรียกว่า system integration จากการศึกษาเปรียบเทียบการใช้โปรแกรมการบำบัดแบบ integration สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วยซึ่งเป็นผู้ป่วยนอก สามารถทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเข้มแข็ง ช่วยลดการใช้สารเสพติดและลดการกลับเข้า

รักษาในโรงพยาบาล (Drake, et al., 1998) นอกจากนี้การใช้โปรแกรมการบำบัดแบบ integration ยังสามารถช่วยลดต้นทุน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดหรือเลิกใช้สารเสพติดได้ และยังส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย (Ries, et al., 2000) ดังนั้นจะเห็นว่าการบำบัดด้วยยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วยเพียงอย่างเดียวไม่น่าเพียงพอ จำเป็นต้องนำการบำบัดด้านจิตสังคมมาร่วมด้วยเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากที่สุด การรักษาด้วยจิตบำบัดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดที่ต้องให้ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ (empathy) และไม่ตัดสินผิดถูก (non - judgemental) ในเรื่องการเสพสารเสพติดของผู้ป่วย เพื่อช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทายา ร่วมมือในการรักษาได้นานขึ้นและสิ่งสำคัญคือ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาทางจิตสังคมที่เกิดจากการติดแอลกอฮอล์ได้ (Rohsenow, & Malley, 1999) นอกจากนี้เป้าหมายของการบำบัดด้านจิตสังคมคือการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม ให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มหรือหยุดดื่มได้นานที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการศึกษาประสิทธิผลของจิตสังคมบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์ ในโครงการวิจัย Project MATCH ของสถาบัน National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่ามี 3 รูปแบบที่ใช้ได้ผลในการบำบัด คือ

1. การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral therapy) จากความเชื่อว่า เหตุการณ์ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมต่างมีผลกระทบซึ่งกันและกัน โดย CBT จะเน้นที่กระบวนการคิดเป็นสำคัญ หากกระบวนการคิดของเราผิดพลาดหรือไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง อารมณ์และพฤติกรรมที่ตอบสนองความคิดนั้นก็จะเกิดเป็นปัญหา ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงความคิดก็จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ เป็นจิตบำบัดระยะสั้นสาขาหนึ่ง ซึ่งเน้นการบำบัดที่อาการเฉพาะบางอาการ การบำบัดจึงทำโดยการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักถึง negative cognition และเปลี่ยนแปลง cognition ให้สอดคล้องกับความเป็นจริง อารมณ์ของพวกเราเกิดจาก cognition ในการรับรู้และตีความสิ่งที่เราประสบ อารมณ์พื้นฐาน 4 อย่างคือ อารมณ์เสียใจ อารมณ์ดีใจ อารมณ์โกรธและกังวลใจ ส่วนในผู้ป่วยจิตเวช cognition อารมณ์และพฤติกรรมที่ตอบสนองจะมีลักษณะรุนแรง และดำเนินต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานกว่าบุคคลปกติ โดยแต่ละความผิดปกติจะมีความเชื่อ (idiosyncratic beliefs) เกี่ยวกับตัวเองและบุคคลอื่นแตกต่างกันไป ลักษณะเฉพาะของแต่ละ cognition จะมีความสำคัญในแง่ของกรอบในการบำบัด วิธีการบำบัดชนิดนี้เชื่อว่า ต้องให้ความสำคัญทั้งปัจจัยกระตุ้นภายนอกและปัจจัยกระตุ้นภายใน การบำบัดด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนี้พบว่า ใช้ได้ผลดีทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคล แต่ผู้บำบัดต้องเป็นผู้ชำนาญ สามารถให้การบำบัดในรูปแบบกลุ่มปิดได้

2. การฟื้นฟูทางจิตวิญญาณ หลัก 12 ขั้นตอน (Twelve-step facilitation) เป็นการบำบัดเพื่อเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาไปตามหลัก 12 ขั้นตอน ตามหลักการ Twelve Steps Concept โดยอาศัยปัจจัยด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) เข้ามาบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ จิตวิญญาณ (Spirituality) เป็นด้านของจิตใจที่ดั่งาม มีคุณธรรม จริยธรรม มีความเป็นอิสระจากกายและสมอง ความใกล้ชิดศาสนาเป็นปัจจัยป้องกันการเสพยาเสพติด ไม่ให้ทำสิ่งที่ไม่ดี รู้สึกรู้สิดและกลัวบาป เป้าหมายเพื่อให้เกิดความสงบสุขทางจิตวิญญาณ (Sobriety) โดยบทบาทของผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจหลัก 12 ขั้นตอน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเอง โดยสรุปคือ ผู้ป่วยต้องยอมรับก่อนว่าตนเองไม่สามารถแก้ปัญหาติดแอลกอฮอล์ของตน (Powerlessness) และการติดแอลกอฮอล์ทำให้ชีวิตของตนเองยุ่งจนควบคุมไม่ได้ (Unmanageable) และให้ศรัทธาต่อพลังอำนาจที่อยู่เหนือตนเอง (Higher power) ซึ่งอาจเป็นพระเจ้าหรือสิ่งที่มีคุณค่านั้นมีความศรัทธาเพื่อให้อภัยและช่วยเหลือตนในการเลิกแอลกอฮอล์ ผู้ติดแอลกอฮอล์ต้องกลับมามองและยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง และสิ่งที่ได้กระทำไม่ดีต่อบุคคลอื่น พยายามปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น และเมื่อสามารถแก้ไขปัญหของตนเองได้แล้วก็ให้ช่วยเหลือผู้อื่นต่อไป Bill Wilson & Bob Smith ได้ก่อตั้งกลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์นิรนาม (Alcoholics' Anonymous) เมื่อปี ค.ศ. 1935 ขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งปัจจุบันได้เผยแพร่ไปทั่วโลก โดยมีความเชื่อว่าผู้เลิกดื่มแอลกอฮอล์จะช่วยผู้เลิกดื่มแอลกอฮอล์ด้วยกันได้ดีที่สุด การดำเนินชีวิตของกลุ่มนี้จะอาศัยหลักการ 12 ข้อ (twelve - step) และประเพณี 12 ข้อ (twelve - traditions) มาเป็นหลักการพื้นฐาน จะมุ่งเน้นที่ความเชื่อและความศรัทธา กลุ่ม AA นี้สามารถใช้ได้ผลกับผู้ติดแอลกอฮอล์และผู้ติดยาเสพติดประเภทอื่น ในการก่อตั้งกลุ่ม AA ต้องมีผู้นำที่มีความสามารถในการนำกลุ่มซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในกรณีที่ได้รับช่วยเหลือมีอาการทางจิตร่วมด้วย

3. การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยใช้หลักการของจิตวิทยาการเสริมสร้างแรงจูงใจโดย Miller & Rollnick ในปี ค.ศ. 1991 เป็นการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการนำทฤษฎี Transtheoretical Model หรือ Stages of change ของ Prochaska & DiClemente (1992) ต่อมา มีนักทฤษฎีที่สำคัญอีก 2 คนคือ DiClemente & Norcross ได้ร่วมกันพัฒนาทฤษฎีเพื่อนำมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลจนกระทั่งเป็นที่แพร่หลายเป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบโดยใช้พื้นฐานจิตวิทยาการจูงใจ (Motivation psychology) และแนวทางการให้การปรึกษารายบุคคลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ในการแก้ไขความลังเลใจของผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และต่อมาได้มีการพัฒนาเพื่อนำมาใช้ในผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วย ซึ่งมีกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผู้นำบำบัดต้องมีการตอบสนองที่เหมาะสมในขั้นตอนนั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยก้าวไปสู่ขั้นตอนต่อไปได้จนสามารถ

หยุดดื่มแอลกอฮอล์หรือเลิกใช้สารเสพติดได้อย่างคงทนถาวร ซึ่งมี 6 ขั้นตอน (พิชัย แสงชัยชาญ, 2549) ดังนี้

1. ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation) ในขั้นนี้ผู้ป่วยไม่คิดว่าตนเองมีปัญหาจากการใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด คิดว่าตนควบคุมการใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดได้ จะหยุดเมื่อไหร่ก็ได้ มองไม่เห็นผลเสียและไม่คิดว่าตนเองมีปัญหา

ผู้บำบัดต้องให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) และการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (Information) การให้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยโดยตรงไปตรงมา เน้นข้อเท็จจริง เป็นเหตุเป็นผล เป็นกลาง ไม่ชี้นำหรือครอบงำหรือจู่โจมให้กลัว

