

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา
ของผู้ติดสุราในประเทศไทย



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา
ของผู้ติดสุราในประเทศไทย

กิตติมาภรณ์

พรมมาลุน

นางสาวกิตติมาภรณ์ พรมมาลุน

ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นันทจันทร์,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพวรรณ เปียชื้อ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี,

พย.ค.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา
ของผู้ติดสุราในประเทศไทย

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2553

กิตติมาภรณ์ พรหมมาตุน

นางสาวกิตติมาภรณ์ พรหมมาตุน

ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพวรรณ เปียเชื้อ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี,

พย.ด.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

นางสาวรังสิมันต์ สุนทรไชยา,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นันทจันทร์,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,

พ.บ., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พชรินทร์ นินทจันทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียเชื้อ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม ที่ให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำในการทำสารนิพนธ์ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่จนสารนิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ ตลอดจนเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ศึกษามาโดยตลอด ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ภักดี ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และอาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบให้คำแนะนำในการปรับปรุงสารนิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ คณะอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช เจ้าหน้าที่ห้องสมุด และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ซึ่งผู้ศึกษามีโอกาสล่วงนามได้ทั้งหมด ที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาของการศึกษาค้นคว้า ผู้ศึกษารู้สึกประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษาตลอดหลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยชาย 3 ของโรงพยาบาลศรีธัญญา ในการสนับสนุนให้ผู้ศึกษาได้มีโอกาสศึกษาต่อ และขอขอบพระคุณบุคลากรหอผู้ป่วยชาย 3 ทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือในการปฏิบัติงานแทนในเวลาที่ต้องมาศึกษาหรือพบอาจารย์ รวมทั้งให้กำลังใจตลอดมาตั้งแต่เริ่มต้น จนกระทั่งสารนิพนธ์เล่มนี้สมบูรณ์

ท้ายที่สุดผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในชีวิตที่เป็นกำลังกายกำลังใจและช่วยเหลือมาตลอดการทำการศึกษา และขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคน รวมทั้งพี่ ๆ ผู้ร่วมรุ่นการศึกษาทุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือในทุกเรื่องที่สามารถช่วยได้ และเป็นกำลังใจที่ดียิ่งอย่างสม่ำเสมอ จนกระทั่งสารนิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีของสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

กิตติมาภรณ์ พรหมมาลุน

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON PSYCHOSOCIAL INTERVENTION FOR ALCOHOL DEPENDENCE IN THAILAND

กิตติมาภรณ์ พรหมมาลุน 5036193 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: พัทรินทร์ นินทจันทร์, Ph.D. (Nursing), นพวรรณ เปียชื่อ, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย ในประเด็นรูปแบบของการบำบัดและผลลัพธ์ของการบำบัด หลักฐานงานวิจัยที่นำมาศึกษามี 40 เรื่อง เป็น Randomized controlled trials ระดับ A จำนวน 7 เรื่อง เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองระดับ B จำนวน 22 เรื่อง และเป็นงานวิจัยระดับ B ที่เป็นการประเมินหรือติดตามผลการวิจัย จำนวน 11 เรื่อง สรุปเป็นสาระสำคัญได้ดังนี้ การบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทยสามารถแบ่งออกได้เป็น 6 รูปแบบ คือ 1) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจ (MET) 2) การบำบัดแบบสั้น (BI) 3) การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs 4) การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) 5) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) และ 6) การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) ซึ่งทั้ง 6 รูปแบบนี้พบว่า ผู้รับการบำบัดสามารถลดปริมาณการดื่มสุรา จำนวนวันที่ดื่มหนัก เพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่ม ลดการกลับไปดื่มซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ประหยัดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาได้ ผลที่ได้จากการศึกษาหลักฐานงานวิจัยสามารถนำไปประยุกต์เลือกใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่เหมาะสมกับผู้ติดสุราในประเทศไทยต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ติดสุรา / ติดสุรา / การบำบัดทางจิตสังคม

356 หน้า

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON PSYCHOSOCIAL INTERVENTION FOR ALCOHOL DEPENDENCE IN THAILAND

KITTIMAPORN PROMMALOON 5036193 RAMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PATCHARIN NINTACHAN,
Ph.D.(NURSING), NOPPAWAN PEASUEA, Ph.D.(NURSING)

ABSTRACT

The present study aimed at synthesizing research on psychosocial intervention for alcohol dependence in Thailand. In this study, the research-based evidence was gathered from databases and libraries. Of the total 40 research studies selected, seven were randomized controlled trials categorized under Level A, 22 were quasi-experimental studies categorized under Level B, and 11 were assessment or follow-up research studies categorized under Level B. The findings revealed that psychosocial intervention for alcohol dependence in Thailand can be grouped into six types: 1) motivational enhancement therapy, 2) brief intervention, 3) matrix programs, 4) FAST model, 5) cognitive-behavioral therapy, and 6) others. It was found that all six types of psychosocial intervention for alcohol dependence could be shown to significantly reduce the amount of alcohol consumption, decrease the number of days of heavy drinking, increase the number of days of drinking cessation, reduce relapses, improve quality of life, and save money spent on treatment and therapy. The findings of this study can be applied to more appropriately and effectively conduct psychosocial intervention for alcohol dependence in Thailand.

KEY WORDS : ALCOHOLISM / ALCOHOL DEPENDENCE / PSYCHOSOCIAL INTERVENTION

356 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
คำจำกัดความ	5
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
แนวคิดเกี่ยวกับการติดสุรา (Alcohol Dependence)	7
ความหมายของการติดสุรา	7
การวินิจฉัยผู้ติดสุรา	7
สาเหตุการติดสุรา	9
การคัดกรองการดื่มสุรา	11
การจัดลักษณะพฤติกรรมการดื่มสุรา	13
การติดสุราซ้ำ	14
สาเหตุการติดสุราซ้ำ	15
ผลกระทบของการติดสุรา	20
การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา	23
การบำบัดทางยา (Pharmacotherapy)	24
การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention)	26
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ติดสุรา	36

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	
การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน	38
แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ	45
บทที่ 4 ผลการศึกษา	176
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา	268
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา	278
ข้อเสนอแนะ	290
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	293
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	317
รายการอ้างอิง	342
ประวัติผู้ศึกษา	356

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	40
2 แสดงคุณภาพระดับงานวิจัย	46
3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย	52
4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ	245

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

การติดสุราในปัจจุบันนับเป็นปัญหาสำคัญที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างมาก อาจเป็นเพราะสุราเป็นสิ่งที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายมาเป็นเวลานาน และจากความเชื่อในกลุ่มนักดื่มบางกลุ่มที่เชื่อว่าสุราเป็นยาอายุวัฒนะ ทำให้อารมณ์แจ่มใส อึกเขม ใจกล้า สามารถลดความเครียดที่เกิดจากปัญหาในชีวิตประจำวันได้ (พันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2547) นอกจากนี้สุราจะถูกนำมาใช้เป็นเครื่องดื่มเพื่อกระตุ้นจิตใจแล้ว ในสังคมไทยสุรายังถูกนำมาใช้เป็นเครื่องดื่มเพื่อการเฉลิมฉลองในพิธีการต่าง ๆ เช่น การแต่งงาน การบวช เป็นต้น ปัญหาการดื่มสุราของประชาชนเป็นปัญหาสำคัญทั้งนี้อาจเพราะสุราเป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายและสังคมไทยยังมีความนิยมว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องธรรมดา ดังนั้นจึงทำให้พบสถิติผู้ติดสุรามีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO, 2005) ระบุว่าคนไทยบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มจาก 7.71 ลิตร/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 8.47 ลิตร/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2547 คิดเป็นอันดับที่ 40 ของโลกในการบริโภคเครื่องดื่มทุกชนิดที่มีแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเภทเหล้ากลั่นดื่มมากเป็นอันดับ 5 ของโลก (บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ, 2550)

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2547 พบว่าคนไทยดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 18.61 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 35.5 ของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป โดยประชากรกลุ่มวัยทำงานอายุ 25-44 ปี (ดื่มร้อยละ 51.0) เป็นกลุ่มที่ดื่มมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มเยาวชนชาย อายุ 11-19 ปี (ดื่มร้อยละ 34.4) เมื่อนับรวมประชากรผู้ดื่มทั้งหมดแล้วจะพบ 1 ใน 5 ของผู้ชาย และ 1 ใน 10 ของผู้หญิงเป็นผู้ที่ติดสุรา นอกจากนี้การดื่มสุรายังเป็นสาเหตุของการตายและทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2005) พบว่า สุราเป็นสาเหตุลำดับที่ 4 (ทั่วโลก) ของความเจ็บป่วยและทุพพลภาพ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคต่าง ๆ เช่น โรคตับแข็ง โรคเบาหวาน โรคกระเพาะอาหารอักเสบ เป็นต้น

ปัญหาจากการบริโภคสุราของประชากรไทยที่เพิ่มขึ้นมีผลกระทบต่อตัวผู้ดื่มสุราเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ดังนี้ 1) ผลกระทบต่อผู้ดื่ม มีทั้งร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกายนั้น สุราส่งผลต่อระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ กระเพาะอาหาร และมีผลต่อดับอ่อน

หัวใจ ต่อผู้ดื่มสุราทางด้านร่างกายนั้น ปอด และตับ ผู้ที่ดื่มสุราในปริมาณมากอาจทำให้เกิดอาการทางจิตได้เป็นระยะ ๆ (periodic psychosis) เกิดภาวะขาดน้ำตาลในเลือดได้เอง (spontaneous hypoglycemia) และเกิดโรคตับแข็ง (liver cirrhosis) (Robert, Leon, Byron, & Arther, 1995) ซึ่งจากการศึกษาของพิชัย แสงชาญชัยและคณะ (2549) ก็พบว่าร้อยละ 65 ของผู้ที่เสียชีวิตจากการดื่มสุราจะเสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี ส่วนผลกระทบต่อผู้ดื่มสุราทางด้านจิตใจ ศรีสมบัติ วานิช และฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) พบว่า การดื่มสุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า กังวล ฟู้งซ่าน ขาดความสุขและมึนงงถ้าดื่มสุราเป็นเวลานาน เมื่อหยุดดื่มจะมีการขาดสุรา คือ หงุดหงิด อยู่ไม่สุข ฝันร้าย ประสาทหลอน และความจำเสื่อม 2) ผลกระทบด้านครอบครัว พบว่า ครอบครัวที่มีสมาชิกติดสุรามีผลกระทบต่อสมาชิกอื่นในครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากผู้ดื่มสุราบางรายดื่มจนขาดสติ อาจมีพฤติกรรมรุนแรง ไม่สามารถควบคุมได้ ก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาทในครอบครัวเกิดความรุนแรงและหย่าร้าง (Gelder, Mayou, & Comen, 1996) จากการศึกษาเชิงคุณภาพของมูลนิธิเพื่อนหญิง (2546) พบว่าค่าใช้จ่ายในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในครอบครัวผู้ที่ดื่มสุราสูงเฉลี่ยวันละ 100-300 บาท เมื่อพิจารณาจากจำนวนผู้ดื่มสุราขั้นต่ำจำนวน 13 ล้านคน พบว่าเสียค่าใช้จ่ายถึง 4.68 หมื่นล้านบาทต่อปี บางรายการดื่มสุราทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ต้องออกจากงาน ไม่มีงานทำ ขาดรายได้จนเดือดร้อนครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัญหาเศรษฐกิจของตนเองและครอบครัว และ 3) ผลกระทบด้านสังคมและประเทศชาติ สุราทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ เนื่องจากผู้ที่ติดสุราส่วนใหญ่เป็นผู้ชายวัยทำงาน ทำให้ผลผลิตลดลง เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศ และรัฐต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเกี่ยวกับสุราสูงถึง 2,500 ล้านบาทต่อปี (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544) จากสถิติพบว่า ผู้ดื่มสุรามีระดับสุราในเลือดสูงกว่า 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะทำให้จำนวนอุบัติเหตุสูงขึ้น เพราะสุรามีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยจะทำให้การตอบสนองต่อสิ่งเร้าช้าลง การตัดสินใจช้าลง การคาดคะเนระยะทางผิดพลาด ประสิทธิภาพการเห็นและการได้ยินลดลงทำให้เกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ ทั้งการจราจรบนท้องถนนและการทำงาน (อิสระ เจียวิริยบุญญา, ชาญชัย ธงพานิช, และจันทร์เพ็ญ มูลศรี, 2546) ซึ่งการติดสุรานั้นก็เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายสาเหตุ

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้คนติดสุรามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ปัจจัยทางด้านชีวภาพ คือเรื่องของพันธุกรรมและสารชีวเคมี 2) ปัจจัยทางจิตวิทยาที่พบผู้ติดสุรามักมีบุคลิกภาพแบบพึ่งพิงหรือต่อต้านสังคม มีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม โรคและความเจ็บป่วยทางจิตเวชจึงทำให้เกิดการใช้สุราเพื่อควบคุมตนเอง และ 3) ปัจจัยทางสังคมที่ผู้ติดสุรามีความง่ายในการเข้าถึงสุรา มีการเลียนแบบ ต้องการการยอมรับ เป็นต้น ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยนี้ล้วนเป็นสาเหตุปัจจัยที่ทำให้บุคคลดื่มสุราทั้งสิ้น และหลังจากดื่มสุราไประยะหนึ่ง ผลของสุราจะส่งผลกระทบต่อสมองและ

กระบวนการเรียนรู้ ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเปลี่ยนจนก้าวสู่สถานะเป็นผู้ติดสุรา ซึ่งจะต้องได้รับการบำบัด (พิชัย แสงชาญชัยและคณะ, 2549; กรมสุขภาพจิต, 2551; NIAAA, 2003)

การให้การบำบัดผู้ติดสุรานั้นมีทั้งการบำบัดทางยา และการบำบัดทางจิตสังคม แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการเสริมทักษะให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเองได้ในการคงภาวะการหยุดสุรา (กรมสุขภาพจิต, 2551) ซึ่งการบำบัดดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญยิ่งในทีม การให้การบำบัดทุกรูปแบบ ในด้านการบำบัดทางยา พยาบาลมีบทบาทในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างถูกต้องเหมาะสมทุกขั้นตอนของการบำบัดรักษา เพื่อรักษาอาการขาดสุราและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (สาวิตรี อัยฉัตรกรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) ส่วนในด้านการบำบัดทางจิตสังคมนั้น มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการกลับดื่มซ้ำให้ได้ระยะยาวนานที่สุด รวมทั้งฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเตรียมพร้อมให้ผู้ติดสุราสามารถจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับเข้าสู่สภาพเดิมในสิ่งแวดล้อม และครอบครัวควบคุมตนเองได้และมีทักษะในการที่จะสามารถคงภาวะการหยุดดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำด้วยการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งจะทำให้ผู้ติดสุราเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือมีแรงจูงใจที่จะลดปริมาณการใช้สุราจนกระทั่งหยุดดื่มสุรา (กรมสุขภาพจิต, 2551) แนวทางการบำบัดทางจิตสังคมที่นำมาใช้กับผู้ติดสุราในประเทศไทยนั้นมีหลากหลาย เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy [CBT]) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement therapy [MET]) จิตบำบัด ประคับประคอง กลุ่ม 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation [TSF]) และครอบครัวบำบัด เป็นต้น (สุนทรี ศรีโกไสย, ภัทราภรณ์ พุ่งคำปิ่น และชาลินี สุวรรณยศ, 2549; กรมสุขภาพจิต, 2551; SIGN, 2003; NIAAA, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในต่างประเทศได้มีการศึกษาเปรียบเทียบวิธีการรักษาที่นิยมใช้บ่อยในประเทศสหรัฐอเมริกา 3 ชนิด คือ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy [CBT]) กลุ่ม 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation [TSF]) และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement therapy [MET]) พบว่าการรักษาทั้ง 3 ชนิดมีประสิทธิภาพในการรักษาไม่แตกต่างกัน (Project MATCH Research Group, 1997; 1998) กล่าวคือ CBT TSF และ MET สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราให้ดื่มสุราลดลงและหยุดดื่มสุราได้ รวมทั้งป้องกันไม่ให้กลับไปดื่มสุราซ้ำอีก (Feeney et al., 2001; 2002; 2004; Marques & Formigoni, 2001; Shakeshaft et al., 2002; Ness & Oei, 2005 cited in ศรีวรรณ สรชนานนท์, 2552) แต่ MET มีความคุ้มค่ามากกว่า เนื่องจากใช้เวลาในการรักษาน้อยกว่า และเป็นการรักษาที่ทำการ

ฝึกอบรมได้ง่ายกว่า (Project MATCH Research Group, 1997; 1998; Holder et al., 2000; UKATT, 2005)

ประเทศไทยซึ่งมีลักษณะความเป็นอยู่ สังคม และวัฒนธรรมที่แตกต่างไปจากกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาที่กล่าวมาแล้วนั้น จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมที่นำมาใช้บำบัดผู้ติดสุราในประเทศไทยมีค่อนข้างหลากหลาย เช่น การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) การบำบัดแนวพุทธศาสนา (Buddhism) การบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) เป็นต้น (วิวัฒน์ เสงชัยขยง, อัจฉรา พงศ์คำและนิศานาถ โชคเกิด, 2543; รัตนา สายพานิชย์ และคณะ, 2546; ผกามาศ เกื้อกิจ, 2548; ปราณี ภาณุภาส, ดุษณีย์ ชาญปรีชาและนวลกนก อัมพพผล, 2551; สมควร จุลอักษรและคณะ, 2551) ผลที่ได้ก็เหมือนกันและแตกต่างกันไป และยังมีข้อสรุปที่แน่ชัดว่าวิธีใดที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีกรรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ติดสุราในสังคมไทย ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวชซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการดูแลผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช จึงมีความสนใจที่จะศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ติดสุราในประเทศไทย อันจะช่วยให้ผู้ศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้บำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย ในประเด็นรูปแบบของการบำบัดและประสิทธิภาพของการบำบัดแต่ละรูปแบบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ติดสุราในบริบทของสังคมไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำจำกัดความ

ผู้ติดสุรา หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision [DSM-IV-TR]) (American Psychiatric Association, 2000) หรือใช้การ Code แบบ International classification Diagnostic [ICD 10], 1992) ว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรามากและนานเรื้อรัง จนทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและการทำหน้าที่ในสังคม โดยที่ลักษณะของการเสพติดแสดงออกทางร่างกายที่แสดงถึงความต้องการเพิ่มปริมาณการดื่มสุราเพื่อให้ได้ผลจากฤทธิ์ของสุราหรือมีอาการแสดงของการขาดสุรารายใน 4-12 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม ไม่สามารถลดหรือควบคุมการหยุดดื่มได้ทำให้มีการดื่มอย่างต่อเนื่องทั้งที่ทราบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการดื่ม (APA, 2000; SIGN, 2003; NIAAA, 2005; WHO, 2005)

การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ติดสุรา หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือทางด้านจิตใจและสังคม โดยผู้บำบัดใช้ทักษะในการบำบัดและการเตรียมพร้อมให้ผู้ติดสุรามีความเข้าใจ เกิดความตระหนักในปัญหาของตนเอง สามารถจัดการกับตัวกระตุ้นหรือสถานการณ์เสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับเข้าสู่สภาพเดิมในสิ่งแวดล้อมและครอบครัว การแก้ไขปัญหา การปรับความคิด การเสริมแรง การเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ให้สามารถควบคุมตนเองได้ และมีทักษะในการที่จะสามารถคงภาวะการหยุด/ เลิกดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่องให้นานที่สุดโดยไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำ (กรมสุขภาพจิต, 2551; SIGN, 2003; NIAAA, 2005)

พฤติกรรมการดื่มสุรา หมายถึง การดื่มสุราในปริมาณที่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น สามารถแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม โดยใช้แบบประเมินระดับปัญหาของการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Tests [AUDIT]) (WHO, 2005) แล้วพบ 1) คะแนน 0-7 คะแนน ถือว่ามีพฤติกรรมอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดสุราระดับต่ำ/ ไม่ดื่ม (Low-risk/ Abstinence) 2) คะแนน 8-15 คะแนน ถือว่ามีพฤติกรรมอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดสุราระดับปานกลาง 3) คะแนน 16-19 คะแนน ถือว่ามีพฤติกรรมอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดสุราระดับสูงหรือดื่มสุราแบบอันตราย (Hazardous/Harmful) 4) คะแนน 20-40 คะแนน ถือว่ามีพฤติกรรมอยู่ในกลุ่มดื่มสุราแบบติด (Dependence) (กรมสุขภาพจิต, 2551; APA, 2000; SIGN, 2003; NIAAA, 2003; WHO, 2005)

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดยาในประเทศไทย
ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการติดสุรา (Alcohol Dependence)

ความหมายของการติดสุรา

การวินิจฉัยผู้ติดสุรา

สาเหตุการติดสุรา

การคัดกรองการดื่มสุรา

การจัดลักษณะพฤติกรรมการดื่มสุรา

การติดสุราซ้ำ

สาเหตุการติดสุราซ้ำ

ผลกระทบจากการติดสุรา

ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย

ผลกระทบต่อครอบครัว

ผลกระทบต่อสังคม

ผลกระทบต่อประเทศชาติ

การบำบัดผู้ติดสุรา

การบำบัดทางยา (Pharmacological Treatment)

การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Treatment)

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ติดสุรา

แนวคิดเกี่ยวกับการติดสุรา (Alcohol Dependence)

ความหมายของการติดสุรา

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association [APA], 2000) และสถาบันแห่งชาติในเรื่องการเฝ้าดื่มแอลกอฮอล์และโรคพิษสุรา (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2003) อธิบายความหมายของการติดสุรา (Alcohol Dependence) ว่าเป็นลักษณะของการเสพติดที่ร่างกายแสดงออกถึงความต้องการเพิ่มปริมาณการดื่มสุราเพื่อให้ได้ผลจากฤทธิ์ของสุราหรือมีอาการแสดงของการขาดสุรารายใน 4-12 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม ไม่สามารถลดหรือควบคุมการหยุดดื่มได้ ทำให้มีการดื่มอย่างต่อเนื่องทั้งที่ทราบว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม

World Health Organization [WHO] (2005) กล่าวว่า การติดสุรา (Alcohol Dependence) เป็นความผิดปกติของการดื่มสุรา มีการดื่มเป็นอาเจิน จนทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และการทำหน้าที่ในสังคม ถือว่าเป็นความเจ็บป่วยชนิดหนึ่ง ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการดื่มสุราในปริมาณที่มากและเป็นเวลานาน รวมทั้งมีการเสพยาสุราซ้ำแล้วซ้ำอีกเป็นจำนวนมาก แม้จะรู้ถึงผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุราก็ไม่สามารถควบคุมตนเองได้

การติดสุราเป็นความผิดปกติของการดื่มสุรา โดยผู้ดื่มหรือผู้ติดสุรานั้นเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Alcohol Dependence ตามเกณฑ์การประเมิน Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision [DSM-IV-TR] (APA, 2000) หรือใช้การ Code แบบ International classification Diagnostic version 10 [ICD 10] (1992) ว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราอย่างมากและนานเรื้อรัง จนทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและการทำหน้าที่ในสังคม โดยที่ลักษณะของการเสพติดแสดงออกทางร่างกายที่แสดงถึงความต้องการเพิ่มปริมาณการดื่มสุราเพื่อให้ได้ผลจากฤทธิ์ของสุราหรือมีอาการแสดงของการขาดสุรารายใน 4-12 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม ไม่สามารถลดหรือควบคุมการหยุดดื่มได้ ทำให้เกิดการดื่มติดต่อกันเป็นเวลานาน จนก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิต สังคม เศรษฐกิจ และต้องพึ่งพาสุราเพื่อประคับประคองให้ชีวิตสามารถดำรงอยู่ต่อไปได้ แม้ว่าจะได้รับอันตรายจากการการดื่มนั้นก็ ตาม ซึ่งผู้ติดสุรานั้นจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องเพื่อนำไปสู่การดูแล และการบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป

การวินิจฉัยผู้ติดสุรา

ในการวินิจฉัยผู้ติดสุรา สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 2000) ได้จัดทำเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ติดสุราไว้ในเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับที่ 4 ปรับปรุงเนื้อหา (DSM-IV TR) (APA, 2000) โดยจัดกลุ่มโรคหรือความผิดปกติเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ให้อยู่ในกลุ่มความ

ผิดปกติที่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (Substance-Related Disorders) และจำแนกกลุ่มความผิดปกตินี้ออกเป็น 2 กลุ่มย่อยประกอบด้วย

1. กลุ่มความผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorders) ได้แก่ 1) การดื่มสุราที่ไม่เหมาะสมจนเกิดผลเสียต่อสุขภาพ (Alcohol Abuse) 2) การดื่มสุราจนติดและต้องพึ่งพิง (Alcohol Dependence)

2. กลุ่มความผิดปกติที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol-Induced Disorders) ซึ่งประกอบไปด้วยภาวะหรืออาการต่าง ๆ ที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานาน ได้แก่ ภาวะเมาสุรา (Alcohol Intoxication) ภาวะถอนสุรา (Alcohol Withdrawal) ความผิดปกติทางจิตจากการใช้แอลกอฮอล์ (Alcohol-Induced Psychotic Disorder) ความผิดปกติทางอารมณ์จากการใช้แอลกอฮอล์ (Alcohol-Induced Mood Disorder) อาการเพ้อ (Delirium) สมองเลื่อง (Dementia) สูญเสียความจำ (Amnesic Disorders) โรควิตกกังวล (Anxiety Disorders) สมรรถภาพทางเพศผิดปกติ (Sexual dysfunctions) มีความผิดปกติของการนอน (Sleep disorders) เป็นต้น

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจะทำการศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมในกลุ่มผู้ติดสุรา (Alcohol Dependence) ตามเกณฑ์ DSM-IV-TR ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยปราโมทย์ สุนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล (2548) ดังนี้

1. มีภาวะคือสุรา (tolerance) โดยมีอาการใดอาการหนึ่งดังต่อไปนี้
 - 1) ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้น จึงจะได้ฤทธิ์เท่าเดิม
 - 2) ดื่มปริมาณเท่าเดิมแล้วได้ผลลดลง
2. มีอาการทางร่างกายเมื่อไม่ได้ดื่ม (Withdrawal) โดยมีอาการใดอาการหนึ่งดังต่อไปนี้
 - 1) มีอาการหลังหยุดดื่มที่เกิดขึ้นภายในไม่กี่ชั่วโมงจนถึง 2-3 วัน ได้แก่ เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็วกว่าปกติ มือสั่นมากขึ้น นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน กระวนกระวาย วิตกกังวล ชักทั้งตัว เป็นต้น
 - 2) เมื่อใช้สารที่คล้ายคลึงกันแล้วบรรเทาอาการขาดสุราได้
3. ควบคุมการดื่มไม่ได้ (Impaired control)
4. มีความต้องการอยู่เสมอที่จะเลิกดื่มหรือพยายามหลายครั้งแล้วแต่ไม่สำเร็จ
5. หมกมุ่นกับการดื่มหรือหาแอลกอฮอล์มาสำหรับดื่ม (Time spent Drinking)

6. มีความบกพร่องในหน้าที่ทางสังคม อาชีพการงานหรือการพักผ่อน
หย่อนใจ (Neglect of activity)

7. ยังคงดื่มอยู่ทั้ง ๆ ที่มีผลเสียเกิดขึ้นแล้ว (Drinking despite problems)

สาเหตุการติดสุรา

ปัจจุบันความนิยมในการดื่มสุราของคนไทยส่งผลให้มีผู้ติดสุราเพิ่มขึ้น ซึ่งการติดสุรา
มีเหตุผลมาจากสาเหตุซับซ้อนมากมาย ไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งสามารถอธิบายการติดสุราได้อย่าง
สมบูรณ์ จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ พอสรุปแนวคิดที่เป็นสาเหตุของการติดสุราได้ดังนี้

1) สาเหตุทางชีวภาพ (Biological factor)

สาเหตุนี้ได้กล่าวถึงปัจจัยหลัก 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคติดสุรา
ปัจจัยแรกคือ พันธุกรรม Suhuckit (2006) พบว่า มียีนส์อ่อนแอในร่างกายที่นำไปสู่การดื่มสุราแบบ
อันตรายหรือดื่มจนเกิดการติดสุรา (Genetic Vulnerability) และ Wedding (1999) พบว่าเด็กใน
ครอบครัวที่เป็นผู้ติดสุราจะกลายเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรามากกว่าครอบครัวทั่วไป โดยฝาแฝดแท้มี
โอกาสเป็นโรคติดสุรามากกว่าฝาแฝดเทียม และลูกชายของครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคติดสุรา มี
โอกาสเป็นโรคติดสุราได้มากกว่าคนปกติ 4 เท่า ของครอบครัวที่ไม่เป็นโรคติดสุรา นอกจากนี้
Gelder, Mayon, & Cowen (2001) ยังพบว่าบุตรของคนที่ไม่ติดสุรา ถึงแม้ว่าจะถูกแยกจากพ่อแม่
ตั้งแต่กำเนิดให้เลี้ยงดูในครอบครัวของผู้ติดสุรา จะมีโอกาสติดสุราอย่างเดียวกับคนปกติได้ถึงร้อย
ละ 50 - 60 แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ลักษณะดังกล่าว ก็ขึ้นกับปัจจัยทางชีวภาพของเด็กหรือการเลี้ยงดู
ของบิดา มารดาด้วย ส่วนปัจจัยที่สองที่มีอิทธิพลต่อการติดสุราคือ ปัจจัยทางชีวเคมีและการทำงานของ
ของสมอง ซึ่งพงศธร เนตราคม (2549) กล่าวว่า งานวิจัยเกี่ยวกับการดื่มสุราที่มีผลมาจากปัจจัยทาง
ชีวเคมีและการทำงานของสมองพบว่าการดื่มสุรามากของบุคคล หรือความต้องการอยากดื่มสุราอยู่
ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทส่วนกลาง คือ สมองบริเวณ Ventral Tegmental Area ที่เชื่อม
การทำงานกับสมองส่วน Nucleus Accumbens บริเวณดังกล่าวมีชื่อว่า Brain Reward System ซึ่งใน
บริเวณดังกล่าวจะมีสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ที่สำคัญคือ Endogenous Opioid และ
Dopamine โดยสารทั้งสองชนิดนี้จะถูกกระตุ้นโดยสุรา ดังนั้นสาเหตุของการติดสุราจึงน่าจะเกิดจาก
ความผิดปกติในระบบการทำงานของสารสื่อประสาท ได้แก่ GABA, Dopamine, Opioids, และ
Serotonin (Heinz, Wilwer & Mann, 2003; Sadock & Sadock, 2003; Johnson, Koob, Schuckit,
Mason & Ait-Daoud, 2006)

2) สาเหตุทางจิตวิทยา (Psychological Model)

Monti (1989) กล่าวว่า การที่มีความขัดแย้งอย่างรุนแรงในใจ และการกด
ความรู้สึกเอาไว้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ดื่มสุรา สอดคล้องกับ ปรีทรรศ ศิลปกิจ และคณะ (2542) ที่

เชื่อว่า การติดสุรามีผลมาจากความกังวลเล็ก ๆ ที่มีอยู่รอบ ๆ ความขัดแย้งในใจ หรืออาจเกิดจากจิตใจ เช่น กระบวนการคิด ระดับสติปัญญา ภาวะอารมณ์ ความต้องการลดสถานะทางอารมณ์ที่ไม่สามารถทนทานได้ เกิดความตึงเครียด ความก้าวร้าว ความรู้สึกซึมเศร้า และอาจมีเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนไปจนปรับตัวไม่ได้ ทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ต้องมีการพึ่งพา ไม่สามารถต่อสู้กับความผิดหวังได้ นอกจากนี้ Brien, Childress, Ehrman & Robbins (1998 cite in Halgin & Whitebourne, 2000) ยังมองว่าการติดสุราเป็นผลจากการเรียนรู้แบบการวางเงื่อนไข (classical conditioning) ที่ทำให้เกิดอาการอยาก (craving) และการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ซึ่ง Dimeff & Marlatt (1998) อธิบายว่าเกิดจากผู้ติดสุรามีความคาดหวังทางบวกต่อผลของสุราในลักษณะการเสริมแรง และการเรียนรู้ทางสังคม อีกทั้งการศึกษาของสมภพ เรืองตระกูล (2543) ยังพบว่าการดื่มสุราเกิดขึ้นเพื่อลดความเครียดในการทำงานหรือดำรงชีวิตประจำวัน ลดการขาดความรู้สึกลึกซึ้งในครอบครัวจากสภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุขอีกด้วย

3) สาเหตุทางสังคม (Social Model)

สังคมสิ่งแวดล้อม นับว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้บุคคลต้องหันไปดื่มสุรา ทั้งแรงกดดันจากสังคม วัฒนธรรม เชื้อชาติ ศาสนา ภาวะต่งงาน ความยากจน ความขัดแย้งของสามีภรรยา และการอยู่ในแหล่งที่มีสุราจำหน่าย Fowler et al., (2007) ได้อธิบายพฤติกรรมการดื่มสุราในวัยรุ่นว่านักเรียนที่มีปัญหามีค่านิยมทัศนคติที่ดีต่อการดื่มสุรา รู้สึกว่าสังคมสิ่งแวดล้อมส่งเสริมการดื่มของตนเองทำให้รู้สึกควบคุมตนเองไม่ได้ นอกจากนี้ในสังคมไทยปัจจุบันยังให้การยอมรับการดื่มสุราว่าเป็นเรื่องธรรมดาไม่ผิดกฎหมายจึงพบว่ามีคนนิยมดื่มสุรามากขึ้น และการเลิกดื่มสุราเป็นเรื่องยากเพราะสังคมยังให้การสนับสนุนและเอื้ออำนวยต่อพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ ซึ่งจากการศึกษาของทรงเกียรติ ปิยะกะ (2548) พบว่าวัฒนธรรมประเพณีในสังคมไทยนิยมมีสุราในการจัดงาน ไม่ว่าจะเป็นสังคมเมืองหรือชนบท เช่น เทศกาล ประเพณี งานประจำปีต่าง ๆ งานฉลองความสำเร็จ และความเสียใจ ถึงแม้บางคนไม่ดื่มสุรา เมื่ออยู่ในสังคมที่มีการดื่มสุราจึงดื่มเพื่อให้เข้ากับสังคม เพราะอยากเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้น อีกทั้งยังต้องการยอมรับของคนในสังคมกลุ่มนั้น ๆ ด้วย จึงเกิดพฤติกรรมการดื่มสุราขึ้น เช่นเดียวกับพรพิมล พงษ์พัฒน์อำไพ (2546) ศึกษาพบว่า การดื่มสุราเริ่มตั้งแต่ดื่มเล็กน้อยเพื่อเจริญอาหาร ผ่อนคลาย เพื่อเข้าสังคม เพื่อแสดงความเป็นลูกผู้ชาย จนถึงขั้นดื่มจนครองสติไม่ได้คือดื่มจนมึนเมานั้น เป็นเพราะถูกกระตุ้นกะยอหรือถูกเหตุการณ์บางอย่างบังคับ จนทำให้ดื่มจนติดเป็นนิสัยและเลิกดื่มไม่ได้ตามที่ Dimeff & Marlatt (1998) เคยอธิบายไว้ว่าการดื่มสุรามีผลจากแรงเสริมทางบวกที่จะทำให้ผู้ดื่มเกิดความคิดว่าตนได้รับการยอมรับ และได้รับความสนใจจากผู้อื่น

จึงอาจกล่าวได้ว่า สาเหตุที่คนติดสุรานั้นมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งปัจจัยทางด้านชีวภาพ คือเรื่องของพันธุกรรมและสารชีวเคมี ปัจจัยทางจิตวิทยาที่พบผู้ติดสุรามักมีบุคลิกภาพแบบพึ่งพิงหรือต่อต้านสังคม มีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม โรคและความเจ็บป่วยทางจิตเวชจึงทำให้เกิดการใช้สุราเพื่อควบคุมตนเอง รวมทั้งปัจจัยทางสังคมที่ผู้ติดสุรามีความง่ายในการเข้าถึงสุรา มีการเลียนแบบ ต้องการการยอมรับ ล้วนเป็นสาเหตุปัจจัยที่ทำให้บุคคลดื่มสุราทั้งสิ้น แต่หลังจากดื่มไประยะหนึ่ง ผลของสุราจะส่งผลต่อสมองและกระบวนการเรียนรู้ ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเปลี่ยนจนก้าวสู่สถานะเป็นผู้ติดสุราในที่สุด ดังนั้นการช่วยเหลือและค้นหาผู้ติดสุราจึงนับเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่จะคัดกรองผู้ติดสุรา เพื่อให้การรักษาฟื้นฟูเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราต่อไป

การคัดกรองการดื่มสุรา

การคัดกรองผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราสำหรับทางคลินิกนั้น Scottish Intercollegiate Guidelines Network หรือ SIGN (2003) กล่าวว่า การคัดกรองผู้ดื่มสุราสามารถทำได้โดยการสัมภาษณ์ เพื่อถามปริมาณการดื่มสุราที่ดื่มต่อสัปดาห์ หรือปริมาณที่ดื่มต่อครั้ง และหากพบว่าผู้ดื่มสุราที่มีปริมาณการดื่มเกินกว่าตัวเลขที่กำหนดของ Hazardous Drinking แล้ว ถือว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยทางอายุรกรรม อาจติดสุราหรือเป็นผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังได้ในที่สุด ซึ่งในการคัดกรองนั้นผู้คัดกรองอาจใช้คำถามสั้น ๆ ว่า “คุณดื่มสุราหรือไม่” แล้วจึงเพิ่มคำถามเกี่ยวกับปริมาณ ชนิด และระยะเวลาการดื่มเพื่อประเมินความรุนแรงของปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งในการเลือกใช้แบบคัดกรองนั้น จะขึ้นอยู่กับลักษณะงานและความพร้อมของหน่วยบริการนั้น ๆ โดยอาจใช้แบบคัดกรองดังต่อไปนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2551; WHO, 2000; SIGN, 2003; NIAAA, 2005)

1) Quantity – Frequency Question

เป็นแบบคัดกรองที่ใช้สอบถามเกี่ยวกับปริมาณ และความถี่ในการดื่มสุราประกอบไปด้วย 2 ข้อคำถาม คือ คำถามเกี่ยวกับจำนวนครั้งของการดื่มและคำถามเกี่ยวกับปริมาณการดื่มสุรา ซึ่งหากตรวจพบว่ามีลักษณะที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการดื่มสุรามากอาจพิจารณาส่งต่อให้ได้รับการรักษาที่คลินิกบำบัดสุราต่อไป (กรมสุขภาพจิต, 2551; NIAAA, 2005)

2) CAGE

เป็นแบบสัมภาษณ์เพียง 4 คำถาม เพื่อคัดกรองปัญหาการดื่มใน 1 ปีที่ผ่านมาเกี่ยวกับ 4 ประเด็นดังต่อไปนี้

CUT DOWN	คุณเคยคิดที่จะลดปริมาณการดื่มของคุณลง หรือไม่
ANNOYED	เคยมีใครทำให้คุณรำคาญโดยตำหนิคุณเรื่องการดื่มสุราหรือไม่

GUILTY คุณเคยรู้สึกไม่ดีหรือรู้สึกผิดเพราะว่าคุณดื่มสุราหรือไม่
EYE-OPENER คุณเคยต้องดื่มสุราเป็นครั้งแรกในตอนเช้าทันทีที่คุณตื่นนอนเพื่อแก้อาการเมาค้างหรือเพื่อให้สามารถทำอะไรต่อไปได้หรือไม่

เครื่องมือคัดกรอง CAGE นี้มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 43-94 และค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 85-95 ในการตรวจพบภาวะ alcohol abuse และ alcohol dependence แต่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเรื่องปริมาณ ความถี่ และรูปแบบการดื่มสุราของผู้ป่วย ไม่สามารถแยกแยะระหว่างปัญหาการดื่มในอดีตและปัญหาในปัจจุบันได้ และถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อทดสอบในผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราที่ชัดเจนและรุนแรงแล้วคือผู้ติดสุรา และไม่ได้มีวัตถุประสงค์สำหรับนำไปใช้ในผู้ที่มีปัญหาการดื่มที่รุนแรงน้อยกว่า เช่น ในกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง (high risk drinker หรือ hazardous users) (กรมสุขภาพจิต, 2551; WHO, 2000; NIAAA, 2005)

3) Alcohol Use Disorder Identification Tests; AUDIT

เป็นเครื่องมือแบบง่ายและสั้นที่ใช้คัดกรองผู้ที่ดื่มมากเกินไป จนเกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพหรือปัญหาสุขภาพ สามารถแยกกลุ่มผู้ดื่มเป็นกลุ่มดื่มแบบมีความเสี่ยงน้อย (low-risk) กลุ่มดื่มแบบมีความเสี่ยง (high-risk or hazardous) กลุ่มดื่มแบบมีปัญหา (harmful) และกลุ่มดื่มแบบติด (dependence) ได้

องค์การอนามัยโลกเป็นผู้พัฒนาเครื่องมือนี้ขึ้นโดยนักวิชาการจากประเทศต่างๆ และได้ผ่านการทดลองใช้ในหลายประเทศทั่วโลก การแยกกลุ่มผู้ดื่มเป็นกลุ่มต่างๆ นั้น ได้มีข้อเสนอแนะถึงแนวทางการช่วยเหลือสำหรับแต่ละกลุ่มผู้ดื่มควบคู่ไปด้วย เครื่องมือคัดกรองนี้สามารถใช้ในสถานบริการปฐมภูมิ และยังสามารถประเมินได้ด้วยตัวเองหรือบุคคลทั่วไปได้ มีค่าความไว (sensitivity) 96 % และค่าความจำเพาะ (specificity) 96 % ในการตรวจพบภาวะ hazardous drinking และมีความไว (sensitivity) 87 % และค่าความจำเพาะ (specificity) 81 % ในการตรวจพบภาวะ harmful drinking

ในผู้ที่คัดกรองแล้วพบว่าอยู่ในกลุ่มดื่มอย่างปลอดภัย (low risk drinker) ควรจะได้รับความรู้เรื่องการดื่มอย่างปลอดภัย (Alcohol Education) ส่วนในผู้ที่ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous user) หรือดื่มแบบอันตราย (harmful user) ควรได้รับการปรึกษาแบบเฉพาะ เช่น Brief Intervention (BI) เพื่อให้ผู้ดื่มลดความเสี่ยงในการดื่มลง ในรายที่สงสัยว่าติดสุราควรได้รับการประเมินความรุนแรงในการติดสุราและความเสี่ยงในการเกิดอาการถอนพิษสุราเพื่อวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสม และให้คำปรึกษาเฉพาะเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลด/เลิกดื่มสุราได้ (กรมสุขภาพจิต, 2551; WHO, 2000; NIAAA, 2005)

การจัดลักษณะพฤติกรรมการดื่มสุรา

สุราเป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายและสังคมยอมรับ จึงมีการจำหน่ายและนิยมดื่มกันอย่างแพร่หลาย สุกมา แสงเดือนฉาย (2547) อธิบายว่า พฤติกรรมการดื่มสุรานับเป็นลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของสุรา เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ ซึ่งปริมาณ ความถี่ ของการดื่มจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นอกจากพฤติกรรมการดื่มสุราจะเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของบุคคลแล้ว ยังเป็นการปฏิบัติตนของบุคคลที่ทำให้เป็นผู้เสพผู้ติดสุรา ซึ่งประกอบด้วย สาเหตุการดื่ม ระยะเวลาการดื่ม ลักษณะการดื่ม ปริมาณ และความถี่ในการดื่ม (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2547; ธรณินทร์ กองสุข, 2547; ดอกรัก พิทักษ์, 2550; WHO, 2000; NIAAA, 2003; APA, 2005) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) ได้จัดกลุ่มผู้ดื่มสุราตามรูปแบบพฤติกรรมการดื่มออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (WHO, 2000)

1. กลุ่มดื่มแบบมีความเสี่ยงน้อย (Low – risk drinking) หมายถึง การดื่มไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน เทียบเป็นเหล้า 40 ดีกรีไม่เกิน 2 ถัง (60 ซีซี) เบียร์ประมาณ 1.5 – 2 กระป๋อง ไวน์ประมาณ 2 แก้ว และมีวันที่ไม่ดื่มเลยอย่างน้อย 2 วันในหนึ่งสัปดาห์ การดื่มลักษณะนี้อาจเรียกว่าเป็นการดื่มแบบปลอดภัยได้ ยกเว้นในผู้สูงอายุ สตรีมีครรภ์หรือให้นมบุตร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรุนแรง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือผู้ที่ต้องรับประทานยาใดๆ ก็ตามอาจมีปฏิกิริยากับแอลกอฮอล์ ดังนั้นจึงไม่ควรดื่มเลยหรือดื่มน้อยกว่านี้

2. กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking หรือ Risky drinking) หมายถึง การดื่มในปริมาณหรือลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดผลเสียในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสังคมทั้งต่อตนเองหรือต่อผู้อื่นแม้ว่าตัวผู้ดื่มจะยังไม่ได้ป่วยด้วยโรคใดๆ ก็ตาม ถ้าเทียบเป็นปริมาณการดื่มโดยประมาณ ในผู้หญิงคือการดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (เบียร์ชนิดแรงไม่เกิน 3 กระป๋องหรือเหล้า 40 ดีกรีไม่เกิน ¼ แบน) หรือการดื่มมากกว่า 7 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (เบียร์ประมาณ 5 กระป๋อง)

ในผู้ชาย คือการดื่มมากกว่า 5 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (เบียร์ชนิดแรง ไม่เกิน 4 กระป๋องหรือเหล้า 40 ดีกรี ไม่เกิน ½ แบน) หรือการดื่มมากกว่า 14 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (เบียร์ประมาณ 10 กระป๋อง)

นอกจากนี้ยังรวมทั้งการดื่มเล็กน้อยแต่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง เช่น ในบุคคลที่กำลังตั้งครรภ์ มีโรคทางกาย เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือกำลังรับประทานยาใดๆ ที่อาจมีผลต่อแอลกอฮอล์รวมทั้งการดื่มแบบ “binge drinking” คือการดื่มหนักมากติดต่อกันแบบเมาหัวราน้ำด้วย

3. **กลุ่มดื่มแบบมีปัญหา (Harmful drinking)** หมายถึง การดื่มแอลกอฮอล์จนได้รับผลเสียตามมา และหากดื่มในลักษณะนี้ต่อไปจะเพิ่มความเสี่ยงให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาซึ่งอาจเป็นผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต หน้าที่การงาน หรือสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งสังคมและประเทศชาติต่อไป

4. **กลุ่มดื่มแบบติด (Alcohol Dependence)** ผู้ที่ดื่มจนติดนั้นมักใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดื่ม ทำให้ความรับผิดชอบหน้าที่ต่าง ๆ บกพร่องไป เช่น การงานหรือครอบครัว และไม่สามารถควบคุมการดื่มทั้งปริมาณ ความถี่ หรือไม่สามารถหยุดดื่มได้ บางคนดื่มเป็นประจำจนไม่ทราบว่าตนเองติด เมื่อต้องหยุดดื่มด้วยสาเหตุใดก็ตามจึงเกิดอาการถอนพิษ (withdrawal) ขึ้น

สรุปได้ว่า การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา หากกลุ่มผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยง หมายความว่าถ้ายังดื่มตามลักษณะที่กล่าวมาข้างต้นต่อ อาจเพิ่มผลเสียต่อร่างกายและผู้อื่นจึงควรลดปริมาณการดื่มลง ส่วนในผู้ดื่มแบบมีปัญหาและผู้ดื่มแบบติดควรจะลดหรือหยุดดื่ม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่ดื่มมานานจนติดและกลายเป็นผู้ติดสุราอาจต้องได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพในการให้ยาเพื่อลดอาการถอนพิษสุรา และในผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนได้ควรได้รับการปรึกษาจากผู้บำบัดเฉพาะต่อไป ซึ่งหลังจากผู้ป่วยผ่านพ้นระยะถอนพิษสุราและได้รับการบำบัดทางจิตสังคมเบื้องต้น ผู้ป่วยอาจหยุดหรือลดการดื่มได้ระยะหนึ่ง ปัญหาที่มักเกิดตามมาคือผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำจนก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาอีก ดังนั้นขั้นตอนการดูแลเพื่อป้องกันการกลับดื่มสุราซ้ำ (Relapse Prevention) จึงมีความสำคัญมาก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงภาวะของการหยุดสุราได้อย่างต่อเนื่อง และป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ (กรมสุขภาพจิต, 2551; Sauder, 2004)

การติดสุราซ้ำ

จอร์สกี Gorski (1999 อ้างใน ไพฑูรย์ แสงพุ่ม และธนรัชต์ นามผลดี, 2550) ได้อธิบายว่า การเสพติดซ้ำ มีความหมายมากกว่าการกลับมาใช้ยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ แต่เป็นกระบวนการของการฟื้นฟูสภาพที่ผิดระบบจนทำให้ผู้เลิกยากลับไปเสพติดยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์อีกเพื่อเป็นทางเลือกที่มีเหตุผลในการที่จะรักษาตนเอง

Chien (อ้างใน ทิพาวิดี เอมะวรรณนะ, 2545) ได้ให้ความหมายของการเสพซ้ำว่า หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ หรือผู้จะเลิกยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์กลับไปเสพซ้ำ มีความหมายหลายอย่าง ในแง่ของความรุนแรงที่มีตั้งแต่ขนาดเบาไปจนถึงขนาดหนักขึ้น คือ การกลับไปเสพเป็นครั้งคราว ประเภทยาลดไปชั่วคราว และการกลับไปติดซ้ำอีกครั้งที่เรียกว่าเสพซ้ำ

กรมสุขภาพจิต (2551) กล่าวว่า การกลับดื่มซ้ำ เป็นขบวนการเปลี่ยนแปลงที่มีขั้นตอน (Transitional Process) มากกว่าที่จะเป็นความล้มเหลวของการเปลี่ยนแปลง และอาจเกิดขึ้นได้หากผู้ป่วยพลั้งเผลอหรือเกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝันนำไปสู่การติดสุราซ้ำได้

ปัจจุบันลักษณะการกลับไปติดยาเสพติดซ้ำได้ประยุกต์ใช้เป็นแนวคิดในการศึกษาการกลับไปติดยาซ้ำเนื่องจากสุราเป็นยาเสพติดชนิดหนึ่ง จากการศึกษาของไพฑูรย์ แสงพุ่ม และธนะรัชต์ นามผลดี (2550) พบว่าหลังจากผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาทางร่างกายแล้วส่วนมากจะกลับไปเสพซ้ำ เนื่องจากช่วงที่เคยเสพยาติดมีความคิด และอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปมาก ดังนั้นเมื่อกลับไปสู่สิ่งแวดล้อมเดิม ๆ ถ้าความคิด อารมณ์ไม่ได้รับการจัดเกลาให้ดีขึ้นเหมือนเดิม ก็จะทำให้เกิดการเสพยาซ้ำได้ ซึ่งส่วนใหญ่ลักษณะของการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยนั้นมีหลายลักษณะ อาจเริ่มจากการพลาดไปหรือพลั้งเผลอ (Slip) ซึ่งหมายถึงการกลับไปเสพยาเสพติดอีก หลังจากที่เกิดอาการถอนยา มีอาการทางร่างกายจึงนำไปสู่ลักษณะการเสพยาชั่วคราว (lapse) หมายถึงการกลับไปใช้ยาเสพติดอีกเป็นเวลาน้อยกว่า 7 วันติดต่อกัน ลักษณะการกลับไปเสพซ้ำ (relapse) หมายถึงการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ๆ และมีการพลาดไปเสพยาบ่อยมีการใช้ยาเสพติดนานมากกว่า 7 วัน ลักษณะการกลับไปเสพยาหลังการรักษา (relapse episode) หมายถึง การกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ๆ และมีการพลาดไปเสพยาบ่อยมีการใช้ยาเสพติดนานมากกว่า 7 วัน แล้วตามด้วยการเลิกยาโดยเข้ารับการรักษาในสถานบำบัด หรือได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจจากบุคคลแวดล้อม ลักษณะการกลับไปติดยาเสพติดซ้ำ (read addiction) หมายถึงมีการกลับไปเสพซ้ำเป็นเวลายาวนานมากกว่า 30 วัน จนกระทั่งผลักดันให้ผู้เสพติดยาต้องกลายเป็นคนติดยาอีก

จึงอาจสรุปได้ว่า การติดยาซ้ำ หมายถึง การที่บุคคลสามารถเลิกหรือหยุดดื่มสุราแล้วกลับไปดื่มสุราซ้ำอีก ซึ่งจากการศึกษาของสถาบันวิจัย (2547) พบว่าหลังการรักษาส่วนใหญ่แล้วผู้รับบริการประมาณ 1 ใน 3 สามารถเลิกยาเสพติดได้ อีก 1 ใน 3 จะกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำในช่วงสั้น ๆ และรักษาหายในที่สุด และอีก 1 ใน 3 จะกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอย่างเรื้อรัง โดยการกลับไปเสพซ้ำโดยเริ่มจากการมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากวิถีชีวิตของคนปกติและจบลงด้วยการกลับไปใช้ยาเสพติด ซึ่งอาจเป็นยาเสพติดตัวเดิมหรือเปลี่ยนชนิดใหม่ก็ได้ กระบวนการเสพยาซ้ำจึงเปรียบเสมือนการลื่นของแอสโดมิโน เมื่อโดมิโนตัวแรกกระทบตัวที่สองก็จะไปกระทบตัวที่สามต่อปฏิริยาลูกโซ่ก็จะเริ่มขึ้นต่อไปเรื่อย ๆ

สาเหตุการติดยาซ้ำ

ปัจจุบันได้ประยุกต์ใช้แนวความคิดของสาเหตุการติดยาเสพติดซ้ำมาอธิบายการติดยาซ้ำ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ สามารถสรุปแนวคิดที่เป็นสาเหตุการติดยาซ้ำได้ดังนี้

1. สาเหตุทางชีวภาพ (Biological factor)

Thompson et al., (2004 อ้างในทิพาดี เอมะวรรณนะ, 2545) กล่าวว่า การติดยาซ้ำเกิดได้จากปัจจัยทางชีวเคมี และการทำงานของสมองเนื่องจากการดื่มสุรามากของ

บุคคล หรือความต้องการอยากดื่มสุร่ายู่ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทส่วนกลาง คือ สมองบริเวณ Ventral Tegmental Area ที่เชื่อมโยงการทำงานกับสมองส่วน Nucleus Accumbens ซึ่งบริเวณดังกล่าวมีชื่อว่า Brian Reward System บริเวณนี้มีสารเคมีชีวภาพที่ผิดปกติ ทำให้เกิดระบบที่ผันผวนในสมอง ดังที่ไมเออร์และเมลชอร์ Myers & Melchior (1977 อ้างในทิพาดีเอมะวรรณนะ, 2545) พบว่าเมื่อแอลกอฮอล์เข้าไปในสมองแล้วจะมีการนำสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ที่สำคัญคือ Endogenous Opioid และ Dopamine ซึ่งเมื่อสารสื่อประสาทสองตัวนี้เข้าไปในสมองแล้วจะก่อตัวเป็นโครงสร้างลักษณะเหมือนโครงสร้างมอร์ฟินจึงเกิดการกระตุ้นให้มีอาการติดสุรา หรือเรียกโรคสมองติดยา

2. สาเหตุทางจิตวิทยา (Psychological Model)

จากแนวคิดทฤษฎีจิตวิทยาสังคม เชื่อว่าบุคคลเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด หรือการเสพติดสุรา การติดซ้ำ เกิดจากผู้เสพมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมที่เปราะบาง มีจิตใจอ่อนแอเปลี่ยนแปลงง่ายตามสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป จากการทบทวนวรรณกรรมพบสาเหตุที่สำคัญ ดังนี้

1) อาการอยากสุรา (craving) ที่เกิดเนื่องจากการขาดสุรา (withdrawal) ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของระดับสารสื่อประสาทโดปามีน (dopamine) บริเวณมีโซลิมบิกซิสเต็ม (mesolimbic system) อยู่เป็นเวลานานหลังจากหยุดสุรา อาการอยากสุราหรือหิวสุรามักเกิดขึ้นได้เสมอเป็นครั้งคราว แม้จะหยุดสุราเป็นเวลาแรมเดือนแล้วก็ตาม ผู้ติดสุราแต่ละคนจะมีความรู้สึกอยากสุราต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสุราแต่ละชนิด บางคนจะมีความรู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวาย กระสับกระส่าย อยู่หนึ่งไม่ได้ หัวใจเต้นเร็ว นอนไม่หลับ ซึมเศร้า บางรายมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน มีความทรงจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งกรมสุขภาพจิต (2551) ได้ให้ความหมายของอาการอยากยาไว้ว่า การที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากใช้สารเสพติด ซึ่งอาจเกิดในช่วงใดของการหยุดยากี่ได้ โดยทั่วไปมักมีอาการอยากยาในระยะแรกของการหยุดยา แม้แต่หลังเสพยาไปแล้วผู้ป่วยอาจมีอาการอยากยาโดยไม่มีอาการถอนพิษยากี่ได้ จึงทำให้กลับไปเสพซ้ำโดยไม่มีอาการถอนพิษยา อาการอยากสุราเกิดจากตัวกระตุ้นทั้งภายนอก คือสิ่งแวดล้อม ขวดสุรา ภาพโฆษณา และตัวกระตุ้นภายในคือ อารมณ์ ความรู้สึก ตัวอย่างเช่น ถ้าผ่านไปใกล้แหล่งที่ขายยาเสพติดหรือมีการทะเลาะกับคู่สมรส เกิดความเครียด (ซึ่งหลายครั้งเมื่อทะเลาะแล้วจะไปดื่มสุรา) ตัวกระตุ้นเหล่านี้จะนำไปสู่ความคิดเกิดอาการอยากยาตามมา และนำไปสู่การเสพยา (ตัวกระตุ้น คิด อยากเสพ) เพราะ ฉะนั้นการจัดการกับการอยากสุรา คือ การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นก่อนที่จะขยายตัวและเกิดความอยากสุรา การหยุดความคิดมีความสำคัญที่ผู้เลิกสุราต้องฝึกฝน หาวีธีการที่ได้ผลสำหรับตัวเองที่จะตัดอาการอยากสุราที่เกิดขึ้น

2) ขาดแรงจูงใจในการเลิกเสพยา แรงจูงใจ (motive) คือ ความปรารถนาที่จะบรรลุเป้าประสงค์หรือความรู้สึกที่กระตุ้นหรือเร้าการกระทำ เป็นพลังภายในที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม

คาเจนและแฮฟมานน์ Kagan & Havemann (1968 อ้างใน พิชัย แสงชาญชัย, 2547) ให้ความหมายของแรงจูงใจคือ ความปรารถนาที่จะบรรลุเป้าประสงค์ที่ได้จากการเรียนรู้และก่อให้เกิดคุณค่าแก่ปัจเจกบุคคล

แอตคินสัน Atkinson (1990 อ้างใน ทิพาดี เอมะวรรณ, 2545) ให้ความหมายของแรงจูงใจว่า คือความต้องการที่จะตอบสนองต่อความถึงพอใจและเป็นพฤติกรรมที่มุ่งสู่จุดหมายที่กำหนดไว้

ดังนั้นแรงจูงใจภายใน จึงหมายถึงแรงจูงใจที่เกิดจากภายในตัวบุคคลที่เกิดขึ้นจากความต้องการของตนเองไม่ใช่มาจากสิ่งเร้าภายนอก แรงจูงใจประเภทนี้มีค่าและสำคัญมากกว่าแรงจูงใจภายนอก แรงจูงใจภายใน ได้แก่ ความอยากรู้อยากเห็น อยากกระทำ ความสนใจใฝ่รู้ การเอาใจใส่ ความสนใจ ความชอบ ความศรัทธา ความคาดหวังต่อตนเอง กำลังใจ บุคลิกภาพ ความวิตกกังวล เป้าหมาย ความต้องการส่วนตัว มโนทัศน์แห่งตน ความก้าวหน้า ความสำเร็จ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นลักษณะที่มีอยู่แล้วภายในบุคคลทุกคน และคนแต่ละวัยก็มีความสนใจต่างกันผู้ที่ใช้สุรามักจะมีบุคลิกภาพที่พึงพิง อ่อนแอในทุกด้าน เช่น อารมณ์ สติปัญญา มีร่างกายที่ไม่แข็งแรงสมบูรณ์ นอกจากบุคลิกภาพที่ผิดปกติแล้ว ไพบูลย์ แสงพุ่มและธนรัชต์ นามผลดี (2550) ยังพบว่าผู้เสพติดสุรานั้นเป็นพวกที่เป็นโรคจิตเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคประสาทซึ่งมีความวิตกกังวลตลอดเวลาจึงต้องหาสิ่งยึดเหนี่ยวเพื่อระงับความกระวนกระวายของตนเอง ไม่มีความมั่นใจในตัวเอง มักจะอยู่ในภาวะซึมเศร้า ถ้าเสพติดสุราในปริมาณมากและเวลานานสมองจะถูกทำลายทำให้ความรู้สึกนึกคิด ความรับผิดชอบต่อตนเองลดลง ความตั้งใจในการหยุดเสพยาอ่อนลง ผู้เสพติดสุราตัดสินใจที่จะหยุดใช้สุราเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ เช่น สุขภาพไม่ดี มีปัญหาครอบครัว ปัญหาการเงินและปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่นแต่เมื่อผ่านไปช่วงระยะเวลาหนึ่งจะเริ่มลืมปัญหาต่างๆ ที่เป็นผลจากการเสพยาแล้วความทรงจำเกี่ยวกับช่วงเวลาเมื่อได้เสพยาจะกลับเข้ามา มีอิทธิพลเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของผู้ป่วยให้มีแรงจูงใจในการหยุดสุราอ่อนลง

3) การขาดทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยา เมื่ออยู่ในภาวะอารมณ์เสี่ยงต่อการเสพยา เป็นความรู้สึกของผู้เสพติดสุราต่อการใช้สุราในอดีต เช่น ความรู้สึกเศร้า เหงา เสียใจ ความรู้สึกโกรธ ความไม่สมหวัง ความรู้สึกกดดันซึ่งเป็นอารมณ์ที่กระตุ้นให้มีโอกาสหันกลับไปสู่พฤติกรรมการเสพยา ตัวกระตุ้นหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เกิดปัญหาของแต่ละคนนั้นไม่เหมือนกัน จากการศึกษาของประไพ ธนายุทธ

(2545) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ที่เสพติดสุรามักจะเผชิญกับปัญหาทางด้านครอบครัว เช่น การทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว การหย่าร้าง หรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ รายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว ทำให้เกิดความเครียด หรือบางคนต้องไปงานเลี้ยงสังสรรค์ เข้าสังคมที่มีการดื่มสุราเป็นประจำ ปัญหาเหล่านี้จะทำให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ ทำให้คนหันไปดื่มสุรา ซึ่งเชื่อว่าสุราช่วยลดความเครียดได้ หรือบางคนจะไปพบกับตัวกระตุ้นที่ทำให้อยากดื่มสุรา เช่น บุคคลที่เป็นตัว กระตุ้น ได้แก่ เพื่อนที่ดื่มสุราร่วมกัน ผู้ขายหรือผู้ที่พุดถึงสุรา สถานที่ที่เป็นตัวกระตุ้น เช่น บ้านที่ดื่มสุรา ผับ เชน หรือถนนที่ไปยังแหล่งขายสุรา สถานที่ที่ไปดื่มสุรา สิ่งของที่เป็นตัวกระตุ้น เช่น หนังสือเกี่ยวกับสุรา รายการโทรทัศน์ขุดสุรา แก้วไวน์ เวลาที่เป็นตัวกระตุ้น เช่น วันหยุดสุดสัปดาห์ หลังเลิกงาน เวลาที่มีการสังสรรค์ งานเลี้ยง รวมทั้งเวลาที่เครียด อารมณ์ และความรู้สึกที่เป็นตัวกระตุ้น เช่น ความวิตกกังวล ความผิดหวัง เบื่อหน่าย ความโกรธและความรู้สึกทางเพศ อารมณ์ที่ทำให้ดีใจหรือเสียใจ หากผู้เสพติดสุราไม่สามารถจัดการกับตัวกระตุ้นเหล่านั้นได้ก็จะทำให้กลับไปเสพสุราซ้ำได้

3. สาเหตุทางสังคม (Social Model)

สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวผู้ติดสุรา นับเป็นสาเหตุสำคัญอีกด้านหนึ่งที่ทำให้เกิดการติดสุราซ้ำ เพราะการอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงหรือสภาพแวดล้อมเหมือนที่เคยดื่มสุราในอดีตจะทำให้เขาระลึกถึงเรื่องของการดื่มสุรา และจะแสดงพฤติกรรมของการกลับไปดื่มสุราซ้ำได้ Dimeff & Marlatt (1998) กล่าวว่า การติดยาหรือการติดสุราซ้ำอาจมีอิทธิพลโดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์บางอย่าง คือ

1) มีความตั้งใจในการหยุดใช้ยาเสพติดน้อยลง ผู้เสพยาตัดสินใจที่จะหยุดใช้ยาเสพติดเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ เช่น สุขภาพไม่ดีมีปัญหาคอรัว ปัญหาการเงิน และปัญหาสัมพันธ์กับผู้อื่น แต่เมื่อผ่านไปช่วงระยะเวลาหนึ่งจะเริ่มลืมปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นผลจากการดื่มสุรา ความทรงจำเกี่ยวกับช่วงเวลาเมื่อได้ดื่มสุราจะกลับเข้ามาามีอิทธิพลเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของผู้ติดสุราให้มีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราน้อยลง

2) อยู่ในสภาพการณ์เสี่ยง การอยู่ในสภาพการณ์หรือสภาพแวดล้อมเหมือนเมื่อเคยดื่มสุราในอดีตจะทำให้เขาระลึกถึงเรื่องของสุรา และจะแสดงออกถึงพฤติกรรมของการกลับไปดื่มสุรา เช่น การพบเพื่อนที่ดื่มสุรา การไปวนเวียนในสถานที่ที่เคยดื่มสุรา ทำให้ผู้ติดสุราจะรู้สึกว้าใจไม่เข้มแข็ง และมั่นคงในสถานการณ์เสี่ยงเช่นนี้ ดังการศึกษาของรอนนิส เฮลเซอร์และเดวิส Robins, Helzer & Davis (1975 อ้างในสลิดา หลิมศิริรัตน์ 2551) ที่พบว่า ทหารผ่านศึกสหรัฐอเมริกาที่เคยติดยาเสพติดจากการไปสงครามเวียดนามเมื่อกลับมาถึงประเทศของตนจะหยุดใช้ยาเสพติดที่เคยใช้ได้เหลือเพียง 7% ของทหารที่ติดยาเสพติดจากสงครามเวียดนาม

เท่านั้นที่ยังใช้ยาเสพติดต่อไปอีก 8-10 เดือน ซึ่งถ้าเทียบกับผู้ติดยาทั่วไปที่ได้รับการบำบัดรักษาอยู่ตามสถานบำบัดรักษาต่าง ๆ แล้วจะมีอัตรากลับไปเสพซ้ำถึงร้อยละ 70 ซึ่งรายงานนี้บอกได้ว่าสภาพแวดล้อมที่แตกต่างจากที่เคยเสพและการไม่สามารถหาหาเสพติดมาใช้ได้ง่ายอาจเป็นตัวบ่งชี้สำคัญที่ทำให้ต้องเลิกเสพ และไม่หวนกลับไปใช้อีกสอดคล้องกับการศึกษาของอัสดา จันทรแสนตอ (2541) ที่พบว่าสภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเอื้ออำนวยต่อการดื่มสุรา ได้แก่ มีร้านขายสุราในชุมชนมีเพื่อนชักชวนให้ดื่มสุราซึ่งเป็นผลเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับการติดสุรา

3) อยู่ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการติดสุรา สถานการณ์นี้จะ เป็นความรู้สึกของผู้ติดสุราต่อการดื่มสุราในอดีต เช่น ความรู้สึกเศร้าเสียใจ ความรู้สึกโกรธ ความไม่สมหวัง ความรู้สึกกดดัน ความรู้สึกเหงา ซึ่งเป็นอารมณ์ที่กระตุ้นให้มีโอกาสหันกลับไปใช้การดื่มสุราเป็นเครื่องแก้ปัญหาดังเดิม อุมพร ตรังสมบัติ (2544) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสมรสจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถปรับตัวอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้นและจะมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และการเผชิญกับความเครียดอย่างเหมาะสมทำให้บุคคลมีการดูแลตนเองได้ดี มีความพร้อมในการเผชิญปัญหาลดการพึ่งพาเสพติดหรือสุราได้ การสนับสนุนจากครอบครัวได้แก่ การให้ความรัก ความเข้าใจ สนใจ เห็นอกเห็นใจ ให้อภัย ช่วยเหลือคำปรึกษา แก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยได้ ซึ่งถ้าขาดการสนับสนุนหรือให้ความช่วยเหลือจากครอบครัวและกลุ่มสมรสจะทำให้ผู้เสพติดสุราซึ่งส่วนใหญ่จะมีบุคลิกภาพโดดเดี่ยว แยกตัวเองมีความอดทนต่อความเจ็บปวดต่ำทั้งทางร่างกายและอารมณ์ มีความคับข้องใจ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าไม่มีผู้ใดรักตนเอง อีกทั้งใช้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากความเครียดด้วยวิธีการที่ไม่สร้างสรรค์ ไม่สามารถปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และหันกลับไปดื่มสุราเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของประไพ ทยานุทธ (2545) ที่พบว่าผู้ที่เป็โรคจิตจากสุรารับรู้ว่าคุณสมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม ส่วนการสนับสนุนจากบุคลากรทาง ด้านสุขภาพ คือ บุคคลที่อยู่ในวิชาชีพที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม ป้องกันรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ของผู้ติดยาเสพติดได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสอบถาม ให้คำแนะนำต่าง ๆ ในการปฏิบัติตัว พร้อมให้คำปรึกษาช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีทางออกเมื่อเกิดปัญหาได้ ทำให้เขาารู้สึกว่าได้รับการเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับในสังคม รวมทั้งคนในชุมชนควรให้โอกาส ไม่แสดงความรังเกียจ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้ แต่ถ้าขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขก็จะทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำ

4) มีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น เพราะการที่ผู้ติดสุราต้องเผชิญหน้ากับบุคคลอื่น ทั้งจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ในสถานการณ์ที่ขัดแย้งกัน จึงทำให้เกิดความตึงเครียด และความรู้สึกไม่ดีเกิดขึ้นได้

5) แรงผลักดันทางสังคม ในการที่ผู้ติดสุราที่มีสัมพันธภาพกับเพื่อนผู้ติดสุรา และต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและการที่ต้องการทำให้เพื่อนยอมรับตน ก็เป็นปัจจัยผลักดันให้กลับไปติดสุราซ้ำได้ (Dimeff & Marlatt, 1998)

ผลกระทบของการติดสุรา

การติดสุราทำให้เกิดผลเสียมากมายทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม สังคม ครอบครัว เศรษฐกิจและชุมชนทั้งทางตรงและทางอ้อม นักวิชาการและสถาบันต่าง ๆ ได้ศึกษาและรายงานผลกระทบที่เกิดจากการติดสุรา ดังนี้ (WHO, 2000; SIGN, 2003; Saunders, 2004; NIAAA, 2005)

ก. ผลกระทบต่อตัวผู้ดื่ม

1) ด้านร่างกาย สุรามีผลกระทบต่อร่างกายทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ผลแบบเฉียบพลันต่อสุขภาพขึ้นกับระดับของแอลกอฮอล์ในเลือด (หน่วยวัดเป็นมิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หมายถึง ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์เป็นมิลลิกรัมในปริมาตรของเลือด 100 ซีซี) พิษร้ายแรงชาญชัยและคณะ (2549) พบว่า ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่ 50-150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ร่างกายจะขาดการควบคุมการเคลื่อนไหว (Muscle Incoordination) ปฏิกริยาตอบสนองของการตัดสินใจช้าลง การเห็นภาพไม่คมชัด การรับรู้ต่อตัวกระตุ้นช้าลง ผู้ดื่มสุราจึงไม่ควรทำงานที่เกี่ยวข้องกับเครื่องจักรหรือขับขีวดยานต่าง ๆ เพราะอาจก่อให้เกิดอันตรายได้หากมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง 300-500 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

อีกทั้งยังพบว่า การดื่มสุราทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลง (Hypoglycemia) ผู้ดื่มสุราจะมีอาการง่วง มึนงง ระบบหายใจถูกกด (Respiratory Repression) เป็นผลให้หายใจไม่ออก อาจตายได้ และหากดื่มสุรานาน ๆ ติดต่อกัน ระบบประสาทส่วนกลางจะมีการฝ่อลีบของสมองส่วนนอก ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ทำให้เกิดอาการชักเกร็ง กดศูนย์การควบคุมการหายใจ เกิดภาวะหัวใจวายจากแอลกอฮอล์ หัวใจเต้นผิดปกติและอาจตายได้ นอกจากนี้ Saunder (2004) พบว่า แอลกอฮอล์ยังมีผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้มีการหลั่งของน้ำย่อยแกสตริน (Gastrin) และน้ำย่อยเปปซินเพิ่มขึ้น ทำให้สารน้ำในกระเพาะมีความเป็นกรดมากขึ้น เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ เกิดการอุดตันของท่อน้ำดีซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการย่อยไขมันไม่ดี เกิดอาการท้องอืดได้ ผลต่อระบบเอนโดไครนต่อระบบสายตา พบว่าคนที่ดื่มสุราเป็นประจำทำให้เกิดอาการตาฟางในที่มืดสลัวในเวลากลางคืน (Night Blindness) และสูญเสียความสามารถในการดูมากกว่าคนที่ดื่มไม่ประจำ

(Kokavee & Crowe, 1999 อ้างในเดิมชัย ไชยวุฒิ และไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล, 2541) ส่วนผลต่างๆ ไปพบว่าเกิดภาวะขาดสารอาหารในโรคพิษสุราเรื้อรัง ซึ่งมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง เช่น กินอาหารน้อยลง การดูดซึมของสารอาหารในลำไส้เล็กลดลง การนำสารอาหารไปใช้ได้น้อยลง การสูญเสียอาหารทางอุจจาระและปัสสาวะเพิ่มขึ้น สุรามีใช้สารก่อมะเร็ง (Carcinogen) โดยตรง แต่เป็นเพียงส่วนร่วมหรือสารเสริมก่อมะเร็ง (Co-Carcinogen or Tumor Promotor) เท่านั้น

ตามสถิติระบาดวิทยาทั่วโลกพบว่า แอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของมะเร็งหลอดอาหาร (Murray & Zentner, 1997) มะเร็งช่องปาก มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งตับและมะเร็งทางเดินอาหาร นอกจากนี้ยังมีผลในการเพิ่มฤทธิ์ยาที่รับประทาน เช่น เพิ่มฤทธิ์ยานอนหลับ ยาลดความดัน เพิ่มพิษของยาแอสไพริน ในด้านพิษต่อการเกิดโรคกระเพาะ ยาพาราเซตามอลในด้านพิษต่อตับ แอลกอฮอล์สามารถชักนำให้เกิดพยาธิสภาพของตับ คือภาวะสะสมไขมันในตับ (Fatty Liver) เป็นภาวะที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยมักไม่มีอาการและไม่มาพบแพทย์ดังการศึกษาของ Saunderson (2004) ที่พบว่าโรคตับที่เกิดจากแอลกอฮอล์ เป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญในประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ ซึ่งผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากการมีไขมันสะสมในตับ ตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ และโรคตับแข็ง

2) ด้านจิตใจ สุราเป็นสารที่ออกฤทธิ์กระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทในสมอง จิตใจและอารมณ์เปลี่ยนแปลง (Frances & Franklin, 1986) เกิดโรคได้หลายแบบ ได้แก่ อาการเป็นพิษอย่างเฉียบพลันจากการดื่มสุรา โรคแพ้พิษสุรา (Pathologic Intoxication) โรคระแวงจากพิษสุรา (Alcoholic Paranoid) ประสาทหลอน (Alcoholic Hallucination) (Miller, 1997) ผู้ดื่มสุราจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด กังวล เพราะความรู้สึกผิด ผู้หญิงที่ดื่มสุราจำนวนมากจะตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงที่มีความสัมพันธ์กับสุรา การถูกทารุณในบ้านหรือการถูกข่มขืน

3) ด้านเศรษฐกิจสังคม ผู้ติดสุราจะพบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจเป็นอย่างมากเนื่องจากว่า ผู้ที่ดื่มสุราประจำจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการที่จะได้สุรามา ตอบสนองความต้องการของตนเอง ทำให้ค่าใช้จ่ายในเรื่องสุรามากกว่าค่าใช้จ่ายอย่างอื่น และเมื่อดื่มสุราจัดคือดื่มทุกวัน บางคนดื่มตลอดเวลา รายได้จากการทำงานก็ลดลงเพราะขาดประสิทธิภาพในการทำงาน เงินไม่พอในการซื้อสุรา จึงต้องไปเป็นหนี้สินคนอื่น ก่อความเดือดร้อนให้คนอื่นเป็นภาระและปัญหาสังคมในการดูแลและความปลอดภัยจากพฤติกรรมที่ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ต่อสังคมก็ลดน้อยลง

ข. ผลกระทบต่อครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยของสังคมที่เล็กที่สุดที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากบุคคลในครอบครัวที่ติดสุรา (Chabda, 2005) พบว่า การดื่มสุรามักส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว สุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้ดื่มสุราบางรายดื่มจนขาดสติ อาจมีพฤติกรรมรุนแรงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาทในครอบครัว เกิดความรุนแรง หย่าร้าง ครอบครัวแตกแยก (Gelder et al., 1996; Rossow, 2000) ทำให้สมาชิกในครอบครัวสับสน ขาดความมั่นใจ ไม่แน่ใจ มีความไม่มั่นคงต่อความรัก บิดา/มารดา มักมีการแสดงออกทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง นอนไม่หลับ ซึมเศร้า เด็กกลุ่มนี้โตขึ้นจะพัฒนาเป็นผู้มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพและอารมณ์ (Gelder et al., 1996) ทำให้เกิดเป็นปัญหาต่อสังคมและประเทศชาติต่อไปได้

ค. ผลกระทบต่อสังคม

ผลของสุราต่อสังคมก่อให้เกิดปัญหาด้านกำลังคน ด้านครอบครัว ด้านอุบัติเหตุ ด้านเศรษฐกิจ และความไม่สงบของสังคม เกิดอาชญากรรม การป่วยด้วยโรคทางกายและทางจิตใจของ ผู้ที่ดื่มสุราจะกระทบถึงบุคคลที่อยู่รอบข้าง ขยายขอบเขตเป็นปัญหาสังคมที่กระทบกับบุคคลในสังคม เช่น ปัญหาด้านกำลังคน การสูญเสียทรัพยากรบุคคลเนื่องจากการติดสุรา ปัญหาด้านครอบครัว เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวมีการใช้สุรา จะทำให้ครอบครัวขาดความอบอุ่น ขาดความสุข ความสัมพันธ์ที่ไม่ราบรื่น เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง การสื่อสารที่ขัดแย้งกัน อันอาจเป็นสาเหตุผลักดันให้เด็กวัยรุ่นมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การใช้สารเสพติดโดยเฉพาะสุราได้ สำหรับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและปัญหาด้านอาชญากรรม เนื่องมาจากผู้ที่ดื่มสุราจะต้องเสียเงินในการซื้อสุราดื่ม ค่าใช้จ่ายในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในครอบครัวที่มีผู้ดื่มสุราสูงถึงเฉลี่ยประมาณวันละ 100-300 บาท เมื่อพิจารณาจากจำนวนผู้ที่ดื่มขึ้นต่ำ ประมาณ 13 ล้านคน และในอัตราความถี่ของการดื่มสัปดาห์ละครั้ง คิดเป็นเงินค่าใช้จ่ายในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถึง 4.68 ล้านบาทในแต่ละปี สุราซึ่งนอกจากไม่มีคุณค่าทางอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายแล้ว ยังสามารถก่อให้เกิดพิษ เกิดโรคอื่น ๆ ตามมาดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น แม้กระทั่งสำหรับผู้ดื่มในปริมาณที่ไม่มากนัก (6-15 มิลลิกรัมต่อซี.ซี) จะมีความรู้สึกกระตุ่นประสาท ทำให้มีความกล้ามากขึ้น ความสามารถของร่างกายในการใช้วิจารณ์จนถึงความถูกต้องของสังคมลดลง ก่อให้เกิดคดีต่าง ๆ ได้ง่ายและยังก่อให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น อุบัติเหตุจราจร การทะเลาะวิวาท ทำให้ประเทศต้องสูญเสียงบประมาณเป็นจำนวนมากในการรักษาพยาบาล (กรมสุขภาพจิต, 2547)

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นจากการติดสุราจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดื่มทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ รวมทั้งครอบครัว สังคม เป็นอย่างมาก ทำให้

เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาบุคลากรของประเทศ ซึ่งสุราเป็นสิ่งที่ซื้อหาได้ง่าย ราคาไม่แพงและแนวโน้มในการดื่มสุราและเสพติดสุราในปัจจุบันมีมากขึ้นและเริ่มดื่มกันตั้งแต่อายุยังน้อย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547) และการบำบัดรักษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยกลับไปเสพสุราซ้ำอีกร้อยละ 75

ดังนั้นการศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปติดสุราซ้ำจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อที่จะได้หาแนวทางในการแก้ไขป้องกันที่มีประสิทธิภาพ