2. ขั้นลังเลใจ (Contemplation) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยประสบกับผลกระทบในทางลบจากการใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด แต่อาจมึนงงมาก อาจถูกผู้บังคับบัญชาตักเตือน แต่ยังเห็นผลดีของการใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดมากกว่าผลเสีย

ผู้บำบัดต้องพูดถึงข้อดีข้อเสียของการใช้ และการเลิกใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด การพูดคุยถึงข้อดีข้อเสีย ผู้บำบัดต้องเป็นกลาง ขณะตรวจสอบผู้บำบัดอาจให้ข้อมูลที่ถูกต้องไปด้วย

3. ขั้นตัดสินใจหยุดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดอย่างจริงจัง (Determination) ขั้นนี้ผู้ป่วยมักประสบกับโทษภัยที่รุนแรง ตระหนักถึงปัญหาและตัดสินใจเลิกใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด

ผู้บำบัดต้องเสนอทางเลือกในการเลิกใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด (Menu) และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกได้อย่างอิสระ (Freedom of choice) เน้นความรับผิดชอบในการเลือกของตนเอง (Responsibility) และส่งเสริมศักยภาพในการทำ (Self-efficacy) ของผู้ป่วย

4. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ในขั้นนี้ผู้ป่วยกำลังลงมือปฏิบัติการหยุดดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด แต่ยังไม่สำเร็จ ระยะเวลา มักอยู่ในช่วง 6 เดือนแรก โดยกระทำตามวิธีที่ตนได้เลือกเพื่อหยุดดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด แต่อาจกระทำไม่ได้ไม่สม่ำเสมอในบางช่วง

ผู้บำบัดต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำตามวิธีที่ตนเลือกอย่างต่อเนื่อง (Compliance or Adherence) ขจัดอุปสรรคที่อาจทำให้กระทำไม่ได้ต่อเนื่อง ให้ความเข้าใจในวิธีการ ความชำนาญในการกระทำ ให้ความหวังและกำลังใจ ช่วย

5. ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) ขั้นนี้ผู้ป่วยมักเลิกใช้แอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด ได้ประมาณ 6 เดือน อารมณ์ ความคิดมั่นคง มั่นใจว่าตนเองเลิกใช้แอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดได้

ผู้บำบัดต้องป้องกันการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดซ้ำ (Relapse prevention) การใช้ชีวิตชีวิตที่สมดุล ดูแลสุขภาพตนเองและควบคุมสิ่งเร้าที่ทำให้อยากยา หมั่นสังเกตสัญญาณเตือนที่สื่อถึงการกลับไปติดซ้ำ

6. การกลับไปมีปัญหายาซ้ำ (Relapse) ในขั้นนี้ผู้ป่วยเริ่มนำตนเองเข้าไปสู่สถานการณ์ที่เสี่ยง การปล่อยให้ตนเองมีความประมาททางอารมณ์และจิตใจ การไม่สามารถจัดการกับอาการอยากยา จนเผลอใจกลับไปใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดซ้ำ จนกระทั่งควบคุมการใช้ไม่ได้และกลับไปมีปัญหาติดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดอีก

ผู้บำบัดต้องดึงผู้ป่วยให้กลับไปสู่หนทางของการหยุดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดให้เร็วที่สุด (Recovery Process) ประคับประคองให้กำลังใจ มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา สรุปบทเรียนและมุ่งมั่นในการเลิกใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดต่อไป

จากการศึกษาพบว่า การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่ใช้แอลกอฮอล์ทั้ง 3 รูปแบบ ได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับ แต่ที่ได้ผลดีที่สุด คือ การฟื้นฟูทางจิตวิญญาณ หลัก 12 ขั้นตอน (twelve-step facilitation) ส่วนในกลุ่มที่มีอาการติดแอลกอฮอล์รุนแรง ควรบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy) สำหรับในกลุ่มที่อาการติดแอลกอฮอล์ไม่รุนแรง การบำบัดด้วยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) หรือการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy) ให้ผลดีพอๆกัน สำหรับในประเทศไทย สถาบันธัญญารักษ์ ซึ่งเป็นสถาบันบำบัดรักษาทางยาเสพติด ได้นำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Motivational Interviewing) ซึ่งประสิทธิภาพในการบำบัดได้ผลดี และต่อมาในปี 2551 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้นำมาจัดทำเป็นแนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุรา สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (Clinical Practice Guideline for Alcohol – Related Disorder for Health Care Practitioner) โรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช มีนโยบายหลักมุ่งเน้นฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและกลับไปอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด ที่ผ่านมายังไม่มีโปรแกรมที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย โดยจะเน้นให้การรักษาด้วยยาเป็นหลัก ส่วนด้านจิตสังคมบำบัดพยาบาลจะใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคที่เป็นอยู่ การปฏิบัติตนที่ถูกต้องและยอมรับร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง เมื่ออาการทางจิตลดลงแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติใช้แอลกอฮอล์กลับไปอยู่บ้านได้ไม่นาน อาการก็กำเริบซ้ำจึงต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอีก ทำให้ญาติรู้สึกท้อแท้และเป็นภาระในการดูแล ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานๆ เมื่อมาวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งมีความเชื่อมโยงส่งผลกระทบต่อเนื่องกัน และ

ต้นเหตุของปัญหาที่สำคัญคือ การใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้นั่นเอง ซึ่งหน่วยงานยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางในการทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาจากการใช้แอลกอฮอล์ โรงพยาบาลจึงพยายามหากระบวนการในการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้สามารถลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ได้

ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

การดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท ก่อให้เกิดผลกระทบในด้านต่างๆ ได้แก่ ทำให้ควบคุมอาการของโรคได้ยาก ขาดความร่วมมือในการรักษา มีความเสี่ยงในเรื่องการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น และเป็นสาเหตุที่ทำให้อาการทางจิตกำเริบจนต้องกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว/ญาติ/ผู้ดูแล จากการศึกษาสาเหตุสำคัญของการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำที่สำคัญคือ สาเหตุทางด้านจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทประสบความเครียดจากปัญหาภายในครอบครัว ปัญหาด้านการเงิน สถานภาพการเงินรวมทั้งมีความอยากดื่ม การเผชิญปัญหาและใช้วิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ปัญหาหรือความเครียดนั้นไม่ได้ถูกแก้ไข และประกอบกับผู้ป่วยใช้วิธีการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อแก้ปัญหา ซึ่งส่งผลให้ปัญหาเพิ่มความเครียดมากขึ้นและอาการทางจิตรุนแรงขึ้น ดังนั้นหน่วยงานที่ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องหาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากการดื่มแอลกอฮอล์ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ และสามารถแก้ปัญหาสาเหตุที่นำไปสู่การดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำได้ ซึ่งผู้บำบัดจำเป็นต้องมีแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์สามารถลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์และสามารถแก้ปัญหาสำคัญที่นำไปสู่การดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษาแนวทางการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์จากหลักฐานเชิงประจักษ์

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทโดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งวิธีการศึกษาในครั้งนี้

ประกอบด้วย การระบุวิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกและประเมินคุณภาพงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆดังนี้

วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

กรอบการสืบค้น

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้งานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ต้องการศึกษา จึงกำหนดคำสำคัญโดยใช้กรอบ PICO (Craig, & Smyth, 2002; Melnyk, & Fineout-Overholt, 2002) ในการคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลสารสนเทศ ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

Population : ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วย ซึ่งมีผลทำให้เกิดอาการทางจิตกำเริบกลับป่วยซ้ำจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

Intervention : กิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล เช่น การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing), Brief Intervention

Comparison intervention : ไม่มีการเปรียบเทียบ

Outcome : การลด/หยุดดื่มแอลกอฮอล์

ขอบเขตการสืบค้น

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกรงานวิจัยและ/หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับการศึกษา/วิเคราะห์ครั้งนี้ ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น

- Schizophrenia, Substance abuse/ Substance use, Alcohol use / Alcohol abuse / Alcohol addiction, Dual diagnosis / Comorbidity, Motivational Interviewing, Brief intervention, Drinking behavior, Abstinence rate, Psychosocial intervention, Integrated intervention

ฐานข้อมูล / แหล่งที่ใช้ในการสืบค้น

1. จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ : ฐานข้อมูลที่รวบรวมแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ www.guidelines.gov, ฐานข้อมูลที่รวบรวม systematic review ได้แก่ Cochrane library, www.joannabriggs.edu.au, ฐานข้อมูลอื่นๆ ที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ PubMed, CINAHL, Ovid, HighWire, Science Direct, Blackwell Synergy