ง. ผลกระทบต่อประเทศชาติ

ปัญหาการติดสุรา ถ้าไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาสุขภาพในระยะยาว เช่น เกิดเป็นโรคตับ โรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากภาครัฐต้องทำนโยบายและจัดสรรงบประมาณเพื่อดูแลรักษาภาวะความเจ็บป่วยของคนกลุ่มนี้ ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ บางคนมีบทบาทและตำแหน่งหน้าที่การงานเป็นผู้บริหารในหน่วยงานและองค์กรต่างๆ เมื่อมีปัญหาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ แล้วไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม อาจก่อให้เกิดความเครียดในระดับที่มากมีผลกระทบต่อสุขภาพ เกิดความเจ็บป่วย ส่งผลสังคมและประเทศชาติขาดทรัพยากรบุคคลที่มีความสามารถในการพัฒนาประเทศก่อนเวลาอันควร และภาครัฐก็ต้องสร้างนโยบายและจัดสรรงบประมาณเพื่อดูแลรักษาภาวะความเจ็บป่วยของคนกลุ่มนี้ต่อไป (กรมสุขภาพจิต, 2551)

การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา

เนื่องจากปัจจุบันปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการใช้สุรามีความรุนแรงมากขึ้น อีกทั้งกลไกการติดสุรามีความเชื่อมโยงกันทั้งด้านสมอง จิตใจ และสังคม ทั้งนี้เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ การบำบัดผู้ติดสุราจึงเป็นการดูแลที่มีเป้าหมายระยะยาว คือ เริ่มตั้งแต่เป็นผู้ดื่มสุรา แม้ว่าการดื่มสุรานั้นยังไม่เกิดโทษจนกระทั่งเกิดโทษและกลายมาเป็นโรคติดสุรา ฉะนั้นการที่จะเลิกดื่มสุราเป็นการถาวรนั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ไม่ยักง่าย การบำบัดผู้ติดสุราจึงมีการรักษาหลายรูปแบบ ซึ่งล้วนแต่มีวัตถุประสงค์ของการรักษา 4 อย่าง คือ 1) การหยุดดื่มสุรา 2) ลดภาวะแทรกซ้อนจากการดื่มสุรา 3) การป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ และ 4) การฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งจากการศึกษาของ Hunt et al., (1997 อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2551) พบว่าผู้ป่วยโรคติดสุรามักกลับไปดื่มสุราซ้ำภายหลังจากการรักษา 3 เดือน ถึงร้อยละ 50-60 การเลิกดื่มสุราอย่างถาวรเป็นสิ่งที่

เกิดขึ้นได้น้อยมาก ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยลดปริมาณการดื่มสุรา และสามารถควบคุมการดื่มสุราได้จึงเป็นเป้าหมายสำคัญ นอกจากนี้การรักษาผู้ติดสุรามักไม่มีวิธีใดวิธีหนึ่งที่ได้ผลดีที่สุด จะต้องใช้วิธีรักษามากกว่า 1 วิธีขึ้นไปจึงจะได้ผลดี อย่างไรก็ตาม จากสถิติที่ผ่านมา พบว่าหลังการรักษาผู้ป่วยกลับไปเสพสุราซ้ำถึงร้อยละ 75 (กรมสุขภาพจิต, 2551) ดังนั้นขั้นตอนการดูแลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและป้องกันการกลับดื่มสุราซ้ำ (relapse prevention) ในผู้ติดสุรา จึงนับเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยคงภาวะของการหยุดดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง ลด/ เลิกดื่มสุราให้นานที่สุด และป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำต่อไป

การให้บริการผู้ติดสุรา จะต้องประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นการซักประวัติรวบรวมข้อมูลตั้งแต่แรกเริ่ม ประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยใช้แบบคัดกรองต่างๆ (AUDIT, CAGE, Quantity – Frequency Question) ประเมินปัญหาการดื่มสุรา เพื่อวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมตามลักษณะพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราทั้ง 4 ลักษณะ โดยเน้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลด/ เลิกดื่มหรือควบคุมการดื่มให้น้อยลงอยู่ในระดับที่ปลอดภัยให้คงนานที่สุด ซึ่งการบำบัดผู้มีลักษณะพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราแบบติดหรือผู้ติดสุรานั้น ประกอบไปด้วย 1) การบำบัดทางยา และ 2) การบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2551; Sadock & Sadock, 2003)

1) การบำบัดทางยา (Pharmacotherapy)

กรมสุขภาพจิต (2549) กล่าวว่า ในผู้มีปัญหาการดื่มสุรานั้น สุรามักส่งผลต่อสุขภาพในลักษณะแตกต่างกันไป โดยเฉพาะผู้ดื่มสุราแบบติดหรือผู้ติดสุรานั้นจะมีโอกาสเกิดภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) ภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรงเพื่อสับสน (alcohol withdrawal delirium) ภาวะโรคจิตจากสุรา (alcoholic psychosis) หรือภาวะสมองเสื่อมจากสุรา (alcohol dementia) เกิดขึ้นได้ ซึ่งหากผู้ติดสุรามีลักษณะอาการและอาการแสดงของภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรงดังกล่าว สามารถให้การป้องกันและรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy) โดยเริ่มจากการประเมินโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised; CIWA-Ar) หรือ (Alcohol Withdrawal Scale; AWS) หรือ Minneapolis Detoxification Scale (MINDE) แบบใดแบบหนึ่งประเมิน เพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลและให้ยารักษาอาการถอนพิษสุรา ช่วยให้ผู้ติดสุราผ่านช่วงถอนพิษสุราได้อย่างปลอดภัย ระวังอาการถอนพิษสุรา และเฝ้าติดตามผลข้างเคียง ซึ่งยาที่เหมาะสมในการรักษาอาการถอนพิษสุรา คือ ยากลุ่ม Benzodiazepine เช่น Diazepam, Chlordiazepoxide, Lorazepam เป็นต้น

หลังจากผู้ป่วยผ่านพ้นระยะถอนพิษสุราและได้รับการบำบัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางกายที่อาจเกิดขึ้นในช่วงถอนพิษสุราแล้ว สิ่งสำคัญลำดับต่อไปคือการช่วยให้ผู้ติดสุราคงภาวะของการหยุดสุราได้อย่างต่อเนื่อง และป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ ซึ่งแนวคิดทฤษฎีชีวภาพเชื่อว่าสุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ในสมอง โดยเฉพาะโดปามีน (Dopamine) ที่เพิ่มปริมาณมากขึ้นจากการกระตุ้นของสุรา รวมทั้งยับยั้งการนำสารกลับสู่ที่เก็บซ้ำลง (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลเกิดความร่าเริง ผิดปกติและมีอาการทางจิตจนต้องเข้ายาเข้าไปปรับสมดุลของสารสื่อประสาทให้อยู่ในระดับปกติ ทั้งนี้การรักษาด้วยยามักขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการรักษา ดังนี้ Gelder et al., (2001) ยาที่ใช้เพื่อให้หยุดดื่มสุรา (pharmacological treatment to help maintenance of abstinence) หรือเรียกว่ายาเบื่อเหล้า ใช้รักษาในระยะถอนพิษสุรา ซึ่งการคงภาวะหยุดดื่มสุราอย่างต่อเนื่องเป็นการรักษาในระยะยาว ดังนั้นการให้ยาอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความอยากดื่มสุราจึงมีความจำเป็นกับในผู้ป่วยบางรายที่ยังคงมีอาการหลงเหลือ เช่น (Halgin & Whitbourne, 2000; Sadock & Sadock, 2003; Heather & Stockwell, 2004; NIAAA, 2005)

นาลเทร็กโซน (Naltrexone; Revia) เป็นหนึ่งในสามของยาที่ด้านการอยากดื่ม (Craving) ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่าช่วยเพิ่มระยะเวลาในการเลิกดื่มและลดการกลับไปดื่มซ้ำ ภายหลังจากการที่ได้รับการถอนพิษสุราไปแล้ว การออกฤทธิ์ของยาจะช่วยลดอาการอยากดื่มสุรา ชะลอเวลาที่จะกลับไปดื่มใหม่อีกครั้ง ลดปริมาณและความถี่ของการดื่มสุรา ฤทธิ์ข้างเคียงที่พบ คือ คลื่นไส้ มีน้้ำตา ตับอักเสบ

อะแคมโพรเสต (Acramprosate; campral) เป็นยาด้านการดื่มสุราอีกชนิดหนึ่งที่ทำให้ผลคล้ายกับนาลเทร็กโซนแต่ออกฤทธิ์แตกต่างกัน โดยอะแคมโพรเสตจะไประงับการทำงานของ glutamate excitatory neurotransmitter system โดยจะไประงับ NMDA receptors ช่วยเพิ่มอัตราการเลิกดื่มได้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมเป็นเวลา 12 เดือน ลดการกลับไปดื่มหนักอีกครั้งและลดการบริโภคแอลกอฮอล์โดยรวม ซึ่งพิชัย แสงชาญชัย (2547) กล่าวว่า อะแคมโพรเสตไม่มีคุณสมบัติเป็นยาระงับประสาทและต่างจากนาลเทร็กโซนตรงที่ไม่มียาปฏิกริยากับอนุพันธ์ของฝิ่น ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ อาการท้องเดิน อาเจียน และ pruritus นอกจากนี้ตัวยังไม่ได้ทำหน้าที่กำจัดอะแคมโพรเสต ดังนั้น โรคตับจึงไม่อยู่ในข้อห้ามในการใช้อะแคมโพรเสตแต่อย่างใด

ไดซัลไฟเรม (Disulfiram; Antabuse) ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการทำงานของ aldehyde dehydrogenase แบบ reversible ทำให้ acetaldehyde เพิ่มขึ้น เมื่อผู้ป่วยไปดื่มสุราจะเกิดอาการ หน้าแดง ร้อนออกใบหน้า แขน หน้าอก อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียน ใจสั่น หายใจไม่อึด ความดันโลหิตต่ำ ทำให้ผู้ป่วยกลัวไม่กล้าไปดื่มสุราอีก หรือหยุดดื่มสุราเมื่อมีอาการ

2) การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention)

การรักษาผู้ติดสุรา เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองแล้ว หัวใจสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัว / สิ่งแวดล้อม และสามารถหยุดดื่มได้อย่างต่อเนื่องก็คือการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ การบำบัดทางจิตสังคมนับว่า มีบทบาทสำคัญทั้งในเชิงการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ติดสุรา ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ติดสุรา มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและสามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้

Rohsenow & Malley (1999) กล่าวว่า การรักษาผู้ติดสุรานอกจากการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมการดื่มหรือเพื่อให้หยุดดื่มสุราแล้ว ยังต้องให้การรักษาทางจิตสังคมร่วมด้วย เพราะยาที่ผู้ป่วยได้รับยังไม่ได้ผลทันทีในช่วงแรกของการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับการรักษาที่ได้ผลเร็วร่วมด้วย เนื่องจากการรักษาด้านจิตสังคมจะสามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาและการรับประทานยาได้นานขึ้น อีกทั้งยังเป็นการช่วยผู้ป่วยให้จัดการกับปัญหาทางจิตสังคมที่เกิดขึ้นตามมาหลังการดื่มจนติดได้ด้วย

กรมสุขภาพจิต (2551) กล่าวว่า การบำบัดทางจิตสังคม หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือทางด้านจิตใจและสังคม โดยผู้บำบัดใช้ทักษะในการบำบัด ช่วยให้ผู้ป่วยรับการบำบัดมีความเข้าใจ เกิดความตระหนักในปัญหาของตนเองและมีแนวทางในการแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเอง

ดังนั้น การบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา จึงอาจกล่าวได้ว่าเป็นกระบวนการส่งเสริมช่วยเหลือทางด้านจิตใจและสังคม เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังสามารถควบคุมตนเอง และจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับเข้าสู่สภาพเดิมในสิ่งแวดล้อมและครอบครัวได้ พร้อมกับคงภาวะการหยุดดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำ ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ติดสุรานี้มีเป้าหมายคือ การให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม ให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มหรือหยุดดื่มได้นานที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2001) กล่าวว่า รูปแบบการรักษาทางจิตสังคมมีหลายรูปแบบ ได้แก่ จิตบำบัดแบบประคับประคอง (support psychotherapy) การให้คำปรึกษา (counseling) การเสริมสร้างทักษะชีวิต (life skill) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavior therapy) การให้ความรู้ (psycho-education) การทำครอบครัวบำบัด (family therapy) ชุมชนบำบัด (therapeutic community) แต่การบำบัดทางจิตสังคมเมื่อจัดแบ่งตามลักษณะพฤติกรรมการดื่มสุราแบบติดหรือผู้ติดสุราที่เหมาะสมนั้น สามารถสรุปการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราจากการทบทวนวรรณกรรมได้ดังนี้ (ครุณี ภูขาว, 2545; พิชัย แสงชาญชัยและคณะ, 2549; พรณิภา แสนปัญญา,

2551; สลิษา หลิมศิริรัตน์, 2551; Halgin & Whitbourne, 2000; Sadock & Sadock, 2003; Phukao, Saunders & Varghese, 2003; Heather & Stockwell, 2004; Moos, 2007)

1. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement therapy [MET]) เป็นวิธีการที่ใช้ร่วมในการบำบัดผู้ติดสุราเพื่อปรับเปลี่ยนความคาดหวังการรักษาที่ไม่เป็นจริง แกไขความลังเลใจของผู้ป่วยและเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตัวเองให้แก่ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษาและได้ผล การรักษาที่ดี การบำบัดแบบนี้สามารถใช้แบบเดี่ยวหรืออาจใช้ร่วมกับการบำบัดแบบอื่นได้ ทั้งนี้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจยังจัดอยู่ในกลุ่มการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) ซึ่งใช้หลักการของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ในการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลกระทบของสุราที่มีต่อชีวิต ครอบครัว ผู้ร่วมงานและสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราได้ โดยส่วนใหญ่รูปแบบการบำบัดนี้จะไม่นับเทคนิควิธีการในการเลิกดื่มสุรา แต่ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบและยอมรับต่อผลของการกระทำในอดีตของตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถและตกลงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราในอนาคต ผู้บำบัดจะใช้การวางแผนบำบัดร่วมกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับผลดีที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา ทบทวนเป้าหมายและแนวคิดที่ได้จากการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยคงการลดหรือหยุดดื่มสุราให้ได้นานที่สุด นอกจากนี้รูปแบบการบำบัดยังประกอบด้วย การประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ซึ่งจะใช้เวลาในการบำบัดอย่างน้อย 15 นาที ถึง 1 ชั่วโมง จำนวน 2 – 4 ครั้ง จากการศึกษาของรูบัค, แซนด์แบค, ลูริทเซน และ คริสเตนเซน (Rubak, Sandback, Lauritzen & Christensen, 2003) พบว่า ผู้ติดสุราที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจมีผลการตรวจวัดด้านร่างกายดีขึ้นถึงร้อยละ 95 อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการเสริมสร้างแรงจูงใจว่าสามารถนำไปส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยตระหนักและมีแรงจูงใจอยากเปลี่ยนตนเองในด้านการลด/เลิกสุรา เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของรัมพ์ฟ, แฮพเค, เมย์เยอร์, และจอห์น (Rumpf, Hapke, Meyer & John, 1999) พบว่าเมื่อเปรียบเทียบผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ที่ติดสุราที่นอนรักษาในโรงพยาบาลกับผู้ติดสุราทั่วไป ในประเทศเยอรมันโดยใช้ผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของโพรชาสกา และไดคลิเมนต์ (Prochaska and Diclimente) ทำให้ผู้ติดสุราที่นอนรักษาในโรงพยาบาลที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแตกต่างจากผู้ติดสุราทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถช่วยให้พฤติกรรมการดื่มสุราลดลง และเป็นแนวทางเลือกหนึ่งสำหรับ

บุคลากรในการนำการเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้ในการบำบัดดูแลผู้ที่ติดสุรา เพื่อให้ผู้ที่ติดสุรามีแรงจูงใจ มีความตั้งใจสำหรับการดื่มสุราเพิ่มขึ้น

2. การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive – Behavioral Therapy [CBT]) เป็นการบำบัดแบบมีโครงสร้างระยะสั้น ใช้ระยะเวลาประมาณ 12 – 16 ครั้ง โดยเน้นปัญหาปัจจุบันของผู้ติดสุรา เพื่อสอนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสถานการณ์หรือตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่มสุรา การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นและจัดการกับปัญหาและพฤติกรรมซึ่งอาจนำไปสู่การดื่มสุราซ้ำอีก เนื้อหาในการบำบัดแบบนี้ประกอบด้วย การวิเคราะห์การทำหน้าที่ (functional analysis) และการฝึกทักษะ (skill training) ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจะได้เรียนรู้ทักษะที่จำเป็นในการตระหนักรู้ แก่ใจและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดื่มสุราของตนเอง เข้าใจสาเหตุการดื่มสุราของตนเอง โดยผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมมือกันในการค้นหาแนวทางใหม่ในการแก้ไขปัญหาโดยไม่ใช้การดื่มสุรา ซึ่งระหว่างการทำบำบัด ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้ทักษะที่สำคัญ ดังนี้ 1) การตระหนักถึงตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่มสุรา 2) การจัดการกับอารมณ์เชิงลบ ตลอดจนความคิดและอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ 3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสัมพันธภาพและสังคมไปยังสิ่งอื่นแทนการดื่มสุรา Project MATCH Research Group (1998) กล่าวว่า การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็น 1 ใน 3 วิธี (Motivation Enhancement Therapy [MET]; Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]; Twelve step Facilitation) ที่มีประสิทธิภาพสำหรับการบำบัดผู้ติดสุรา ซึ่งจากการศึกษาของ Burtschedt et al., (2001) พบว่าผู้ติดสุราที่บำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีอัตราการออกจากโปรแกรมน้อยกว่าการบำบัดแบบประคับประคอง และมีอัตราการเลิกดื่มสุราที่สูงกว่า แสดงให้เห็นว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสามารถบำบัดรักษาผู้ติดสุราให้เลิกดื่มสุราได้นานขึ้น นอกจากนี้ Monti et al., (1990) ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเมื่อครบ 6 เดือนแล้ว ผู้ป่วยมีการกลับไปดื่มสุราซ้ำลดลงในทุกกลุ่มของการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของครุณี ภูขาว (2545) ที่พบว่า เมื่อให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแล้วผู้ป่วยมีมุมมองของความคิดดีขึ้น ฉะนั้นจึงกล่าวได้ว่าการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นวิธีที่เหมาะสมกับการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังวิธีหนึ่ง

3. การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) เป็นการบำบัดผู้ติดสุราชนิดหนึ่งที่เน้นให้ผู้ติดสุราเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดื่มสุรา ซึ่งใช้เวลาในการบำบัด 1-4 ครั้ง ครั้งละ 5-60 นาที มักใช้กับผู้ป่วยที่มีระดับการดื่มสุราที่ยังไม่ถึงกับติดสุรา (Alcohol dependence) แต่เป็นผู้ที่ดื่มสุราในระดับความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพหรือระดับที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพแล้ว (Hazardous or harmful drinker) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดระดับการดื่มลงให้เป็นการดื่มปานกลาง (moderate drinking) มากกว่าให้เลิก โดยเนื้อหาและวิธีการของ BI จะแตกต่างกัน

ตามระดับความรุนแรงของปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วย (Miller & Sanchez, 1993) ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 7 ประการคือ ขั้นแรก เริ่มต้นด้วยการประเมิน (Assessment) พฤติกรรมการดื่มสุรา ปัจจัยกระตุ้น สาเหตุการดื่มสุรา ขั้นที่สอง การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) สะท้อนให้ผู้ติดสุราได้รับรู้ถึงพฤติกรรมตนเองที่ดื่มสุรา หรือผลกระทบต่างๆ ขั้นที่สาม ความรับผิดชอบ (Responsibility) ขั้นที่สี่ การแนะนำ (Advice) ถึงแนวทางการเปลี่ยนแปลง ขั้นที่ห้า การให้รายการที่จะเปลี่ยนแปลง (Menu of change) ขั้นที่หก ความเข้าใจเห็นใจ (Empathy) และขั้นที่เจ็ด การรับรู้ความสามารถ (Self-Efficacy) ซึ่งรวมเรียกว่า A-FRAMES Z (Miller & Tonigan, 1993; Deborah & Finhged, 1999) ในประเทศไทยยังไม่มีรายงานผลการบำบัดที่ชัดเจนและยังไม่พบว่าได้ทำเป็นระบบ แต่จากการศึกษาของ Fleming, Barry, Manwell, Johnson & London, 1997; Fleming & Manwell, 1999) พบว่า BI เป็นการรักษาที่ราคาถูกลง และทำได้ง่ายในสถานบริการระดับปฐมภูมิ สามารถลดระดับการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มีระดับความเสี่ยงหรือผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา และผู้ติดสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. Matrix Program เป็นการบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่พัฒนามาจากกลุ่ม Matrix Program สำหรับผู้ติดสารเสพติด ใช้หลักการเสริมแรงเชิงบวก ร่วมกับการปรับเปลี่ยนแนวคิด พฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งมีเนื้อหาการบำบัดทั้งหมด 10 กิจกรรม และใช้เวลาในการบำบัดประมาณ 2 สัปดาห์ โดยผู้บำบัดจะเป็นผู้คอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เกิดความคิด และให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการเสพติด ผลกระทบ และสิ่งต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้จากการเสพติด (กรมสุขภาพจิต, 2551)

5. FAST Model เป็นการบำบัดเข้มข้นทางสายใหม่พัฒนามาจากแนวคิด ทฤษฎีระบบ มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยจากการติดสิ่งเสพติด และโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ พร้อมมุ่งพัฒนานิสัยของของผู้ป่วยให้มีการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ มีการส่งเสริมการประกอบอาชีพ ป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งรูปแบบมีทั้งหมด 3 รูปแบบ คือระยะสั้น (4-6 เดือน) ระยะกลาง (6-8 เดือน) และระยะยาว (8-12 เดือน) เนื้อหาการบำบัดส่วนใหญ่คล้ายกับรูปแบบอื่น ๆ ที่มุ่งให้มีการเรียนรู้ทางกาย จิตใจ สังคม และให้แนวทางในการปรับพฤติกรรม จนสามารถอยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดี (สถาบันธัญญรักษ์, 2547)

6. Buddhism-Motivational Interviewing-Cognitive behavioural Therapy หรือ BUMI-CBT เป็นการบำบัดระยะสั้นซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม ได้รับการออกแบบให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทยโดย ดร.ณิ ภูขาว (2545) ซึ่งพัฒนาจากการบำบัดภูมิปัญญา (BUMI-CBT) และ ซีบีไอที (C-BIT) – Evidence based เพื่อต้องการให้ผู้บำบัดเห็นความสำคัญของการใช้การปลุกจิตสำนึกหรือการสร้างแรงจูงใจในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยอภิปรายถึงพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์และปัญหาหรือผลกระทบที่ผู้ป่วยได้รับอันมีผลสืบเนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อการ

ดำเนินชีวิตประจำวัน ผลกระทบต่ออาการทางจิตที่ผู้ป่วยประสบอยู่ และช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิดและเกี่ยวข้องกับการกระทำต่าง ๆ ในการควบคุมพฤติกรรม การใช้แอลกอฮอล์และอาการทางจิตของตนเอง โดยใช้โปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่ม กลุ่มละ 6-8 คน บำบัด 5 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง สิ้นสุดภายใน 1 สัปดาห์ เนื้อหาส่วนใหญ่เกี่ยวกับการให้ การศึกษาด้านสุขภาพและจิตวิทยาของสุรา การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเรื่องการหยุดวงจรและหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา หลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ การบำบัดด้วยการผ่อนคลายและ นันทนาการ และการให้ความรู้แก่ครอบครัวร่วมด้วย ซึ่งพบว่าผู้บำบัดไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำถึง 72.73 สอดคล้องกับการศึกษาของ Burtschedt et al. (2001) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่ให้การ บำบัดด้วยวิธีการฝึกแก้ปัญหาและการบำบัดทางความคิด สามารถเลิกดื่มสุราได้นานขึ้น

7. การบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน (Twelve – steps facilitation) เป็นการให้ การปรึกษาที่อิงหลักของกลุ่มผู้ติดสุราที่รวมกลุ่มเพื่อช่วยกันหยุดดื่มสุรา (alcohol anonymous [AA]) โดยมีหลักปฏิบัติทั้งหมด 12 ข้อ เน้นการยอมรับตนเองของผู้ป่วยว่ามีปัญหาจากการดื่มสุรา และไม่สามารถแก้ปัญหาของตนเองได้ (พิชัย แสงชาญชัยและคณะ, 2549) กล่าวว่า การบำบัด รูปแบบนี้มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความสงบสุขทางจิตวิญญาณ (Sobriety) เน้นให้ผู้ป่วยหมั่นทบทวน ถึงการกระทำที่ผ่านมาของตนเอง ยอมรับสิ่งที่ผิดพลาดในอดีต การยอมรับผิดกับบุคคลที่เคารพรัก มีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ โดยอาจสวมมนต์อันอ่อนน้อมอะไรก็ได้ที่บุคคลนั้นมีความศรัทธาเพื่อให้ ช่วยเหลือในการเลิกสุรา เมื่อผู้ติดสุรายอมรับข้อบกพร่องของตนเองก็จะสามารถช่วยให้ผู้ติดสุราพบกับ ความสุขสงบและสามารถหาทางแก้ปัญหาให้กับตนเอง สามารถสร้างแรงบันดาลใจให้แก่ สมาชิกอื่น ๆ ในการพัฒนาตนเองต่อไปได้ (Miller & Rollnick, 2002)

8. การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (Phramongkutklao Model [PMK model]) เป็นการอิงรูปแบบการบำบัดที่เก่าแก่ของประเทศ สหรัฐอเมริกา คือ รูปแบบมินเนโซต้า หรือโปรแกรม 28 วัน ซึ่งพิชัย แสงชาญชัย (2547) กล่าวว่า PMK model เป็นการผสมผสานระหว่างผู้บำบัดที่เป็นผู้เชี่ยวชาญกับผู้ป่วยที่กำลังฟื้นตัวจากโรคพิษ สุราเรื้อรังและใช้แนวทางของหลัก 12 ขั้นตอนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยรูปแบบการบำบัด มีลักษณะการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มกระตุ้นให้ เกิดประสิทธิภาพในการเรียนรู้ และมีข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วย คือ เป็นผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่พ้น ระยะเวลาพิษสุราเรียบร้อยแล้ว สมัยใจบ้ำบัดรักษา สามารถอยู่จนครบ 28 วันได้ ทั้งนี้เนื้อหา ส่วนใหญ่ของการบำบัดจะเป็นการประยุกต์มาจากหลักการพัฒนาตนตามแนวพุทธให้เข้ากับหลักจิต บำบัดของทางตะวันตก จากนั้นจะเป็นการให้สุศึกษา มีการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและ

พฤติกรรม ร่วมกับการผ่อนคลายความเครียดและให้สุขศึกษาแก่ครอบครัวร่วมด้วยในแต่ละชั่วโมง การบำบัดทั้ง 28 วัน

9. พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) เป็นการรักษาโดยใช้พฤติกรรมบำบัดแบบรายบุคคล (Individual Behavior Therapy) และพฤติกรรมบำบัดร่วมกับคู่สมรส (Behavioral Marital Therapy) โดยมีหลักการคือ ผู้บำบัดต้องทราบความเป็นอยู่และปฏิสัมพันธ์ที่คนในครอบครัวและคู่สมรสที่มีต่อกัน นำสิ่งที่ดีหรือแนวคิดที่ดีของครอบครัวและคู่สมรสมาใช้ประโยชน์ในการรักษา แก้ไขปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกของครอบครัวที่ผิดปกติหรือมีปัญหาให้ดีขึ้น วิธีการดูแลช่วยเหลือต้องให้สมาชิกของครอบครัวทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของการดื่มสุรา เสริมสร้างให้ครอบครัวมีความมั่นคง และช่วยสนับสนุนให้ผู้ติดสุราลดพฤติกรรมการติดสุราลงได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) ซึ่ง Loeber Sabine, Croissant Bernhard, Heinz Andreas, Mann Karl and Flor Herta, (2006) พบว่า หากฝึกให้ผู้ติดสุราเผชิญกับสิ่งเร้าและต้องใช้ทักษะการเผชิญซ้ำ ๆ จะทำให้เกิดการกระตุ้นความคิด และมีแนวทาง เกิดความเชื่อมั่น และประสบผลสำเร็จในการควบคุมตนเองได้

10. การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (Self efficacy) เป็นโปรแกรมการบำบัดชนิดหนึ่งซึ่งช่วยเปลี่ยนความคิดของผู้ติดสุราให้ถูกต้อง แก้ไขความคิดผิดๆ ที่ฝังรากลึก ช่วยเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางปัญญา (cognitive restructuring) และเป็นการบำบัดเกี่ยวกับทักษะในการเผชิญกับปัญหา (coping-skill therapies) ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ติดสุราต่อการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถูกพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของแบนดูลา เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการนำไปสู่การกระทำพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สามารถเสริมสร้างได้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่งคือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้บุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4) การส่งเสริมสถานะด้านร่างกายและอารมณ์ให้มีความพร้อมในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บำบัดทั้งหมด 7 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ สามารถทำให้ผู้ที่ เป็นโรคติดสุราได้พิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ เชื่อว่าตนเองสามารถปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ และจะมีความอดสาพยายามแสดงความสามารถออกมาจนประสบความสำเร็จ ในการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ในที่สุด (ศรีไพร โปธา, 2547; สุพรรณ ไชยวรรณ, 2551)

11. การบำบัดแนวพุทธศาสนา (Buddhism) เป็นโปรแกรมที่ถูกจัดสร้างขึ้นจากแนวทางการปฏิบัติของพระพุทธศาสนา โดยใช้แนวสติปัฏฐาน 4 เพื่อให้ผู้ติดสุราได้รับความรู้ ความจริงของชีวิต ประกอบด้วยการพิจารณารายบุคคลและการพิจารณารายกลุ่มตามหลักพุทธศาสนา ทำการบำบัดทั้งหมด 10 ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี 4 เดือน เนื้อหาส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการเจริญสติ เพื่อให้เกิดการระลึก 4 อย่าง ในกายนุปัสสนาสติปัฏฐาน (สติ จดจ้องดูกายเป็นอารมณ์) ในเวทนานุปัสสนาสติปัฏฐาน (สติ จดจ้องดูเวทนาเป็นอารมณ์) ในจิตตานุปัสสนาสติปัฏฐาน (สติ จดจ้องดูจิตเป็นอารมณ์) และในธรรมานุปัสสนาสติปัฏฐาน (สติ จดจ้องดูธรรมเป็นอารมณ์) สามารถช่วยให้ผู้ติดสุรา มีสติเฝ้าต่อการแก้ปัญหาความทุกข์ที่เกิดจากความโลภ โกรธ หลง เลือกนำความคิดที่ได้จากการเจริญสติไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับลักษณะจิตของตนเองในการแก้ไขปัญหา (ทุกข์) และมุ่งไปสู่อิสรภาพแห่งความหลุดพ้น ได้อย่างรวดเร็ว มีสติเข้มแข็งในการเตือนตนเอง สามารถควบคุมตนเองให้ปฏิเสธและลดหรือหยุดดื่มสุราได้ในที่สุด (พระมหาไสว ญาณวิโร, 2544; รุ่งทิวา ใจจา, 2550; ปราณี ภาณุภาส, ดุษณี ซาญปริษา และนวลกนก อัมพาผล, 2551)

12. การควบคุมตนเอง (Self control) เป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่งที่ถูกพัฒนามาจากแนวคิดของโรเซนบัม ด้วยหลักการใช้กระบวนการใดกระบวนการหนึ่งที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมที่เป็นเป้าหมาย โดยบุคคลเป็นผู้เลือกเป้าหมายและดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายนั้นด้วยตนเอง และถูกนำมาดัดแปลงต่อจากโปรแกรมกลุ่มฝึกทักษะการควบคุมตนเองของโสติดิยาภย์โดยปนัดดา ชีระเชื้อ (2550) เพื่อใช้เป็นโปรแกรมการบำบัดผู้ติดสุราให้เกิดการควบคุมตนเองในการเปลี่ยนแปลงแก้ไข หยุดพฤติกรรม นิสัยที่ไม่เหมาะสม และการสร้างพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพมากกว่าแทนที่ในการจัดการกับความเครียด ทำให้ผู้ติดสุราเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดื่มสุรา อันประกอบด้วยกิจกรรมใน 3 ทักษะได้แก่ ทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทักษะการแก้ปัญหา และทักษะการควบคุมตนเอง ทำการบำบัดทั้งหมด 9 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวม 3 สัปดาห์ สามารถทำให้ผู้ติดสุรารับรู้ถึงความสามารถของตนเอง การแก้ปัญหา การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึก มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเอง ตลอดจนการปฏิเสธ และลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้ต่อไป (อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551; วราวรรณ ยศธรรมเสนี, 2551)

13. การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม (Empowerment) เป็นการบำบัดทางจิตรูปแบบหนึ่งที่ถูกจัดทำขึ้นจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993) และผสมผสานกับกิจกรรมกลุ่มโดยเพ็ญภา สุตาคำ (2550) ทำการบำบัดระยะสั้น ๆ จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 3 สัปดาห์ โดยใช้กระบวนการที่เสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

ชีวิต เพื่อให้บุคคลมีพลัง มีความสุข และมีอำนาจในการตัดสินใจ การเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ตลอดจนเกิดความเข้าใจ มีการตัดสินใจอย่างอิสระ สามารถจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยตนเอง สามารถและรู้สึกถึงการมีเป้าหมายในตนเอง ปรับปรุงตนเอง เพื่อนำไปสู่การลดพฤติกรรมการดื่มหรือเลิกพฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์ของตนเอง ป้องกันการเป็นผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบติดหรือโรคจิตจากแอลกอฮอล์ได้ (ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551; วราภรณ์ บุนนาค, 2551)

14. การบำบัดแบบกลุ่มตามแนว Logotherapy เป็นโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มที่ยึดหลักกระบวนการบำบัดเพื่อค้นหาความหมายของแลนซ์ และถูกนำมาใช้โดยวรัญญา โลสุยะ (2550) มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ติดสุรามองเห็นและรับรู้ความหมายในชีวิต สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ด้วยจุดหมายที่ยึดเหนี่ยว เชิญกับความกดดันของสภาพการณ์รอบตัวได้อย่างมั่นคง ไม่หันกลับไปพึ่งพิงการดื่มสุราอีก ทำให้ผู้ติดสุราได้ค้นพบและตระหนักถึงคุณค่าของชีวิต มีความรับผิดชอบและค้นหาความหมายให้ชัดเจน สำนึกถึงการเป็นเจ้าของชีวิต และมีมุมมองด้านบวกมากขึ้น ทำการบำบัดทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 1.30-2 ชั่วโมง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 14-16 ชั่วโมง สามารถทำให้ผู้ติดสุรามีความมุ่งมั่น และมีเป้าหมายในการลดหรือเลิกสุราได้

15. การบำบัดแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริง (Reality Group) เป็นการให้คำปรึกษา อย่างหนึ่งที่ถูกพัฒนาโปรแกรมขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีพิจารณาความเป็นจริงของกลาสเซอร์ ที่มีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลได้รู้จักพิจารณาความเป็นจริง มีความรับผิดชอบในการตอบสนองความต้องการของตน มีการยอมรับความจริงเมื่อเผชิญกับปัญหาและมีความถูกต้องในการประเมินพฤติกรรม เพื่อให้สามารถเรียนรู้ถึงแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้มีประสิทธิภาพ โดยใช้กระบวนการในการสร้างสัมพันธภาพ การเน้นพฤติกรรมปัจจุบัน การประเมินพฤติกรรมปัจจุบัน การวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้สัญญากับตนเอง การไม่ยอมรับข้อแก้ตัว การไม่ใช้การลงโทษ และการไม่ยอมล้มเลิกความตั้งใจ สามารถช่วยให้ผู้ติดสุรามีการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทั้งด้านความสำคัญ ความสามารถ คุณความดีและพลังอำนาจในทางที่ดีขึ้น โดยทำการบำบัดเป็นระยะสั้น ๆ จำนวน 8-9 ครั้ง 2-5 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ติดสุรามีความเชื่อมั่นต่อกระทำของตนเองว่าจะก่อให้เกิดผลตามที่คาดหวัง และความต้องการ มีความสามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จ มีการรับรู้คุณค่าของตนเองตามความเป็นจริง และเชื่อมั่นในการกระทำของตน มีความสามารถในการจัดการกับข้อขัดแย้งต่างๆที่เกิดขึ้น สามารถเผชิญกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่กดดันในชีวิตประจำวัน และสามารถลดหรือเลิกดื่มสุราได้ต่อไป (สมควร จุลอักษร, ธนอมศรี อินทนนท์ และบุญวาทย์ เพชรรัตน์, 2547; สมพิตร ทราชสมุทร, 2550)

16. การบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) เป็นการบำบัดผู้ติดสุราอย่างหนึ่งที่น่าโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชน(A-I-C) ของสมิท อีและซาโต มาประยุกต์ใช้ในการบำบัดผู้ติดสุราโดยสมควร จุลอักษรและคณะ (2552) เพื่อให้คนในชุมชนได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการป้องกันการติดสุรา ตามขั้นตอนการสร้างความรู้ การหาวิธีการค้นหาเหตุผล และการนำเอาโครงการหรือกิจกรรมมาสู่การปฏิบัติและจัดกลุ่มผู้ดำเนินงาน รับผิดชอบกิจกรรมหรือโครงการที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดสุรา โดยทำการบำบัดทั้งหมด 8 กิจกรรม ในระยะเวลา 9 เดือน สามารถทำให้ประชาชนในชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมในการลดการดื่มสุรา มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากปัญหาการดื่มสุรา จนสามารถนำไปป้องกันและทำให้ผู้ติดสุรามีพฤติกรรมลด และเลิกดื่มสุราได้

17. การบำบัดด้านสังคม สิ่งแวดล้อม อันได้แก่

การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราโดยให้ความรู้กับครอบครัวผู้ติดสุรา (Family Education) กาญจนา นิยมสุวรรณ (2551) ศึกษาพบว่า ครอบครัวและคนในชุมชนนับเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยเสริมแรงจูงใจ ให้กำลังใจ และสนับสนุนให้ผู้ติดสุราไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำได้ นอกจากนี้ Allsop Sterve, Sauders Bill, Phillips Mike & Carr Adrian (1997) ยังพบว่า การพัฒนาทักษะเพื่อจัดการกับสถานการณ์ สิ่งแวดล้อม ตลอดจนสภาพการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุรา จะทำให้ผู้ติดสุราสามารถเผชิญปัญหาสังคม สิ่งแวดล้อม และไม่กลับไปพึ่งพาการดื่มสุราได้ ดังนั้นหากส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน สังคมของผู้ติดสุรามีความรู้เรื่องชนิดของสุรา การออกฤทธิ์ สาเหตุการดื่ม รูปแบบการดื่ม รู้ถึงอาการเมาสุรา ติดสุราและอาการถอนพิษสุรา รวมทั้งทราบผลเสียจากการดื่มสุราที่มีต่อตัวผู้ดื่ม ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องและป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำของผู้ติดสุราได้

การให้การปรึกษาคครอบครัว (Family counseling) เป็นการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยด้วยการอาศัยความร่วมมือของครอบครัว โดยเน้นที่การปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมในปัจจุบันที่ต้องการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดซึ่งก็คือการหยุดดื่มสุรา โดยมีหลักการสำคัญในการช่วยเหลือผู้ติดสุราและครอบครัว คือการสร้าง ความหวังและแรงจูงใจให้รู้ว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงชีวิตให้ดีขึ้นได้ จากการศึกษาของเกสร สายธนู (2552) พบว่า การสร้าง ความเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้นในจิตใจของสมาชิกในครอบครัว จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้ติดสุราไปในทิศทางบวก ทั้งนี้การทำการครอบครัวบำบัดก็เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องจากสุราในผู้ที่ใช้สุราและครอบครัว โดยมีเป้าหมายในเรื่องของการหยุดใช้สุราและช่วยให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม โดยการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์และการทำหน้าที่ของครอบครัวตามบทบาทในด้านต่าง ๆ ครอบครัวต้องมีการร่วมมือกัน จึงจะสามารถ

ประทับ ประครอง ส่งเสริมพัฒนาการในการดำเนินชีวิตผู้ติดสุราโดยไม่กลับไปดื่มสุราได้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2547)

18. กลุ่มบำบัด (Group Therapy) เป็นการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคพิษสุรา ด้านจิตสังคม และให้การดูแลแบบองค์รวมส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังให้มีการเรียนรู้ การเข้าใจ มีทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคมของตนเองอย่างเหมาะสม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นกับผู้ป่วยโรคพิษสุราคนอื่น ๆ (นิมิต แก้วอาจ, 2549) ปัจจุบันกลุ่มบำบัดได้ถูกพัฒนาให้มีอยู่หลายรูปแบบ ดังนี้

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) เป็นลักษณะกลุ่มบุคคลที่มีเป้าหมายเดียวกันมารวมกันทำกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือ ประคับประคองซึ่งกันและกัน รวมถึงแสวงหาแนวทางใหม่ในการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมของตนเอง โดยเน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และโน้มน้าวใจสมาชิก สำหรับผู้ที่มีปัญหาการดื่มและผู้ติดแอลกอฮอล์ ได้มีการรวมกลุ่มกันเป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยใช้ชื่อกลุ่มผู้เลิกสุราในนาม (Alcoholics Anonymous [AA]) ซึ่งมีรากฐานในประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1935 โดยศัลยแพทย์และ stockbroker ซึ่งกลุ่ม AA มีลักษณะเป็นกลุ่มที่จัดตั้งกันเอง ไม่ใช่องค์กรวิชาชีพ ไม่หวังผลกำไร ไม่เกี่ยวข้องกับการเมืองและหลาหลายวัฒนธรรม โปรแกรม AA เป็นการฟื้นฟูทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งมาจากรากฐานความเชื่อที่ว่า โรคติดสุราสาหัสพิศ ในด้านหนึ่งเป็นความเจ็บป่วยทางด้านจิตวิญญาณ หรือผู้ติดสุราสาหัสพิศห่างไกลจากพระเจ้าหรือความดีงามในความเชื่อของตน โปรแกรม AA ได้ยึดหลัก 12 ขั้นตอน (The Twelve Steps) ซึ่งจะเป็แนวทางให้สมาชิกรับผิดชอบชีวิตโดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์ ยึดหลักการพึ่งพาตนเองและความศรัทธาต่อพระเจ้าในความเชื่อของตนเองหรือพลังอำนาจที่อยู่เหนือตน (Higher power) โดยสมาชิกสามารถแนะนำให้ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดื่มเข้าร่วมประชุมในสถานที่ตั้งอยู่ใกล้ชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการบำบัดผู้ติดสุรานั้นมีรูปแบบหลักอยู่ 2 รูปแบบ คือ การบำบัดทางยา (Pharmacological Treatment) เพื่อแก้ไขปัญหาคิดสุราในด้านการลดอาการอยากดื่มสุรา ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์เมื่อไปดื่มสุรา ลดและป้องกันอาการถอนพิษสุรา ตลอดจนอาการซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ส่วนรูปแบบที่สอง เป็นการบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Treatment) โดยมีทั้งการบำบัดเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม รวมทั้งครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย นอกจากนี้ในการดูแลผู้ติดสุรา ไม่เพียงแต่จะให้การรักษาเท่านั้น ยังมีขั้นตอนการพยาบาล ที่นับเป็สิ่งทีสำคัญอย่างหนึ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ติดสุรา

การให้การพยาบาลผู้ติดสุรานั้น การบำบัดทางจิตสังคมดังกล่าวข้างต้น เป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโดยตรง ซึ่งสิ่งสำคัญคือ การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้การรักษายาบาลที่เหมาะสม อันจะช่วยให้ผู้ติดสุราสามารถลดหรือหยุดดื่มสุราได้ รวมทั้งมีความสามารถในการดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถแบ่งการรักษายาบาลเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ (สาวิตรี อัยฉนาคกรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543; อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1. ขั้นเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-Alcohol Detoxification) เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ทราบกระบวนการรักษายาบาล โดยการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับประวัติผู้ติดสุราและทำการประเมินปัญหา ซึ่งจะประเมินถึงความคิดที่บิดเบือนที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา รวมทั้งประเมินความพร้อม ความสนใจในการเข้ารับการรักษายาบาล ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย และทางจิตเพื่อจะได้นำข้อมูลมาวางแผนให้การรักษายาบาลที่เหมาะสม

2. ขั้นตอนพิษสุรา (Alcohol Detoxification) เป็นการรักษายาบาลผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุราหรือถอนพิษสุรา (withdrawal symptom) การรักษายาบาลในขั้นตอนนี้เพื่อลดอาการขาดสุรา ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการถอนพิษสุรา และแก้ไขภาวะบกพร่องทางโภชนาการ ซึ่งบางคนอาจมีการเจ็บป่วยทางร่างกายร่วมด้วยจึงต้องดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ยาที่ใช้ในการรักษา คือ ยากลุ่ม Benzodiazepines ซึ่งสามารถลดอาการขาดสุราและป้องกันอาการชักได้ นอกจากนี้อาการที่แสดงออกมักจะเกิดโรคแทรกซ้อนทางกายและจิตใจได้ เช่น Delirium tremens ภาวะทุพโภชนา ดับอึกเสบ สมองเสื่อม เป็นต้น ดังนั้นจึงควรมีการเฝ้าระวัง แก้ไข ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยให้ยาบำรุงประสาท ยาบำรุงตับ สารน้ำและเกลือแร่ร่วมด้วย เพื่อป้องกันภาวะขาดสารน้ำและโภชนาการ

3. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม (rehabilitation) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ ยาบาลต้องให้ความสนใจกับปัญหาทางกายซึ่งเป็นปัญหาเรื้อรังที่พบมาก คือ ปัญหาการติดเชื้อตามระบบต่าง ๆ ของร่างกาย การขาดอาหาร และอาการทางระบบประสาท สิ่งเหล่านี้ต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ ส่วนปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้ติดสุรามักจะมีอารมณ์เศร้า ท้อแท้ วิตกกังวลหรือมีความเครียด โดยเฉพาะการไม่สามารถยอมรับปัญหาของตนเอง ทำให้ผู้ติดสุราไม่สามารถทำงานและปรับตัวเข้ากับสังคมได้ จึงจำเป็นต้องใช้การบำบัดทางจิตสังคม เช่น การให้การปรึกษารายบุคคล การทำจิตบำบัด โดยการฝึกทักษะในการแก้ปัญหาต่าง ๆ การฝึกทักษะการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง การฝึกทักษะชีวิตในการแก้ปัญหาที่

ถูกต้องเหมาะสมโดยมุ่งหวังให้ผู้ติดสุรากลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

4. ขั้นติดตามหลังการรักษา (After-care) เป็นระยะที่ผู้ป่วยกลับสู่สังคมใช้ชีวิตกับครอบครัว ชุมชน เน้นการช่วยเหลือให้ผู้ติดสุราเลิกดื่มสุราอย่างถาวร หรือควบคุมการดื่มสุราให้น้อยลง โดยมีการติดตามดูแลการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ และการอยู่ร่วมในสังคม ซึ่งการติดตามอาจจะติดตามดูแลการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ และการอยู่ร่วมในสังคม ซึ่งการติดตามอาจจะติดตามทางจดหมาย ทางโทรศัพท์ นัดมาพบแพทย์ หรือการติดตามเยี่ยมบ้าน

จะเห็นได้ว่า พยาบาลเป็นบุคคลที่สำคัญอย่างยิ่งในทีมสุขภาพ ที่จะให้การดูแลผู้ติดสุราทั้งด้านการบำบัดด้วยยา และการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราที่นำมาใช้ในผู้ติดสุราในประเทศไทยนั้นมีหลากหลาย และมีอยู่หลายวิธี เช่น CBT MI และ 12-step facilitation ที่ได้รับการวิจัยจากนักวิชาการต่างประเทศว่ามีประสิทธิภาพสำหรับผู้ติดสุรา (Project MATCH Research Group 1997; 1998) แต่เนื่องจากความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม สังคม สิ่งแวดล้อม จารีตประเพณีของประเทศไทยกับต่างประเทศ ยังไม่สามารถบอกได้ว่าการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ติดสุราแบบใดที่เหมาะสมกับผู้ติดสุราในประเทศไทยมากที่สุด และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีการรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ติดสุราในประเทศไทย ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย จึงนับเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ทราบว่า การบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราแบบใด ที่เหมาะสมจะนำไปใช้ หรือประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทยต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ คือ (Polit & Beck, 2004)

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน (Search for information sources)

1. แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source) แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นทรัพยากรสารสนเทศ (Information Resource) มาจากตำรา วารสารทางการแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาจากวัตถุประสงค์พิมพ์ผลงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวด้วยตนเอง และจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) ดังนี้

1.1 สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศไทยจากฐานข้อมูลของห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (Mulinet) ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Lib.car.chula) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Lib.cmu) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น (Lib.kku) ห้องสมุดโรงพยาบาลศรีธัญญา (sty_lib.) ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) (cas.) กรมสุขภาพจิต (dmh.moph) ห้องสมุดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (jvkk.) ศูนย์กลางสารสนเทศงานวิจัยสุขภาพ (hric.) ห้องสมุดโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (ss.) และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย (ThaiLIS)

1.2 สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ โดยค้นคว้าด้วยตนเองจากห้องสมุดของมหาวิทยาลัยต่างๆ ได้แก่ ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดกรมสุขภาพจิตห้องสมุดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ห้องสมุดโรงพยาบาลศรีธัญญา ห้องสมุดกรมการแพทย์ ห้องสมุดสถาบันรัชฎีราษฎร์ ห้องสมุดโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ห้องสมุดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และห้องสมุดงานวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ นอกจากนี้ได้สืบค้นจากบรรณานุกรมท้ายบทของงานวิจัยแต่ละเรื่อง แล้วนำไปค้นหางานวิจัยฉบับเต็มต่อไป

2. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (Key word) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่สนใจ ได้แก่

- ผู้ติดสุรา หรือ ติดสุรา
- ผู้ติดสุรา และ การบำบัดทางจิตสังคม
- ผู้ติดสุรา และ การเสริมสร้างแรงจูงใจ
- ผู้ติดสุรา และ การบำบัดทางความคิด
- ผู้ติดสุรา หรือ การบำบัดผู้ติดสุรา
- ผู้ติดสุรา หรือ โรคพิษสุราเรื้อรัง
- ผู้ติดสุรา และ การบำบัด

3. เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยดังนี้

- 1) รูปแบบของการบำบัด ต้องเป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย
- 2) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาจากการคัดเลือกรายงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ติดสุราในประเทศไทย
- 3) ชนิดหรือประเภทของหลักฐานหรืองานวิจัย พิจารณาจากงานวิจัยเดี่ยวที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Randomized Controlled Trials) และงานวิจัยที่เป็นเชิงทดลอง (Quasi-experimental research) หรือเป็นการประเมินผลการวิจัย
- 4) เป็นงานวิจัยที่สามารถหาฉบับเต็มได้

รายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ใช้คำสำคัญในการสืบค้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์ สังเคราะห์การวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมเฉพาะในกลุ่มผู้ติดสุรา (Alcohol Dependence) โดยจำนวนการศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวิทยานพนธ์ และงานวิจัยที่ค้นด้วยมือ ไม่จำกัดช่วงปี และทำการสืบค้นตั้งแต่ กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ถึง พฤษภาคม 2552 ซึ่งจำนวนการศึกษาที่เลือกใช้ แสดงในตาราง 1 ดังต่อไปนี้

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน การศึกษา งานวิจัยที่ สืบค้นได้	จำนวน งานวิจัยที่ ตรงตาม เกณฑ์	จำนวน งานวิจัยที่ เลือกหลังจาก ตัดเรื่องที่ซ้ำ
ฐานข้อมูล วิทยานิพนธ์ไทย (www.thailis.or.th)	- ผู้ติตสุรา หรือ ติตสุรา	28	11	11
	- ผู้ติตสุรา และ	7	3(3)	0
	การบำบัดทางจิตสังคม			
	- ผู้ติตสุรา และ	16	3(3)	0
	การเสริมสร้างแรงจูงใจ			
ฐานข้อมูล โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่น ราชชนรินทร์ (www.jvkk.go.th)	- ผู้ติตสุรา และ	8	4(4)	0
	การบำบัดทางความคิด			
	- ผู้ติตสุรา หรือ	7	3(3)	0
	การบำบัดผู้ติตสุรา			
	- ผู้ติตสุรา หรือ ติตสุรา	23	3	3
ฐานข้อมูลกรม สุขภาพจิต (www.dmh.go.th)	- ผู้ติตสุรา และ	2	0	0
	การบำบัดทางจิตสังคม			
	- ผู้ติตสุรา และ	5	2	2
	การเสริมสร้างแรงจูงใจ			
	- ผู้ติตสุรา และ	2	2	2
ฐานข้อมูลกรม สุขภาพจิต (www.dmh.go.th)	การบำบัดทางความคิด			
	- ผู้ติตสุรา หรือ	4	3(2)	1
	การบำบัดผู้ติตสุรา			
	- ผู้ติตสุรา หรือ ติตสุรา	33	5(4)	1
	- ผู้ติตสุรา และ	6	1	1
ฐานข้อมูลกรม สุขภาพจิต (www.dmh.go.th)	การบำบัดทางจิตสังคม			
	- ผู้ติตสุรา และ	24	3(3)	0
	การเสริมสร้างแรงจูงใจ			

หมายเหตุ: จำนวนตัวเลขในวงเล็บ () คือจำนวนงานวิจัยที่ซ้ำกับฐานข้อมูลอื่น

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน การศึกษา งานวิจัยที่ สืบค้นได้	จำนวน งานวิจัยที่ ตรงตาม เกณฑ์	จำนวน งานวิจัยที่ เลือกหลังจาก ตัดเรื่องที่ซ้ำ
ฐานข้อมูลกรม สุขภาพจิต (ต่อ) (www.dmh.go.th)	- ผู้ติดยา และ การบำบัดทางความคิด - ผู้ติดยา หรือ การบำบัดผู้ติดยา	0 6	0 1(1)	0 0
ฐานข้อมูลห้องสมุด จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (www.car.chula.ac.th)	- ผู้ติดยา หรือ ติดยา - “ผู้ติดยา” และ “การบำบัดทางจิตสังคม” - ผู้ติดยา และ การเสริมสร้างแรงจูงใจ - ผู้ติดยา และ การบำบัดทางความคิด - ผู้ติดยา หรือ การบำบัดผู้ติดยา	14 4 7 8 4	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0
ฐานข้อมูลห้องสมุด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (http://library.cmu.ac.th/ cmul_new/index.php)	- “ผู้ติดยา” หรือ “ติดยา” - “ผู้ติดยา” และ “การบำบัดทางจิตสังคม” - “ผู้ติดยา” และ “การเสริมสร้างแรงจูงใจ” - “ผู้ติดยา” และ “การบำบัดทางความคิด” - ผู้ติดยา หรือ การบำบัดผู้ติดยา	7 12 1 1 12	2(1) 4(3) 1(1) 0 3(3)	1 1 0 0 0

หมายเหตุ: จำนวนตัวเลขในวงเล็บ () คือจำนวนงานวิจัยที่ซ้ำกับฐานข้อมูลอื่น

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน การศึกษา งานวิจัยที่ สืบค้นได้	จำนวน งานวิจัยที่ ตรงตาม เกณฑ์	จำนวน งานวิจัยที่ เลือกหลังจาก ตัดเรื่องที่ซ้ำ
ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดขอนแก่น (www.kkdtc.go.th)	- ผู้ติดยา หรือ ติดสุรา	6	4(1)	3
	- ผู้ติดยา และ การบำบัดทางจิตสังคม	3	1(1)	0
	- ผู้ติดยา และ การเสริมสร้างแรงจูงใจ	14	2(1)	1
	- ผู้ติดยา และ การบำบัดทางความคิด	5	3(3)	0
	- ผู้ติดยา หรือ การบำบัดผู้ติดยา	3	1(1)	0
ฐานข้อมูลห้องสมุด มหาวิทยาลัยขอนแก่น (www.library.kku. ac.th)	- ผู้ติดยา หรือ ติดสุรา	34	2(2)	0
	- ผู้ติดยา และ การบำบัดทางจิตสังคม	15	2(2)	0
	- ผู้ติดยา และ การเสริมสร้างแรงจูงใจ	1	1(1)	0
	- ผู้ติดยา และ การบำบัดทางความคิด	1	0	0
	- ผู้ติดยา หรือ การบำบัดผู้ติดยา	14	3(3)	0
ห้องสมุดงานวิจัย สำนักงาน คณะกรรมการวิจัย แห่งชาติ	- ผู้ติดยา หรือ ติดสุรา	5	0	0
	- ผู้ติดยา และ การบำบัดทางจิตสังคม	3	0	0

หมายเหตุ: จำนวนตัวเลขในวงเล็บ () คือจำนวนงานวิจัยที่ซ้ำกับฐานข้อมูลอื่น

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน การศึกษา งานวิจัยที่ สืบค้นได้	จำนวน งานวิจัยที่ ตรงตาม เกณฑ์	จำนวน งานวิจัยที่ เลือกหลังจาก ตัดเรื่องที่ซ้ำ
ห้องสมุดงานวิจัย สำนักงาน คณะกรรมการวิจัย แห่งชาติ	- ผู้ติดยา และ การเสริมสร้างแรงจูงใจ	4	3(2)	1
	- ผู้ติดยา และ การบำบัดทางความคิด	0	0	0
	- ผู้ติดยา หรือ การบำบัดผู้ติดยา	8	4(4)	0
ห้องสมุดโรงพยาบาล ศรีธัญญา	- ผู้ติดยา หรือ โรคพิษสุราเรื้อรัง	6	0	0
	- ผู้ติดยา และ การบำบัดทางจิตสังคม	12	3(2)	1
	- ผู้ติดยา และ การเสริมสร้างแรงจูงใจ	8	0	0
	- ผู้ติดยา และ การบำบัดทางความคิด	8	0	0
	- ผู้ติดยา หรือ การบำบัดผู้ติดยา	2	0	0
ห้องสมุดสถาบัน วิทยุรักษ์	- ผู้ติดยา และ การบำบัด	7	1	1
	- ผู้ติดยา และ การบำบัดทางจิตสังคม	5	2(1)	1
	- ผู้ติดยา และ การเสริมสร้างแรงจูงใจ	6	3(3)	0

หมายเหตุ: จำนวนตัวเลขในวงเล็บ () คือจำนวนงานวิจัยที่ซ้ำกับฐานข้อมูลอื่น

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน การศึกษา งานวิจัยที่ สืบค้นได้	จำนวน งานวิจัยที่ ตรงตาม เกณฑ์	จำนวน งานวิจัยที่ เลือกหลังจาก ตัดเรื่องที่ซ้ำ
ห้องสมุดกรมการแพทย์	- ผู้ติดยา และ การบำบัดทางจิตสังคม	6	6(2)	4
	- ผู้ติดยา และ การเสริมสร้างแรงจูงใจ	4	0	0
	- ผู้ติดยา และ การบำบัดทางความคิด	2	0	0
	- ผู้ติดยา หรือ การบำบัดผู้ติดยา	2	0	0
ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต	- ผู้ติดยา และ การบำบัดทางจิตสังคม	5	2(1)	1
	- ผู้ติดยา และ การเสริมสร้างแรงจูงใจ	6	2(2)	0
	- ผู้ติดยา และ การบำบัดทางความคิด	4	1(1)	0
	- ผู้ติดยา หรือ การบำบัดผู้ติดยา	6	1	1
จากเอกสารอ้างอิงท้ายบท		5	4(1)	3
รวม		451	105(65)	40

หมายเหตุ: จำนวนตัวเลขในวงเล็บ () คือจำนวนงานวิจัยที่ซ้ำกับฐานข้อมูลอื่น

จากคำสำคัญที่กำหนด สามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทุกฐานข้อมูลได้ด้วยการอ่านบทคัดย่อและนำชื่อเรื่องงานวิจัยบางส่วนที่มีแต่บทคัดย่อ (Abstract) มาค้นหาฉบับเต็ม (Full text) จากงานวิจัยและวรรณกรรมต่างๆ ภายในประเทศไทย เมื่อพิจารณาจากบทคัดย่อแล้วมีเรื่องที่น่าสนใจการคัดเลือกรื่องานวิจัยจำนวน 105 เรื่อง คัดเรื่องที่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลออก มีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์และมีฉบับเต็มที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้ 40 เรื่อง

แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย มีงานวิจัยที่จะนำมาวิเคราะห์และเข้าเกณฑ์ 40 เรื่อง สำหรับแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

1. เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย (*Evaluation of research quality*) ใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัย ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (Level of evidence) เป็น 4 ระดับ ดังนี้

Level A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น Randomized Controlled Trials (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled trials)

Level B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Randomized Controlled Trials) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม ได้แก่ non-randomized controlled trials, cohort study, case control study

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรืองานวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study)

Level D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (expert consensus)

ในการศึกษานี้ เมื่อคัดเลือกเรื่องที่ไม่ซ้ำกันจากฐานข้อมูลอันใดอันหนึ่งแล้ว รวบรวมงานวิจัยที่สืบค้นได้ฉบับเต็ม (Full Text) จำนวน 40 เรื่อง และสามารถประเมินคุณภาพโดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย ได้งานวิจัยโดยแบ่งเป็นระดับ คือ 1) งานวิจัยเดี่ยวออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (RCT) (ระดับ A) จำนวน 7 เรื่อง 2) งานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (ระดับ B) จำนวน 22 เรื่อง และเป็นงานวิจัย ระดับ B ที่เป็นการประเมินหรือติดตามผลการวิจัย จำนวน 11 เรื่อง ดังแสดงในตาราง 2 ต่อไปนี้

ตาราง 2 แสดงคุณภาพระดับงานวิจัย

ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย	ระดับงานวิจัย
1) การศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยใน ที่ติดสุราในระดับผดปกคิ โรงพยาบาลลำพูน	วิวัฒน์ เหวงชัยยง, อัจฉรา ฟองคำ, นิสานาด โชคเกิด (2543)	Level A
2) Development and evaluation of a culturally appropriate treatment program for people with alcohol use disorders in Thailand.	ดรุณี ภูขาว (2545)	Level A
3) การศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษากับผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ	สายรัตน์ นกน้อย, พิชัย แสงชาญชัย, อุษา ตันติแพทยางกูร และราม รังสินธุ์ (2547)	Level A
4) การให้คำปรึกษาโดยการสร้างแรงจูงใจในการรักษาผู้ติดสุรา	อรัญญา แพ้ชัย, มานิต ศรีสุรภานนท์, ลลิตา ศรีธรรมชาติ, มณฑิรา เมธา, บังอร สุปรีดา, ตั้งวร สมบัติใหม่, ชีรรัตน์ บริพันธ์กุล (2548)	Level A
5) ผลของการบำบัดตามโปรแกรมการผสานหลักทางพระพุทธศาสนากับเทคนิคการเรียนรู้ทางจิตวิทยาต่อความตั้งใจในการเลิกสุราของผู้ป่วยเสพติดสุรา	รุ่งทิวา ใจจา (2550)	Level A
6) ประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการติดตามทุก 2 และทุก 4 สัปดาห์	สุนทรี ศรีโกไสย, ลัดดาวัลย์ พิบุญศรี, วงเดือน สุนันดา, เขมา ตั้งใจมั่น, อังคณา สารคำ และอรอุมา ภูโสภา (2551)	Level A
7) การใช้สื่อร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดผู้ติดสุรา	ศิริณา ศรททาพิสิฐ, นิทกร สอนชา, ธวัชชัย ฤกษ์ณะประกรกิจ และการุณย์ หงส์กา (2551)	Level A

ตาราง 2 แสดงคุณภาพระดับงานวิจัยจำ (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย	ระดับงานวิจัย
8) ผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราด้วยโปรแกรมการบำบัดแบบผู้ป่วยใน	อิสระ เจียวิริยบุญญา, ชาญชัย ธงพานิช และจันทร์เพ็ญ มูลศรี (2546)	Level B
9) ผลของการให้การปรึกษาแบบสั้นในการบำบัดผู้ติดสุรา และลักษณะที่มีผลต่อความสำเร็จในการบำบัดรักษาที่คลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลลำพูน	อัจฉรา ฟองคำ, นิสานาด โชคเกิด, ชไมพร ทวีศรี และชยันตร์ธร ปทุมานนท์ (2546)	Level B
10) เปรียบเทียบประสิทธิภาพของการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดรูปแบบ Matrix Program ในผู้ป่วยติดสุรากับผู้ป่วยติดแอมเฟตามีน	รัตนา สายพานิชย์, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, ชัชวาลย์ ศิลปะกิจ, อัญชลี จุมพลจามิกร, อุไร บุรณพิเชษฐ์ และเพ็ญใจ ทองพวง (2546)	Level B
11) ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุราในโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน	ศรีไพร โปธา (2547)	Level B
12) การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุรา	นิพนธ์ คำล้าน (2547)	Level B
13) ผลการใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา	สมควร จุลอักษร, ถนอมศรี อินทนนท์ และบุญวดี เพชรรัตน์ (2547)	Level B
14) ประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง	สุนทรี ศรีโกไสย (2548)	Level B
15) การพัฒนารูปแบบกิจกรรมบำบัดเพื่อเพิ่มการมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเสพติดสุราในสถาบันราชกุมารภักย์	ผกามาศ เกื้อกิจ (2548)	Level B

ตาราง 2 แสดงคุณภาพระดับงานวิจัย (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย	ระดับงานวิจัย
16) ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัด รายกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติด สุราในคลินิกสารเสพติด โรงพยาบาล สันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่	ดอกรัก พิทักษ์ (2549)	Level B
17) ผลการบำบัดโดยการสร้างแรงจูงใจใน การรักษาผู้ป่วยในศูนย์บำบัดรักษาเสพติด ขอนแก่น	สุนันทา ปลั่งกลาง และสุจิต ตา สิงคะกุล (2549)	Level B
18) ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่ รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง	สุนทรี ศรีโกไสย, ภัทราภรณ์ ทุ่งคำปิ่น และชาลิณี สุวรรณยศ (2549)	Level B
19) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยที่เสพยาในโรงพยาบาลจิตเวช	นิมิต แก้วอาจ (2549)	Level B
20) ผลการทำกลุ่มบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรมในผู้ป่วยติดสุรา	ศิริพร ทองบ่อ, นิมิต แก้วอาจ, ธิดา รัตนสมบัติ และสุดใจ เหล่าสมบัติ (2549)	Level B
21) การใช้กลุ่มบำบัดแบบ Matrix model ใน ผู้ป่วยติดสุรา: ติดตามผล 2 ปี	ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย (2550)	Level B
22) ผลของโปรแกรมการศึกษาเชิงจิตวิทยา แบบกลุ่ม ตามแนว Logotherapy ต่อการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย ติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า	วรัญญา โลสุยะ (2550)	Level B
23) ผลของการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวคิด พิจารณาความเป็นจริงต่อความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง	สมพิตร ทราชสมุทร (2550)	Level B

ตาราง 2 แสดงคุณภาพระดับงานวิจัย (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย	ระดับงานวิจัย
24) ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุราในโรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง	ปนัดดา ชีระเชื้อ (2550)	Level B
25) ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง	เพ็ญภา สุตาคำ (2550)	Level B
26) ผลการรักษาผู้ป่วยติดสุราด้วยโปรแกรมการบำบัดแบบผู้ป่วยในโดยใช้ระบบการจัดการรายกรณี (Case management)	ชาญชัย ธงพานิช (2550)	Level B
27) ผลการบำบัดผู้ป่วยติดสุราโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดอันตรายจากการดื่มสุรา	สุนันทา ปลั่งกลาง (2550)	Level B
28) การใช้กลุ่มให้คำปรึกษาตามแนวทางการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ดื่มสุรา ในตึกศัลยกรรมชายโรงพยาบาลยโสธร	กิริติ คำทอง (2551)	Level B
29) ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดแบบย่อต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และความต้องการการรักษาของผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	กานต์พิชชา แสนบุญดา (2551)	Level B
30) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา โรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่	ดวงเดือน เนตรกระจ่าง (2551)	Level B
31) ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่ดื่มแบบมีปัญหาที่มารับบริการในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย	สุพรรณ ไชยวรรณะ (2551)	Level B

ตาราง 2 แสดงคุณภาพระดับงานวิจัย (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย	ระดับงานวิจัย
32) ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่ดื่มแบบเสี่ยง โรงพยาบาลเสริมงาม จังหวัดลำปาง	อ่อนศรี นวนเกต (2551)	Level B
33) ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่	วราวรรณ ยศธรรมเสนี (2551)	Level B
34) ผลของโปรแกรมการศึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดเชิงพฤติกรรมและการรู้การคิดต่อการตระหนักรู้ตนเองกับการยอมรับตนเองของผู้ติดสุรา	สุทธาสินี นพธัญญะ (2551)	Level B
35) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากแอลกอฮอล์	ทวี วิจารณ์พันธ์ (2551)	Level B
36) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลพรหมพิรามจังหวัดพิษณุโลก	วรางคณา บุษพา (2551)	Level B
37) ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราด้วยแนวพุทธศาสนา	ปราณี ภาณุภาส, ดุษณีย์ ชาญปริชา และนวลกนก อัมพาผล (2551)	Level B
38) ผลการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุรา ณ ชุมชนคลองไทร อำเภอกำแพง จังหวัดสุราษฎร์ธานี	สมควร จุลอักษร, สมสุข โถวเจริญ, ปลดดา เหมโลหะ, พรทิพย์ โพธิ์ครูประเสริฐ, ดรุณี ตันติเจริญวิวัฒน์, อาภรณ์ สุวรรณเจษฎาเลิศ และผ่องพิศ อินทวิเศษ (2551)	Level B

ตาราง 2 แสดงคุณภาพระดับงานวิจัย (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย	ระดับงานวิจัย
39) การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำในผู้ป่วยแอลกอฮอล์	นุชนา ทองสังข์สุข (2551)	Level B
40) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยติดสุราที่มารับบริการคลินิกอดสุรา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	วิมาลา เจริญชัย, อัมพร สีลากุล ฉวีรักษ์ สีลา, นุสรา พูนเพิ่ม (2551)	Level B

2. การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data Extraction) ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบทั้ง 40 เรื่องนี้ ได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะดึงออกมาจากงานวิจัยดังนี้ คือ

- 2.1 ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (problem/purpose)
- 2.2 แบบการวิจัย (research design)
- 2.3 กลุ่มตัวอย่าง (sample)
- 2.4 สถานที่หรือแหล่งวิจัย (setting)
- 2.5 เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)
- 2.6 วิธีการวิจัยหรือแนวปฏิบัติการพยาบาล (method/intervention)
- 2.7 ผลการวิจัย (finding/result)
- 2.8 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (implication/implementation)

โดยผลของการวิเคราะห์และกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย นำเสนอในตารางแสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย (ตาราง 3) ดังต่อไปนี้

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 1 ชื่อเรื่องงานวิจัย การศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยใน ที่ติดยาในระดับติดปกติ โรงพยาบาลลำพูน ผู้แต่ง วิวัฒน์ เสงชัยขง, อังคารา ฟองคำ, และนิตานาถ ไชเกิด ปี : 2543 Objective เพื่อศึกษาผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดื่มสุราของผู้ป่วยใน ที่ติดยาในระดับติดปกติ หลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น ณ โรงพยาบาลลำพูน Design Randomize Control Trial (Double blind clinical trial) Level Level A	Setting แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำพูน ใน 3 หอผู้ป่วยหลัก คือ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ศัลยกรรมชาย และ ศัลยกรรมกระดูกและข้อ Sample Inclusion criteria 1. ผู้ป่วยชายที่มีอายุระหว่าง 15 – 65 ปี 2. เป็นผู้ติดยาในระดับติดปกติ (alcohol disorder) ซึ่งคัดกรองโดยใช้แบบสัมภาษณ์ CAGE ที่แปลเป็นภาษาไทย และพบว่ามีความรุนแรงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ขึ้นไป 3. สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา Exclusion criteria 1. ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก 2. ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ หรือการติดตามผล 3. ผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 4. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคพิษสุราเรื้อรังและมีอาการของ Alcohol withdrawal ขณะเข้ารับการรักษาซึ่งจะถูกส่งเข้ารับการรักษาคืนต่อไป	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มควบคุม 1. ได้รับการรักษาแบบปกติ 2. ได้รับการนัดหมายเพื่อติดตามผลโดยการสัมภาษณ์ และเจาะเลือด (gamma-glutamyltransferase [GGT]) เพื่อวัดระดับการทำงานของตับ ในเดือนที่ 6 ซ้ำ กลุ่มทดลอง จะได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief intervention) ที่ใช้เทคนิคสำคัญคือ FRAMES (F=Feed Back, R= Responsibility, A= Advice, M= Menu, Empathy, S= Self efficacy) ร่วมกับการรักษาแบบปกติ ระยะเวลาในการบำบัด 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 15 นาที นัดห่างกัน 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาบำบัดทั้งหมด 2 สัปดาห์ ประเมินผลครั้งแรกหลังสิ้นสุดการบำบัดครั้งที่ 2 และทำการติดตามผลครั้งสุดท้ายในเดือนที่ 6 ของการบำบัด โดยกิจกรรมของการบำบัดทั้ง 2 ครั้ง มีรายละเอียด ดังนี้ 1. การสะท้อนผลที่ได้จากการคัดกรองและให้คำแนะนำ "ได้แก่ - สะท้อนผลการตรวจร่างกาย และผลการคัดกรองระดับการดื่มสุรา- ให้ข้อมูลการดื่มมาตรฐานและวิธีคำนวณ - ให้คำแนะนำการดื่มสุราอย่างปลอดภัย 2. การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและตั้งเป้าหมาย 3. การสรุปการบำบัดและพบทวนเพื่อตกลงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 1 (ต่อ)	Sample (ต่อ) กลุ่มตัวอย่างได้จากผู้ป่วยชายที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลำพูน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2541 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2542 ใน 3 หอผู้ป่วยหลัก คือ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย, ศัลยกรรมชาย, และ ศัลยกรรมกระดูกและข้อชายทั้งหมด ผ่านขั้นตอนต่าง ๆ เข้าสู่การสุ่มตัวอย่างแบบ simple random sampling ได้จำนวนทั้งสิ้น 344 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief intervention) 170 ราย กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบปกติ 174 ราย Outcomes 1. ปริมาณการดื่มเฉลี่ย (standard drink/day) 2. จำนวนครั้งที่ดื่มหนัก 3. การหยุดดื่มสุรา (total abstinence) 4. การทำงานของตับ 5. ความตระหนักและการรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา 6. ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา	Finding จากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่มาตามนัดและเก็บข้อมูล ได้ครบถ้วนในเดือนที่ 6 มีจำนวนทั้งหมด 130 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 80 ราย กลุ่มควบคุม 50 ราย คิดเป็นอัตราผู้ป่วยที่ ไม่มาตามนัดร้อยละ 52.9 ในกลุ่มทดลองและ 59.7 ในกลุ่มควบคุม พบว่า Within group เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุราก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัดในเดือนที่ 6 พบว่า กลุ่มทดลอง 1. มีค่าเฉลี่ยของปริมาณการดื่มสุราเฉลี่ยในช่วง 1 เดือน ก่อนรับการบำบัด = 53.80 ค่าเฉลี่ยเมื่อสิ้นสุดการบำบัดในเดือนที่ 6 = 10.98 และค่าเฉลี่ยของค่าแตกต่างของปริมาณการดื่มสุราเท่ากับ 42.92 2. มีค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่ดื่มหนักในช่วง 1 เดือน ก่อนรับการบำบัด = 10.95 ค่าเฉลี่ยเมื่อสิ้นสุดการบำบัดในเดือนที่ 6 = 9.25 และค่าเฉลี่ยของค่าแตกต่างของจำนวนครั้งที่ดื่มหนักในช่วง 1 เดือน = 1.70 3. มีค่าเฉลี่ยของปริมาณการดื่มในช่วง 7 วัน ที่ผ่านมา ก่อนรับการบำบัด = 13.54 ค่าเฉลี่ยเมื่อสิ้นสุดการบำบัดในเดือนที่ 6 = 2.68 และค่าเฉลี่ยของค่าแตกต่างของปริมาณการดื่มในช่วง 7 วัน ที่ผ่านมา = 10.85 4. มีค่าเฉลี่ยของค่าเฉลี่ยของการดื่ม ก่อนรับการบำบัด = 1.36 ค่าเฉลี่ยเมื่อสิ้นสุดการบำบัดในเดือนที่ 6 = 0.19 และค่าเฉลี่ยของค่าแตกต่างของความถี่ในการดื่ม = 1.17

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 1 (ต่อ)	Instruments เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล - แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยอายุ เพศ ระดับการศึกษา - แบบสัมภาษณ์ CAGE (C= CUT DOWN, A=ANNOYED, G= GUILTY, E=EYE-OPENER) เพื่อคัดกรองปัญหาการดื่มใน 1 ปี ที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างก่อนถูกคัดเลือกเข้ารับการบำบัด เมื่อประเมินแล้วต้องมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ขึ้นไป - การวัดปริมาณการดื่มสุรา โดยเทียบปริมาณเป็นจำนวนแก้วมาตรฐาน (standard drink) - การตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจวัดระดับ GGT (gamma-glutamyltransferase [GGT]) เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของตับในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด	Finding (ต่อ) 5. มีค่าเฉลี่ยของค่า GGT ก่อนรับการบำบัด = 161.46 ค่าเฉลี่ยเมื่อสิ้นสุดการบำบัดในเดือนที่ 6 = 0.119 และค่าเฉลี่ยของค่าแตกต่างกันในการดื่ม = 1.17 Between group - เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างของข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่ม - เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปริมาณการดื่มเมื่อสิ้นสุดระยะเวลา 6 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าปริมาณการดื่มลดลงในการดื่ม และจำนวน ครั้งที่ดื่มหนักในช่วง 1 เดือน และ 1 สัปดาห์ รวมทั้งค่าเฉลี่ยของค่า (gamma-glutamyltransferase [GGT]) ในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) - เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการดื่มสุราที่เปลี่ยนไปในระยะ 6 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบกัน พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (กลุ่มทดลองสามารถหยุดดื่มได้ (total abstinence) และลดการดื่มลงในระดับกำหนดหรือยอมรับ (drinking goal, decrease) เท่ากับร้อยละ 66.3 และกลุ่มควบคุม = 32.0) - สำหรับการสัมผัสกับข้อมูลจากญาติและผู้เกี่ยวข้องความสอดคล้องกันของข้อมูลไม่พบความแตกต่างระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม (ข้อมูลที่ได้จากญาติมีความใกล้เคียงกันที่ได้จากผู้เกี่ยวข้อง 75 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 89 ในกลุ่มทดลอง)

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 1 (ต่อ)		Implication 1. การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention) สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยที่ติดสุราในระดับติดปกติ (alcohol disorder) ได้ 2. การให้การปรึกษาแบบสั้น เป็นการปฏิบัติไม่ยุ่งยากซับซ้อน สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อย เหมาะสำหรับการใช้บำบัดในโรงพยาบาลระดับชุมชน
เรื่องที่ 2 ชื่อเรื่องงานวิจัย Development and evaluation of a culturally appropriate treatment program for people with alcohol use disorders in Thailand. ผู้แต่ง Darunee Phukao ปี : 2002	Setting แผนกผู้ป่วยใน สถาบันราชกุมารเวชศาสตร์ไทย Sample Inclusion criteria 1. เป็นผู้ป่วยในที่ได้รับไว้ในหอผู้ป่วยชายที่บำบัดสุรา โรงพยาบาลราชกุมารเวชศาสตร์ โดยได้รับการวินิจฉัยแรกทราบว่า เป็น Alcohol dependence ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV criteria 2. เพศชายอายุระหว่าง 18-65 ปี 3. มีพฤติกรรมการดื่มสุราร้อยละ 28 คมมาตรฐาน และดื่มอย่างมาก 210 คมมาตรฐานต่อสัปดาห์ในระยะเวลา 30 วัน ก่อนที่จะเข้ารับการบำบัด	Intervention เครื่องมือที่ใช้การบำบัด การดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมงใน 1 สัปดาห์ ไม่ระบุระยะห่างในการบำบัดแต่ละครั้ง ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 3 และ 6 เดือน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มให้เวลาทำงานร่วมกันกลุ่มละ 2 เดือน และจัดให้กลุ่มที่ 1, 3, 5 เป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มที่ 2, 4, 6 เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมทั้งหมด 19 รายจะได้รับการบำบัดตามมาตรฐาน (Standard treatment) ที่เป็นโปรแกรมปกติของทางโรงพยาบาล ได้แก่ 1) การถอนพิษสุรา 2) การรักษาพยาบาลทางสมอง 3) การเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาทุกวัน 4) การเข้ากลุ่มครอบครัวสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 2 (ต่อ) Objective ศึกษาเปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุราระยะเวลาที่หยุดดื่ม คุณภาพชีวิต แต่ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่ม ความเชื่อมั่นในการควบคุมพฤติกรรมดื่ม ทักษะทางความคิด ทักษะทางพฤติกรรมและความร่วมมือในการบำบัดหลังได้รับการบำบัดแบบ BUMICBT ในระหว่างการบำบัดและระยะติดตามผล 6 เดือนระหว่าง 1) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบการนำหลักการของศาสนาพุทธ การสร้างแรงจูงใจและการบำบัดเปลี่ยนความคิดและ 2) พฤติกรรม (Buddhism – Motivational Interviewing – Cognitive Behavioral Therapy; BUMICBT) ร่วมกับการบำบัดแบบมาตรฐาน กับ 3) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบมาตรฐานเพียงอย่างเดียว เมื่อสิ้นสุดการบำบัดและระยะติดตามผล	Exclusion criteria 1. เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางความคิดหรือการติดต่อสื่อสาร โดยใช้แบบประเมิน Mini Mental State Examination (Mini MSE) วัด ได้คะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าใช้สารเสพติดอื่น 3. ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดสุราจากที่อื่นมาก่อน 4. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Developmental Disability หรือ Amnesic Disorder 5. ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ห่างไกล ไม่สามารถติดตามข้อมูลได้หรือไม่สามารถที่จะมาหรือประเมินแล้วไม่สามารถที่จะมารับการรักษาต่อเนื่องได้ 6. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ 7. ผู้ป่วยที่ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดหรือประเมินได้ไม่ครบถ้วน 8. มีคะแนน Alcohol Withdrawal Scale (AWS) 2 กลุ่มตัวอย่างได้จากผู้ดื่มสุราที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชน ประเทศไทย ช่วงระหว่างเดือนเมษายน 2002 ถึงเดือนมีนาคม 2003 ทำการคัดเลือกโดยสุ่มแบ่งกลุ่มตามระยะเวลาเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ออกเป็น 6 กลุ่ม กลุ่มละ 45 คน	Intervention (ต่อ) กลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองทั้งหมด 26 คน จะได้รับการบำบัดแบบการนำหลักการของ ศาสนาพุทธ การสร้างแรงจูงใจและการบำบัดเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Buddhism – Motivational Interviewing – Cognitive Behavioral Therapy; BUMICBT) ร่วมกับการบำบัดแบบมาตรฐาน จำนวนทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมงใน 1 สัปดาห์ ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด และติดตามผลเมื่อ บำบัดครบ 1, 3 และ 6 เดือน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ - ครั้งที่ 1 สร้างความไว้วางใจและอธิบายทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่นำไปสู่การดื่มสุราและดื่มสุรา รวมทั้งกลยุทธ์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราเพื่อส่งเสริมสุขภาพในการพึ่งตนเองของบุคคลในการควบคุมพฤติกรรมดื่มสุราของตนเอง ส่งเสริมความตระหนักกับปัญหาที่เกิดจากการดื่ม สุราและส่งเสริมให้แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม - ครั้งที่ 2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดเกี่ยวกับการดื่มสุรา ระบุเป้าหมายชีวิต สำนวนตนเอง และเพิ่มความเชื่อมั่นให้ผู้ดื่มสุราเชื่อมั่นตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดื่มสุรา - ครั้งที่ 3 ให้ผู้ดื่มสุราฝึกการวางใจขึ้นใหม่ต่างๆ ที่กระตุ้นการดื่มสุรา พร้อมให้ความรู้ในเรื่องของปัจจัยนำ ปัจจัยกระตุ้น ความทนทาน อาการถอนพิษสุราเพื่อให้ผู้ดื่มสุราตระหนักถึงตัวกระตุ้น พฤติกรรมดื่มสุราและผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น - ครั้งที่ 4 ให้ผู้ดื่มสุราทบทวนการจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุรา พร้อมเสริมการให้รางวัลตนเอง เมื่อสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองได้