2. จากการค้นคว้าด้วยตนเอง: Journal ที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ British Journal of Psychiatry, American Journal of Psychiatry, Journal of Nervous and Mental Disease, Schizophrenia Bulletin, Journal of Psychosocial Nursing, Acta Psychiatrica

Scandinavica, จากเอกสารอ้างอิงของบทความ/งานวิจัย จากห้องสมุดกรมสุขภาพจิต ห้องสมุดโรงพยาบาลศรีธัญญา ห้องสมุดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

ในการคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษาคือ แนวทางในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ตามหลักการที่เรียกว่า PICO (Craig, & Smyth, 2002; Melnyk, & Fineout-Overholt, 2002) หลังจากนั้นต้องนำมาประเมินคุณภาพและจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติหรือดำเนินการจริง ตามรูปแบบหรือการนำผลงานวิจัยนั้นๆ ไปใช้ในบริบทที่เฉพาะเจาะจงขององค์กร จึงมีความจำเป็นในการประเมินคุณภาพของงานก่อนที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติทางคลินิก ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติได้จริง โดยพิจารณา 3 ประเด็นหลักดังต่อไปนี้

1. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical Relevance)
2. การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (Scientific Merits)
3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Potential of implementation) พิจารณาดังนี้
 - 3.1 การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) คือ การนำผลงานวิจัยหรือโครงการปฏิบัติที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงในหน่วยงานนั้นๆ
 - 3.2 ความเป็นไปได้ (Feasibility) คือ ต้องคำนึงถึงประเด็นความเป็นไปได้ในการนำลงสู่การปฏิบัติ
 - 3.3 ความคุ้มค่า (Cost – benefit ratio) คือ การประเมินอย่างรอบคอบเกี่ยวกับความคุ้มค่าของโครงการ โดยครอบคลุมกลุ่มต่างๆ รวมทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และองค์กรในภาพรวม แต่กลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญที่สุด คือ ผู้ป่วย

เมื่อได้ประเมินคุณภาพของงานวิจัยแล้วจะต้องจัดระดับของงานวิจัยแต่ละเรื่อง เพื่อประกอบการประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มา โดยใช้เกณฑ์การจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามระบบของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) ซึ่งแบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ไว้ดังนี้

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

Level II หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยอย่างน้อยหนึ่งเรื่องที่เป็นงานวิจัย RCTs

Level III หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Level IV หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case control และ Cohort study ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี

Level V หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของงานวิจัยแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VII หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้มาจากความคิดเห็นหรือทัศนะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ผลการดำเนินการสืบค้น

ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลที่กำหนด พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายและเป็นงานวิจัยเชิงทดลองยังมีจำนวนน้อย เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นการพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวกับการส่งเสริมให้สามารถลด/เลิกดื่มแอลกอฮอล์ในคนปกติทั่วไป เริ่มนำมาพัฒนาใช้ในผู้ป่วยจิตเภท ทำให้งานวิจัยไม่มากนัก งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้โดยใช้เกณฑ์การประเมินของ Melnyk & Fineout - Overholt (2005) ทั้งหมดมีจำนวน 5 เรื่อง เป็นงานวิจัยระดับ 2 คืองานวิจัยที่เป็น Randomized Controlled Trials ทั้ง 5 เรื่อง

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พบเนื้อหาที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข กล่าวคือ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งสรุปเป็นข้อเสนอแนะได้ดังนี้

1. การบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ในการให้การบำบัดรายบุคคล โดยยึดรูปแบบของ Miller & Rollnick (1991) จะมีผลนำไปสู่การลด/หยุดดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท และควรทำไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง (Graeber, et al., 2003) (Level II)
2. ผู้ให้การบำบัดควรเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ผู้ป่วยสามารถคิดและตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ผู้บำบัดไม่ได้เป็นคนสั่งหรือแนะนำ ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม (Barrowclough, et al., 2001; Baker, et al., 2002; Graeber, et al., 2003) (Level II)

3. ก่อนเข้าโปรแกรมผู้บำบัดควรประเมินอาการทางจิตก่อน ด้วยแบบประเมิน The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) และเริ่มบำบัดเมื่อพ้นระยะอาการทางจิตรุนแรง (Graeber, et al., 2003) (Level II) และผู้บำบัดควรประเมินผู้ป่วยเพื่อดูระยะของการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย (Stages of change) โดยเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบว่ามีมาตรฐานแล้ว 1 ชิ้น The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) หากพบว่าผู้ป่วยยังลังเลใจหรือยังตัดสินใจไม่ได้ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มของตนเอง ผู้บำบัดต้องวางแผนให้การบำบัดไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง ในผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแล้วพบว่า มีการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตนได้แล้ว ผู้บำบัดควรส่งเสริมให้สามารถผ่านระยะต่างๆของ Stages of Change คือ ขั้นลงมือปฏิบัติ ส่งเสริมให้กระทำอย่างต่อเนื่องและการป้องกันการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ จนผู้ป่วยสามารถลด/หยุดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองได้ (Graeber, et al., 2003; Barrowclough, et al., 2001) (Level II)

4. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วยอย่างเดียว ควรทำการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ไม่น้อยกว่า 3 ครั้งติดต่อกันทุกสัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง โดยแต่ละครั้งจะมีเป้าหมายในการบำบัดดังนี้ (Graeber, et al., 2003) (Level II)

ครั้งที่ 1 เป็นการเปิดเผยตัวเองให้ตระหนักถึงผลของการดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงความเสี่ยงที่จะนำไปสู่การใช้สารเสพติดชนิดอื่น

ครั้งที่ 2 เป็นการค้นหาค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับการเสพสารเสพติด โดยใช้ The Personal Values Card Sort (Miller, C'de Baca, Matthews & Wilbourne, 2001) ในครั้งนี้จะรวมถึงการฝึกหัดให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักผลดี ผลเสียที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ครั้งที่ 3 เป็นการทบทวน 2 ครั้งที่ผ่านมา และช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดแผนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตนเอง

5. การบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) จะให้ผลในการลด/หยุดดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์เคยเข้ารับการบำบัดเลิกแอลกอฮอล์มาก่อน และมีการศึกษาระดับมัธยม (Graeber, et al., 2003) (Level II)

6. การบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน ควรให้การบำบัดทางจิตอื่นๆควบคู่ไปกับการรักษาหรือบำบัด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ การบำบัดทางพฤติกรรมและความคิดรายบุคคล (Cognitive Behavior Therapy) หรือครอบครัวบำบัด ซึ่งจะได้ผลในการช่วยลดการป่วยซ้ำ (Barrowclough, et al., 2001) (Level II)

7. การประเมินการดื่มแอลกอฮอล์ หรือปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยหลังได้รับการบำบัดด้วย Motivational Interviewing ทำได้หลายรูปแบบ ได้แก่ การประเมินโดยการสัมภาษณ์ การประเมินด้วยตัวเองโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้บันทึก ซึ่งการประเมินด้วยตัวเองนี้จะทำให้ผู้ป่วยเตือนตัวเองและระวังตัวเองไม่ให้ดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินตนเอง ได้แก่ แบบประเมิน Timeline follow-back (TLFB) มีลักษณะเหมือนปฏิทินรายปี โดยให้ผู้ป่วยจดบันทึกปริมาณการดื่มในแต่ละวัน ซึ่งผู้ป่วยจะสามารถเห็นพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองได้และยังช่วยเตือนตนเองให้ระวังในการดื่มได้ด้วย (Barrowclough, et al., 2001) (Level II), แบบประเมิน The Brief Drinker Profile เป็นการประเมินลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยด้วยตนเองเช่นกัน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 เรื่องคือ 1) จำนวนวันที่ดื่มแอลกอฮอล์ 2) ประเมินร่วมกันเกี่ยวกับน้ำหนักตัว ระยะเวลาในการดื่มและปริมาณที่ดื่มในแต่ละวัน 3) ประเมินจำนวนแอลกอฮอล์ที่ดื่มตามมาตรฐานใน 1 สัปดาห์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความระวังตนเองในการดื่มแอลกอฮอล์ได้เช่นกัน (Graeber, et al., 2003) (Level II)

8. การบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด ผู้ให้การบำบัดควรเป็นบุคลากรด้านสุขภาพจิต ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และมีประสบการณ์ในการบำบัดด้วย Motivational Interviewing (Barrowclough, et al., 2001; Baker, et al., 2003; Graeber, et al., 2003) (Level II)