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 2 (ต่อ) Design Randomized Controlled Trial Level Level A	Outcomes 1. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ 2. จำนวนวันที่หยุดดื่มสุรา 3. แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา 4. การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของสุราและความสามารถในการจัดการปัญหา 5. ทักษะทางความคิดและพฤติกรรม 6. คุณภาพชีวิต 7. ระดับสัมพันธภาพต่อผู้บำบัด 8. ขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาโรคติดสุรา Instruments <u>เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล</u> 1. แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale; AWS) เพื่อประเมินความพร้อมในการเข้าสู่กลุ่มผู้ติดสุรา 2. แบบประเมินปัญหาทางความคิด MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview) เพื่อสัมภาษณ์คัดเลือกรูปแบบอย่าง 3. แบบประเมินพฤติกรรมกรมดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test :AUDIT)	Intervention (ต่อ) - ครั้งที่ 5 เน้นการปรับความคิดนำไปสู่การดื่มสุรา ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ติดสุราแต่ละคน ได้ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา และสามารถวางแผนและวิธีการจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรมดื่มสุราของตน แล้วนำมาเขียนเป็นแผนกลยุทธ์ของตนเองที่จะเลือกใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Finding Within group 1. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังทำการบำบัดของกลุ่มทดลองพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการบริโภคสุราก่อนรับการบำบัดเท่ากับ 108.5 เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัดสัปดาห์ที่ 4 12 และ 24 พบว่า - ณ สัปดาห์ที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยการบริโภคสุราลดลงเหลือ 23.86 - ณ สัปดาห์ที่ 12 ค่าคะแนนเฉลี่ยการบริโภคสุราลดลงเหลือ 19.20 - ณ สัปดาห์ที่ 24 ค่าคะแนนเฉลี่ยการบริโภคสุราลดลงเหลือ 23.85 2. เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนทดลองมีค่าเท่ากับ 3.16 เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัดสัปดาห์ที่ 4 12 และ 24 พบว่า - ณ สัปดาห์ที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 3.89 - ณ สัปดาห์ที่ 12 ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 3.84 - ณ สัปดาห์ที่ 24 ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 3.76 3. เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการเลิกสุราของกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนทดลองมีค่าเท่ากับ 1.73 เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัดสัปดาห์ที่ 4 12 และ 24

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 2 (ต่อ)	Instruments (ต่อ) 4. แบบสัมภาษณ์ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (Timeline Follow Back Interview; TLFB) เพื่อใช้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และใช้เป็นแบบสอบถามข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับการวัดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ตอบแบบสอบถามในแต่ละวันภายในช่วงระยะเวลา ไม่เกิน 4 เดือน 5. แบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต (Quality of Life The World Health Organization Quality of Life instrument; WHOQOL) เพื่อสอบถามเกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อระดับความพึงพอใจในชีวิตในแง่มุมต่างๆ 6. แบบสัมภาษณ์เจตคติในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Controlled Drinking Self-Efficacy Scale; CDSSES) ที่ให้ผู้ตอบทำการประเมินเองเพื่อประเมินทัศนคติของผู้ตอบที่เกี่ยวกับการรับประทานสุรา ความสามารถที่จะควบคุมไม่ให้ตนเองกลับไปดื่มสุรา มากจนเกินกว่า 6 ดัชนีมาตรฐาน ในขณะที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้ตนเองอาจจะต้องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดปริมาณและความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์	Finding (ต่อ) Within group พบว่า - ณ สัปดาห์ที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยแรงงูใจในการเลิกสุราเพิ่มขึ้นเป็น 6.91 - ณ สัปดาห์ที่ 12 ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 6.64 - ณ สัปดาห์ที่ 24 ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 6.96 4. เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพในการดูแลตนเองก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนทดลองมีค่าเท่ากับ 7.64 เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัดสัปดาห์ที่ 4 12 และ 24 พบว่า - ณ สัปดาห์ที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเป็น 8.65 - ณ สัปดาห์ที่ 12 ค่าคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเป็น 8.35 - ณ สัปดาห์ที่ 24 ค่าคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเป็น 8.17 5. เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการรู้คิดก่อนและหลังทำการบำบัดของกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนทดลองมีค่าเท่ากับ 3.52 เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัดสัปดาห์ที่ 4 12 และ 24 พบว่า - ณ สัปดาห์ที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการรู้คิดเพิ่มขึ้นเป็น 3.63 - ณ สัปดาห์ที่ 12 ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการรู้คิดเพิ่มขึ้นเป็น 3.72 - ณ สัปดาห์ที่ 24 ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการรู้คิดเพิ่มขึ้นเป็น 3.66 6. เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะทางพฤติกรรมก่อนและหลังทำการบำบัดของกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนทดลองมีค่าเท่ากับ 2.85 เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัดสัปดาห์ที่ 4 12 และ 24 พบว่า - ณ สัปดาห์ที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะทางพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเป็น 3.30

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 2 (ต่อ)	Instruments (ต่อ) 7. แบบสัมภาษณ์แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Motivation for Change Ladder, MCL) ที่ผู้ตอบประเมินเอง เพื่อเป็นการประเมินสภาพของ การดื่มสุราระดับจากไม่เคียดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จนถึงเริ่มคิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งมีทั้งหมด 11 ระดับ 8. แบบสัมภาษณ์ทัศนคติที่มีต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ (The process of change ใช้ Alcohol; POC-Alcohol) ที่ผู้ตอบใช้ รายงานตนเองเกี่ยวกับเทคนิควิธีที่ผู้ดื่มสุราเลือกใช้ในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง 9. แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการบำบัด (The Working Alliance Inventory: WAI) ที่ผู้ตอบใช้รายงานตนเองในการให้ความร่วมมือบำบัด 10. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจในการบำบัดแบบ BUMICBT (Participant Satisfaction with BUMICBT) ที่ผู้ตอบใช้ตอบความพึงพอใจในการเข้าร่วมการบำบัด	Finding (ต่อ) - ณ สัปดาห์ที่ 12 ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะทางพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเป็น 3.39 - ณ สัปดาห์ที่ 24 ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะทางพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเป็น 3.35 Between group 1. เมื่อพิจารณาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีข้อมูลพื้นฐานไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) 2. เมื่อเปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุรา ระหว่างเวลาที่หยุดดื่มและกลุ่มควบคุม พบว่าสิ้นสุดการบำบัดและการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า - จำนวนการดื่มต่อสัปดาห์เมื่อนำปริมาณการดื่มก่อนเข้ารับการรักษากว่า 30 วัน พบว่ากลุ่มทดลองมีปริมาณการดื่มต่อสัปดาห์เฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และพบว่ากลุ่มทดลองสามารถลดจำนวนปริมาณการดื่มเฉลี่ยต่อสัปดาห์จาก 107 เป็น 24 คมมาตรฐาน - จำนวนวันที่หยุดดื่ม เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังรับการบำบัด พบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนวันหยุดดื่มเฉลี่ยลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) - เวลาที่กลับไปดื่มครั้งแรกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) - คุณภาพชีวิต เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังทำการบำบัด 15 วัน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังรับการบำบัดเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) 2. เมื่อประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม ความเชื่อมั่นในการควบคุมการดื่มของตนเอง ทักษะทางความคิด ทักษะทางพฤติกรรม

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 2 (ต่อ)		Finding (ต่อ) - แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม ระหว่างก่อนและหลังการบำบัดพบว่า หลังรับการบำบัดกลุ่มทดลองมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) - ความเชื่อมั่นในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มของตนเองระหว่างก่อนและหลังรับการบำบัดพบว่า หลังรับการบำบัดกลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มของตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) - ทักษะทางความคิด และทักษะทางพฤติกรรม เมื่อประเมินผลหลังรับการบำบัด พบว่ากลุ่มทดลองมีทักษะทางความคิด และทักษะทางพฤติกรรม เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) - ความร่วมมือและความพึงพอใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจและให้ความร่วมมือที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) Implication 1. การบำบัดแบบ BUMICBT สามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้ 2. การบำบัดเป็นการผสมผสานหลักของ CBT และการนำหลักการทางศาสนาพุทธเข้ามาปรับเปลี่ยนเพื่อบำบัด 3 . เหมาะสำหรับการบำบัดผู้ติดสุราชาวพุทธ และสภาพสังคมไทย มีค่าใช้จ่ายน้อย และสามารถนำหลักการดำเนินชีวิตแบบชาวพุทธเข้ามาสอดแทรกได้

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 3 ชื่อเรื่องงานวิจัย : การศึกษาประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษากับผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงงใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้แต่ง สายรัตน์ นกน้อย, พิชัย แสงชาญชัย, อุษา ตันติเทพขจร และรวม รังสินธุ์ ปี : 2547 Objective เพื่อศึกษาผลการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังได้รับการเสริมสร้างแรงงใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ Design Randomized Controlled Trial Level Level A	Setting หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี 7 หน่วยบริการที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลตระการพิรุณ 3 หน่วยบริการ ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิตระการพิรุณ หน่วยบริการปฐมภูมิลอนสาย หน่วยบริการปฐมภูมิสระพัง โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ 2 หน่วยบริการ ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิศรีเมืองใหม่ และหน่วยบริการปฐมภูมิต่างแห่ง โรงพยาบาลสุวดีบ้าน 1 หน่วยบริการ คือ หน่วยบริการปฐมภูมิสุวดีบ้าน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร 1 หน่วยบริการ คือ หน่วยบริการปฐมภูมิสองคอนและศึกษาในหน่วยบริการที่เป็นพื้นที่ศึกษาของวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎ 1 หน่วยบริการ คือ หน่วยบริการปฐมภูมินายาว รวมทั้งสิ้น 8 หน่วยบริการ และทำการคัดกรองให้ได้อาสาสมัครที่จะทำการศึกษา PCU ละ 16 ราย Sample Inclusion criteria 1. อายุระหว่าง 15-65 ปี 2. เป็นผู้ที่มีปัญหาในการดื่มสุราระดับผิดปกติ โดย	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กระบวนการให้คำแนะนำสำหรับผู้มีปัญหาในการดื่มสุรา โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงงใจ (MET) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1982) ที่แปล โดย พิชัย แสงชาญชัย (2546) ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 2 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที ภายใน 2 สัปดาห์ โดยแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ และติดตามผลการบำบัดที่ระยะ 6, 12 และ 24 สัปดาห์ หลังจากให้การเสริมสร้างแรงงใจครั้งที่ 1 (time₁ week₆, time₂ week₁₂, time₃ week₂₄) ดังนี้ กลุ่มควบคุม 1. ประเมินพฤติกรรมสุขภาพทั่วไปเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การจัดการกับภาวะความเครียด การออกกำลังกาย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด 2. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และตรวจร่างกายทั่วไป 3. เจาะเลือดหาระดับเอนไซม์ Y-glutamyltransferase ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 4. แจกผลสรุปการประเมินสุขภาพเบื้องต้น 5. นัดหมายติดตามผลครั้งสุดท้ายโดยการสัมภาษณ์ในสัปดาห์ที่ 12 (3 เดือน) โดยใช้ผู้สัมภาษณ์คนละคนกับผู้ที่ให้คำแนะนำครั้งแรก และในผู้ที่ได้รับการติดตามนั้นอยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง 6. เจาะเลือดหาระดับเอนไซม์ Y-glutamyltransferase ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 24 เพื่อเป็นการติดตามการศึกษา กลุ่มทดลอง 1. ประเมินพฤติกรรมสุขภาพทั่วไปเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การจัดการกับภาวะความเครียด การออกกำลังกาย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 3 (ต่อ)	Sample (ต่อ) ประเมินจากการใช้แบบตรวจคัดกรอง AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ได้คะแนนตั้งแต่ 8 ขึ้นไป 3. สนับสนุนใจในการเข้าร่วมการวิจัย Exclusion criteria 1. ผู้ป่วยที่ติดสุรา (alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM IV 2. ผู้ที่ได้รับการตรวจพบว่ามีโรคตับ 3. มีประวัติการดื่มสุราตั้งแต่เดือนเช้า 4. ดื่มสุราในปริมาณที่มีแอลกอฮอล์มากกว่า 120 กรัม/วัน ในผู้ชาย และ 80 กรัม/วัน ในผู้หญิง โดยเทียบจากปริมาณและชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่ม ซึ่งประเมินว่าการดื่มสุราในปริมาณดังกล่าวจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ 5. ผู้ป่วยที่มีโรคอื่น เช่น โรคทางระบบประสาทหรือมีอาการป่วยจิต 6. หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างได้จากผู้ที่มีบริการที่หน่วยบริการเวชปฏิบัติปฐมภูมิ จังหวัดอุบลราชธานี และหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดยะลาซึ่งหาที่มีคุณสมบัติตามเป้าหมายผ่านขั้นตอนและคัดเลือกโดยการสุ่ม random allocation	Intervention (ต่อ) 2. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และตรวจร่างกายทั่วไป 3. เจาะเลือดหาระดับเอนไซม์ Y-glutamyltransferrase ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 4. แจกผลสรุปการประเมินสุขภาพเบื้องต้น 5. ให้ความรู้เรื่องสุรา และผลกระทบจากการดื่มสุราโดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที) พร้อมนัดหมายรับคำแนะนําท่อเนื่องและประเมินอีก 2 สัปดาห์ต่อมา 6. ติดตามผลเพื่อทำการกระตุ้นให้ความรู้เรื่องสุรา และผลกระทบจากการดื่มสุราซ้ำ พร้อมส่งเสริมให้กำลังใจในสัปดาห์ที่ 6 (1 ½ เดือน) 7. นัดหมายติดตามผลครั้งสุดท้ายโดยการสัมภาษณ์ในสัปดาห์ที่ 12 (3 เดือน) โดยใช้ผู้สัมภาษณ์และคนกับผู้ใช้ให้คำแนะนำครั้งแรก และไม่ว่าผู้ที่ได้รับการติดตามนั้นอยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง 8. เจาะเลือดหาระดับเอนไซม์ Y-glutamyltransferrase ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 24 เพื่อเป็นการติดตามการศึกษา Within group การติดตามผลที่ระยะเวลา 6 สัปดาห์ในกลุ่มทดลองจำนวน 51 คน 1. เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มก่อนทดลอง (คิดค่าเฉลี่ยในช่วง 1 เดือนก่อนการทดลอง) มีค่าเท่ากับ 6.24 ดื่มมาตรฐานต่อวัน เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ณ สัปดาห์ที่ 6 ลดลงเหลือ 4.18 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ซึ่งมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สำหรับค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มก่อนบำบัดพบว่า ก่อนทดลองมีค่าเท่ากับ 16.56 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 3 (ต่อ)	Sample (ต่อ) จำนวนทั้งหมด 122 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มโดยวิธีการ Simple Randomization จากตารางการสุ่ม ได้กลุ่มที่ได้รับ การเสริมสร้างแรงจูงใจจำนวน 64 ราย และกลุ่มที่ไม่ได้ รับการเสริมสร้างแรงจูงใจจำนวน 58 ราย Outcomes 1. ปริมาณการดื่มสุรา 2. จำนวนครั้งที่ดื่มหนัก 3. แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา 4. จำนวนวันที่หยุดดื่มสุรา 5. จำนวนครั้งที่เมาสุรา Instrument เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบคัดกรองผู้ที่มีปัญหาในการดื่มสุรา AUDIT (Alcohol use disorder identification test) ประกอบด้วย คำถาม 10 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-4 คะแนน 2. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในท้องถิ่นที่ไม่ทราบปริมาณ แอลกอฮอล์ จะนำเครื่องดื่มนั้นส่งตรวจที่สถาบันวิจัย วิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อวัดปริมาณ แอลกอฮอล์	Finding (ต่อ) ณ สัปดาห์ที่ 6 ลดลงเหลือ 9.54 ดัชนีมาตรฐานต่อสัปดาห์ ซึ่งมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p=0.004$) และเมื่อพิจารณาจำนวนครั้งที่เมาก่อนทดลอง (คิดค่าเฉลี่ยในช่วง 1 เดือนก่อนการทดลอง) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.43 ครั้ง เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ณ 6 สัปดาห์ลดลงเหลือ 0.28 ครั้ง ซึ่งมีการลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.271$) 2. สำหรับปริมาณการดื่ม (คิดค่าเฉลี่ยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของการทดลอง) พบว่า มีค่าเท่ากับ 5.14 ดัชนีมาตรฐานต่อวัน เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ณ 6 สัปดาห์ลดลงเหลือ 2.94 ดัชนีมาตรฐานต่อวัน ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนปริมาณการดื่มต่อสัปดาห์ (คิดค่าเฉลี่ยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของการทดลอง) พบว่า มีค่าเท่ากับ 13.35 ดัชนีมาตรฐานต่อสัปดาห์ เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ณ 6 สัปดาห์ลดลงเหลือ 8.37 ดัชนีมาตรฐานต่อสัปดาห์ ซึ่งมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.014$ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งดื่มหนัก (คิดค่าเฉลี่ยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของการทดลอง) พบว่า มีค่าเท่ากับ 1.02 ครั้ง/สัปดาห์ เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ณ 6 สัปดาห์ลดลงเหลือ 0.65 ครั้ง/สัปดาห์ ซึ่งมีการลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.063$) การติดตามผลที่ระยะเวลา 12 สัปดาห์ในกลุ่มทดลองจำนวน 58 คน 1. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มต่อวันก่อนทดลอง (คิดค่าเฉลี่ยในช่วง 1 เดือนก่อนการทดลอง) มีค่าเท่ากับ 6.64 ดัชนีมาตรฐานต่อวัน เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ณ สัปดาห์ที่ 12 ลดลงเหลือ 4.31 ดัชนีมาตรฐานต่อวัน ซึ่งมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สำหรับปริมาณการดื่มต่อสัปดาห์ (คิดค่าเฉลี่ยในช่วง 1 เดือนก่อนการทดลอง) พบว่า มีค่าเท่ากับ 18.04 ดัชนีมาตรฐานต่อสัปดาห์

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 3 (ต่อ)		Within group (ต่อ) เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ณ สัปดาห์ที่ 12 ลดลงเหลือ 8.56 คัมมาตรฐานต่อสัปดาห์ ซึ่งมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และเมื่อพิจารณาจำนวนครั้งที่เมาก่อนทดลอง (คิดค่าเฉลี่ยในช่วง 1 เดือนก่อนการทดลอง) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.52 ครั้ง เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ณ 12 สัปดาห์ลดลงเหลือ 0.27 ครั้ง ซึ่งมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.196$) 2. สำหรับปริมาณการดื่ม (คิดค่าเฉลี่ยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาก่อนการทดลอง) พบว่ามีค่าเท่ากับ 5.17 คัมมาตรฐานต่อวัน เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ณ 12 สัปดาห์ลดลงเหลือ 2.63 คัมมาตรฐานต่อวัน ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) ส่วนปริมาณการดื่มต่อสัปดาห์ (คิดค่าเฉลี่ยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาก่อนการทดลอง) พบว่ามีค่าเท่ากับ 13.95 คัมมาตรฐานต่อสัปดาห์ เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ณ 12 สัปดาห์ลดลงเหลือ 6.39 คัมมาตรฐานต่อสัปดาห์ ซึ่งมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.002$ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งดื่มหนัก (คิดค่าเฉลี่ยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาก่อนการทดลอง) พบว่ามีค่าเท่ากับ 1.05 ครั้ง/สัปดาห์ เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ณ 12 สัปดาห์ลดลงเหลือ 0.26 ครั้ง/สัปดาห์ ซึ่งมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) Between group 1. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) 2. เมื่อติดตามผลการทดลองหลังการบำบัดในสัปดาห์ที่ 6, 12, 24 พบว่าในกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีปริมาณการดื่มสุรต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้าง

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level		Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 3 (ต่อ)			Between group (ต่อ) แรงงใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 3. เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่าลักษณะการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) 4. ด้านการเสริมสร้างแรงงใจในสัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 24 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงงใจกับกลุ่มที่ไม่ได้รับ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงงใจมีพฤติกรรมดื่มเบบเสียน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างแรงงใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีจำนวนครั้งที่ดื่มหนักในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) นอกจากนี้เมื่อติดตามครบ 24 สัปดาห์ยังพบว่ากลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงงใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ไม่ได้รับการเสริมสร้างแรงงใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) Implication 1. การให้คำปรึกษาแบบสั้น เหมาะใช้ในหน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิ 2. เหมาะใช้สำหรับการบำบัดผู้ที่มีปัญหาในการดื่มสุราระดับผิดปกติ 3. การให้คำปรึกษาแบบสั้นสามารถลดปริมาณการดื่มสุร, ลดจำนวนครั้งที่ดื่มหนัก, ลดพฤติกรรมการดื่มให้เสียน้อยลง และทำให้ระดับการทำหน้าที่ของตับดีขึ้นได้

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 4 ชื่อเรื่องงานวิจัย การให้คำปรึกษาโดยการสร้างแรงจูงใจในการรักษาผู้ติดสุรา ผู้แต่ง อริญญา แพบู้, มานิต ศรีสุรทนต์, ลลิตา ศรีธรรมชาติ, มณฑิรา เมธา, บังอร สุปรีดา, สังวร สมบัติใหม่ และธีรรัตน์ บริพันธ์กุล ปี : 2548 Objective เปรียบเทียบการลดหรือหยุดดื่มสุราของผู้ติดสุราที่ได้รับการให้คำปรึกษาโดยการสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing หรือ MI) กับการให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Education หรือ HE) Design Randomized controlled trial Level Level A	Setting ณ แผนกผู้ป่วยใน ศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่ Sample Inclusion criteria 1. อ่านออกเขียนได้ โดยจบการศึกษาอย่างน้อยชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 2. ผู้ป่วยในซึ่งแพทย์แผนการจะให้กลับบ้านได้ 3. ผู้ป่วยสมัครใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยให้การยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร Exclusion criteria 1. มีช่วงเวลาที่สามารถหยุดใช้สุราได้นานกว่า 1 เดือนในช่วง 3 เดือนก่อน เข้าร่วมวิจัย 2. มีโรคทางกายรุนแรงจนทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย 3. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา (antidepressants) ยารักษาโรคลมชัก (antipsychotics) หรือยาเสพติด (mood stabilizers) หลังจากออกจากโรงพยาบาล 4. คาดว่าอาจมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย หรือพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หลังจากออกจากโรงพยาบาล	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 3 ครั้ง ภายใน 3 สัปดาห์ ไม่ระยะห่างในการบำบัดแต่ละครั้ง ในแต่ละครั้งของการบำบัดใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที และประเมินการบำบัด 4 ครั้ง คือ ก่อนได้รับการบำบัดในสัปดาห์ที่ 1 และหลังรับการบำบัดไปแล้วในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 กลุ่มควบคุม 1. จะได้รับการรักษาตามปกติเกี่ยวกับการให้ยาทางจิตเวชเพื่อลดอาการถอนยา พิการักษะการเข้าสังคม ให้จิตบำบัดกลุ่มแบบประคับประคอง ให้ความรู้ด้านสุขภาพ Health Education หรือ HE ในการลดหรือหยุดดื่มสุรา จำนวน 3 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 30-45 นาที โดย - ครั้งที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโทษและพิษภัยของการใช้สุรา ก่อนกลับบ้าน 1 สัปดาห์ - ครั้งที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสมองจิตใจและเส้นทางการเลิกยา หลังจากครั้งที่ 1 ประมาณ 1-2 วัน - ครั้งที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพตามหลัก 15 อ. หลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว 4 สัปดาห์ (แบบผู้ป่วยนอก) กลุ่มทดลอง 1. จะได้รับการรักษาด้วย (Motivational Interviewing: MI) ใช้เวลา 45-60 นาทีเป็นจำนวน 3 ครั้ง โดย

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 4 (ต่อ)	Sample (ต่อ) Discontinuation criteria for participants 1. อาสาสมัครวิจัยไม่มาภายใน 7 วันหลังวันที่แพทย์หรือผู้วิจัยนัด 2. มีโรคทางกายหรือทางจิตเวชที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือยารักษา หรือมีอาการอื่น ๆ นานติดต่อกันอย่างน้อย 5 วัน หรือต้องนอนโรงพยาบาล 3. ถอนความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยอื่น ๆ นานติดต่อกันอย่างน้อย 5 วัน หรือต้องนอนโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างได้มาจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบำบัดรักษาการติดยาเสพติดใน ๓ ศูนย์บำบัดรักษาพยาบาลเฉพาะทางใหม่ เพศชายหรือหญิง อายุ 18-60 ปี มีลักษณะหยุดใช้สุรามาแล้วอย่างน้อย 1 สัปดาห์ และได้รับการวินิจฉัยเป็น alcohol dependence หรือ abuse ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1994; DSM-IV) โดยใช้ Mini-International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1998) เป็นเครื่องมือในการวินิจฉัย ผ่านขั้นตอนต่าง ๆ แล้วทำการคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบ stratified block randomization จำนวน 62 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 ราย และกลุ่มควบคุม 31 ราย	Intervention (ต่อ) Session ที่ 1 เริ่ม 6-7 วันก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ด้วยการสร้างพื้นฐานของความสัมพันธ์ที่ดี และประเมินระดับพื้นฐานของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง พร้อมกระตุ้นให้ผู้ติดยาเกิดความตระหนักถึงผลกระทบของสุราในด้านต่างๆ Session ที่ 2 วัน 1-2 วันหลังจากการทำครั้งที่ 1 เพื่อรักษาลัมพันธภาพที่สืงไว้และสำรวจความก้าวหน้าของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการช่วยให้ผู้รับบริการมองเห็นความเลวร้าย และความขัดแย้งภายในตนเอง พร้อมส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้รับบริการ เสนอทางเลือก (Menu of choice) ในการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม ค้นหาและแก้ไขอุปสรรคอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม Session ที่ 3 (แบบผู้ป่วยนอก) ทำหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว 4 สัปดาห์ หรือหลังจากครั้งที่ 2 นาน 1 เดือน โดยให้ผู้ติดยาสุราค้นหาอุปสรรคที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติม และประเมินสถานการณ์เสี่ยงต่อการใช้สุรา ซึ่งผู้ติดยาสุราตระหนักถึงสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มซ้ำ พัฒนากลยุทธ์ป้องกันการกลับไปดื่มสุรา และส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมส่งเสริมแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง Finding Within group การติดตามผล กลุ่มทดลองจะถูกประเมิน 4 ครั้ง คือ ก่อนได้รับ MI หรือ HE (week 0 หรือ baseline) และหลังเริ่มรักษาไปแล้ว 4, 8 และ 12 สัปดาห์ (week 4, 8, and 12) การติดตามผลที่ระยะเวลา 4 สัปดาห์ - จากการติดตามการกลับไปดื่มสุราของผู้เข้าร่วมทดลองจำนวน 20 คน พบว่าเมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ณ สัปดาห์ที่ 4 พบจำนวนผู้ที่กลับไปดื่มสุราจำนวน

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 4 (ต่อ)	Outcomes - จำนวนผู้ทกลับไปดื่มสุรา - ร้อยละของวันที่ดื่มสุรา - ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ - การเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับ (Gamma-glutamyl transference [GGT]) - ความเชื่อมั่นในการเลิกสุรา Instruments <u>เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล</u> - อาสาสมัครจะได้รับคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษาวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และไม่เข้าเกณฑ์การแยกออกจากการศึกษาวิจัย โดยใช้ Mini-International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1998) เป็นเครื่องมือในการวินิจฉัย - แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale : SOCRATES-8A) - แบบรายงานการประเมินพฤติกรรมทางสุขภาพ (Personalized Feedback Report : PFR) - แบบสอบถาม Case Report Form ชุดที่ 1-4	Finding (ต่อ) ผู้ทกลับไปดื่มสุร่าจำนวน 15 ราย โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ดื่มเท่ากับ 1.4 วันต่อสัปดาห์ และมีปริมาณการดื่มเท่ากับ 1.9 คืมมาตรฐานต่อวัน การติดตามผลที่ระยะเวลา 8 สัปดาห์ - จากการติดตามการกลับไปดื่มสุร่าของกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน พบว่า เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ณ สัปดาห์ที่ 8 พบจำนวนผู้ทกลับไปดื่มสุร่าจำนวน 8 ราย โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ดื่มเท่ากับ 0.5 วันต่อสัปดาห์ และมีปริมาณการดื่มเท่ากับ 2.3 คืมมาตรฐานต่อวัน การติดตามผลที่ระยะเวลา 12 สัปดาห์ - จากการติดตามการกลับไปดื่มสุร่าของกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน พบว่า เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ณ สัปดาห์ที่ 12 พบจำนวนผู้ทกลับไปดื่มสุร่าจำนวน 13 ราย โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ดื่มเท่ากับ 0.5 วันต่อสัปดาห์ และมีปริมาณการดื่มเท่ากับ 1.1 คืมมาตรฐานต่อวัน Between group - เมื่อพิจารณาลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มที่ได้รับ MI กับ HE พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่พบ ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) - จากการเปรียบเทียบการกลับไปดื่มสุร่าระหว่างกลุ่มที่ได้รับ MI กับ HE พบว่า อัตราการกลับไปดื่มในแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 1.00, .06$ และ $.20$ ตามลำดับ) โดย อาสาสมัครจำนวน 20 และ 19 รายในกลุ่ม MI และ HE กลับไปดื่มสุราอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง 12 สัปดาห์ของการ ติดตาม ตามลำดับ ($p = 1.00$) ที่ 4, 8 และ 12 สัปดาห์ อาสาสมัครในกลุ่ม MI จำนวน 15, 8 และ 13 ราย กลับไปดื่มในช่วง 4 สัปดาห์

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 4 (ต่อ)	5. แบบทดสอบความเชื่อมั่นในการเลิกสูบบุหรี่ (Brief Situational Confidence Questionnaire) 6. เครื่องมือ/ ใบกิจกรรมประกอบการให้คำปรึกษาแบบ (Motivational Interviewing [MI]) ได้แก่ 1) ใบบทวนความก้าวหน้าในการรักษา (Review of Progress) 2) แบบสำรวจเป้าหมายส่วนตัวในการเลิกสูบบุหรี่ (Personal Goal Worksheet) 3) แผนการเปลี่ยนแปลงเพื่อเลิกสูบบุหรี่ (Change Plan Worksheet) 4) ใบวิเคราะห์สิ่งที่ทำให้เกิดการดื่มสูบบุหรี่ (Functional Analysis) และ 5) หน้าต่างแห่งการตระหนักรู้	Finding (ต่อ) ก่อนการประเมิน ตามลำดับ ในขณะที่ยังไม่มีการเลิกสูบบุหรี่ HE จำนวน 16, 16 และ 19 ราย กลับไปได้ในช่วง 4 สัปดาห์ก่อนการประเมิน ตามลำดับ 3. ในแง่ของปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม อาสาสมัครในกลุ่ม MI ดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าอาสาสมัครในกลุ่ม HE อย่างมีนัยสำคัญ ในแง่ของ จำนวนแก้ว/วัน/ดื่ม (ที่ 4 สัปดาห์) ($p=0.03$), จำนวนวันดื่ม/สัปดาห์ (ที่ 8 สัปดาห์) ($p=0.02$), จำนวนวันที่ดื่ม/สัปดาห์ (ที่ 12 สัปดาห์) ($p=0.02$) และจำนวนแก้ว/วัน/ดื่ม (ที่ 12 สัปดาห์) ($p=0.01$) สำหรับ GGT ซึ่งตรวจที่ 12 สัปดาห์หลังการรักษาเพียงครั้งเดียว เป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างแบบ completer analysis ($n = 21$ สำหรับกลุ่ม MI และ $n = 15$ สำหรับกลุ่ม HE) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [$MI = 96.4$ (143.7); $HE = 90$ (108.7); $p=0.88$] Implication 1. การให้การปรึกษาโดยการสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) สามารถทำให้ผู้ติดสุราลดปริมาณการดื่มได้ และสามารถเพิ่มความตระหนักรู้ถึงผลเสียที่เกิดจากพฤติกรรม ของตนเอง และพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ 2. หากผู้บริการ ไม่ทราบว่าผู้รับบริการมีกำลังใจอยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลง จะไม่สามารถให้การเสริมสร้างแรงจูงใจได้อย่างเหมาะสม 3. ปริมาณการดื่มสุราจะลดลง หากผู้ติดสุราได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งดีกว่าการให้ความรู้ในการดื่มสุราเพียงอย่างเดียว

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 5 ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของการบำบัดตามโปรแกรมการผสมผสานทางพระพุทธศาสนากับเทคนิคการเรียนรู้ทางจิตวิทยาต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยเสพติดสุรา ผู้แต่ง รุ่งทิพา ใจจา ปี : 2550 Objective ศึกษาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยเสพติดสุราหลังได้รับการบำบัดตามโปรแกรมการผสมผสานหลักทางพระพุทธศาสนากับเทคนิคการเรียนรู้ทางจิตวิทยา Design Randomized controlled trial (Pretest – Posttest Control Group Design)	Setting หอผู้ป่วยเอื้ออาทร เชียงใหม่ Sample Inclusion criteria 1. ไม่มีอาการถอนพิษสุรา 2. ไม่มีอาการทางจิตประสาท สองไม่พิการ 3. สัมผัสใจเข้าร่วมโปรแกรม Exclusion criteria - กลุ่มตัวอย่างได้มาจากผู้เสพติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาในรูปแบบผู้ป่วยใน ณ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่ ผ่านขั้นตอนและทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนทั้งหมด 24 ราย แล้วทำการสุ่มด้วยวิธีสุ่มแบบง่าย เพื่อแยกเป็นกลุ่ม 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มควบคุม 1. รับการบำบัดรักษาตามรูปแบบของศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่ เพียงอย่างเดียว 2. ให้ออกแบบวัดความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่หลังจากการรับการบำบัดตามรูปแบบของศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่เสร็จสิ้น กลุ่มทดลอง จะได้ได้รับ โปรแกรมการผสมผสานหลักทางพระพุทธศาสนากับเทคนิคการเรียนรู้ทางจิตวิทยา มีการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที - 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ใช้เวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์ และทำการประเมินผลเมื่อทำการบำบัดครบกิจกรรมตามรายละเอียดดังนี้ 1) บำบัดรักษาตามรูปแบบของศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่ 2) ให้รับฟังบรรยายธรรมเทศนา ให้พระ สวดมนต์ นั่งสมาธิ เดินจงกรม จำนวน 4 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1, 2, 4 และ 6 ส่วนในกิจกรรมครั้งที่ 3, 5, 7 และ 8 จะเป็นการฝึกปฏิบัติโดยมีผู้บำบัดคอยดูแลการปฏิบัติกิจกรรมตาม โปรแกรม และคอยสอนให้ผู้เสพติดสุราได้เรียนรู้ถึงการควบคุมตนเอง การให้รางวัลตนเอง การพูดกับตนเอง โดยการอธิบายหลังจาก

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 5 (ต่อ) Level Level A	Outcomes 1. ความตั้งใจในการเลิกสูรา 2. เจตคติต่อการเลิกสูรา 3. การควบคุมตนเอง และวางแผนในการเลิกสูรา Instruments เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบวัดความตั้งใจในการเลิกสูรา	Intervention (ต่อ) การฝึกสติ และมอบสมุดบันทึกให้ผู้ป่วยเสพติดสูรบบันทึกเกี่ยวกับการวางแผนการฝึกสติของตน การให้รางวัลตนเองเมื่อสามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ 3) ให้ตอบแบบวัดความตั้งใจในการเลิกสูรภายหลังจากการเข้าโปรแกรมการประสานหลักทางพระพุทธศาสนากับเทคนิคการเรียนรู้ทางจิตวิทยา Finding Within group เมื่อเปรียบเทียบความตั้งใจในการเลิกสูรระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังเข้ารับ โปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความตั้งใจในการเลิกสูรสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ค่า $t = 3.44$, $X = 61.33$ และ 55.17) Between group เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความตั้งใจในการเลิกสูรระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยพระพุทธศาสนากับเทคนิคการเรียนรู้ทางจิตวิทยา กับกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดตามโปรแกรม พบว่ากลุ่มที่ได้รับการประสานหลักทางพระพุทธศาสนากับเทคนิคการเรียนรู้ทางจิตวิทยามีคะแนนความตั้งใจสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กล่าวคือ - กลุ่มที่ได้รับการบำบัดตาม โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความตั้งใจในการเลิกสูรา เท่ากับ 61.33 และ 8.67 ตามลำดับ - กลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดตาม โปรแกรม มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความตั้งใจในการเลิกสูรา เท่ากับ 58.00 และ 6.77 ตามลำดับ

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 5 (ต่อ)		<i>Implication</i> 1. การผสมผสานทางพุทธศาสนากับเทคนิคการเรียนรู้ทางจิตวิทยา สามารถเพิ่มความตั้งใจในการเลิกสูรา มีการควบคุมตนเอง มีการวางแผน และเกิดความตั้งใจในการเลิกสูราสูงขึ้น 2. หากผู้เลิกสูราจะมีสติ จะส่งผลให้มีความตั้งใจในการเลิกสูรา 3. เหมาะนำไปใช้ในการบำบัดชาวพุทธ 4. การผสมผสานทางพุทธศาสนากับเทคนิคการเรียนรู้ทางจิตวิทยาเป็นกิจกรรมหนึ่งในการบำบัดแบบ FAST MODEL
เรื่องที่ 6 ชื่อเรื่องงานวิจัย ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตสูราที่ได้รับการติดตามทุก 2 และทุก 4 สัปดาห์	<i>Setting</i> แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนปรุง ระหว่างเดือนเมษายน 2549 ถึงเดือนตุลาคม 2550 <i>Instruments</i> เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบประเมินความรุนแรงของการถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal scales; AWS) เพื่อใช้คัดเลือกอาสาสมัครวิจัย 2. แบบประเมินติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของโรงพยาบาลสวนปรุง (2547) ที่มีข้อความเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครวิจัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของอาสาสมัครวิจัย	<i>Intervention</i> เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคล เช่นเดียวกันทั้งหมด ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 5 ครั้ง ภายใน 12 สัปดาห์ แต่ละครั้งนัดห่างกันทุก 2 สัปดาห์ ใช้เวลาบำบัดครั้งละ 30-45 นาที คิดตามผลทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง (visit1 week0 ถึง visit5 week8) ในกลุ่มควบคุม และติดตามผลทุก 4 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง (visit1 week0 ถึง visit5 week16) ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้ การบำบัดครั้งที่ 1 โดยสร้างความไว้วางใจและความคุ้นเคย เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เปิดเผยตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมและความรู้สึกล่อการดื่มสุราของตนเอง ด้วยเทคนิคปฏิบัติการขั้นพื้นฐาน (OARS) ได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิด (open-ended question), การรับรองการยืนยัน (affirmations), การฟังอย่างสะท้อนคิด (reflective listening) และการสรุป (summaries) แล้วทำค้นหาช่องว่างระหว่างเป้าหมายชีวิตกับสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (develop

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 6 (ต่อ) Objective ศึกษาผลการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราหลังได้รับการบำบัดด้วยวิธีเสริมสร้างแรงจูงใจ หลังติดตามทุก 2 สัปดาห์กับทุก 4 สัปดาห์ Design Randomized Controlled Trial (Single blinded clinical trials) Level Level A	Instruments (ต่อ) ผู้บำบัดเป็นผู้ประเมินเองเกี่ยวกับ 1) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2) ความสามารถในการทำหน้าที่ยุติธรรม (GAF) 3) ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุรา 3. แบบวัดระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการศึกษา (The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale : SOCRATES-8A) สำหรับผู้ดื่มสุรา เพื่อใช้วัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังให้การบำบัด 4. การประเมินการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับ (Gamma-glutamyl transferase: GGT)	Intervention (ต่อ) พูดคุยเสริมสร้างแรงจูงใจตามตัวอย่างของ FRAMES ตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ติดสุราพูดข้อความที่จริงใจตนเอง (self-motivational statement [SME]) ช่วยให้ผู้ติดสุราได้กำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะกลางในการลด/ เลิกดื่มสุรา สอบถามประสบการณ์ที่เคยได้รับคำแนะนำเพื่อวิเคราะห์ contamination ที่ควบคุมไม่ได้และถามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากการหยุดดื่มว่าเกิดขึ้นเมื่อใด แล้วจึงให้ประเมินตนเองด้วยแบบประเมิน SOCRATES-8A และเจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับ GGT บันทึกข้อมูลตามแบบประเมินติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และนัดหมายครั้งต่อไป ติดตามผลทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง (visit₁, week₀ ถึง visit₅, week₆) ในกลุ่มควบคุม และติดตามผลทุก 4 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง (visit₁, week₀ ถึง visit₅, week₆) ในกลุ่มทดลอง การบำบัดครั้งที่ 2 – ครั้งที่ 5 โดยการสร้างสัมพันธภาพ ทบทวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมา เปิดโอกาสให้ผู้ตอบยังอิสระ พร้อมรับฟังและพบทวนเป้าหมายของการเลิกสุรา พูดคุยเสริมสร้างแรงจูงใจตามตัวอย่างของ FRAMES ถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ติดสุราพูดข้อความที่จริงใจตนเอง (SME) และให้กำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะกลางในการลด/ เลิกดื่มสุรา สอบถามประสบการณ์ที่เคยได้รับคำแนะนำเพื่อวิเคราะห์ contamination ที่ควบคุมไม่ได้และถามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากการหยุดดื่มว่าเกิดขึ้นเมื่อใด แล้วจึงให้ประเมินตนเองด้วยแบบประเมิน SOCRATES-8A และเจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับ GGT บันทึกข้อมูลตามแบบประเมินติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และนัดหมายครั้งต่อไป

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 6 (ต่อ)		Finding Within group 1. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) ในแต่ละระยะของการบำบัดภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) 2. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking) ในแต่ละระยะของการบำบัดภายในกลุ่มควบคุมและภายในกลุ่มทดลอง พบว่าร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักทั้ง 5 ระยะภายในของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) 3. เมื่อวิเคราะห์ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) ทั้ง 5 ระยะของการบำบัดภายในกลุ่มควบคุม พบว่าร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มในระยะที่ 2, 3, 4 มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและลดลงชัดเจนในระยะที่ 5 ของการบำบัด จึงสรุปได้ว่าร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) ทั้ง 5 ระยะภายในกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และพบว่าร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) ทั้ง 5 ระยะภายในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) คือร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มในระยะที่ 2 มีการเพิ่มขึ้นจากระยะที่ 1 อย่างชัดเจน ($p = .016$) 4. เมื่อพิจารณาขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (SOCRAES-8A) ด้านความตั้งใจภายในกลุ่มทดลองทั้ง 5 ระยะ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ส่วนด้านการยอมรับและด้านการลงมือทำทั้ง 5 ระยะของการบำบัดภายในกลุ่มทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 6 (ต่อ)		Finding (ต่อ) 5. เมื่อพิจารณาการดำเนินงานของทั้ง 5 ระยะภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าระดับการทำงานของทั้ง 5 ระยะภายในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) และเมื่อพิจารณาในกลุ่มควบคุม พบว่าระดับการทำงานของทั้ง 5 ระยะภายในกลุ่มควบคุมแตกต่างกันทางสถิติ ($p < .05$) Between group 1. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารในการทำหน้าที่โดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในระหว่างกลุ่ม ($p > .05$) 2. เมื่อพิจารณาร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking) พบว่า ค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักทั้ง 4 ครั้ง = .209, .348, .500, และ .208 ตามลำดับ จึงสรุปได้ว่าร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) ณ Week₀, Week₄, Week₈ และ Week₁₆ ของการบำบัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) 3. เมื่อวิเคราะห์ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) พบว่าค่าเฉลี่ยสำคัญของจำนวนวันที่หยุดดื่ม 4 ครั้ง = .064, .422, .380, และ .500 ตามลำดับ จึงสรุปว่าร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม ณ Week₀, Week₄, Week₈ และ Week₁₆ ของการบำบัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) 4. เมื่อพิจารณาขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A) พบว่าระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาด้านการลงมือทำ ณ Week₀ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$) ส่วนด้านความตระหนักด้านความเสี่ยงใจ และด้านลงมือทำ ณ

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 6 (ต่อ)		Finding (ต่อ) 5. เมื่อเปรียบเทียบระดับการทำงานของระดับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ณ Week₀ Week₄ Week₈ และ Week₁₆ ของการบำบัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) Implication 1. การเสริมสร้างแรงจูงใจ มีผลทำให้ผู้ติดสุราที่มีพฤติกรรมดีขึ้น ถึงแม้จะแตกต่างกันในช่วงเวลาในการติดตาม ก็สามารถทำให้ผู้ติดสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มลดลง เพื่มนวันที่หยุดดื่มสุราได้ 2. การบำบัดใช้เวลาสั้น ๆ เหมาะสมกับนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบัน 3. การได้รับการบำบัดหลายครั้งหาผู้ติดสุรา ไม่ประสบผลสำเร็จในการปรับพฤติกรรม อาจทำให้มีกำลังใจในการรักษา และความร่วมมือในการปรับตัวลดลงได้ 4. การบำบัดด้วยวิธีเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถเลือกทำและติดตาม ได้ทั้งแบบ 2 สัปดาห์ หรือ 4 สัปดาห์
เรื่องที่ 7 ชื่อเรื่องงานวิจัย การให้สื่อร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการบำบัดผู้ติดสุรา ผู้แต่ง ศิริมา ศรียาพิสิฐ, นันทิกร สอนพลา, รัชชัย กฤษฎณะประกรกิจ และการณธ์ หงษ์กา. ปี : 2551	Setting แผนกผู้ป่วยนอก ของกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาล ขอนแก่น Sample Inclusion criteria 1. อายุ 18-65 ปี 2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Alcohol dependence ตามเกณฑ์การวินิจฉัย	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจเหมือนกัน แตกต่างกันที่กลุ่มทดลองจะได้รับการเสริมสร้าง แรงจูงใจแต่กลุ่มควบคุมจะได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจเพียงอย่างเดียว และมีการบำบัดทั้งหมดแบ่งเป็น 3 ระยะ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30-45 นาที ดังนี้

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 7 (ต่อ) Objective เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการดัดแปลงในกลุ่มผู้ติดสุราที่ได้รับการบำบัด โดยการให้สื่อร่วมกับวิธีการเสริมสร้างแรงงใจและการบำบัดโดยไม่ใช้สื่อร่วมกับวิธีการเสริมสร้างแรงงใจ Design Randomized Controlled Trial Level Level A	Setting (ต่อ) ของ DSM-IV-TR criteria จากการสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์ 3. ประเมินความรุนแรงของการถอนพิษ (alcohol withdrawal scale) ได้คะแนนน้อยกว่า 5 คะแนน 4. สามารถอ่านออกเขียนได้ และพูดคุยสื่อสารได้ 5. สนับสนุนใจในการเข้าร่วมการวิจัย Exclusion criteria 1. มีการวินิจฉัยโรคอื่นใน axis I นอกเหนือจาก alcohol dependence ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-IV-TR 2. ตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างได้จากผู้ป่วยติดสุราที่มารับการบำบัดรักษาด้วยวิธีเสริมสร้างแรงงใจแบบผู้ป่วยนอก ณ กลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลขอนแก่น ผ่านการคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มด้วย computer generated with urn randomization ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงงใจร่วมกับการใช้สื่อจำนวน 23 ราย และกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงงใจเพียงอย่างเดียวจำนวน 23 ราย Outcomes 1. ปริมาณการดื่มสุรา 2. แรงงใจในการหยุดดื่มสุรา	Intervention (ต่อ) กลุ่มควบคุม (ได้รับการเสริมสร้างแรงงใจเพียงอย่างเดียว) ระยะที่ 1 เสริมสร้างแรงงใจ ให้ผู้ศึกษาและข้อมูลสะท้อนกลับ (Health education & Feedback) โดยทำในครั้งแรกที่เข้าร่วมวิจัย ระยะที่ 2 เสริมสร้างแรงงใจ ทำให้มั่นคงในค่านิยม (Commitment Strengthening) โดยทำในการบำบัดครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1) ระยะที่ 3 ทำการติดตามอย่างต่อเนื่อง (Follow Through) โดยทำในการบำบัดครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 6) และครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 12) กลุ่มทดลอง (ได้รับการเสริมสร้างแรงงใจร่วมกับสื่อ) ระยะที่ 1 ใช้สื่อร่วมกับวิธีเสริมสร้างแรงงใจ ให้ผู้ศึกษาและข้อมูลสะท้อนกลับ (Health education & Feedback) โดยทำในครั้งแรกที่เข้าร่วมโครงการ ระยะที่ 2 ใช้สื่อร่วมกับวิธีเสริมสร้างแรงงใจ ทำให้มั่นคงในค่านิยม (Commitment Strengthening) โดยทำในการบำบัดครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1) ระยะที่ 3 ทำการติดตามอย่างต่อเนื่อง (Follow Through) โดยทำในการบำบัดครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 6) และครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 12) Finding Within group 1. เมื่อพิจารณาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มที่ได้รับสื่อและกลุ่มที่ไม่ได้รับสื่อ พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในแง่ของข้อมูลพื้นฐาน 2. เมื่อเปรียบเทียบลักษณะการดื่มในระหว่าง ๆ ของการบำบัดทั้งภายในกลุ่มที่ได้รับสื่อและกลุ่มที่ไม่ได้รับสื่อ พบว่า

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 7 (ต่อ)	Outcomes (ต่อ) - ผลกระทบจากการดื่มสุรา - จำนวนวันที่ดื่มสุราหนัก - จำนวนวันที่หยุดดื่มสุรา - ขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา Instruments เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล - M.I.N.I (Mini-International Neuropsychiatric Interview) เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง - Alcohol Withdrawal (AWS) สำหรับประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา - Computer generated with urn randomization เพื่อใช้ในการสุ่มแบ่งกลุ่ม - แบบประเมินลักษณะการดื่มของผู้ป่วย - แบบวัดขั้นตอนความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงและ ความต้องการการรักษา (The stage of change Readiness and Treatment Eagerness Scale : SOCRA TES-8A) สำหรับผู้ดื่มสุรา - แบบวัดผลกระทบจากสุรา (Drinker Inventory of Consequence-2L : DrlnC-21)	Finding (ต่อ) - ปริมาณการดื่มซึ่งเปรียบเทียบกับหนึ่งดื่มมาตรฐาน พบว่าปริมาณการดื่มของทั้งกลุ่มที่ได้รับสื่อและกลุ่มที่ไม่ได้รับสื่อลดลงในแต่ละระยะของการบำบัด คือ จากครั้งแรกเฉลี่ยดื่ม 18.7 SD มีการดื่มลดลงเรื่อย ๆ ตามระยะของการบำบัดสัปดาห์ที่ 1, 6 และ 12 เป็น 3.6, 3.4 และ 4.2 SD ตามลำดับ - ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent of heavy alcohol Drinking Day) จากครั้งแรกจนถึงครั้งสุดท้ายพบว่าลดลง (99.7, 20.3, 22.6 และ 28.6 ตามลำดับ) - ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent of day abstinence) จากครั้งแรกจนถึงครั้งสุดท้ายเพิ่มขึ้น (0.2, 74.4, 73.2 และ 63.5 ตามลำดับ) 3. เมื่อวิเคราะห์ผลกระทบจากสุราทางด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเอง และด้านความรับผิดชอบต่อทางสังคมทั้งภายในกลุ่มที่ได้รับสื่อและไม่ได้รับสื่อ พบว่าในการบำบัดสัปดาห์สุดท้ายมีน้อยกว่าการบำบัดในสัปดาห์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 4. เมื่อพิจารณาการไม่รับการบำบัดจนครบ (Drop out) ของทั้งกลุ่มที่ได้รับสื่อและไม่ได้รับสื่อ พบว่ามีร้อยละ 45.7 โดยร้อยละ 23.8 ส่วนใหญ่คิดว่าตนเองเลิกได้แล้ว ร้อยละ 23.8 มีปัญหาในการเดินทางและคิดงานประจำ ร้อยละ 14.3 ไปพบแพทย์และไม่ทราบสาเหตุจำนวน 1 ราย Between group - เมื่อพิจารณาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับสื่อและกลุ่มที่ไม่ได้รับสื่อ พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในแง่ของข้อมูลพื้นฐาน

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 7 (ต่อ)		Finding (ต่อ) 2. เมื่อเปรียบเทียบลักษณะการดื่มในระยะเวลาต่างๆ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับสื่อและไม่ได้รับสื่อ พบว่าลักษณะการดื่ม ในด้านปริมาณการดื่ม ร้อยละของวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของวันที่หยุดดื่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) 3. เมื่อเปรียบเทียบขั้นตอนความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับสื่อและกลุ่มที่ไม่ได้รับสื่อในกระบวนการ การบำบัด พบว่าคะแนนความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ทั้งในด้านการยอมรับ ด้านความพึงพอใจ และด้านกำลังมือทำ 4. เมื่อเปรียบเทียบผลกระทบจากสุราทางด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเอง และด้านความรับผิดชอบทางสังคมระหว่างกลุ่มที่ได้รับสื่อและไม่ได้รับสื่อ พบว่าผลกระทบที่ตามมาทุกด้านในผู้ดื่มสุราไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) Implication 1. การเสริมสร้างแรงจูงใจมีผลต่อการลดปริมาณการดื่ม วันที่ดื่มหนัก และพฤติกรรมในการเปลี่ยนแปลงเพื่อลดการดื่มสุรา 2. สามารถลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้ดื่มสุราได้ 3. หากผู้ดื่มสุราได้รับการบำบัดครบกำหนด และทำอย่างต่อเนื่องจะทำให้พฤติกรรมการดื่มสุราลดลงได้มากขึ้น 4. ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องนำสื่อมาใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจ

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 8 ข้อร้องเรียนวิจัย ผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราด้วยโปรแกรมการบำบัดแบบผู้ป่วยใน ผู้แต่ง อิสระ เจียรวิธิบุญญา, ขาญชัย รงพนาวิช และจันทร์เพ็ญ มุลศรีปี : 2546 Objective เพื่อตรวจสอบผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาบำบัดตาม โปรแกรมการบำบัดแบบผู้ป่วยใน Design Prospective study Level Level B	Setting แผนกผู้ป่วยใน ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น Sample Inclusion criteria 1. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยติดสุรา (Alcohol dependence) ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคแบบ ICD-10 3. ไม่มีตาเหลืองตัวเหลือง หรือซีด 4. สัมครใจเข้ารับการบำบัดรักษา Exclusion criteria 1. มีภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรม หรือศัลยกรรม 2. อยู่ในระหว่างรักษาโรคทางจิตเวชที่ต้องได้รับยา รักษาอย่างต่อเนื่อง 3. บำบัดรักษาไม่ครบ โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากผู้ติดสุราที่มาบำบัดรักษาที่ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น ตั้งแต่ วันที่ 1 เดือน กรกฎาคม ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2546 ผ่านขั้นตอนต่างๆ เข้าสู่การคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก และเกณฑ์คัดออก ได้กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม สำหรับเข้ารับ โปรแกรมการบำบัดแบบผู้ป่วยใน จำนวน	Intervention กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม จำนวน 91 ราย แบ่งออกเป็นเพศชาย จำนวน 86 ราย และเพศหญิงจำนวน 5 ราย จะได้โปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราแบบผู้ป่วยใน โดยรูปแบบการบำบัดมีระยะเวลา 28 วัน แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะบำบัดด้วยยา ใช้เวลา 1-7 วัน 2) ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ใช้เวลา 21 วัน ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม ไม่ระบุเวลาและระยะห่างที่ใช้ในการบำบัดแต่ละครั้ง ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 3 เดือน ดังนี้ 1. ระยะบำบัดด้วยยา (1-7 วัน) เป็นการรักษากาภาวะขาดสุราและภาวะแทรกซ้อนจากการดื่มสุราโดยการใช้ยา 2. ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (21 วัน) เป็นการรักษาทางจิตสังคมเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำด้วยรูปแบบ Cognitive behavioral therapies ซึ่งใช้องค์ประกอบ 3 ข้อ ได้แก่ทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การฝึกทักษะในการจัดการกับอารมณ์ที่ไม่ดี และการวิเคราะห์การผล่อใช้ มีการดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ - กลุ่มทักษะชีวิต 6 ครั้ง มี 6 หัวข้อ คือ การยอมรับตนเอง ความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม ทักษะการปฏิเสธ การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น การเผชิญและการแก้ปัญหา และทักษะการสื่อสารในครอบครัว - กลุ่มจิตบำบัด 9 ครั้ง มี 6 หัวข้อ คือ วิเคราะห์การผล่อใช้ (functional analysis) การตั้งเป้าหมาย (goal setting) และการประเมินประสิทธิภาพของตัวเอง (self efficacy) - กลุ่มสุขภาพ 5 ครั้ง มี 5 หัวข้อ คือการสังเกตอาการของผู้ติดสุรา โรคตับแข็งจาก การดื่มสุรา โรคความดันเลือดจากการดื่มสุรา โรคจิตที่เกิดจากการดื่มสุรา และการป้องกันโรคแทรกซ้อน

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 8 (ต่อ)	Sample (ต่อ) 91 ราย แบ่งออกเป็นเพศชาย จำนวน 86 ราย และเพศหญิงจำนวน 5 ราย Outcomes 1. การหยุดดื่มสุรา (total abstinence) 2. การกลับดื่มสุราซ้ำ (Relapse) 3. การ ไม่มาติดตามการรักษาที่กำหนด (drop out) Instruments เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. ผู้ติดสุราทุกรายจะได้รับการซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อประเมินการติดสุราและอาการแทรกซ้อน 2. แบบประเมินพฤติกรรมดื่ม (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) ซึ่งใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและใช้ในการประเมินผลด้วย 3. แบบประเมินอาการขาดสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment scale for Alcohol revise [CIWA-Ar]) ซึ่งใช้ในช่วงสัปดาห์แรกของการบำบัด 4. วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติเชิงวิเคราะห์ การทดสอบค่าประมาณความเสี่ยง (risk ratio) การคำนวณความเชื่อมั่น (95% Confidence Interval)	- กลุ่มครอบครัวศึกษา 2 ครั้ง เป็นการทำกิจกรรมกลุ่มครอบครัวสัมพันธ์ - กลุ่มอาสาสมัคร 3 ครั้ง เป็นการฝึกทักษะความรู้ด้านอาชีพเกี่ยวกับการเกษตร ศิลปะ ประดิษฐ์ การทำขนม ตามความถนัดของผู้เข้าร่วมแต่ละราย หลังจากทำการบำบัดครบตามโปรแกรมที่กำหนด จะติดตามผลเมื่อครบ 2, 4, 8, 12, 24, 36 สัปดาห์ Finding With in group - เมื่อสิ้นสุดการรักษาในเดือนที่ 1 พบว่า ภายหลังจากโปรแกรมการบำบัด มีผู้ป่วยที่หยุดดื่มสุราได้จำนวน 68 รายคิดเป็นร้อยละ 74.7 กลับมาดื่มอีก 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.2 และไม่มีมาติดตามผลการรักษา 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.1 - เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 พบจำนวนผู้ที่หยุดสุราได้ลดลงเหลือ 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.8 และมีผู้ป่วยที่กลับดื่มสุราอีกเพิ่มมากขึ้นเป็น 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.5 ซึ่งเมื่อหาความสัมพันธ์กับการหยุดดื่มสุราเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 หลังจบโปรแกรมพบว่า อาชีพรับราชการหยุดดื่มสุราได้มากกว่าอาชีพอื่น 2.64 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR = 2.64, 95% CI = 1.48 – 4.72) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการหยุดดื่ม แต่ไม่นัยสำคัญทางสถิติ Implication - การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราด้วยโปรแกรมการบำบัดแบบผู้ป่วยในสามารถทำให้ผู้ป่วยติดสุราที่ไม่มีอาการทางจิตและภาวะแทรกซ้อนทางยาหรือกรรม สัตยกรรม เด็กดื่มสุราได้ -เหมาะสมสำหรับนำไปใช้บำบัดผู้ป่วยติดสุราหลังจากผู้ป่วยพ้นจากภาวะถอนพิษสุราแล้ว และยินดีรับการบำบัดตามโปรแกรม 21 วัน

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 9 ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของการให้การปรึกษาแบบสั้นในการบำบัดผู้ติดสุรา และลักษณะที่มีผลต่อความสำเร็จในการบำบัดรักษาที่คลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลลำพูน ผู้แต่ง อรรษา พองคำ, นิสานา ไรตเกิด, ชไมพร ทวีศรี และชยันต์ธร ปทุมานนท์ ปี : 2546 Objective เพื่อประเมินผลการบำบัดผู้ติดสุรา ที่ได้รับการปรึกษาแบบสั้นร่วมในการบำบัดแบบปกติ และเพื่อทราบลักษณะที่มีผลต่อความสำเร็จในการบำบัดรักษา ที่คลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลลำพูน Design Follow up study Level Level B	Setting แผนกผู้ป่วยนอก ณ คลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลลำพูน Sample การศึกษาครั้งนี้ไม่มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มทดลองทั้งหมด ที่คัดมาจากผู้ป่วยที่มารับการบำบัดเพื่อเลิกดื่มสุราที่คลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลลำพูน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ถึง 2546 จำนวน 135 ราย แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 131 ราย และเพศหญิงจำนวน 4 ราย Outcomes 1. ปริมาณการดื่มสุรา 2. ความถี่ของการดื่มสุรา 3. การเปลี่ยนแปลงของค่า (Gamma-glutamyl transferase [GGT]) 4. ความต่อเนื่องของการมารับบริการ (Drop out) 5. ลักษณะของผู้ป่วยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบำบัดรักษา	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน ผู้ป่วยติดสุราทุกรายที่มารับการบำบัดที่คลินิกสารเสพติด จะได้รับการบำบัดแบบปกติของโรงพยาบาลร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief intervention) จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 15 นาที ไม่ระบุระยะห่างของการบำบัดแต่ละครั้ง และไม่ระบุระยะเวลาที่ใช้ทำการศึกษา ประเมินผลการบำบัด 3 ครั้ง หลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 3 และ 6 เดือน โดยกิจกรรมที่ใช้ยึดหลักการประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วย 6 ระยะตามทฤษฎีของ Pochaska และ Diclement และให้คำปรึกษาตาม ระยะ นั้นให้ผู้ป่วยตระหนักและรับรู้ปัญหา (motivation interview) แล้วกระตุ้นให้ผู้ป่วยไปสู่นานทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง มีการตั้งเป้าหมายการบำบัดและเน้นกระบวนการติดตามผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้ ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 1. การสะท้อนผลที่ได้จากการคิดกรองและให้คำแนะนำ ได้แก่ - สะท้อนผลการตรวจร่างกาย และผลการคิดกรองระดับการดื่มสุรา - ให้ข้อมูลการดื่มมาตรฐานและวิธีคำนวณ - ให้คำแนะนำการดื่มสุร่าอย่างปลอดภัย 2. การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและตั้งเป้าหมาย 3. การสรุปการบำบัดและทบทวนข้อตกลงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Finding เมื่อติดตามเก็บข้อมูลหลังให้การบำบัดครั้งแรกในผู้ป่วย 135 ราย พบมีผู้คงบำบัด 88 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.2 ผู้ขาดบำบัด 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.4

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 9 (ต่อ)	Instruments เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบประวัติผู้ป่วยที่คลินิกสารเสพติดที่มีการบำบัด 12 เดือน 2. เวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่มารับการบำบัด 12 เดือน เพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลการมารับบริการ 3. การตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการตรวจวัดระดับ GGT (gamma-glutamyl transferase [GGT]) เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของตับของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด 4. เจ้าหน้าที่สถานเฝ้าระวังในพื้นที่ เพื่อติดตามสัมภาษณ์เก็บข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีกลุ่มตัวอย่างขาดการบำบัด 5. วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา exact probability test ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ และช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% และ multivariate analysis โดยใช้วิธี logistic regression	Finding (ต่อ) และเป็นผู้ป่วยบำบัดสำเร็จ 81 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.5 เป็นผู้ป่วยบำบัดล้มเหลว 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.5 เมื่อประเมินผลสำเร็จที่ระยะเวลา 12 เดือน ของผู้รับการบำบัดทั้งหมด 135 ราย พบว่า Within group 1. เมื่อพิจารณาข้อมูลพื้นฐานระหว่างผู้คงบำบัดกับผู้ขาดบำบัด พบว่าลักษณะทั่วไป ประวัติการดื่มสุรา การศึกษา การประกอบอาชีพ และความสัมพันธ์ในการบำบัด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) 2. ในกลุ่มผู้บำบัดสำเร็จและกลุ่มผู้บำบัดล้มเหลวพบว่าลักษณะทั่วไป รวมทั้งระยะเวลา ปริมาณ ความถี่ และความรุนแรงของการดื่มสุรา ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่พบว่าการมีประวัติสุขภาพจิตผิดปกติ ความสนใจในการบำบัดรักษา การมีอาการทางจิตร่วม และการคงการบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 3. พฤติกรรมการหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มสุรา ระหว่างกลุ่มผู้คงบำบัดและผู้ขาดบำบัดหลังประเมิน 1, 6 และ 12 เดือน พบว่าผู้คงบำบัดสามารถหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มสุราลงได้มากกว่าผู้ขาดบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 4. ระดับเอนไซม์ (Gamma-glutamyl transferase [GGT]) ระหว่างผู้บำบัดสำเร็จและผู้ที่ไม่บำบัดล้มเหลวในเดือนที่ 1, 6 และ 12 พบว่า ค่าเฉลี่ยของ (GGT) ของผู้ที่ไม่บำบัดสำเร็จลดลงจาก 311.7 ขณะเริ่มต้น เหลือ 86.6 และผู้ที่บำบัดล้มเหลวมีค่าเพิ่มขึ้นจาก 277.4 ขณะเริ่มต้น เป็น 371.9 5. ลักษณะที่สอดคล้องความสำเร็จของการบำบัดพบว่า การที่ผู้ป่วยไม่มีประวัติติดยา

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 9 (ต่อ)		Finding (ต่อ) ตรงจิตสุรา สมครใจเข้าร่วมการบำบัด ไม่มีอาการทางจิตร่วมและเป็นผู้คงบำบัด มีผลต่อความสำเร็จของการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) Implication 1. การนำเทคนิคการให้การปรึกษาแบบสั้นมาใช้ในการบำบัดรักษามีผู้ติดสุราสามารถปรับเปลี่ยนให้ใช้ติดสุราลดปริมาณการดื่มสุรา ความรุนแรงของการดื่มสุราอย่างได้ผลดี แต่ต้องให้ผลการตรวจ GGT ร่วมในการประเมินผล 2. การให้การปรึกษาแบบสั้นเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ประวัติดูดยาเสพติดสุรา มีความสมัครใจเข้าร่วมการบำบัด ไม่มีอาการทางจิตและการเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง 3. สามารถนำไปใช้ร่วมเพื่อให้การบำบัดแบบอื่นในผู้ติดสุราได้
เรื่องที่ 10 ชื่อเรื่องงานวิจัย เปรียบเทียบประสิทธิภาพของการรักษาตัวกลุ่มบำบัดรูปแบบ Matrix Program ในผู้ป่วยติดสุรากับผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ ผู้แต่ง รัตนา สายพาณิชย์, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, ชัชวาลย์ ศิลปะกิจ, อัญชลี จุมพลจามิกร, อุไร บุรณพิเชษฐ์ และเพ็ญใจ ทองพวง	Setting ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี Sample กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาการติดสุราและผู้ป่วยที่มีปัญหาการติดแอลกอฮอล์ใน ที่เข้าร่วมการบำบัดกลุ่มตามรูปแบบ Matrix Program ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ผ่านการคัดเลือกโดยไม่รวมผู้ป่วยที่ติดหรือใช้สุราหรือ	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน ผู้ป่วยที่ติดสุราและผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์จะได้รับการบำบัดจากกลุ่มบำบัดรูปแบบ Matrix program เหมือนกันทั้งหมด ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 3 กลุ่ม ทำการบำบัดทั้งหมด 16 สัปดาห์ ดังนี้ 1. กลุ่มที่ให้การปรึกษาในระยะต้น (early recovery group) ทำ 8 ครั้ง โดยจิตแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย โดยตรงเป็นผู้ดำเนินกลุ่ม 2. กลุ่มป้องกันการกลับไปเสพยา (relapse prevention group) ทำ 32 ครั้ง ในวันจันทร์และวันศุกร์ของสัปดาห์ โดยจิตแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นผู้ดำเนินกลุ่ม

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 10 (ต่อ) ปี : 2546 Objective เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดในผู้ป่วยจิตสุรากับผู้ป่วยที่ติดแอมเฟตามีน โดยใช้รูปแบบของ Matrix Program Design Cohort study Level Level B	Sample (ต่อ) แอมเฟตามีนที่มีการใช้สารเสพติดอื่นร่วมเข้ามาอยู่ในกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้ป่วยที่ติดสุร่าจำนวน 22 ราย และกลุ่มผู้ติดแอมเฟตามีนจำนวน 32 ราย Outcome 1. การอยู่บ้านมั่นคงตามกำหนดของโปรแกรม 2. Global assessment of functioning (GAF) 3. การกลับไปใช้สุร่าหรือแอมเฟตามีน 4. การใช้สารเสพติดอื่น 5. คุณภาพขององค์ประกอบในชีวิตประจำวัน Instruments เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปเพื่อใช้เก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดก่อนเข้ารับการรักษาในรูปแบบ Matrix Program ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาอาชีพ ระยะเวลาที่ใช้สุร่าหรือแอมเฟตามีน โรคทางจิตเวชอื่นที่ไม่ได้เกิดจากสารเสพติด 2. Global assessment of functioning scale (GAF) เพื่อใช้ประเมินผู้เข้ารับการรักษาบำบัดทุกรายโดยจิตแพทย์จะทำการให้การทำบำบัดและครั้งสุดท้ายที่เข้ารับการทำบำบัด	Intervention (ต่อ) 3. กลุ่มให้ความรู้ครอบครัว (Family education group) ทำ 12 ครั้ง ในวันพุธโดยเจ้าหน้าที่ของ Matrix program เป็นผู้ดำเนินการกลุ่ม Finding Within group - Between group 1. ในส่วนข้อมูลทั่วไปด้านเพศ และการมีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วยของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน แต่พบข้อมูลทั่วไปด้านอายุของผู้ป่วยในกลุ่มผู้ติดสุร่ามากกว่ากลุ่มที่ติดแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบผู้ติดสุร่าส่วนใหญ่มีงานทำแล้ว แต่ผู้ติดแอมเฟตามีนยังเป็นนักศึกษา กลุ่มผู้ติดสุร่ามีระดับการศึกษาสูงกว่ากลุ่มผู้ติดแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2. ความสมบูรณ์ของการบำบัด: พบว่าความสมบูรณ์ของการบำบัดในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน (Fisher's exact $p = 0.773$) คือประมาณกว่าร้อยละ 30 ที่อยู่รับการรักษาได้ครบ 16 สัปดาห์ อีกเกือบร้อยละ 70 หยุดการบำบัดก่อนกำหนด 3. การกลับไปใช้สารเสพติด: -พบว่าในจำนวนผู้ป่วยติดสุร่า 8 ราย และผู้ติดแอมเฟตามีน 1 ราย ที่รับการทำบำบัดรักษาครบ 16 สัปดาห์ตามกำหนดของโปรแกรมในช่วง 30 วันก่อนสิ้นสุดการรักษายังมีผู้กลับไปใช้สุร่าหรือแอมเฟตามีนอยู่กลุ่มละ 1 ราย และใช้สารเสพติดอีกชนิดหนึ่งอื่นอีก 1 รายในกลุ่มผู้ติดแอมเฟตามีน -เมื่อติดตามผล 1 เดือนจนถึง 4 เดือนหลังเสร็จสิ้นการบำบัด พบว่าผู้ที่ได้รับการ

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 10 (ต่อ)	Instruments (ต่อ) 3. แบบประเมินและติดตามผลการรักษาเพื่อใช้ประเมินผลการรักษาเรื่องการกลับไปใช้สุราหรือแอลกอฮอล์ การให้สารเสพติดทดแทน และคุณภาพขององค์ประกอบในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลจะทำการประเมินผู้ป่วยทั้งหมดเมื่อจบกระบวนการกลุ่มทั้ง 16 สัปดาห์ทันที และติดตามผลการรักษาโดยใช้แบบสอบถามในเรื่องเดียวกันเมื่อเวลาผ่านไป 1, 4 และ 8 เดือนหลังสิ้นสุดการรักษา 4. วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม SPSS เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป โดยใช้ Chi square test/Fisher's exact test สำหรับข้อมูลที่เป็นความถี่ และ t-test สำหรับข้อมูลที่แจกแจงแบบปกติ ส่วนการเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มที่ได้รับบริการรักษาตามโปรแกรมใช้ Fisher's exact test	Finding (ต่อ) นำบัตรจนครบ โปรแกรมมีการกลับไปใช้สุราซ้ำ 2 รายในกลุ่มผู้ติดสุรา และใช้แอมเฟตามีนซ้ำ 2 รายในกลุ่มผู้ติดแอมเฟตามีน - เมื่อเวลา 8 เดือนหลังการรักษา พบว่ากลุ่มผู้ติดสุรา มีการกลับไปดื่มสุราซ้ำเพิ่มขึ้นเป็น 3 ราย และกลุ่มผู้ติดแอมเฟตามีน มีการกลับไปเสพซ้ำ 2 รายเท่าเดิม หมายความว่า การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) 4. ค่าคะแนน GAF: พบว่า กลุ่มผู้ติดสุราและกลุ่มผู้ติดแอมเฟตามีน มีค่า GAF เฉลี่ยหลังเข้ารับการบำบัดเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการบำบัด คือ 29.17 และ 26.50 ตามลำดับ ซึ่งหมายความว่าค่า GAF เฉลี่ยของกลุ่มผู้ติดสุราและกลุ่มผู้ติดแอมเฟตามีน ไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ $p = 0.377$ 5. คุณภาพขององค์ประกอบด้านอื่น ๆ ในชีวิต: พบว่าเมื่อสิ้นสุดการรักษาคนที่ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีคุณภาพของชีวิตด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต การจัดการในชีวิตประจำวัน สถานะทางกฎหมายดีถึงดีมาก ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้นด้านการประกอบอาชีพการเรียนในผู้ป่วยกลุ่มที่ติดสุรา มีคุณภาพดีกว่ากลุ่มผู้ติดแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.036$ และเมื่อติดตามในเดือนที่ 1 และ 4 หลังการบำบัด เปรียบเทียบกับเมื่อสิ้นสุดการรักษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีคุณภาพของชีวิตด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว สุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต การจัดการในชีวิตประจำวัน สถานะทางกฎหมายดีถึงดีมาก ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่เมื่อติดตามในเดือนที่ 8 หลังการบำบัด เปรียบเทียบกับหลังเลิกบำบัดทันทีพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีคุณภาพชีวิตทั้ง 6 ด้าน (ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว สุขภาพร่างกาย

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 10 (ต่อ)		Finding (ต่อ) สุขภาพจิต การจัดการในชีวิตประจำวัน สถานะทางกฎหมาย และด้านการประกอบอาชีพ(การเรียน) ลดลง ไม่แตกต่างก่อน-หลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) Implication การรักษาด้วยกลุ่มบำบัดในรูปแบบ Matrix Program มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ติดสุรา ได้ผลใกล้เคียงกับการรักษาผู้ติดแอมเฟตามีน ทั้งในด้านการสมรรถนะของการอยู่ในโปรแกรมการบำบัด ค่าคะแนน GAF ที่เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นเมื่อจบการรักษา การกลับไปใช้ชีวิตประจำวันลดลงในผู้ที่ได้รับการบำบัดสมบูรณ์ และคุณภาพขององค์ประกอบในชีวิตประจำวันต่างๆ ดีขึ้นภายหลังการรักษาถึง 8 เดือน ดังนั้นการบำบัดแบบกลุ่มโดยใช้รูปแบบของ Matrix Program จึงเป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ได้ดีในการบำบัดผู้ติดสุรา

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 11 ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่ง คนในการปฏิบัติสุรา ต่อพฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุราใน โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ผู้แต่ง ศิริพร โปธา ปี : 2547 Objective ศึกษาผลการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา ของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ได้รับการเสริมสร้าง สมรรถนะแห่งคนในการปฏิบัติสุรา ใน โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน Design Quasi experimental research (One group pre-post Test design) Level Level B	Setting คลินิกบำบัดสุรา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล บ้านธิ จังหวัดลำพูน Sample Inclusion criteria 1. มีคะแนนประเมินพฤติกรรมการดื่ม (Alcohol Use Disorders demitification Test [AUDIT]) ≥ 20 คะแนน 2. ประเมินอาการถอนพิษสุราพบอาการถอนพิษสุรา เล็กน้อย จากแบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) ได้คะแนนเท่ากับ 1-4 3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ และอ่านออก เขียนได้ 4. ขินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย Exclusion criteria - กลุ่มตัวอย่างได้จากผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นกลุ่มโรค F 10 ตามรหัสของโรคในระบบขององค์การอนามัย	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 11 รายจะได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งคนใน การปฏิบัติสุรา โดยดำเนินกิจกรรมทั้งหมดจำนวน 7 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และสัปดาห์สุดท้ายจำนวน 1 ครั้ง คือ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ดินสุดการเข้าร่วม สัมมนาโดยผู้ศึกษา รวม 3 ครั้ง คือ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ดินสุดการเข้าร่วม โปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์ ดังนี้ ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ครั้งที่ 2 การฝึกฝนการผ่อนคลายความเครียด ครั้งที่ 3 การสนทนาระหว่างตัวแบบและกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 4 กรณีศึกษา เรียนรู้จากข่าว ครั้งที่ 5 การสนทนาระหว่างกลุ่มตัวอย่าง (1) ครั้งที่ 6 การสนทนาระหว่างกลุ่มตัวอย่าง (2) ครั้งที่ 7 สรุปและประเมินผล Finding Within group 1. เมื่อทำการประเมินผลและแผนพฤติกรรมระหว่างการก่อนและหลังสิ้นสุด โปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรม การดื่มทั้ง 2 ระยะ ดีกว่าก่อน ได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2. เมื่อพิจารณาความแตกต่างของระดับการดื่มสุรา ระหว่างก่อนและหลังรับการบำบัด ทันที และหลังบำบัดครบ 2 สัปดาห์ พบว่าหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที กลุ่มตัวอย่างมีระดับ