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษาแนวทางการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติที่มีมาตรฐานสำหรับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์ จนเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนั้นการทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้ถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในตัวเองเพื่อให้สามารถเริ่มหยุดดื่มแอลกอฮอล์ และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้หรือสามารถเลิกดื่มได้ในที่สุด โดยรูปแบบของการบำบัดใช้เทคนิควิธีการให้คำปรึกษาแบบเสริมแรงจูงใจ ซึ่งเป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบโดยการสัมภาษณ์และการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีขั้นตอนของการพัฒนาคือ การกำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิกจากการวิเคราะห์ข้อมูลของหน่วยงานและองค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของปัญหา สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ วิเคราะห์สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

ที่ได้มาและให้ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติกรพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหา คือ การลด/หยุดดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์

ข้อเสนอแนะ

1. แม้ว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจะเป็น Randomized Controlled Trials (RCT) จำนวน 5 เรื่อง และมีเพียงเรื่องเดียวที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์อย่างเดียวนั้น นอกนั้นเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดหลายชนิด จึงควรศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งหรือฐานข้อมูลอื่นเพิ่ม เพื่อให้มีความชัดเจนในการใช้โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ ในสถานการณ์การปฏิบัติจริงที่หลากหลายยิ่งขึ้น
2. แนวทางการส่งเสริมการลด/หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ นี้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เท่านั้น ดังนั้นหากนำไปใช้กับผู้ป่วยในหน่วยงาน พยาบาลจิตเวชจะต้องคำนึงถึงความชอบและความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการนำไปปฏิบัติด้วย
3. ควรทำการวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ต่อการลดจำนวนวันดื่มและการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในประเทศไทย

MOTIVATIONAL INTERVIEWING FOR DECREASING / ABSTINENCE
DRINKING BEHAVIORS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND
ALCOHOL USE DISORDERS : EVIDENCE BASED NURSING

WEEREE DANGPRASERT 4736922 NSMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: YAJAI SITTHIMONGKOL,
Ph.D., PRAPA YUTTATRI, D.N.S.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Substance use in patients with schizophrenia is a significant problem leading to rehospitalize, due to alcohol consumption or substance misuse. Studies have found that 40-60% of patients with schizophrenia used substances. (Cantor-Graae, Nordstrom, & McNeil, 2001; Regier, et al, 1990) and 30-50% used alcoholic. (Soyka, 2001). In a study on the motivation for using substances of 69 patients in the Out-Patient, wherein 47.8% were patients with schizophrenia, it was found that the substance most popularly used by patients was alcohol (77%) (Spencer, et al., 2002). It is evident, therefore, that most patients with schizophrenia use alcohol.

From a study on patients with schizophrenia receiving services at Srithanya Hospital, it was found that the numbers of patients with schizophrenia and alcohol use disorders diagnosed with ICD-10 as F.20 and F.10 who experienced relapse and had to receive services at the Out-Patient Department in 2007-2008 were 4,262 and 4,457 patients, respectively. Furthermore, and 3,710 and 4,019 patients had to be admitted to the In-Patient Department, respectively. This group of patients had high admission rates in the In-Patient Department and also suffered frequent relapses that brought the

patients back for hospitalization. The patients who had readmitted to the hospital usually had symptoms of violent dementia resulting from alcohol consumption.

According to the research, it was found that alcohol affects various neurotransmitters, one of which is dopamine are involved. Alcohol consumption will cause heavy dopamine secretions with slow absorption, thus resulting in resistance to medication for treating the psychiatric symptoms of the patients. Consequently, the psychiatric symptoms increase in severity, including delirium, hallucinations and alarm to violent dementia. Not long after hospital admission, the symptoms will improve and the doctor will permit hospital discharge. When this group of patients with schizophrenia return to their home environment, they tend to continue alcohol consumption which brings them to the hospital, thus making this a problem of great interest for mental health professional, because patients with schizophrenia and alcohol use disorders will have more treatment complications than patients with schizophrenia. They will also require more complicated care due to their alcoholic addiction in addition to the symptoms of psychiatric disorders which will require lifelong treatment i.e. these patients will not cooperate in treatment, refusing continual medication adherence and negatively affecting treatment outcomes as psychiatric symptoms relapse into severe behavior. As a result, the psychiatric symptoms of the disease are hard to control and suicide risks are increased (NIAAA, 2004). It has also been found that substance use in patients with schizophrenia may result in homelessness, which elicits more defined mental symptoms as patients refuse to cooperate with medication adherence, and the disease progresses negatively to violent and aggressive behaviors (Soyka, 2000) as relatives feel sad, depressed in addition to feelings of emotional and economical burden, thus causing relatives to worry about the symptoms of patients and societal shunning of these patients. The aforementioned problems cause families/caregivers to solve the problem by asking for the patients to be permanently hospitalized or hospital for as long as possible, which is a great loss to the human resources and economy of the nation.

According to studies on the etiology of alcohol consumption in patients with schizophrenia, no differences have been found between this group and ordinary people i.e. there are biological, mental and social causes as follows:

1. Changes occur in the biochemical substances of the brain or several neurotransmitters in the nervous system, thus bringing satisfaction from alcohol consumption (reinforcement) and cravings for alcoholic beverages when patients are not consuming. One of these neurotransmitters is dopamine, which stimulates the process of alcohol craving. The process will begin with stimulation of dopamine at the reward system in the ventral tegmental area of the brain and will adhere to protein on the surface of the nerve cells of the brain in the area controlling satisfaction called the “opiate receptor”, further causing continual effects for nerve cells to secrete more dopamine, causing for the user to feel satisfied. But when the user lacks stimulants, the amount of dopamine in the brain will be reduced, thus causing the user to feel restless with a strong urge to find that substance as an addiction occurs. Other neurotransmitter involved with the effects of alcohol is Gamma Amino Butyric (GABA), which is a neurotransmitter involved in reducing cerebral performance with regard to anxiety, which will usually be secreted when an individual is in a peaceful state. Furthermore, endorphins are both a physical (muscle) and mental (emotional) stress relaxant generally secreted during exercise. However, when an individual consumes alcohol, GABA and endorphins secretion is triggered in large amounts, thus causing the consumer to feel peaceful and relaxed, leading to constant alcohol consumption until they are addicted to alcohol and need to drink more to receive the pleasure they desire (Narcotics Control Technology Center, Office for the Development of Prevention and Solutions to Drug Problems, Office of the Narcotics Control Board (ONCB), Ministry of Justice, 2007).

2. Mentally and emotionally, 50% of individuals who drink alcohol/use substances will have a relapse due to weak personality and state of mind, lack of strength or confidence in themselves, lack of emotional security, low emotional maturity, negative self image, low self esteem, lack of skills in confronting problems. When faced with the stress of daily living which may be caused by their families, colleagues, studies, and societal conditions equal to the stress of other people but possibly caused by insufficient adaptation and problem-solving skills, they will find a solution for unsolved problems in alcohol consumption or substance use to reduce stress and bring about emotional relaxation. When these individuals learn and receive motivation from the feeling of happiness and comfort of reduced stress, they will also

be prompted to return to alcohol consumption (Nattee Jitsawang, & Samuntip Jaileg, 2001).

3. The social arena is a significant external cause influencing narcotic substance use as individuals with alcoholic consumption behaviors e.g. learning behaviors from the examples of parents who drink alcoholic beverages regularly and social norms that promote alcohol consumption, such as the use of alcohol in receiving guests, the use of alcohol to show gratitude on various occasions or drinking alcohol after work every day. These habits are practiced daily until they have become a normal tradition in the community, causing individuals to memorize bad examples. Furthermore, when individuals are reinforced by feelings of relaxation and reduced stress after the consumption of alcohol, confrontation with real life is avoided and internal disputes become factors leading to alcohol addiction (Suwanee Kiewkingkaew, 2002).

Furthermore, there have been studies on reasons why patients with schizophrenia drink more alcohol and these reasons can be categorized into 4 causes i.e. 1) Drinking to reduce personal anxiety and depression; 2) Drinking to help in fit in with society, which causes patients with schizophrenia to dare to enter society to gain acceptance; 3) Drinking as a mental mechanism for fighting with illness; 4) Most patients with schizophrenia have low social status and financial status, causing them to be in an environment where there are chances to use substances (Smith, & Hucker, 1994). Moreover, from the study of a group of 41 patients with schizophrenia the Out-Patient Department, it was found that the causes leading patients with schizophrenia to drink alcohol were for relaxation, (82%) for happiness (77%), to get drunk (74%), to reduce depressive emotions (71%), for peer acceptance and to fit in with peers (56%), to reduce symptoms of suspicion (29%) to enhance strength (27%), to reduce symptoms of auditory hallucinations (24%), respectively (Addington, & Duchak, 1997).