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 11 (ต่อ)	Sample (ต่อ) โลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem [ICD-10]) เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพในคลินิกบำบัดสุรา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดสุรา ระหว่างวันที่ 4 มิถุนายน ถึง 13 กรกฎาคม พ.ศ.2550 ผ่านขั้นตอนการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 ราย Outcomes 1. พฤติกรรมการดื่มสุรา 2. ความตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา 3. ทักษะในการจัดการกับสภาวะอารมณ์ในด้านลบ 4. ความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจในการปฏิสัการดื่มแอลกอฮอล์ Instrument เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบสอบถามเช็กล่วงหน้า 2. ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่ม AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ในการคัดเลือกร่วมตัวอย่าง และประเมินพฤติกรรมการดื่ม	Finding (ต่อ) การดื่มสุราลดลง ไม่แตกต่างจากก่อนบำบัด (ยังดื่มสุราอยู่ในระดับติดหนึ่เดิม) แต่เมื่อประเมินผลครบ 2 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการดื่มสุราลดลงแตกต่างจากก่อนบำบัด (เปลี่ยนจากระดับติดสุรา เป็นระดับมีปัญหา) Between group - Implication 1. หากผู้ดื่มสุราได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนจะสามารถลดปริมาณการดื่มสุราได้ 2. การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเหมาะสำหรับใ้กับผู้ใช้ติดสุราแบบกลุ่ม และมีอาการถอนพิษสุราไม่มาก

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 11 (ต่อ)	<i>Instrument (ต่อ)</i> ก่อนเข้าร่วม โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการ ปฏิเสธการดื่ม, หลังได้รับ โปรแกรมทันทีทั้ง 7 ครั้ง และใช้ ติดตามผลอีก 1 ครั้งหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์ 3. แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) เพื่อใช้ประเมินอาการถอนพิษ สุราก่อนคัดกลุ่มตัวอย่าง	<i>Intervention</i> โปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่ม แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน ใช้เวลาการบำบัดครั้ง ละ 2 ชั่วโมง พักระหว่างชั่วโมง 10 นาที จำนวน 5 ครั้ง สิ้นสุดใน 5 วัน โครงสร้างของ โปรแกรม แบ่งเป็น 5 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 เพื่อเป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงสูง และให้ผู้ป่วย ได้เปิดเผยเรื่องราวของ ตนเองเกี่ยวกับการดื่มสุราพร้อมเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการรู้ถึงผลเสียของการดื่ม สุรา และสามารถเริ่มมีการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงการดื่มของตนได้ ครั้งที่ 2 เพื่อสำรวจความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา โดยใช้ผู้ป่วยสำรวจหา จุดแข็ง แรงจูงใจ อุปสรรคของตนเอง ด้วยการสอบถามของผู้บำบัดและฝึกให้ผู้ป่วย กำหนดเป้าหมายและเพิ่มความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา
เรื่องที่ 12	<i>Setting</i> หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี <i>Sample</i> ผู้ป่วยจิตเวชเพศชายจำนวน 20 คน ที่มีอายุระหว่าง 29- 55 ปี ระยะเวลาที่ดื่มสุรา 8-29 ปี ปริมาณการดื่มสุรา 6-112 ครั้งต่อสัปดาห์ มีคุณสมบัติดังนี้ <i>Inclusion criteria</i> 1. เป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหา โพธิ์ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2547 – 30 เมษายน 2547	โปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่ม แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน ใช้เวลาการบำบัดครั้ง ละ 2 ชั่วโมง พักระหว่างชั่วโมง 10 นาที จำนวน 5 ครั้ง สิ้นสุดใน 5 วัน โครงสร้างของ โปรแกรม แบ่งเป็น 5 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 เพื่อเป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงสูง และให้ผู้ป่วย ได้เปิดเผยเรื่องราวของ ตนเองเกี่ยวกับการดื่มสุราพร้อมเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการรู้ถึงผลเสียของการดื่ม สุรา และสามารถเริ่มมีการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงการดื่มของตนได้ ครั้งที่ 2 เพื่อสำรวจความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา โดยใช้ผู้ป่วยสำรวจหา จุดแข็ง แรงจูงใจ อุปสรรคของตนเอง ด้วยการสอบถามของผู้บำบัดและฝึกให้ผู้ป่วย กำหนดเป้าหมายและเพิ่มความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 12 (ต่อ) Design Quasi Experimental Level Level B	Sample (ต่อ) 2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Alcohol dependence หรือ Alcohol Psychosis ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (DSM-IV) และการใช้ Code แบบ ICD 10 3. ระดับความรุนแรงของภาวะขาดแอลกอฮอล์มีค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 4. สามารถสื่อสารความหมายและเข้าใจภาษา และมีทักษะในการประเมินสภาวะจิตชนิดสั้นเท่ากับ 18 คะแนน 5. มีอาการทางจิตเวช กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผ่านขั้นตอนการคัดเลือกต่าง ๆ ตามเกณฑ์การรับเข้าศึกษาได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 20 ราย Outcomes 1. แรงงใจ 2. พฤติกรรมการดื่มสุรา 3. ปริมาณการดื่มสุรา Instruments เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และประวัติการดื่มสุรา 11 ข้อ 2. แบบประเมินการวัดความรุนแรงของภาวะขาดสุรา	Intervention (ต่อ) ครั้งที่ 3 เพื่อเป็นการเน้นให้ผู้ป่วยสำรวจตนเอง และมุ่งใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม และการเสริมแรง โดยให้ผู้ดูแลสุราออกเหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการ และ การจัดการกับตัวกระตุ้น พร้อมประเมินจากการที่ผู้ดูแลสุราสามารถบอกเหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ และบอกวิธีการจัดการได้ ครั้งที่ 4 เพื่อฝึกให้ผู้ดูแลสุราเลือกใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมารด้นสุรา โดยให้การระดมสมองภายในกลุ่มเพื่อหาเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมารด้นสุรา แล้วจึงประเมินจากสิ่งที่ผู้ดูแลสุราสามารถหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและวิธีการจัดการกับความเครียดนั้น ๆ ได้ ครั้งที่ 5 เพื่อให้ผู้ดูแลสุราสามารถวางแผนในการเลิกดื่มสุราได้ โดยให้แต่ละคนพบทวนเป้าหมาย การเสริมแรง และการปฏิบัติงานในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา พร้อมประเมินจากการที่ผู้ดูแลสุราสามารถบอกเป้าหมายและแนวทางในการปฏิบัติงานในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา Finding Within group ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 9 ราย จาก 20 ราย ไม่ดื่มสุราตลอดระยะเวลาการศึกษา และมีจำนวน 1 รายมีการดื่มสุราน้อยลงกว่าก่อนได้รับการบำบัด แต่ดื่มไม่เกินมาตรฐานที่กำหนดและไม่เกินเป้าหมายที่ผู้เข้าร่วมการบำบัดได้ตั้งไว้ โดยการศึกษาติดตามผลแต่ละระยะ มีดังนี้ 1. ในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมโครงการไม่ดื่มสุราจำนวน 16 ราย และกลับไปดื่มสุราในปริมาณ 2-50 ครั้งต่อสัปดาห์จำนวน 4 ราย

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 12 (ต่อ)	Instruments (ต่อ) 3. แบบประเมินสภาวะจิตชนิดสั้น (Mini Mental Status Examination) ประเมินความรู้แรงของภาวะความบกพร่องในเรื่องความคิด ความจำ และเชาว์ปัญญา ผู้ป่วยต้องมีความคะแนน 18 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน 4. แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินแรงจูงใจ ประเมินแรงจูงใจโดยใช้แบบสอบถามขึ้นบันได ซึ่งพัฒนาโดยบินเนอร์และอดาม (Beiner and Adams, 1991) มีทั้งหมด 10 ขึ้นบันได แบ่งออกเป็น 5 ขึ้น ดังนี้ ก = ขึ้นบันไดที่ 0 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 1 คือ ขึ้นบันไดเลข (Pre- Contemplation) ข = ขึ้นบันไดที่ 1-2 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 2 คือ ขึ้นใจ (Contemplation) มีแนวโน้มกับความตั้งใจเล็กน้อย ค = ขึ้นบันไดที่ 3-5 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 2 คือ ขึ้นใจ (Contemplation) มีสติและคิดที่จะเตรียมพร้อมในการเปลี่ยนแปลง ง = ขึ้นบันไดที่ 6-8 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 3 คือ ขึ้นเตรียมพร้อม (Preparation) จ = ขึ้นบันไดที่ 9-10 = ระยะการเปลี่ยนแปลง	Finding (ต่อ) 2. ในระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้เข้าร่วมโครงการไม่ดื่มสุร่าจำนวน 14 ราย ดื่มสุร่าในปริมาณ 1-12 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 6 ราย 3. ในระยะติดตามผล 2 เดือน ผู้เข้าร่วมโครงการไม่ดื่มสุร่าจำนวน 13 ราย และดื่มสุร่า 1-26 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 7 ราย Implication การบำบัดแบบ CBT สามารถช่วยผู้ติดสุร่าให้มีการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุร่าลดลงและเลิกดื่มได้ แต่ก็ยังทรงตัวที่กลับมาดื่มในเวลาอันสั้น ดังนั้นควรมีการติดตามผลในระยะยาว และศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้รับการบำบัดกลับมาดื่มสุร่าซ้ำ

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 12 (ต่อ)	<i>Instruments (ต่อ)</i> ขั้นที่ 4 คือขั้นตอนการกระทำ (Action) หลังจากสัมภาษณ์เสร็จจึงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่ว่าผู้วิจัยจะอยู่ในชั้นใดก็สามารถนำผู้วิจัยเข้ากลุ่มได้ 5. แบบประเมินกระบวนการคิดและกระบวนการกระทำ เพื่อให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามการดื่มสุรา (The Process of Change-Alcohol Questionnaires) ก่อนและหลังการบำบัด พัฒนาแบบสอบถาม โดย Prochaska & DiClemente ในปี ค.ศ. 1984 และพัฒนาเป็นภาษาไทยโดย ดรุณี ขำขาว (2545) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ แบ่งออกเป็นวิธีการทางความคิด 20 ข้อคำถามวิธีการกระทำ 20 ข้อคำถาม และประเมินเปรียบเทียบกันระหว่างการบำบัดและหลังการบำบัดเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ถ้าคะแนนแต่ละวิธีการมากขึ้นแสดงถึงผู้เข้าร่วมโครงการมีการพัฒนาวิธีการด้านนั้นมากขึ้น และเชื่อว่าจะมีผลทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้น ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่าแบบเรียงอันดับ (Ordinal Rating Scale) 5 มาตราวัด โดยค่าคะแนน 0 = ไม่เคยเลย, 1 = น้อยครั้ง, 2 = บางครั้งบางครั้ง, 3 = บ่อย ๆ, 4 = เสมอ ๆ 6. แบบประเมินปริมาณการดื่มสุรา (Time Line	

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 12 (ต่อ)	<i>Instruments (ต่อ)</i> Follow Back) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย Sobell et al., (2001) ประเมิน โดยการให้ผู้ติดสุราได้บันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และปริมาณการดื่มสุราในวันนั้นเป็นรายวัน ย้อนหลัง 1 เดือน โดยคิดปริมาณการดื่มสุราเป็นจำนวนครั้ง คิดปริมาณการเทียบเคียง คือ 1 คืมมาตรฐาน หมายถึง สุรากลั่น 30 cc หรือเบียร์ 285 cc หรือไวน์ 120 cc มีแอลกอฮอล์ในกระแสดื่ม 1.5 มิลลิกรัม สรุปรายงานจริงเป็นสัปดาห์	<i>Intervention</i> เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบำบัดตามโปรแกรมกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงเหมือนกันหมดทุกราย โดยมีพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม รวมกิจกรรมทั้งหมด 9 กิจกรรม และบำบัดทั้งหมด 9 ครั้ง ครั้งละ 1 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในเวลา 5 สัปดาห์ ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้ 1. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินเพื่อวัดความสำนึกในคุณค่าแห่งตนครั้งที่ 1 ก่อนเข้ารับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และทำกิจกรรมที่ 1 – 2 โดยการสร้างสัมพันธภาพละลายพฤติกรรม และให้ผู้เข้าร่วมการบำบัดบอกคุณค่าของตนเองผ่านการวาดภาพ 2. ในสัปดาห์ที่ 2 ให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ 3-4 โดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การวาดความสำนึก และการสำรวจเป้าหมายของชีวิต
เรื่องที่ 13 ชื่อเรื่องงานวิจัย รายงานเบื้องต้น ผลการใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ผู้แต่ง สมภาร จุลอักษร, อนุสรณ์ อินทนนท์ และบุญดี เพชรรัตน์ ปี : 2547 <i>Objective</i> เพื่อศึกษาความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหลังได้รับการ	<i>Setting</i> แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ <i>Sample</i> ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ที่มีการทางจิตที่เข้ารับการบำบัดเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2547 โดย <i>Inclusion criteria</i> 1. เป็นผู้ป่วยโรคจิตจากการดื่มสุรา ที่มีการทางจิต ทูเลา โดยมีคะแนนการประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale [BPRS]) $\leq$ 36 จากคะแนน 126 คะแนน	<i>Intervention</i> เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบำบัดตามโปรแกรมกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงเหมือนกันหมดทุกราย โดยมีพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม รวมกิจกรรมทั้งหมด 9 กิจกรรม และบำบัดทั้งหมด 9 ครั้ง ครั้งละ 1 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในเวลา 5 สัปดาห์ ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้ 1. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินเพื่อวัดความสำนึกในคุณค่าแห่งตนครั้งที่ 1 ก่อนเข้ารับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และทำกิจกรรมที่ 1 – 2 โดยการสร้างสัมพันธภาพละลายพฤติกรรม และให้ผู้เข้าร่วมการบำบัดบอกคุณค่าของตนเองผ่านการวาดภาพ 2. ในสัปดาห์ที่ 2 ให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ 3-4 โดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การวาดความสำนึก และการสำรวจเป้าหมายของชีวิต

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 13 (ต่อ) Objective (ต่อ) บำบัด โดยใช้แนวคิดพิจารณาความเป็นจริง Design Naturalistic study Level Level B	Sample (ต่อ) 2. มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป 3. สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสาร และเขียนหนังสือภาษาไทยได้ 4. มีคะแนนความสำนึกในคุณค่าแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ (คะแนน 1-2.66 คะแนน) 5. ไม่มีพยาธิสภาพทางสมอง (organic brain syndrome) 6. จากการวินิจฉัยทางคลินิก กระบวนการรู้คิด (cognitive) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีประวัติเป็นโรคจิตเภทมาก่อน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผ่านขั้นตอนการคัดเลือกต่าง ๆ ตามเกณฑ์การรับเข้าศึกษาได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 10 ราย Outcomes 1. ความสำนึกในคุณค่าแห่งตน 2. การตระหนักรู้ในพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 3. ผลกระทบจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา Instruments เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบวัดความสำนึกในคุณค่าแห่งตน เพื่อใช้ประเมินความสำนึกในคุณค่าแห่งตนก่อนและหลังให้	Intervention (ต่อ) 3. ในสัปดาห์ที่ 3 ให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ 5-6 โดยให้ตระหนักในพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และสำรวจผลกระทบจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา 4. ในสัปดาห์ที่ 4 ให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ 7-8 โดยให้ทบทวนและระบุวิธีการแก้ปัญหา เขียนถึงพฤติกรรมการปฏิบัติตัว และให้แลกเปลี่ยนผลการปฏิบัติตนสัญญาในกลุ่ม 5. ในสัปดาห์ที่ 5 ให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ 9 โดยให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในกลุ่ม ให้โอกาสกลุ่มให้กำลังใจกัน แล้วทำการประเมินเพื่อวัดความสำนึกในคุณค่าแห่งตนครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดโปรแกรมเพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสำนึกในคุณค่าแห่งตนระหว่างก่อนและหลัง ให้โปรแกรมบำบัด Finding Within group เมื่อวิเคราะห์ความสำนึกในคุณค่าแห่งตนระหว่างก่อนและหลังรับการบำบัดพบว่า หลังสิ้นสุดการบำบัดผู้ช่วยมีคะแนนความสำนึกในคุณค่าแห่งตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยที่ค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง = 56.7 (SD = 10.42) และหลังการทดลอง = 105.8 (SD = 11.31) Implication 1. กลุ่มกิจกรรมบำบัดตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริง สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา มีระดับความสำนึกในคุณค่าแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่ไม่สามารถบอกได้แน่ชัดว่าจะสามารถลดอัตราการกลับ ไม่ดื่มสุราซ้ำได้ 2. การที่ระดับคะแนนความสำนึกในคุณค่าแห่งตนเพิ่มขึ้น อาจใช้เป็นการบอกทิศทางเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยว่าเริ่มมีการพัฒนาตนเองในทางที่ดีขึ้น

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 13 (ต่อ)	<i>Instruments (ต่อ)</i> โปรแกรมการบำบัดสิ้นสุด 2. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale [BPRS]) เพื่อใช้ประเมินอาการทางจิตก่อนทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการบำบัด 3. เก็บและรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สังเกตการณ์ บันทึกพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มในแต่ละครั้ง 4. วิเคราะห์ข้อมูลและความแตกต่างคะแนนความถนัดในคุณค่าแห่งตนด้วย Wilcoxon Matched Pairs-Signed-	
เรื่องที่ 14 ชื่อเรื่องงานวิจัย ประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง ผู้แต่ง สุนทร ศรี โก ไสย ปี : 2548 Objective เพื่อศึกษาผลการลดการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มารับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง	<i>Setting</i> คลินิกบำบัดสุรา แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนปรุง <i>Sample</i> <i>Inclusion criteria</i> 1. มีพฤติกรรมการดื่มสุราในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาขณะมารับบริการ ณ คลินิกบำบัดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง 2. ผลการประเมินความรุนแรงของการถอนพิษสุราอยู่ในระดับน้อย ประเมินโดยแบบประเมินความรุนแรงของการถอนพิษสุรา (AWS) ได้คะแนนน้อยกว่า 5	<i>Intervention</i> เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 7 ครั้ง ภายใน 12 สัปดาห์ โดยแต่ละครั้งนัดห่างกันทุก 2 สัปดาห์ ใช้เวลาบำบัดครั้งละ 30-45 นาที ติดตามผลทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 7 ครั้ง (time₁ week₀ ถึง time₂ week₂) โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับบำบัดด้วยการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) และวัดข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดทุกครั้ง ซึ่งในแต่ละครั้งของการบำบัดผู้ที่ให้การบำบัดจะเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกบำบัดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง และใช้รูปแบบการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ติดสุราเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของมิลเลอร์และ โรลลิ่ง ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญเป็น

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 14 (ต่อ) Objective (ต่อ) ภายหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ Design Quasi Experimental Level Level B	Sample (ต่อ) 3. สามารถอ่านออก เขียนได้ และพูดคล่องต่อสื่อสารได้ 4. สัมผัสใจในการให้ผู้อื่นคิดตามต่อเนื่องได้ทุก 2 สัปดาห์จำนวน 6 ครั้ง 5. สามารถทำตามนัดได้ 6. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย Exclusion criteria - กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากผู้ป่วยดื่มสุรามีจำนวน 156 คน ที่มารับบริการ ณ คลินิกบำบัดสุราแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนปรุงระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 11 สิงหาคม พ.ศ. 2548 และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตสุรา (alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994) หรือได้รับการวินิจฉัยเป็น F10.2 ตามรหัสโรคที่ติดตามระบบขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ผ่านขั้นตอนต่าง ๆ เช่น การคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม จำนวน 29 ราย Outcomes 1. ความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม 2. ร้อยละของวันที่ดื่มหนัก	Intervention (ต่อ) ศูนย์กลางเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการช่วยให้ผู้ติดสุราได้สำรวจค้นหาและแก้ไขความลังเลใจของตนเอง ด้วยเทคนิคการตั้งคำถามกระตุ้นให้ผู้ติดสุราได้พูดข้อความจูงใจตนเอง (SMS) ใช้วิธีให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interview [MI]) และเทคนิค FRAMES อันได้แก่ Feed back, Responsibility, Advice, Menu, Empathy และ Self-Efficacy Finding With in group : 1. ความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นในแต่ละครั้งของการบำบัด โดยการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.54 มีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) อยู่ระหว่าง 71.80 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างใดที่มีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม อยู่ในระหว่าง 91-100 และคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) เพิ่มขึ้นในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) อยู่ระหว่าง 91-100 โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) อยู่ระหว่าง 91-100 มีจำนวนมากขึ้นเป็นร้อยละ 31.80, 59.10, 81.80, 77.30, 81.80 และ 95.50 ตามลำดับ 2. ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) ของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนลดลงในแต่ละครั้งของการบำบัด ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้ - การบำบัดครั้งที่ 1 : พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 18.2 มีจำนวนวันที่ดื่มหนักหรือเฉลี่ย 91.00 ขึ้นไป และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.65 มีจำนวนวันที่ดื่มหนักอยู่ระหว่าง ร้อยละ 70.00-90.00

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 14 (ต่อ)	Outcomes (ต่อ) 3. ร้อยละของวันที่หยุดดื่ม 4. ความพร้อมของการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา 5. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในผู้ดื่มสุรา Instrument เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบประเมินความรุนแรงของการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) เพื่อใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการรักษา 2. แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment of Function Scale [GAF]) โดยใช้วัดครั้งแรกและทุก 2 สัปดาห์ จนถึงสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 12 3. แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRA-TESS-8A]) สำหรับผู้ดื่มสุรา ซึ่งใช้ในการวัดครั้งแรกและทุก 2 สัปดาห์ จนถึงสัปดาห์ที่ 12 4. แบบวัดผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ดื่มสุรา (Drinker Inventory of Consequence [DInC-2L]) ที่ใช้วัดผลลัพธ์หรือผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุราทั้ง 5 ด้าน ได้แก่	Finding (ต่อ) 2. ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) ของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนลดลงในแต่ละครั้งของการบำบัด ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้ - การบำบัดครั้งที่ 1 : พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 18.2 มีจำนวนวันที่ดื่มหนักร้อยละ 91.00 ขึ้นไป และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.65 มีจำนวนวันที่ดื่มหนักอยู่ระหว่างร้อยละ 70.00-90.00 - การบำบัดครั้งที่ 2 : พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 4.5 มีจำนวนวันที่ดื่มหนักอยู่ระหว่าง 70.00-90.00 และ ร้อยละ 91.00 ขึ้นไป - การบำบัดครั้งที่ 3, 4, และ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 4.5 มีจำนวนวันที่ดื่มหนักเท่ากับร้อยละ 91.00 ขึ้นไป - การบำบัดครั้งที่ 6 และ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวนวันที่ดื่มหนักอยู่ในช่วง 0-30.00 และมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 6.36 มีจำนวนวันที่ดื่มหนักเท่ากับ 0 3. ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) ของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละครั้งของการบำบัด โดย - การบำบัดครั้งที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.90 มีจำนวนวันที่หยุดดื่ม อยู่ในช่วงร้อยละ 81.00-100.00 - การบำบัดครั้งที่ 2, 3, 4, และ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.81 มีจำนวนวันที่หยุดดื่ม อยู่ในช่วงร้อยละ 81.00-100.00 - การบำบัดครั้งที่ 6 และ 7 มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.3 มีจำนวนวันที่หยุดดื่ม อยู่ในช่วงร้อยละ 81.00-100.00 โดยที่มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.72 สามารถหยุดดื่มสุราเท่ากับร้อยละ 100.00 4. ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 14 (ต่อ)	Instrument (ต่อ) 1) ด้านร่างกาย (physical) 2) ด้านการรับรู้ (cognitive) 3) ด้านความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง (impulse control) 4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal) โดยใช้ในวันที่กลุ่มตัวอย่างมาพบครั้งแรกและครั้งสุดท้ายหลังการบำบัด 5. ร้อยละของวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) โดยการนับจำนวนวันที่กลุ่มตัวอย่างดื่มสุราเกิน 4 drink/วัน ในช่วง 14 วันที่ผ่านมามากด้วย 100 หรือการวัดในครั้งแรกและทุก 2 สัปดาห์จนถึงสัปดาห์ที่ 12 6. ร้อยละของวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) โดยการนับจำนวนวันที่กลุ่มตัวอย่างหยุดดื่มสุรา ในช่วง 14 วันที่ผ่านมามากด้วย 100 หรือการวัดในครั้งแรกและทุก 2 สัปดาห์จนถึงสัปดาห์ที่ 12	Finding (ต่อ) พบว่า ในการบำบัดตั้งแต่ครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 7 มีระดับการยอมรับ (Recognition) อยู่ในระดับต่ำมากและพบระดับความลังเล (Ambivalence) อยู่ในระดับต่ำ ส่วนระดับลงมือกระทำ (Taking steps) ในการบำบัดครั้งที่ 1-2 พบอยู่ในระดับต่ำและเพิ่มขึ้นในครั้งที่ 3-7 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 5. ผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยในด้านร่างกาย ด้านการรับรู้ (cognitive) ด้านความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านร่างกายในการบำบัดครั้งที่ 7 มีค่าน้อยกว่าการบำบัดครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งหมายความว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพกาย มีความรับผิดชอบต่อสังคม สามารถควบคุมอารมณ์ มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นดีขึ้นและมีการเคารพในตนเองมากขึ้นด้วย
		Between group : - Implication การบำบัดโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุราที่ไม่มีอาการทางจิตแบบรายบุคคล จำนวน 7 ครั้ง ห่างกันทุก 2 สัปดาห์ทั้งหมด 12 สัปดาห์ มีผลในการลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก เพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่ม เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม ผลลัพธ์ที่ตามมาจากการดื่มสุราได้ และทำให้บุคคลที่ปฏิบัติงานในคลินิกบำบัดสุราสามารถนำการบำบัดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุรา และป้องกันการกลับดื่มสุราซ้ำในผู้ติดสุราได้

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 15 ชื่อเรื่องงานวิจัย การพัฒนาแบบกิจกรรมบำบัดเพื่อเพิ่มการมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเสพติดสุราในสถาบันราชภัฏรำไพพรรณี ผู้แต่ง ผกามาศ เกตุกิจ ปี : 2548 Objective เพื่อเปรียบเทียบการมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเสพติดสุราในสถาบันราชภัฏรำไพพรรณี หลังเข้าร่วมการพัฒนาในรูปแบบกิจกรรมบำบัด Design Quasi-experimental research (One group pretest- posttest design) Level Level B	Setting สถาบันราชภัฏรำไพพรรณี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข Sample Inclusion criteria 1. เป็นผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดสุราที่ได้รับการบำบัดรักษาในระยะบำบัดด้วยผู้ป่วยที่อยู่ติดเพอร์ 1 ติดเพอร์ 2 ติดเพอร์ 3 ติดเพอร์ และติด โพลิน 2. เป็นผู้ป่วยที่สามารถให้ข้อมูลอ่านออกและเขียนได้ มีสติสัมปชัญญะครบ 3. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคหอบ โรคหัวใจ มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีอาการทางจิตเวช เช่น อาการสับสน หูแว่ว ภาพหลอน จำวันเวลาและสถานที่ไม่ได้ 4. มีความยินดีที่จะร่วมศึกษาวิจัยในช่วงระยะเวลา 2 ปี Exclusion criteria กลุ่มตัวอย่างได้มาจากผู้ป่วยเสพยาเสพติดสุราที่ได้รับการบำบัดรักษาในสถาบันราชภัฏรำไพพรรณี ในช่วงเดือนมกราคม 2548 – เมษายน 2548 จำนวน 634 คน ผ่านการบำบัดรักษาเป็นผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยาแล้วทำการ	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 ราย จะได้รับการบำบัดแบบฟื้นฟูทางสายใหม่ (FAST Model) ระยะเวลาในการบำบัดมี 9 กิจกรรม ภายใน 2 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมตั้งแต่วันจันทร์ – วันศุกร์ ยกเว้นวันเสาร์และวันอาทิตย์ ใช้เวลาบำบัดแต่ละครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมงต่อ 1 กิจกรรม รวมระยะเวลาในการดำเนินการบำบัดทั้งสิ้น 9 ชั่วโมง และติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ โดยใช้กิจกรรมบำบัดเพื่อเพิ่มการมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเสพยาเสพติด สรุปที่ประกอบด้วย 9 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1-3 ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์, กิจกรรมหลากหลายแขนงนี้เอง , กิจกรรมจินตนาการและเธอเป็นคนพิเศษ เพื่อสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง และสร้างความรู้ถึงถึงการได้รับการยอมรับ ความสนใจ ความเอาใจใส่ด้วยความห่วงใย และการแสดงออกถึงความรักเห็นความสำคัญและคุณค่าในตนเองและของผู้อื่น กิจกรรมที่ 4-5 ประกอบด้วย กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน และกิจกรรมเป้าหมายของตนเอง เพื่อการควบคุมตนเองให้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ และส่งเสริมความสามารถของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมการกระทำของตนเองและผู้อื่น แสดงถึงความเห็นและสิทธิของตนที่ได้รับการยอมรับและได้รับการนับถือจากบุคคลอื่นภายในขอบเขตที่เหมาะสม มีคุณลักษณะเป็นผู้นำและผู้ตามที่ดี สามารถทำให้นักคนอื่นเกิดความไว้วางใจ และเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองกล้าแสดงออกในสิ่งที่ตนเองคิด สามารถตั้งใจให้ผู้อื่นยอมรับหรือทำตามความคิดของตนเองได้

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 15 (ต่อ)	Sample (ต่อ) คัดเลือกแบบเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน Outcomes 1. การมีคุณค่าในตนเองด้านอำนาจ 2. การมีคุณค่าในตนเองด้านความสำคัญ 3. การมีคุณค่าในตนเองด้านความสามารถ 4. การมีคุณค่าในตนเองด้านคุณความดี Instrument เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปจำนวน 16 ข้อของผู้ป่วยเพศหญิงซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกลึกซึ้งการมีคุณค่าในตนเอง และประวัติการดื่มสุรา 2. แบบสอบถามการมีคุณค่าในตนเอง เพื่อประเมินคุณค่าในตนเองก่อนและหลังให้การบำบัด	Intervention (ต่อ) กิจกรรมที่ 6-7 ประกอบด้วย กิจกรรมฝึกฟัง และกิจกรรมจิตชอว์กับความท้าทาย เพื่อการสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง และส่งเสริมให้บุคคลกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้บรรลุตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และความปรารถนาที่มุ่งหวังในการดำรงชีวิต และเป็น การแสดงออก การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยการหาหลากหลายวิธีการใน แก้ปัญหาและสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยดี มีความคิดสร้างสรรค์ในการทำงานและฝึก สำนึกผิดในการทำงาน กิจกรรมที่ 8-9 ประกอบด้วย กิจกรรมตัวตนของฉัน และกิจกรรมการทำความดี เพื่อสร้างการยอมรับตนเองและมองเห็นคุณค่าของตนเอง และทำให้ผู้รับบริการมี พินคิดต่อตนเองในทางบวก และรับรู้ถึงความรู้สึที่ดีด้านการมีคุณค่า Finding Within group 1. เมื่อพิจารณาข้อมูลพื้นฐานภายในกลุ่มตัวอย่าง พบว่าไม่มีความแตกต่างทางด้าน ข้อมูลพื้นฐาน 2. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการมีคุณค่าในตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละด้าน พบว่าผู้รับการบำบัดหลังสิ้นสุดการบำบัดครบ 2 สัปดาห์ - ด้านการมีความสำคัญ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) - ด้านการมีอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) - ด้านการมีความสามารถ มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) - ด้านการมีคุณความดี มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) Between group -

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 15 (ต่อ)		Implication 1. รูปแบบกิจกรรมบ่มเพาะเพื่อเพิ่มคุณค่าในตนเองด้านการมีความสำคัญ สามารถนำไปใช้เป็นกิจกรรมใน Fast model เพื่อบ่มเพาะผู้สวดสวดให้เด็กมีความรู้คุณค่าในตนเองที่จะรักษาให้หายและให้ความสำคัญกับตนเองได้ 2. กิจกรรมบ่มเพาะเพื่อเพิ่มคุณค่าในตนเองด้านการมีอำนาจ เหมาะที่จะนำไปใช้ในการบ่มเพาะแบบ Fast model และสามารถทำให้ผู้ดูแลสุราวิธีการควบคุมตนเองให้ไปถึงเป้าหมายที่วางไว้เพื่อลดดื่มสุรา หรือการดื่มให้น้อยลง และสามารถดูแลตนเองได้ไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน ทำให้ผู้รู้สึกลึกซึ้งมีอำนาจจำค่าเปลี่ยนเป็นผู้รู้สึกลึกซึ้งมีอำนาจเพิ่มขึ้นได้

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 16 ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มต่อการลดการดื่มสุราของผู้ติดสุราในคลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้แต่ง ดอกรัก พิพาคำ ปี : 2549 Objective เพื่อศึกษาผลการลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่ได้รับบริการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่ม ในคลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ Design Quasi experimental research (One group pre-post Test design) Level Level B	Setting ตึกผู้ป่วยนอก คลินิกสารเสพติดโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ Sample กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย จะได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่ม ใช้เวลาบำบัดทั้งหมด 4 สัปดาห์ ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 8 ครั้ง แบ่งเป็นทั้งหมด 4 ระยะ และจะได้รับการประเมินสภาพจิตใจ (mental status examination) ก่อนการทำกลุ่มทุกครั้ง และมีกิจกรรมดังต่อไปนี้ Inclusion criteria 1. "ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดสุรา (alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV TR) (American Psychiatric Association, 2005) หรือได้รับการบันทึกการวินิจฉัยเป็น F10.2 ตามรหัสโรคที่ติดระบบขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) 2. สามารถพูดคุยติดต่อดสื่อสารได้ 3. มีคะแนนของพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับเสี่ยงถึงเสี่ยงสูง (คะแนนตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป) เมื่อใช้แบบประเมินระดับปัญหาของการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) 4. มีคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาสำหรับผู้ดื่มสุราในด้านความเล็งอยู่ในระดับสูง (17 คะแนนขึ้นไป) เมื่อประเมิน โดยแบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (SOCRATES-8A)	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย จะได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่ม ใช้เวลาบำบัดทั้งหมด 4 สัปดาห์ ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 8 ครั้ง แบ่งเป็นทั้งหมด 4 ระยะ และจะได้รับการประเมินสภาพจิตใจ (mental status examination) ก่อนการทำกลุ่มทุกครั้ง และมีกิจกรรมดังต่อไปนี้ ครั้งที่ 1 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มสุราเพื่อสร้างความตระหนักถึงอาการครั้งที่ 2 – ครั้งที่ 7 ย้ำให้ผู้ติดสุรามีความตระหนักเพิ่มขึ้นเรื่องผลกระทบของการดื่มสุรา และย้ำให้ผู้ติดสุราเกิดความรู้สึกรับผิดชอบตนเองที่จะลด/เลิกดื่มสุรา ครั้งที่ 8 ส่งเสริมให้ผู้ติดสุรามีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการกลับดื่มสุราซ้ำ Finding Within group 1. เมื่อพิจารณาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในแง่ของข้อมูลพื้นฐาน 2. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระดับพฤติกรรมการดื่มสุรา ก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่ม ในระยะติดตามผลทันทีที่หลังจากจบโปรแกรมบำบัด ในระยะ 2 สัปดาห์ และระยะ 1 เดือน พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมการดื่มสุรา 55.87, 53.07 และ 52.00)

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 16 (ต่อ)	Sample(ต่อ) 5. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย Exclusion criteria - กลุ่มตัวอย่างได้มาจากผู้ติดตามที่มารับการบำบัดในคลินิกการเสพติด โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนวันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 5 กันยายน พ.ศ. 2549 ผ่านขั้นตอนต่าง ๆ และถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่มจำนวน 15 ราย Outcomes - พฤติกรรมกรมดื่มสุรา - ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรมดื่มสุรา - ความตระหนักถึงความสำคัญและต้องการการรักษา - ความตระหนักถึงผลกระทบจากการดื่มสุรา - ความคิดลด/เลิกดื่มสุรา - แรงจูงใจในการหยุด ดื่ม/เลิกดื่มสุรา - การกลับไปปดดื่มสุราซ้ำ Instrument เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล - แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ประกอบด้วยอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส	Finding (ต่อ) - จากค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมกรมดื่มสุรา 55.87, 53.07 และ 52.00 ที่ลดลงแสดงให้เห็นพฤติกรรมการดื่มผู้ติดตามเป็นไปในทางที่ดีขึ้น มีการหยุดดื่มหรือลดปริมาณ และจำนวนวันดื่มสุราลดลง - เมื่อพิจารณาขั้นตอนความรู้ในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาพบว่าหลังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจกลุ่มตัวอย่างตระหนักถึง ถึงเลใจ และมีการลงมือปฏิบัติในการลดการดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.01$) Implication - การเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มมีประสิทธิภาพ สามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดตามได้ - การเสริมสร้างแรงจูงใจต้องเน้นผู้เป็นศูนย์กลาง - ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of Change) 6 ขั้นตอน มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของบุคคล ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - การเสริมสร้างแรงจูงใจเหมาะที่จะใช้บำบัดผู้ติดตามแบบกลุ่มมากกว่าการบำบัดรายบุคคล

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 16 (ต่อ)	Instrument (ต่อ) ระยะเวลาการดื่มสุราและการวัดสภาพจิตใจ 2. แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและ ความต้องการการรักษา (The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale : SOCRA TES-8A) สำหรับ ผู้ดื่มสุรา 3. แบบประเมินระดับปัญหาจากการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) เพื่อประเมิน พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ดื่มสุรา 4. แบบประเมินสภาพจิตใจ (Mental Status Examination [MSE]) เพื่อใช้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อน	
เรื่องที่ 17 ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลการบำบัดโดยการสร้างแรงจูงใจในการ รักษานักโทษในศูนย์บำบัดรักษาและ ดูแล ผู้แต่ง สุนันทา ปลั่งกลาง และสุจิตดา สิงคะกุล ปี : 2549	Setting แผนกผู้ป่วยใน ศูนย์บำบัดรักษาและดูแล Sample Inclusion criteria 1. อายุตั้งแต่ 17 ปี ขึ้นไป 2. สามารถอ่านออกเขียนได้ 3. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ของ องค์การอนามัยโลก	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 80 ราย จะได้รับการรักษาแบบปกติ (Routine care) จนหาย จากอาการ เมายา ขาดยาแล้ว จึงจะได้รับการประเมินเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพของการ บำบัดสุราตามโปรแกรมการบำบัดโดยการสร้างแรงจูงใจ ระยะเวลาในการบำบัด 3 ครั้ง ภายใน 3 สัปดาห์ ไม่ระบุระยะห่าง ในการบำบัดแต่ละครั้ง แต่ครั้งของการบำบัดใช้เวลาตั้งแต่ 45-60 นาที และประเมินการบำบัด 3 ครั้ง หลังการบำบัดไปแล้วในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ดังนี้

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 17 (ต่อ) <i>Objective</i> เพื่อศึกษาผลและพัฒนาารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยสูบบุหรี่นอก หลังได้รับการบำบัดเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจ <i>Design</i> Prospective data collection <i>Level</i> Level B	<i>Sample (ต่อ)</i> 4. ผู้ป่วยในที่ได้รับการบำบัดด้วยยา จนหายจากการเมาชา ขาดยา 5. สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา <i>Exclusion criteria</i> 1. มีการฉีกเถินทางออร์ศาสตร์ และสัลยศาสตร์ 2. อยู่ในระหว่างรักษาโรคทางจิตเวชที่ต้องได้รับยาต่อเนื่อง 3. เคยหยุดสูราได้มากกว่า 1 เดือน ในช่วงระยะ 3 เดือนก่อนเข้ารับการบำบัด 4. ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจไม่ครบ กลุ่มตัวอย่างได้จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2549 ถึง 31 ธันวาคม 2549 โดยผ่านขั้นตอนการชักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อประเมินภาวะติดยา และการแทรกซ้อน แล้วนำมาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาและเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษาได้กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มทดลอง I กลุ่มจำนวน 80 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 75 ราย และหญิง 5 ราย	<i>Intervention (ต่อ)</i> ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และประเมินระดับพื้นฐานของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง พร้อมให้ทำแบบประเมิน (SOCRATES-8A) และให้ความรู้ กระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบของสูราในด้านต่าง ๆ ด้วยเทคนิค (positive and Supportive feedback) ครั้งที่ 2 สำรวจความก้าวหน้าของแรงจูงใจ ร่วมกับกระตุ้นให้เกิดความตั้งใจ จัดแข่งภายในตัวผู้ติดสูรา แล้วจึงส่งเสริมความเชื่อมั่น เสนอทางเลือก(Menu of choice) ในการเปลี่ยนแปลง ค้นหาและให้แนวทางแก้ไขอุปสรรคอื่น ที่มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติดสูรา ด้วยเทคนิคเดียวกันกับครั้งที่ 1 ครั้งที่ 3 สำรวจความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และประเมินสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปติดสูรา และให้ผู้ช่วยทดลองปฏิบัติตามแผนที่ตนเองกำหนดขึ้น แล้วจึงพบทวนให้ตระหนักถึงสถานการณ์เสี่ยง พัฒนาทักษะการป้องกันการกลับติดสูราโดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม และให้ทำแบบประเมิน (SOCRATES- 8A) ก่อนยุติการบำบัด พร้อมนัดติดตามผลการรักษามื้อรอบ 2 สัปดาห์ คือสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ตามลำดับ <i>Finding</i> Within group 1. เมื่อสิ้นสุดการบำบัดและติดตามผลในสัปดาห์ที่ 4 พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับการสร้างแรงจูงใจสามารถหยุดติดสูราได้ (Remission) จำนวน 48 ราย (60%) กลับมาติดอีก (Relapse) 22 ราย (27.50%) และไม่ติดตามผลการบำบัดรักษา (Drop out) 10 ราย (12.50%) 2. การติดตามผลการบำบัดรักษาในสัปดาห์ที่ 12 พบว่ามีผู้ป่วยหลังได้รับการสร้าง