Furthermore, the significant causes behind substance use among patients with schizophrenia is to eliminate unpleasant effects, put patients in a better mood, take part in society, reduce positive symptoms and reduce symptoms caused by the side-effects of antipsychotic drugs (Spencer, et al., 2002: 240). In Thailand, Penpat Kongpanichtrakul (2004) studied causes behind substance use in 73 patients with

schizophrenia receiving treatment at the Galaya Rajanagarindra Institute by categorizing by cause into the following three areas: 1) Physical: patients with schizophrenia will drink alcohol to reduce discomforts such as insomnia or trouble sleeping (89%); 2) Mental: most patients with schizophrenia drink alcohol due to cravings (89%); 3) Social: patients with schizophrenia drink alcohol because alcohol is the easiest addictive substance they can find (84.9%).

It is evident that the significant cause alcohol consumption among patients with schizophrenia involves mental problems, adaptation and confrontation with problems. When they return to the same society or environment that caused stress or engage in substance use and the patients with schizophrenia has insufficient inner strength, it may cause patients to return to drinking alcoholic beverages, which will cause patients to lose interest in self care, continual medication adherence and may lead to riotous or violent actions, consequently resulting in greater intolerance to relatives/caregivers. Eventually, these patients with schizophrenia will relapse and be compelled to return for more treatment at the hospital.

The effects of patients with psychiatric disorders and alcohol use disorders themselves, caregivers and other significant persons. While these effects are the same as those encountered in ordinary people, there will be greater impact among patients with schizophrenia than ordinary people.

1. Physical damage: Heavy alcohol consumption may damage health in many ways, especially with regard to the brain and liver, as cirrhosis, hepatitis, acute pancreatitis, peripheral neuropathy or epilepsy occur. Following that, are protein and Vitamin B deficiency, high risk for infection, risks for stomach ulcers, chronic liver infections, hypertension and hypoglycemia (Gelder, et al., 2001; Burge, & Schneider, 1999).

2. Social damage: Heavy alcohol consumption results in numerous social problems, especially problems with divorce in families where family members experience stress, arguments and domestic violence in parents/guardians who drink alcoholic beverages, all of which are dangerous to children and are not good examples for children. Alcohol consumption will also cause worsen work performance and may cause the drinker to become unemployed. Moreover, alcohol consumption can also be involved with the occurrence of accidents, violations of sexual laws, use of violence

and may even lead to the murder of other individuals (Wichai Posayajinda, & Apa Siri Wong Na Ayudhaya, 2002).

3. Psychiatric disorders: Alcohol consumption causes negative behavioral changes which may lead to depression, aggression and violence, slurred speech, stupor and mistakes in performing duties. Heavy and long-term alcohol consumption will cause mental abnormality, confusion and auditory hallucinations (Desjarlais, et al., 1995).

Moreover, if psychiatric patients who had with alcohol use disorders, they will not cooperate with medication adherence and receive diagnosis by appointment, so these patients fail to receive continual treatment thus causing severe mental symptoms as patients also fail to respond to therapy. Thusly, patients return for further hospital treatment as a result of alcohol use. In returning for therapy more frequently than they should, the cost of treatment for patients with schizophrenia and alcohol use disorders is higher than patients with schizophrenia.

Treatment for patients with schizophrenia and alcohol use disorders will have complications. Doctors will use general treatment principles, but psychiatric patients or individuals with other psychiatric disorders who use substances will receive diagnosis as a patient with a combination of diseases (comorbidity, dual diagnosis, double trouble or double jeopardy. The doctors will also consider the following guidelines: the provision of bio-psycho-social treatment both for alcohol use and psychiatric disorders. They may also consider giving other medications such as anti-depressants in psychiatric patients with depressive symptoms, etc. if necessary because the comorbidity of the disease or psychiatric symptoms can be more than one disease. Moreover, doctors have to choose medication as suitable with the type of substance and treatment duration e.g. duration of detoxification and agonist maintenance (Pichai Sangchaichan, 2006).

Because therapy for patients with schizophrenia and alcohol use disorders is a complex problem, therapies provide both pharmacological treatment and psychological therapy, which is the most appropriate treatment. Furthermore, cooperation with treatment was a significant problem in the treatment of both psychiatric patients and patients with diseases caused by substances. Therefore, the treatment of patients with schizophrenia and alcohol use disorders must be a joint

effort by the same team of practitioners comprising doctors, nurses, psychiatrists, social workers, etc, under the same treatment program so patients will receive explanations regarding the illness and various problems in concurrence and support of one another while they also receive coordinated treatment. This treatment guideline is called “integrated treatment”, and requires coordination between therapists in the same system or team and therapists outside the system or treatment team.

Therefore, even though there may be more than one doctor, there will be several individuals on the team such as the substance therapy team and the psychiatric therapy team, but every person on the team must work and coordinate well inside or outside of their service unit. This type of integration is called “system integration”. From comparative studies on the use of integration therapy programs for patients with schizophrenia out-patients who use substances, it has been found that this group of patients can be strengthened to help reduce substance use and the rate of patients returning to rehospitalize. (Drake, et al., 1998). Furthermore, integration therapy programs can also help reduce expenses, help patients with schizophrenia to reduce or stop substance use and help patients to have improved life quality as well (Ries, et al., 2000). Thus, it is evident that pharmacological therapy alone is insufficient for patients with schizophrenia and alcohol use disorders and psychosocial therapy must also be included for maximal treatment effectiveness. Psychological therapy is very significant in patients with schizophrenia with problems using substances who need empathy and non-judge mental psychiatrists on the issue of substance use by patients to increase cooperation in medication adherence and cooperate in treatments for longer periods of time. Most importantly, it will help patients to cope with psycho-social problems caused by alcohol addiction (Rohsenow, & Malley, 1999). Furthermore, the goal of psycho-social therapy is to renew mental and social capabilities, help patients control drinking behaviors or stop drinking as long as possible so they can improve their life quality. According to a study on the effectiveness of psycho-social therapy in alcoholics in Project MATCH of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism of the United States, three forms of effective therapy were found:

1. Cognitive-behavioral therapy: From the belief that incidents, thoughts and behaviors all have effects on one another, CBT significantly emphasizes cognitive processes. If our thinking process is defective or inconsistent with reality, the emotions

and behaviors that respond to that thought will be a problem. Therefore, changing thoughts will prompt changes in behaviors and emotions, which is a branch of short-term psychological therapy that emphasizes therapy aimed at certain specific symptoms. Therapy, therefore, is conducted by helping patients realize negative cognition and change cognition to be consistent with reality. Our emotions are caused by cognition in perception and interpretation of stimulants we experience. The four basic emotions are sadness, happiness, anger and anxiety. In psychiatric patients, the cognition of response emotions and behaviors will have violent characteristics and continue longer than in ordinary individuals. Each abnormality will have different idiosyncratic beliefs about themselves and other individuals. The specific characteristics of cognition will have significance in terms of therapy framework. This method of therapy holds the view that significance must be given to both external stimulating factors and internal stimulating factors. This therapy method of changing thoughts and behaviors has been found to be effective in groups and individuals, but the therapist must be an expert and able to provide therapy in a closed-group.

2. Twelve-step facilitation is a therapy for helping patients to develop according to the Twelve-Step Concepts by depending upon the factor of spirituality to help treat alcoholics. Spirituality is a positive side of the mind with morality and independence from the body and brain. Familiarity with religion is a factor that prevents narcotic substance use, prevents individuals from performing bad deeds, and causes feeling of guilt and fear of sin. The goal of this method is to create sobriety.

The role of therapists is to help patients understand the Twelve-Step Concepts while helping promote patients to develop themselves. In conclusion, patients must first accept that they cannot solve their helplessness in their addiction to alcohol and that their addiction to alcohol has put their lives in such a bad state that they have become unmanageable and placed their faith in a higher power, which may be God or something in which a certain individual has faith in order to help them abstain from alcohol. Alcoholics must reflect upon and accept their faults and as well as their actions toward other individuals and they must improve themselves. When they solve their problems, they will help others. Bill Wilson & Bob Smith founded Alcoholic's Anonymous in 1935 in the United States. This organization is currently global and holds the belief that individuals who stop drinking alcohol are the best

people to help other individuals to stop drinking alcohol. The daily lives of this group will be based upon the twelve-step principle and twelve-traditions as a basic principle that will emphasize belief and faith. This AA group can be used effectively with alcoholics and individuals who are addicted to other types of narcotics. In establishing an AA group, there must be a capable leader to lead the group, which may be a limitation in cases where the individual receiving help also has psychiatric symptoms.

3. Motivational Interviewing: Motivational therapy is a systematic aimed at stimulating change by using the principles of Motivational Enhancement Therapy by Miller & Rollnick in 1991. It is an interview to enhance motives by using the Transtheoretical Model or Stages of Change of Prochaska & DiClemente (1992). Later, two important theorists, namely DiClemente & Norcross, jointly developed a theory to implement in behavioral changes in individuals until it was widely used as a systematic therapy by implementing motivation psychology and Motivational Interviewing in solving the hesitation of patients by using patients at the center. Later, it was developed for implementation in patients with schizophrenia and alcohol use disorders with processes for behavioral changes and therapists must have the appropriate responses in that process so the patients will be able to move on to the next step until they can permanently able to decreasing/abstinence drinking behaviors or substance use, which includes the following six steps (Pichai Sangchaichan, 2006):

1. Pre-contemplation: At this step, patients will not think they have problems from alcohol or substance use and feel they can control alcohol or substance use and that they can stop at any time. They will be blind to the negative effects of this use and think that they do not have a problem.

Therapists must provide correct feedback and information. The provision of information from the evaluation of patients must be direct, factual, rational, neutral and with no guide, possession or threatening.

2. The step of contemplation is the step where patients discover the negative impacts of alcohol or substance use, but may come severe and might be reprimanded by their supervisors, but they might still see more good than bad in substance use.

The therapist must talk about the pros and cons of alcohol or substance use and non-use. In talking about the good and bad points, the therapist must be neutral and can also give the correct information during his/her examinations.

3. Determination: In this step, patients are usually faced with severe penalties or realize the problem and decide to stop using alcohol or substances.

The therapist must offer a menu of choices in stopping alcohol or substance use and give patients the freedom of choice, emphasizing responsibility in their choices and promoting the self-efficacy of patients.

4. Action: At this step, the patient will stop alcohol or substance use but will not yet be successful. The time period is usually during the first six months by acting according to the method chosen to stop drinking alcohol or using substances but may not be able to act consistently at some periods of time.

The therapist must promote patients in compliance or adherence to the chosen method, eliminating obstacles that may cause inconsistency while offering understanding of methods, expertise in actions, hope and encouragement.

5. Maintenance: In this step, patients usually have already stopped alcohol or substance use for approximately six months and have stable emotions, thoughts and beliefs that they can stop their use of alcohol or substances.

Therapists must prevent relapse and allow patients to live balanced lives, practice self care and control stimulants that prompt cravings and observe signs of relapse.

6. Relapse: At this step, patients start to put themselves into risky situations with emotional and mental vulnerability as they are unable to manage cravings, so they return to using alcohol or substances until they lose control and once again have problems with addiction to alcohol or substances.

The therapist must pull patients back into the recovery process as quickly as possible, providing encouragement, seeing things happening directly, summarizing the lesson and keeping patients determined to stop using alcohol or substances.

According to the study, it was found that all three forms of psychological therapies for alcohol users were successful and accepted but the most effective form was the Twelve-Step Facilitation. Groups with severe addiction to alcohol should receive cognitive-behavioral therapy whereas groups with mild addiction to alcohol

can receive Motivational Interviewing or cognitive-behavioral therapy which yields similar positive outcomes. As for Thailand, the Thunyarak Institute, which is an institute for treatment in the area of narcotic substances, implemented Motivational Interviewing which was highly effective in therapy. And later in 2008, the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, used this method to arrange the Clinical Practice Guidelines for Alcohol-Related Disorder for Health Care Practitioners. Srithanya Hospital is a psychiatric hospital with policies emphasizing the recovery of both physical and mental capacity so patients will be able practice self care and return to their communities for as long as possible. In the past, there were no specific programs for patients with schizophrenia and alcohol use disorders and emphasis was primarily on pharmacological treatments. In the area of psycho-social therapy, nurses would use mental health study groups and supportive group therapy to help patients understand their disease, have correct practices and cooperate in continual medication adherence. When psychiatric symptoms are reduced, doctors will discharge patients to home care. Most of the time, they will return home for a short time until they suffer relapse and need to return for further hospital treatment, thus causing relatives to lose hope as patients become a burden in caring and relatives prefer than patients remain hospitalized for a long period of time. When the cause of the problems in this group of patients with schizophrenia and alcohol use disorders was analyzed, it was found that the significant cause of the problem was the use of alcohol in this group of patients. The agency still has no forms or guidelines for helping patients to perceive the problems of alcohol use; therefore, the hospital is trying to find a process to enhance motivation in order to help this group of patients with schizophrenia and alcohol use disorders to be able to decreasing/abstinence drinking behaviors

Main issues

Alcohol consumption in patients with schizophrenia causes a variety of impacts making the symptoms of the disease difficult to control as patients refuse to cooperate in treatment and the risk of suicide increases and while symptoms relapse and patients with schizophrenia need to readmit for hospital treatment. Furthermore, patients with schizophrenia and alcohol use disorders also affects relationships with families, relatives, caregivers. Studies have found that the significant reasons why

patients return to drinking alcohol are mental problems because psychiatric patients have stress from issues within the family, financial issues, financial status and craving. Inappropriate confrontation of problems and use of problem solving methods will cause those problems or stress to remain unsolved as patients with schizophrenia drink alcohol to solve problems, which will increase their stress and the severity of mental symptoms. Therefore, units or agencies providing therapy for these patients with schizophrenia need to find nursing practice guidelines so patients will perceive the problems occurring after they drink alcohol and to promote patients with motivation for decreasing/abstinence drinking behaviors and enable them to solve the causes of to relapse. Therapists must have guidelines for enhancing patients with schizophrenia and alcohol use disorders to decreasing/abstinence drinking behaviors and enable them to effectively solve the significant problems leading to the consumption of alcohol, which will cause the patients have better quality of life when they return to their communities.

Purpose of the study

To find the Motivational Interviewing that enhances motivation in decreasing/abstinence alcohol consumption in patients with schizophrenia and alcohol use disorders based on research and evidence.

Methodology

This research was conducted with the objective of studying Motivational Interviewing in order to enhance motivation in decreasing/abstinence drinking behaviors in patients with schizophrenia and alcohol use disorders from evidence-based practices. The research methods comprised the specification of methods in searching for evidence-based practices, criteria for selecting and evaluating research quality and other evidence-based practices as follows:

Search Strategy

Search Framework

The search of researches and evidence-based practices was aimed at acquiring research or evidence-based practices related to the issue requiring study. Therefore, the researcher set keywords by using the PICO Framework (Craig, & Smyth, 2002; Melnyk, & Fineout-Overholt, 2002) in selecting researches and evidence-based practices from databases according to the following details:

Population: patients with schizophrenia who use alcohol which caused for mental symptoms to relapse and requires these patients to receive treatment in hospitals from the age of 18 years and up.

Intervention: nursing therapy activities e.g. Motivational Interviewing, Brief Intervention.

Comparison intervention: There was no comparison.

Outcome: decreasing/abstinence drinking behaviors in patients with schizophrenia and alcohol use disorders

Scope of the Search

The criteria used in the selection of research and/or documents regarding this research/analysis consisted of the following details:

Search Keywords: Schizophrenia, substance abuse/substance use, alcohol use / alcohol abuse / alcohol addiction, dual diagnosis/comorbidity, motivational interviewing, brief intervention, drinking behavior, abstinence rate, psychosocial intervention, integrated intervention

Search Databases/Sources:

1. Electronic databases: The database used to collect clinical practice guidelines was www.guidelines.gov., Systematic reviews were collected from the Cochrane Library, www.joannabriggs.edu.au., Other databases for collecting researches and evidence-based practices which were PubMed, CINAHL, Ovid, HighWire, Science Direct, Blackwell Synergy.

2. Hand search: The Journals that published research results regarding psychiatric patients were British Journal of Psychiatry, American Journal of Psychiatry, Journal of Nervous and Psychiatric Disease, Schizophrenia Bulletin,

Journal of Psychosocial Nursing, Acta Psychiatrica Scandinavica, From the reference documents of articles/research studies in the library of the Department of Mental Health, the library of Sritanya Hospital and the library of the Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Appraisal Method and Levels of Evidence

In the selection of researches and evidence-based practices related to the clinical problems that was the object of this study, the researches and evidence-based practices were the guidelines of the motivational enhances to decreasing/abstinence drinking behaviors in patients with schizophrenia and alcohol use disorders according to the PICO principles (Craig, & Smyth, 2002; Melnyk, & Fineout-Overholt, 2002). Afterwards, the researches and evidence-based practices had to be submitted for evaluation and categorization according to the levels of evidence-based practices while implementation feasibility was evaluated or practiced according to the forms or implementation of the research findings in a specific organizational setting. Therefore, it was necessary to evaluate research quality prior to implementation as a clinical practice guideline. The feasibility of implementation was evaluated by consideration of the following three primary issues:

1. Clinical Relevance.
2. Scientific Merits
3. Potential of Implementation, which was considered as follows:

3.1 Transferability is the practice of putting the research findings or practice project acquired from evidence-based practices in real situations within that unit or agency.

3.2 Feasibility i.e. the feasibility of implementation of the practice must be considered.

3.3 Cost-benefit ratio is the thorough evaluation of the cost-benefit ratio of the project covering various groups, including patients, staff and the organization in general. However, the group requiring the greatest importance is the group of patients.

Once the quality of the research was evaluated, the levels of each study had to be categorized in order to evaluate the quality and strength of the acquired evidence-based practices by using the criteria for arranging levels of evidence-based practices by the system of Melnyk & Fineout-Overholt (2005), which categorized the levels of evidence-based practices as follows:

Level I: Evidence-based practices that are systematic reviews or meta-analyses related to problem or issue from RCT researches or evidence from guidelines acquired from systematic reviews coming from RCT researches.

Level II: Evidence-based practices acquired from at least one RCT research.

Level III: Well designed evidence-based practices that are well-designed experimental researches without randomization into control groups and experimental groups.

Level IV: Evidence-based practices that are well-designed case control and cohort research studies.

Level V: Evidence-based practices acquired from systematic reviews of descriptive or qualitative research.

Level VI: Evidence-based practices acquired from singular descriptive or qualitative researches.

Level VII: Evidence-based practices acquired from opinions or views of experts on the issue and/or reports of committees/groups of experts.

Search Results

The results of the search for evidence-based practices from specified databases discovered few relevant researches related to the target group as experimental researches because most were developments of research regarding the promotion to reduce/stop alcoholic consumption in ordinary individuals and had only begun to be developed for use in psychiatric patients, thus resulting in few researches. The total number of researches and evidence-based practices found by using the evaluation criteria of Melnyk & Fineout-Overholt (2005) amounted to five studies, all five of which were Level II Randomized Controlled Trials.

Recommendations

From the review of associated evidence-based practices, some content was found to concur with the issue requiring a solution i.e. the contents were able to help psychiatric patients change behaviors of alcohol consumption in psychiatric patients, which can be summarized in the following recommendations:

1. Motivational Enhancement Therapy in providing individual therapies by using the model of Miller & Rollnick (1991), which will help psychiatric patients to reduce/stop alcoholic consumption and should be conducted no less than three times (Graeber, et al., 2003).

2. The therapist uses the client center style, which allows patients to be able to think and decide in changing behaviors by themselves without orders or advice from the therapist for the patients to follow (Graeber, et al., 2003; Barrowclough, et al., 2001) (Level II).

3. The patients should be assessed their psychotic symptoms, using The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). Then should be used to characterize about ambivalence about alcohol use change, recognition of alcohol – related problems and taking steps toward change. The three sessions of Motivational Interviewing should be delivered when the patients are in the stage of ambivalence. For those who show evidence of having arrived at the determination or action stages of change, they should be encouraged to attend the potential beneficial interventions that help them to reduce drinking behaviors (Graeber, et al., 2003; Barrowclough, et al., 2001) (Level II).

4. Psychiatric patients who use only alcohol should receive no less than three Motivational Enhancement Therapies consecutively every week for one hour at a time and with the following therapy goals for each time (Graeber, et al, 2003) (Level II):

Session 1: causes patients to perceive the effects of alcohol consumption, including potential risks for the use of other narcotic substances.

Session 2: the search of values regarding addictions to narcotic substances by using the Personal Values Card Sort (Miller, C'de Baca, Matthews & Wilbourne, 2001). This session also includes training for patients to weigh the pros and cons caused by alcohol consumption so they can decide to change behaviors.

Session 3: a review of the past two sessions to help patients specify plans for adjusting alcohol consumption behaviors by themselves.

5. Motivational Enhancement Therapy will yield results in reducing/stopping alcohol consumption in psychiatric patients with experiences of having received therapies to quit alcohol and education at the high school level (Graeber, et al., 2003).

6. Motivational Enhancement Therapy in psychiatric patients who have combined use of various narcotic substances should be aimed at creating relationships along with treatment or therapy in order to change the behaviors of other patients, which is Cognitive Behavior Therapy or family therapy and will be effective in reducing relapse rates (Barrowclough, et al., 2001).

7. The evaluation of alcohol use or the amount of alcohol used in patients can be performed in several forms i.e. evaluations by interviewing or self-evaluation by having patients recording use. Self-evaluation will cause patients to remind themselves and be careful to not drink alcohol (Graeber, et al., 2003) (Level II).

8. Motivational Enhancement Therapy in psychiatric patients who use alcohol or substances should employ therapists that are mental health personnel with experience in the care of this group of patients and who have received practice/training in Motivational Interviewing or Cognitive Behavior Therapy (Barrowclough, et al., 2001; Baker, A., et al., 2003; Graeber, A., et al., 2003) (Level II).

Summary of the Research and Suggestions

The study of the guidelines of Motivational Enhancement Therapy in adjusting the alcohol consumption behaviors of patients with schizophrenia and alcohol use disorders had the objective of being used as a practice guideline with standards for nurses providing care for psychiatric patients with histories of using alcohol causing them to receive therapy and treatment in hospitals. The form of therapy causing patients perceive the problems occurring from alcohol consumption by enhancing the inner strength or motivation of patients with schizophrenia and alcohol use disorders

to be able to decreasing/abstinence drinking behaviors or eventually quit drinking altogether employed the technique of providing motivational enhancement consultation, which is a systematic therapy by interviewing and providing individual consultations and emphasizing patients as the center. The process of development was to specify the clinical issue by analyzing the data of the unit and related knowledge bodies, concepts and theories to analyze the causes/factors associated with the problem, search for evidence-based practices from reliable databases, analyze and synthesize the acquired evidence-based practices and provide recommendations for implementation in nursing practices to solve the problem i.e. to decreasing/abstinence drinking behaviors in patients with schizophrenia and alcohol use disorders.

Suggestions

1. Although the evidence obtained comprised five Randomized Controlled Trials (RCT) and there was only one study was on patients with schizophrenia who only used alcoholic beverages, the other studies were on patients with schizophrenia who used several substances. Additional evidences are needed to present the recommendations more comprehensive and practical in the clinical settings.
2. Though the Motivational Interviewing intervention was found as a promising evidence-based intervention to reduce drinking behavior and increasing abstinence rates of patients with schizophrenia and alcohol use disorders. Psychiatric nurses need to aware of the patients and/their families/values and preference as the first priority in guiding decision to implement the intervention.
3. A further study should test the effectiveness of a Motivational Interviewing intervention on reducing a number of drinking days and increasing abstinent rates in Thai patients with schizophrenia and alcohol use disorders.

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุรา สำหรับบุคลากรสาธารณสุข*.
- ธีรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2549). การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับการเสพติด. ในพิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนวพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด* (หน้า 165-192). กรุงเทพฯ: สำนักงานป้องกันและปราบปรามสารเสพติด.
- นัทธี จิตสว่าง และสุนนทิพย์ ใจเหล็ก. (2544). รายงานการวิจัยเรื่อง *เส้นทางชีวิตของผู้ต้องขังในคดียาเสพติด*. กรมราชทัณฑ์ร่วมกับสำนักงานป้องกันและปราบปรามสารเสพติด.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2549). การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ. ในพิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนวพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด* (หน้า 153-164). กรุงเทพฯ: สำนักงานป้องกันและปราบปรามสารเสพติด.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2549). การฟื้นฟูทางจิตวิญญาณ หลัก 12 ขั้นตอนและหลัก 12 ขั้นตอนเนงพุทท. ในพิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนวพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด* (หน้า 207-221). กรุงเทพฯ : สำนักงานป้องกันและปราบปรามสารเสพติด.
- เพ็ญพุด คงพาณิชย์ตระกูล. (2548). *เหตุผลของการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์: การประยุกต์ในการพยาบาลทารกแรกเกิด*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน
- พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). *แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช*. เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ไอแอมแอนด์เอนเตอร์เทนเมนต์ไอทีซิง.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2550). *รายงานการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2550*. นนทบุรี: งานเวชระเบียนละสถิติ โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- วิชัย โปษยะจินดา และอาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา. (2545). *สุราในสังคมไทย*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานป้องกันและปราบปรามสารเสพติด กระทรวงยุติธรรม. (2550). *รายงานผลโครงการ ปริมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติด*. องค์การวิชาการสารเสพติด.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สุนิย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2545). *การพยาบาลจิตเวช*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- Addington, J., & Duchak, V. (1997). Reason for substance use in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 329-333.
- Africa, B., Freudreich, O., & Schwatz, S. R. (2000). Schizophrenic Disorder in Goldman, H. H. (2000). *Review of General Psychiatry (5th ed.)*, New York: Mc. Graw-Hill, 233-249.
- Akerele, E. O., & Levin, F. R. (2002). Substance Abuse Among Patients with Schizophrenia. *Journal of Psychiatric Practice*, 8(2), 70-80.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic criteria form DSM-IV-TR*. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., et al. (2002). Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. *Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs*, 97, 1329-1337.
- Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., et al. (2002). Motivational interviewing among psychiatric in-patients with substance use disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 233-240.
- Baker, A., Bucci, S., Lewin, T. J., Kay-Lambkin, F., Constable, P. M., & Carr, V. J. (2006). Cognitive-behavioural therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 188, 439-448.
- Bartels, S. J., Teague, G. B., Drake, R. E., Clark, R. ME., Bush, P., & Noordsy, D. L. (1993). Service utilization and costs associated with substance abuse among rural schizophrenic patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 227-276.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R., et al. (2001). Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing, Cognitive Behavior Therapy and Family Intervention for Patients With Comorbid Schizophrenia and Substance Use Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1706-1713.

- Bayard, M., McIntyre, J., Hill, K., & Woodside, J. (2004). Alcohol Withdrawal Syndrome. *American Family Physician*, 69, 1443-1450.
- Berman, O. M. (1990). Severe brain dysfunction: Alcoholic Korsakoffs syndrome. *Alcohol Health and Res World*, 14, 120-129.
- Brady, N., & McCain, G. C. (2004). Living with Schizophrenia: A family perspective. [Online] Available <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15727542?logs=activity>
- Brunette, M. F., Mueser, K.T., Xie, H., & Drake, R.E. (1997). Relationships Between Symptoms of Schizophrenia and Substance Abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(1), 13-20.
- Burge, S. K., & Schneider, F. D. (1999). Alcohol-related problems: Recognition and intervention. [Online] Available <http://www.aafp.org/afp/990115ap/361.html>
- Carey, K. B., Purnine, D. M., Maise, S. A., Carey, M. P., & Barnes, K.L. (2001). Enhancing Readiness-to-change Substance Abuse in Persons with Schizophrenia: A Four-Session Motivation-Based Intervention. *Behavior Modification*, 25(3), 331-384.
- Carey, K. B., Cocco, K. M., & Simons, J. S. (1996). Concurrent validity of clinicians' ratings of substance abuse among psychiatric outpatients. *Psychiatric Services*, 47, 842-847.
- Cantor-Graae, E., Ismail, B., & McNail, T. F. (2001). Neurodevelopmental Origins of Tardive Dyskinesia in Schizophrenia Patients and Their Siblings. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 629-641.
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2002). The evidence-based practice manual for nurse. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinman, A. (1995). Substance abuse. In word mental health: Problem and priorities in low- income countries. Oxford: Oxford University Press.
- Drake, R.E., Mercer- McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J., & Bond, g. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 589-608.
- Gelder, M., Mayou, R., & Comen, P. (2001). Psychiatry (3nd ed.). New York: Great Britain.

- Graeber, A., Moyeers, B., Griffith, G., Guajardo, E., & Tonigan, S. (2003), A Pilot Study Comparing Motivational Interviewing and an Educational Intervention in Patients with Schizophrenia and Alcohol Use Disorders. *Community Mental Health Journal*, 39(3), 189 – 202.
- Haddock, G., Barrowclough, C., Tarrier, N., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., et al. (2003). Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse 18-month outcomes of a randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 183, 418–426.
- Helzer, L. E., & Pryzbeck, T. R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other Psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 49, 219-224.
- Ho, A. P., Tsuang, J. W., Liberman, R.P., Wang, R., Wilkins, J. N., Eckman, T. A., et al. (1999). Achieving effective treatment of patients with chronic psychotic illness and comorbid substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1765 - 1770.
- Hulse, G. K., & Tait, R. J. (2002). Six-month outcomes associated with a brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders. *Drug and Alcohol Review*, 21, 105-112.
- James, W., Preston, N. J., Koh, G., Spencer, C., Kisely, S. R., & Castle, D. J. (2004). A group intervention which assists patients with dual diagnosis reduce their drug use : a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 34, 983-990.
- Malcolm, R., Myrick, H., Robrets, J., Wang, W., Anton, R. F., & Ballemger, J. C. (2002). The Effects of Carbamazepine and Lorazepine on Single Versus Multiple Previous Alcohol Withdrawals in an Outpatient Randomized Trial. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 349-355.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictives behaviors. New York: Guildford.
- Marques, P. R., & Formigoni, O. S. (2001). Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. Brazil: Federal University.

- Mccloud, A., Barnaby, B., Omu, N., Drummond, C., & Aboud, A. (2004). Relationship between alcohol use disorders and suicidality in a psychiatric Population. *British Journal of Psychiatry*, 184, 439-445.
- Melnik, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Miller, W. R., & Marlatt, G. A. (1987). The Brief Drinker Profile (BDP). Odessa, F. L., Psychological Assessment Resources.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1995). Motivational interviewing: What is MI?. *Behavioral And Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (2004). *Helping patients with alcohol problems: A health practitioner's guide*. NIH Publication.
- Negrete, J. C. (2003). Clinical aspects of substance abuse in persons with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(1), 14-21.
- Owen, R. R., Fischer, E. P., Booth, B. M., & Cuffel, B. J. (1996). Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 47, 853 -858.
- Pristach, C. A., & Smith, C. M. (1990) . Medication compliance and substance abuse among schizophrenia patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1345-1348.
- Project MATCH Research Group. (1997). Matching alcohol treatments to client heterogeneity Project MATCH Post-treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(1), 7-29.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Ries, R. K., & Comtois K. A.(1997). Illness severity and treatment services for dually diagnosed severely mentally ill outpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 239-246.
- Rohsenow, D., & Malley, S. O. (1999). Outcome measures for alcohol abuse and dependence. Report from a NIDA/CPDD Meeting. Held in Washington, DC. April 23-24.

- Shaner, A., Eckman, T., Roberts, L.J., & Fuller, T. (2003). Feasibility of a skills training approach to reduce substance dependence among individuals with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 54, 1287–1289.
- Smith, J., & Hucker, S. (1994). Schizophrenia and substance abuse. *British Journal of Psychiatry*, 165, 13-21.
- Smith, J. E., Frazer, S., & Boer, H. (1994). Dangerous dual-diagnosis patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 3, 280-281.
- Solomon, P., & Davis, J. M., Gordon, B. (1986). Reconceptualizing Assumptions About Community Mental Health. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 708-712.
- Sorbara, F. (2002). Cannabis use and the expression of psychosis vulnerability in daily life. *European Psychiatry*, 17(1), 180-181.
- Soyka, M. (2000). Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behavior. *British Journal of Psychiatry*, 176, 345-350.
- Soyka, M., Albus, M., Immler, B., Kathmann, N., & Hippus, H. (2001). Psychopathology In Dual Diagnosis And Non-Addicted Schizophrenics – Are Their Differences. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 232-238.
- Spencer, C., Castle, D., & Michie, P. T. (2002). Motivation that Maintain Substance Use Among Individuals With Psychotic Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 233-247.
- Staley, K. J., Gottschalk, C., Petrakis, L. I., Gueorguieva, R., O'Malley, S., Baldwin, R., et al. (2007). Cortical γ -Aminobutyric Acid Type A-Benzodiazepine Receptors in Recovery. *Archives of General Psychiatry*, 62, 877-880.
- Swofford, C. D., Scheller-Gilkey, G., Miller, A. H., Woolwine, B., Mance R. (2000). Double Jeopardy: Schizophrenia and substance use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(3), 343-353.
- World Health Organization. (1992). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Geneva : WHO.

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางสาววีรี แดงประเสริฐ
วัน/เดือน/ปีเกิด	12 มิถุนายน 2506
จังหวัดที่เกิด	กรุงเทพฯ
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ, 2532 จังหวัดกรุงเทพฯ ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
ประวัติการทำงาน	ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลศรีธัญญา (ตึกแรกรับชาย 1) 47 หมู่ 4 ถ. ดิวนันทน์ ต. ตลาดขวัญ อ. เมือง จ. นนทบุรี 11000 02-5250981-5 ต่อ 2343