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 17 (ต่อ)	Outcomes 1. แรงจูงใจในด้านความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงการหยุดดื่มสุรา 2. การหยุดดื่มสุรา (Remission) 3. การกลับดื่มสุราซ้ำ (Relapse) 4. Drop out Instrument เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุราก่อนเข้ารับโปรแกรมการบำบัดและในสัปดาห์แรกภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัด 2. แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES-8A]) สำหรับผู้ติดสุราโดยใช้วัดก่อนผู้ติดสุราเข้ารับโปรแกรมครั้งที่ 1 และวัดหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมบำบัดในครั้งที่ 3 3. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติเชิงวิเคราะห์ชนิด Pearson Chi-square test, pair t- test และ Fisher's exact test	Finding (ต่อ) แรงจูงใจหยุดดื่มสุรา (Remission) ลดลงเหลือ 30 ราย (37.50%) กลับมาดื่มอีก (Relapse) เพิ่มขึ้นเป็น 34 ราย (42.50%) และไม่ติดตามผลการบำบัดรักษา (Drop out) 16 ราย (20.00%) 3. เมื่อเปรียบเทียบขั้นตอนความพร้อมของการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังสิ้นสุดการบำบัด - การตระหนักรู้เกี่ยวกับผลของการดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (จาก 28.39 เพิ่มขึ้นเป็น 31) - ความตั้งใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (จาก 15.15 เพิ่มขึ้นเป็น 16.60) - การลงมือปฏิบัติเพื่อรักษาตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (34.47 เพิ่มขึ้นเป็น 35.63 คะแนน) Between group - Implication 1. การบำบัดผู้ติดสุราโดยวิธีการสร้างแรงจูงใจ เหมาะในการนำไปใช้กับผู้ติดสุราก่อนเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ 2. การสร้างแรงจูงใจมีผลทำให้ผู้ติดสุราให้ความสนใจในความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา 3. ผู้ติดสุราสามารถหยุดดื่มสุราได้ในอย่างน้อย 3 เดือน แต่ไม่ทั้งหมด

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 18 ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง ผู้แต่ง สุนทรี ศรีโกไสย, ภัทรภรณ์ พงศ์ปิ่น และชลิณี สุวรรณยศ ปี : 2549 Objective เพื่อศึกษาผลการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มารับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุงทุก 2 สัปดาห์ ด้วยวิธีการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงใจ (Motivational enhancement therapy)	Setting คลินิกบำบัดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง แผนกผู้ป่วยนอก Sample Inclusion criteria 1. มีพฤติกรรมการดื่มสุราในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา 2. อาการถอนพิษสุรายู่ในระดับน้อย ประเมินโดยใช้ Alcohol Withdrawal Scales (AWS) ได้คะแนนน้อยกว่า 5 คะแนน 3. สามารถอ่าน และเขียนหนังสือได้ พูดคุยติดต่อสื่อสารได้ 4. สมัครใจในการบำบัดรักษา และยินยอมให้ติดตามต่อเนื่อง 5. สามารถบำบัดตามนัดได้ 6. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย Exclusion criteria - กลุ่มตัวอย่างได้จากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา (Alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) หรือได้รับการ	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 29 ราย จะได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจเป็นรายบุคคลจำนวน 7 ครั้ง ครึ่งละ 30-45 นาที ทุกวันทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 7 ครั้ง 8, 10 และ 12 รวม ทั้งหมด 12 สัปดาห์ จากนั้นติดตามผลทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 7 ครั้ง (time₀, week₀, ถึง time₇, week₁₂) โดยเนื้อหาของการทำงานได้ใช้รูปแบบการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ติดสุราเพื่อเสริมสร้างแรงใจตามแนวคิดของ มิลเลอร์และโรลนิก ซึ่งเป็นกรให้คำปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการช่วยให้ผู้ติดสุราได้สำรวจค้นหาและแก้ไขความลังเลใจของตนเอง ด้วยเทคนิคการตั้งคำถามกระตุ้นให้ผู้ติดสุราได้พูดข้อความใจตนเอง (SMS) ใช้วิธีให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงใจ (Motivation Interview [MI]) และเทคนิค FRAMES อันได้แก่ Feed back, Responsibility, Advice, Menu, Empathy และ Self-efficacy โดยเริ่มจากการใช้กลวิธีของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงใจ ส่งเสริมให้เกิดการตระหนักหรือรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ทบทวนเป้าหมายในอนาคตกับสภาพที่เป็นจริง เสริมสร้างการยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น การตั้งใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา และการแสดงทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง Within group 1. จากการติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราทั้ง 7 ระยะ พบว่าความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเพิ่มขึ้นในทุกระยะของการบำบัด

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 18 (ต่อ) Design Quasi Experimental Research (One Group Pre-Post Test Design) Level Level B	Sample (ต่อ) วินิจฉัยเป็น F 10.2 ตามระบบขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มารับบริการที่คลินิกบำบัดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง ผ่านขั้นตอนและได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 29 ราย Outcomes 1. ความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม 2. วันที่ดื่มสุราหนัก 3. วันที่หยุดดื่มสุรา 4. ปริมาณการดื่มสุรา 5. ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงความต้องการการรักษาและยอมรับการบำบัดการติดสุรา 6. ความพึงพอใจและพร้อมลงมือปฏิบัติในการลด/ เลิกการดื่มสุรา	Finding (ต่อ) 2. เมื่อพิจารณาร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก พบว่าหลังรับการบำบัดในแต่ละระยะ กลุ่มตัวอย่างมีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักลดลง 3. เมื่อพิจารณาร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม พบว่าหลังรับการบำบัดกลุ่มตัวอย่างมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มเพิ่มขึ้นในแต่ละระยะของการบำบัด 4. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาในด้านการยอมรับ ด้านความพึงพอใจ และด้านกำลังลงมือทำในการบำบัดตั้งแต่ระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 7 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 5. เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ดื่มสุรา โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนผลลัพธ์การพบปะในผู้ดื่มสุรา ทางด้านร่างกาย ด้านความรับผิดชอบทางสังคม ด้านความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเอง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านภายในของบุคคลระหว่างการบำบัดระยะที่ 1 และ 7 พบว่าคะแนนเฉลี่ยผลกระทบใน ระยะที่ 7 แตกต่างจากระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) Between group - Implication 1. การเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถลดอัตราการดื่มสุราของผู้ติดสุรา ลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ลดผลกระทบจากการดื่มสุรา เพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่ม เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราและความต้องการรักษา 2. การเสริมสร้างแรงจูงใจเหมาะสมกับการบำบัดรายบุคคล 3. เป็นการบำบัดที่ใช้ระยะเวลาสั้น ๆ เหมาะกับการปฏิบัติงานระบบสุขภาพในปัจจุบัน

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 18 (ต่อ)	Outcomes (ต่อ) 7. แรงจูงใจในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา Instruments เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWSI]) 2. แบบประเมินติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง ที่ประกอบไปด้วยการบันทึกเกี่ยวกับ 1) ปริมาณในการดื่ม 2) ความถี่ในการดื่ม 3) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 4) ความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment Function; GAF) 3. แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale; SOCRA TES-8A) 4. แบบวัดผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ติดสุรา (Drinker Inventory of Consequence-2L; DrlnCI-2L) 5. ใช้สถิติ T-test เปรียบเทียบความแตกต่างในการบำบัดครั้งที่ 1 และ 7	

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 19 ชื่อเรื่องงานวิจัย การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยที่เสพยาในโรงพยาบาลจิตเวช ผู้แต่ง นิมิต แก้วอาจ ปี : 2549 Objective เพื่อศึกษาผลของการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่เสพยา โดยใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการลดหรือเลิกพฤติกรรมดื่มสุรา Design Quasi Experimental Level Level B	Setting แผนกผู้ป่วยป่วยใน ณ ดิจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น Sample Inclusion criteria 1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดยา (F10) และมีระดับความรุนแรงของภาวะขาดแอลกอฮอล์ระดับต่ำ มีคะแนนนอยกว่า 8 2. สามารถสื่อความหมาย และเข้าใจภาษาไทยและอีสานได้ 3. มีค่าคะแนนการประเมินสมรรถภาพทางสมองเท่ากับ 18 คะแนนหรือมากกว่า 4. อาการทางจิตทุเลา การรับรู้ เวลา สถานที่ บุคคลดี Exclusion criteria - กลุ่มตัวอย่างได้มาจากผู้ป่วยที่เสพยาที่เข้ารับการบำบัดใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ระหว่างวันที่ 27 มิถุนายน 2548 ถึงวันที่ 2 กันยายน 2548 ผ่านกระบวนการคัดเลือกตามเกณฑ์การรับเข้าศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่างอายุ 21-60 ปี จำนวน 22 ราย เป็นเพศชาย	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยที่เสพยา ประกอบด้วยผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่ม 2-6 ราย เฉลี่ย 4 ราย มีการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง พักระหว่างช่วงเช้า 10 นาที โดย 5 ครั้งแรกทำทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 13.00-15.00 น. และครั้งที่ 6 ทำการบำบัดร่วมกับญาติในวันที่ยูนิแม็กซ์หรือมารับผู้ป่วยกลับบ้าน การบำบัดทั้ง 2 แบบ (แบบรายบุคคลและรายกลุ่ม) ใช้เนื้อหาการบำบัดเดียวกัน ดังนี้ ครั้งที่ 1 : เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ และให้สำรวจผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์และความคาดหวัง พร้อมวิเคราะห์ข้อดี / ข้อเสียของการเปลี่ยนแปลง / ไม่เปลี่ยนแปลง เพื่อให้ผู้ติดยาได้ตระหนักถึงปัญหา ผลกระทบ และสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง ครั้งที่ 2 : ให้ผู้ติดยาอภิปรายประสบการณ์การเลิกดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมทำการสำรวจศักยภาพของตนเอง กำหนดเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดื่ม ทำพันธสัญญาเพื่อสร้างความมั่นใจ / แรงจูงใจ อุปสรรคและจุดแข็งของตนเอง ครั้งที่ 3 : ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจิต ตัวกระตุ้นภาวะเครียด วาสนาหลักเสี่ยง และหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นเพื่อให้ผู้ติดยาสามารถวิเคราะห์ตัวกระตุ้น วาสนาหลักเสี่ยง และจัดการตัวกระตุ้น ได้อย่างเหมาะสม โดยใช้เทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรม ครั้งที่ 4 : ให้ผู้ติดยาฝึกปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม แยกแยะความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และเรียนรู้การจัดการกับภาวะอารมณ์ที่เสี่ยง กลับไปดื่มซ้ำ โดยเลือกใช้เทคนิคอย่างเหมาะสมตามความสามารถของตนเอง ครั้งที่ 5 : ให้อาสาสมัครช่วยในการบำบัดเพื่อลดปริมาณการดื่ม

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 19 (ต่อ)	Sample (ต่อ) 21 ราย และเป็นเพศหญิง 1 ราย Outcomes - พฤติกรรมการดื่มสุรา - ปริมาณการดื่ม - แรงจูงใจ Instruments เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล - แบบสัมภาษณ์ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มสุรา ซึ่งมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยสถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการดื่มสุรา มี 12 ข้อคำถาม ที่ครอบคลุมถึงระยะเวลาการดื่มสุรา ความถี่ ปริมาณ การดื่ม ชนิดของสุราที่ดื่ม วัน-เวลาที่ดื่ม สาเหตุของการดื่มสุรา ความต้องการแก้ไขปัญหาจากการดื่มสุรา - แบบประเมินอาการขาดแอลกอฮอล์ (Clinical Institute Withdrawal Assessment scale for Alcohol Revised [CIWA-Ar]) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะขาดสุราประกอบการให้การรักษาด้วยยา ผู้ศึกษาได้นำมา	Intervention (ต่อ) ครั้งที่ 6 : ให้ความรู้กับครอบครัวเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ และผลกระทบจากการดื่ม การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจของผู้ติดสุราในระยะเล็กล้ม เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจ ถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจของผู้ติดสุราในระยะเล็กล้ม และให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ติดสุราเลิก หรือลดปริมาณการดื่มได้ตามเป้าหมาย Finding Within group จากการติดตามผล พบว่าผู้ป่วยจำนวน 14 ราย จาก 22 ราย ไม่ดื่มสุราตลอด ระยะเวลาการศึกษา มี 1 ราย ที่ดื่มในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (2 ครั้ง/ สัปดาห์) หลังจากนั้น ไม่ดื่มอีกเพราะทำให้ความคิด ความจำไม่ดี ทำงานไม่ได้ ผู้ป่วยจึงเลิกดื่ม โดยการติดตามผลแต่ละระยะพบว่า 1. ในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่ดื่มสุราจำนวน 19 ราย กลับไปดื่มสุราในปริมาณ 35 ครั้งต่อสัปดาห์จำนวน 2 ราย และเพิ่มปริมาณการดื่ม 147 ครั้งต่อสัปดาห์จำนวน 1 ราย 2. ในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่ดื่มสุราจำนวน 17 ราย และลดปริมาณการดื่มสุราจากเดิมจำนวน 5 ราย 3. ในระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่ดื่มสุราจำนวน 15 ราย ลดปริมาณการดื่มสุราจากเดิมจำนวน 6 ราย และเพิ่มปริมาณการดื่มจำนวน 1 ราย ซึ่งเป็นรายเดียวกับรายที่ดื่มเพิ่มขึ้นของการติดตามระยะ 2 สัปดาห์

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 19 (ต่อ)	Instruments (ต่อ) นำมาใช้เพื่อประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ากลุ่มบำบัดด้านภาวะขาดสารระดับใด โดยประเมินกลุ่มอาการ 10 คือ คลื่นไส้และอาเจียน, อาการคัน, เหนื่อย, การได้ยินผิดปกติ, พุงพ่วง, ภาวะทางประสาท, การรับรู้สัมผัสทางผิวหนัง, ปวดศีรษะ, การเห็นผิดปกติ, วิตกกังวล, การกำหนดเวลาและสติ หากพบคะแนนทั้ง 10 กลุ่มอาการเท่ากับ 67 คะแนนตามการแปลผลดังนี้ ก. ถ้ารวมค่าคะแนนทั้ง 10 กลุ่มอาการ ได้ค่าคะแนนต่ำกว่า 8 คะแนน หมายถึงมีภาวะขาดแอลกอฮอล์ระดับต่ำ (Mild) ข. ถ้ารวมค่าคะแนนทั้ง 10 กลุ่มอาการ ได้คะแนนระหว่าง 8-15 คะแนน หมายถึงมีภาวะขาดแอลกอฮอล์ระดับปานกลาง (Moderate) ค. ถ้ารวมค่าคะแนนทั้ง 10 กลุ่มอาการ ได้คะแนนมากกว่า 15 คะแนน หมายถึงมีภาวะขาดแอลกอฮอล์ระดับรุนแรง (Severe) ผู้ตอบต้องได้ค่าคะแนนต่ำกว่า 8 คะแนน เพราะถ้ามากกว่า 8 คะแนน หมายถึงมีภาวะขาดสารมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถเรียนรู้และเข้าใจในเนื้อหาของงานบำบัดได้	Implication 1. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่ผู้บำบัดต้องมีความรู้ความสามารถในหลักการและแนวคิดของ CBT รวมทั้งต้องสามารถใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้อย่างคล่องแคล่ว ได้รับการอบรมมาเฉพาะ ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ 2. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถทำให้ผู้รับการบำบัดไปเป็นผู้ให้หมายได้จะต้องมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเช่นการบำบัด, ผู้บำบัด, ครอบครัว, สังคม, สิ่งแวดล้อม) 3. การคัดเลือกและการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดต้องประเมินผู้ป่วยทุกราย เพื่อป้องกันปัญหาต่อการดำเนินการในกลุ่ม

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 19 (ต่อ)	<i>Instruments (ต่อ)</i> 3. แบบประเมินสภาวะจิตชนิดสั้น (Mini Mental Status Examination) ประเมินความรู้ความสามารถทางความรู้ในเรื่องความคิด ความจำ และเชาว์ปัญญา พัฒนาโดยดรูว์ กูว์ ชาว (2545) มีทั้งหมด 3 หมวด หมวด ก การรับรู้เวลาสถานที่ (Orientation) มี 10 ข้อคำถาม ข้อละ 1 คะแนน หมวด ข ความสามารถในการรับรู้ข้อมูล (Registration) มี 1 ข้อคำถาม 3 คะแนน หมวด ค ความจำเฉพาะหน้าและการคำนวณ มี 3 ข้อคำถาม 7 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมด 20 คะแนน ผู้ตอบต้องได้ 18 คะแนนจาก 20 คะแนน จึงจะสามารถเข้ากลุ่มได้ 4. แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินแรงใจ ประเมินแรงใจ โดยใช้แบบสอบถามขั้นบันไดซึ่งพัฒนาโดย บีเนอร์ และอดัม (Biener and Adam, 1991) มีทั้งหมด 10 ขั้นบันได แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง ดังนี้ ก = ขั้นบันไดที่ 0 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 1 คือ ขั้นมีนเฉย (Pre-Contemplation) ข = ขั้นบันไดที่ 1-2 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 2 คือ ขั้นลังเลใจ (Contemplation) มีมินเฉยรวมกับความลังเลใจเล็กน้อย ค = ขั้นบันไดที่ 3-5 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 2 คือ	

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 19 (ต่อ)	<i>Instruments (ต่อ)</i> ขั้นลังเลใจ (Contemplation) มีความลังเลใจและคิดที่จะเตรียมพร้อมในการเปลี่ยนแปลง ง = ขั้นบันไดที่ 6-8 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 3 คือ ขั้นเตรียมพร้อม (Preparation) จ = ขั้นบันไดที่ 9-10 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 4 คือ ขั้นลงมือกระทำ (Action) ใช้แบบประเมินหลังสัมภาษณ์แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมว่าผู้ปวยอยู่ในขั้นไหน ไม่ว่าผู้ปวยจะอยู่ในขั้นไหนก็ตาม สามารถรับการบำบัดครั้งที่ 1 ได้ เพราะเนื้อหาการบำบัดครั้งที่ 1 เกี่ยวข้องกับการสร้างแรงจูงใจ แต่สำหรับผู้ปวยอยู่ในขั้น ก และ ข จะต้องสัมภาษณ์แรงจูงใจเป็นรายบุคคลเพื่อทำให้เกิดแรงจูงใจสูงขึ้น ค โดยการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง (Information) 5. แบบสอบถามปริมาณการดื่มสุรา (Time Line Follow Back) พัฒนาโดย Sobell et al., (2001) ดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยดุณี กุ๊ขาว (2545) เป็นการถามข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับปริมาณการดื่มสุราในแต่ละวันพร้อมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในวันดื่มสุรา โดยปริมาณการดื่มสุราคิดเป็น 1 ดั้มมาตรฐานหรือตรงต่อสัปดาห์ ในที่นี้ 1 ดั้มมาตรฐานเท่ากับ	

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 19 (ต่อ)	Instruments (ต่อ) สุรากลั่น 30 ซิซึ เท่ากับเบียร์ 285 ซิซึ เท่ากับ ไวน์ 120 ซิซึ ซึ่งจะใช้แบบประเมินนี้ก่อนการบำบัด โดยสอบถามย้อนหลังก่อนบำบัด 1 เดือน เพื่อเป็นข้อมูลในการเปรียบเทียบหลังการบำบัดในระยยะติดตามผล 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ โดยคิดค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ดื่มในแต่ละครั้งที่มีคิดตามผล	Intervention <u>เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน</u> กลุ่มตัวอย่างทั้ง 44 รายจะถูกแบ่งออกเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 4-8 คน เพื่อรับการบำบัดตามกิจกรรมการบำบัดทั้งหมด 6 กิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา 5 กิจกรรมและกิจกรรมการบำบัดสำหรับครอบครัว 1 กิจกรรม ดำเนินการทุกวันจันทร์ - ศุกร์ วันละ 1-2 ชั่วโมง และประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดครบทั้ง 6 กิจกรรมเมื่อครบสัปดาห์ที่ 2 และ 4 โดย กิจกรรมที่ 1 : เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ และให้สำรวจผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์และความคาดหวัง พร้อมวิเคราะห์ข้อดี / ข้อเสียของการเปลี่ยนแปลง / ไม่เปลี่ยนแปลง เพื่อให้ผู้ติดสุรา ได้ตระหนักถึงปัญหาผลกระทบ และสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง
เรื่องที่ 20 ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลการทำกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยติดสุรา ผู้แต่ง ศิริพร ทองบ่อ, นิมิต แก้วอาจ, ธิดา รัตนสมบัติ และสุดใจ เหล่าสมบัติ ปี: 2549 Objective เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยติดสุรา หลังสิ้นสุดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม	Setting แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ Sample Inclusion criteria 1. ไม่มีอาการทางจิตหรืออาการทางจิตเลย 2. ไม่มีอาการถอนพิษสุรา และมี ค่ะแน่นอนขึ้นไป ปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป Exclusion criteria - กลุ่มตัวอย่างได้มาจากผู้ติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการบำบัดใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2548 - มีนาคม 2549 กระบวนการ	Intervention <u>เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน</u> กลุ่มตัวอย่างทั้ง 44 รายจะถูกแบ่งออกเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 4-8 คน เพื่อรับการบำบัดตามกิจกรรมการบำบัดทั้งหมด 6 กิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา 5 กิจกรรมและกิจกรรมการบำบัดสำหรับครอบครัว 1 กิจกรรม ดำเนินการทุกวันจันทร์ - ศุกร์ วันละ 1-2 ชั่วโมง และประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดครบทั้ง 6 กิจกรรมเมื่อครบสัปดาห์ที่ 2 และ 4 โดย กิจกรรมที่ 1 : เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ และให้สำรวจผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์และความคาดหวัง พร้อมวิเคราะห์ข้อดี / ข้อเสียของการเปลี่ยนแปลง / ไม่เปลี่ยนแปลง เพื่อให้ผู้ติดสุรา ได้ตระหนักถึงปัญหาผลกระทบ และสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 20 (ต่อ) <i>Design</i> Prospective data collection <i>Level</i> Level B	Sample (ต่อ) คัดเลือกตามเกณฑ์การรับเข้าศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม จำนวน 44 ราย เป็นเพศชาย 40 ราย และ เป็นเพศหญิง 4 ราย Outcomes 1. พฤติกรรมการดื่มสุรา 2. ปริมาณการดื่ม 3. การเลิกดื่ม 4. การคงดื่ม Instrument เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบประเมินพฤติกรรมการดื่ม (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) ใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและใช้เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มหลังสิ้นสุดการบำบัด 2. เครื่องมือ M.I.N.I (Mini-International Neuropsychiatric Interview) เพื่อใช้สัมภาษณ์และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 3. แบบประเมินอาการขาดสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment scale for Alcohol-revise: CIWA-Ar) ใช้ประเมินอาการขาดสุรา เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อน	Intervention (ต่อ) กิจกรรมที่ 2 : ให้ผู้ติดสุรารายแรกเล่าประสบการณ์การเลิกดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมทำการสำรวจสภาพของตนเอง กำหนดเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดื่ม ทำพันธะสัญญาเพื่อสำรวจความมั่นใจ / แรงจูงใจ อุปสรรคและจุดแข็งของตนเอง กิจกรรมที่ 3 : ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจิต ตัวกระตุ้นภายนอก / ภายใน การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นเพื่อให้ผู้ติดสุราสามารถวิเคราะห์ตัวกระตุ้น วางแผนหลีกเลี่ยง และจัดการตัวกระตุ้น ได้อย่างเหมาะสม โดยใช้เทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรม กิจกรรมที่ 4 : ให้ผู้ติดสุราได้ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม แยกแยะความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และเรียนรู้การจัดการกับภาวะอารมณ์ที่เสี่ยงกลับไปดื่มซ้ำ โดยเลือกใช้เทคนิคอย่างเหมาะสมตามความสามารถของตนเอง กิจกรรมที่ 5 : ให้อาสาสมัครช่วยกันปฏิบัติภารกิจเพื่อเลิก ดื่มปริมาณการดื่ม กิจกรรมที่ 6 : ให้ความรู้กับครอบครัวเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ และผลกระทบจากการดื่ม การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจของผู้ติดสุราในระยะเลิกดื่ม เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจถึง การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจของผู้ติดสุราในระยะเลิกดื่ม และให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ติดสุราเลิก หรือลดปริมาณการดื่มได้ตามเป้าหมาย การติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มจะทำการระหว่างการบำบัด และภายหลังบำบัดครบกิจกรรม ในเดือนที่ 1, 4, 8 และ 12 โดยนัดหมายให้ผู้ติดสุรามาพบที่หน่วยงาน ร่วมกับติดต่อทางจดหมาย หรือโทรศัพท์

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 20 (ต่อ)	Instrument (ต่อ) เข้าร่วมการบำบัด 4. แบบสัมภาษณ์แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Motivation for Change Ladder; MCL) เพื่อให้ประเมินแรงจูงใจกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังรับการบำบัด 5. แบบประเมิน Mini – MSE ประเมินความบกพร่องในด้านความคิด ความจำและเชาวน์ปัญญา เพื่อนำมาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสำหรับการบำบัด	Finding Within group 1. เมื่อเปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุราก่อนและหลังเข้ารับการบำบัดครบทั้ง 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ พบว่าหลังรับการบำบัดเสร็จสิ้นผู้ติดสุราสามารถเลิกดื่มสุราได้จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 65.91 ลดปริมาณการดื่มลงได้ 14 คน คิดเป็นร้อยละ 31.82 และยังคงดื่มอยู่ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.27 ส่วนผลการติดตามในเดือนที่ 1, 4, 8 และ 12 ไม่มีระบุไว้ 2. เมื่อพิจารณาแรงจูงใจหลังสิ้นสุดการบำบัดครบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) Implication 1. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนการรับรู้รูปแบบความคิดของผู้ติดสุรา สามารถทำให้ผู้ติดสุราเลิกและลดการดื่มสุราได้ 2. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถทำให้ผู้รับการบำบัดไปสูเป้าหมายได้จะต้องมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเสมอผู้รับการบำบัด, ผู้บำบัด, ครอบครัว, สังคม, สิ่งแวดล้อม) 3. สัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัดเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงของผู้รับการบำบัด 4. หากผู้รับการบำบัดไม่มีเป้าหมายของตนเอง ขาดแรงจูงใจ ขาดความมุ่งมั่น จะไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการติดสุราได้

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 21 ชื่อเรื่องงานวิจัย การใช้กลุ่มบำบัดแบบ Matrix model ในผู้ป่วยติดสุรา : ติดตามผล 2 ปี ผู้แต่ง ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย ปี : 2550 Objective เพื่อศึกษาผลการบำบัดผู้ป่วยติดสุรา ที่ได้รับการบำบัดโดยใช้กลุ่มบำบัดแบบ Matrix model เป็นเวลา 2 ปี Design Naturalistic study Level Level B	Setting แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามารินทร์ Sample กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูด้วยกลุ่มบำบัดแบบ Matrix model ที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามารินทร์ โดยเป็นผู้ป่วยที่มาจากแพทย์เพื่อการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก หรือเป็นผู้ป่วยที่ผ่านการถอนพิษแบบผู้ป่วยในแล้วจำนวน 41 ราย เป็นชาย 37 ราย และเป็นหญิง 4 ราย Outcomes 1. การกลับไปใช้สุราหรือแอลกอฮอล์ 2. การไม่กลับไปดื่มสุรา 3. การผลอดื่มสุรา 4. การกลับมาเข้าร่วมกลุ่มบำบัด Instrument เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. ใช้การสัมภาษณ์โดยตรงเวลาผู้ป่วยมาพบแพทย์ หรือมาเข้ากลุ่มตาม โอกาส และใช้การติดตามโดยโทรศัพท์สอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยและคนในครอบครัว	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับบำบัดแบบ Matrix model โดยจิตแพทย์ พยาบาลและนักจิตวิทยาคลินิกเป็นผู้ให้การบำบัด เป็นเวลา 4 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดต้องเข้าร่วมกิจกรรมในวันพุธ และศุกร์เวลา 15.00-16.30 น. ทั้งหมด 3 กิจกรรมหลัก ดังนี้ 1. เช็กกลุ่มทักษะการเลิกยาในระยะต้น (Early recovery) 8 ครั้ง 2. เช็กกลุ่มป้องกันกำเริบไปเสพยา (Relapse prevention) 32 ครั้ง 3. เช็กกลุ่มให้ความรู้แก่ครอบครัว (Family education) 12 ครั้ง เมื่อสิ้นสุดการบำบัดครบ 4 เดือน จะมีการติดตามผลการรักษาทั้งหมด 4 ครั้ง เมื่อผู้ติดสุราออกจากกลุ่มบำบัดครั้งสุดท้ายได้ 1, 4, 8 และ 24 เดือน โดยให้การสัมภาษณ์โดยตรงเวลาผู้ป่วยมาพบแพทย์ หรือมาเข้ากลุ่มตามโอกาส และ ใช้การติดตามโดยโทรศัพท์สอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยและคนในครอบครัวในการนับจำนวนการติดต่อก่อนและนัดทุกคนที่เข้ารับการบำบัดมาพบกันปีละ 2 ครั้ง เพื่อให้เรียนรู้และเปลี่ยนประสบการณ์และตัดสินใจตามประเมินเพิ่มเติม Finding Within group 1. เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่บำบัดครบและไม่ครบ 4 เดือน พบว่าอายุและระยะเวลาที่ดื่มสุราก่อนและหลังเข้ารับการบำบัดของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน $p = 0.147$ (รับบำบัดครบ 13 คน อายุเฉลี่ย 43.8 และรับบำบัดไม่ครบ 20 คน อายุเฉลี่ย 38.1) 2. การศึกษาเปรียบเทียบจำนวนครั้งที่กลับมาเข้ากลุ่มบำบัดหลังสิ้นสุดโปรแกรมพบว่าบำบัดครบ 4 เดือนกลับมาเข้ากลุ่มเพิ่มเติมหลังจบโปรแกรม

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 21 (ต่อ)	Instrument (ต่อ) ในกรณีที่พักการติดต่อ และนัดทุกคนที่เข้ารับการรักษาบำบัดมาพบกันปีละ 2 ครั้ง เพื่อให้เรียนรู้และเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ และติดตามประเมินวัดผลเพิ่มเติม 2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของอายุ ระยะเวลาที่ดื่ม จำนวนครั้งที่เข้ากลุ่มบำบัด ด้วย Mann-Whitney test และทดสอบความสัมพันธะระหว่างผลการบำบัดกับการเข้ากลุ่มด้วย Chi-square test	Finding (ต่อ) แล้วมากกว่ากลุ่มที่เข้ารับการบำบัดไม่ครบ 4 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.013$ (บำบัดครบ = 9.5%, บำบัดไม่ครบ = 2.5%) 3. เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างผลการบำบัดกับการเข้ากลุ่มระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดครบ กับกลุ่มที่บำบัดไม่ครบ 4 เดือน พบกลุ่มที่บำบัดครบตามโปรแกรม 4 เดือน มีผลการบำบัดในเดือนที่ 1 และ 4 ที่แตกต่างจากกลุ่มที่บำบัดไม่ครบ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.037$ และ 0.051 ตามลำดับ) โดย กลุ่มที่รับบำบัดครบ - ไม่กลับไปดื่มเลย (clean) 76.9 % และ 61.5 % ในเดือนที่ 1 และ 4 ตามลำดับ - หยุดดื่ม (Slip) 23.1% และ 38.5% ในเดือนที่ 1 และ 4 ตามลำดับ - ดื่มซ้ำ (Relapse) 0% และ 0% ในเดือนที่ 1 และ 4 ตามลำดับ กลุ่มที่รับบำบัดไม่ครบ - ไม่กลับไปดื่มเลย (clean) 35.0 % และ 35.0 % ในเดือนที่ 1 และ 4 ตามลำดับ - หยุดดื่ม (Slip) 40.0% และ 30.0% ในเดือนที่ 1 และ 4 ตามลำดับ - ดื่มซ้ำ (Relapse) 25.0% และ 35.0% ในเดือนที่ 1 และ 4 ตามลำดับ และไม่พบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม เมื่อครบเดือนที่ 8 และ 24 ($\chi^2 = 2.3$, $df = 2$, $p = 0.312$ และ $\chi^2 = 1.6$, $df = 2$, $p = 0.449$ ในเดือนที่ 8 และ 24 ตามลำดับ) จึงสรุปว่า กลุ่มที่บำบัดไม่ครบมีแนวโน้มในการกลับไปเสพซ้ำเร็วกว่าและจำนวนมากกว่ากลุ่มที่บำบัดครบ Between group - Implication 1. หากผู้ติดสุราอยู่ในการบำบัดครบโปรแกรม 4 เดือนจะส่งผลดีกว่าการอยู่บำบัดไม่

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 21 (ต่อ)		Implication (ต่อ) ครบโปรแกรม และหาผู้ติดตาม 1 ได้รับการบำบัดเป็นระยะเวลาที่ นานเพียงพอจะชี้ทำให้การบำบัดมีประสิทธิภาพสูงขึ้น 2. ผลของการบำบัดไม่คงอยู่ถาวร ผู้ติดตามมีโอกาสกลับไปเสพซ้ำได้เมื่อจบการบำบัดไประยะหนึ่ง 3. ระยะเวลา 8 เดือนหลังการบำบัดเป็นเวลาที่ดีโอกาสการกลับไปเสพซ้ำสูงจึงต้องมีการนัดผู้ป่วยมากระตุ้นทักษะ แรงจูงใจ และความมุ่งมั่นเป็นระยะ ๆ หลังจบการบำบัด 4. ถึงแม้ผู้ติดตามจะหยุดดื่ม ได้นาน แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้ติดตามจะเลิกดื่มสุราได้ตลอดไป 5. กลุ่ม Matrix model นอกจากใช้บำบัดผู้ติดแอมเฟตามีนได้ผลดีแล้วสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยติดสุราได้ 6. การบำบัดในช่วงเวลาและสถานที่ที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก จะทำให้ผลการบำบัดดียิ่งขึ้น

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 22 ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของโปรแกรมการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ตามแนว Logotherapy ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้แต่ง วรัญญา โลสุยะ ปี : 2550 Objective เพื่อศึกษาผลการลดพฤติกรรมดื่มสุราของผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หลังได้รับการบำบัดเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนว Logotherapy Design Quasi experimental research (One group pre-post Test design) Level Level B	Setting หอผู้ป่วยของกองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า Sample Inclusion criteria 1. เป็นผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลด้วยประวัติการดื่มติดต่อกันมาเรื่อยๆ เป็นเวลาหลายๆ ปี โดยที่ไม่สามารถจะหยุดดื่มได้ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็น โรคติดสุรา (Alcohol dependence) ตามการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) 2. ไม่มีภาวะของการรับรู้เสีย ใจได้แก่ อาการของความรู้สึกลืม สับสน หลงลืม 3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทย ได้ 4. มีคะแนนความมุ่งหวังในชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มควบคุม จะได้รับการบำบัดด้วยการรักษาและการบำบัดตามที่โรงพยาบาลกำหนดเป็นระยะเวลาประมาณ 2 สัปดาห์ ดังนี้ 1) สัมภาษณ์คัดกรองผู้ติดสุราด้วยการซักประวัติข้อ ๆ 2) ประเมินผลและวินิจฉัยโรค พร้อมสัมภาษณ์ทางคลินิก ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต และตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) สัมภาษณ์เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการรักษา (MI) และทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการและขบวนการรักษา 4) รักษาแบบปรับระดับการบริโภคด้วยวิธีการให้ยา สารน้ำและเกลือแร่ วิตามิน 5) รักษาการแทรกซ้อนหากผู้ติดสุรา มีโรคทางกาย หรือโรคจิตเวชอื่นที่อาจพบร่วม 6) รักษาทางจิตสังคม-เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดตาม โปรแกรมของโรงพยาบาล โดยหากประเมินแล้วพบว่ารายใดต้องการรักษาในระยะฟื้นฟูจะต้องได้รับการฟื้นฟูด้วยโปรแกรม PMK model ต่อ เป็นระยะเวลา 28 วัน ซึ่งประกอบด้วยกลุ่ม CBT, MET, หลัก 12 ขั้นตอน แนวพุทธ, การให้สุศึกษาและการผ่อนคลายความเครียด

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 22 (ต่อ)	Sample (ต่อ) 5. สัมภาษณ์เข้าร่วมการทดลอง Exclusion criteria - กลุ่มตัวอย่างมาจากผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยของกองจิตเวชและประสาทวิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และถูกคัดเลือกแบบเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 ราย และกลุ่มควบคุม 8 ราย Outcomes 1. ปริมาณการดื่มสุรา 2. ความมุ่งมั่นและความพึงพอใจในชีวิต 3. จำนวนวันที่ดื่มสุรานั้น 4. จำนวนวันที่หยุดดื่มสุรา 5. แรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา 6. การดำเนินชีวิตในอนาคต 7. การกลับไปดื่มสุราซ้ำ Instruments) เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการดื่มสุรา 2. แบบวัดความมุ่งมั่นในชีวิต (The Purpose in Life	Intervention (ต่อ) กลุ่มทดลอง จะได้รับการบำบัดในช่วงเดือนมกราคม 2550 โดยได้รับการรักษาและเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามปกติตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนว Logotherapy ทั้งหมด 8 ครั้ง ในวันจันทร์, พุธ, ศุกร์ครั้งละ 1.30-2 ชั่วโมง รวม 14-16 ชั่วโมงใน 2 สัปดาห์ และทำการประเมินติดตามผลเป็นระยะ ทุก 1-2 สัปดาห์ หรือตามเวลาแพทย์นัด เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้ - ครั้งที่ 1- ครั้งที่ 8 จะเป็นการบำบัดรักษาตามโปรแกรมปกติของโรงพยาบาล ร่วมกับให้การปรึกษา โดยให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาของการดำรงชีวิตอยู่ติดปัญหา คุณค่าที่ตีเห็นซ้ำ หรือเรื่องสังขาร เพื่อให้ผู้ติดสุราได้เผชิญหน้ากับชีวิตและประสบการณ์ของตนเองอย่างมีความรู้ตัว และค้นหาคำตอบที่เห็นว่าเป็นแรงจูงใจ หรือพลังใจให้ผู้ติดสุรามีความมุ่งมั่น สร้างเป้าหมายในการเลิกดื่มสุราให้ชัดเจนทุกวัน จันทร์, พุธ และศุกร์ Finding Within group 1. เมื่อเปรียบเทียบความมุ่งมั่นและความพึงพอใจในชีวิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการบำบัด พบว่าหลังการบำบัดกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง 3 คน ระดับปานกลาง 4 คน และมี 1 คนที่อยู่ในระดับต่ำคงเดิม

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 22 (ต่อ)	Instruments (ต่อ) Test) เพื่อประเมินคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด และระยะติดตามการบำบัด 3. แบบวัดความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction Index A) เพื่อประเมินคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิต 4. แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (The Alcohol Use Disorder Identification Test [AUDIT]) เพื่อประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนบำบัด และระยะติดตามผลการบำบัด	Finding (ต่อ) 2. เมื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในชีวิตภายในกลุ่มทดลองระยะก่อนรับการบำบัดและหลังรับการบำบัด พบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนในระดับก่อนเข้ารับการบำบัดและหลังเข้ารับการบำบัด ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) 3. เมื่อเปรียบเทียบความมุ่งหวังและความพึงพอใจในชีวิตภายในกลุ่มทดลองระยะหลังรับการบำบัดและติดตามผล พบว่าคะแนนความพึงพอใจในชีวิตระยะหลังรับการบำบัดและระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) คือทั้งสองกลุ่มมีความมุ่งหวังในชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และความพึงพอใจในชีวิตที่ยังต้องปรับปรุง 4. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนระดับปัญหาจากการดื่มสุราของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการบำบัดและติดตามผล พบว่าระยะติดตามผล ผู้ติดสุรามีระดับ ปัญหาลดลงกว่าก่อนเข้ารับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คือจากระดับเสี่ยงอันตรายจนก่อให้เกิดอันตราย/ติดสุรา ลดลงอยู่ในระดับเสี่ยงน้อย
		Between group 1. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความมุ่งหวังและความพึงพอใจ พฤติกรรมการดื่มสุรา และระยะเวลาความถี่ในการดื่มสุราหลังรับการบำบัดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าทั้งผู้ติดสุรากลุ่มที่ได้และไม่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนว Logotherapy มีความมุ่งหวังและความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้น ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงทั้งปริมาณ และระยะเวลาความถี่ในการดื่มสุราลดลงจากที่ดื่มวันละ 10 ดื่มมาตรฐานหรือมากกว่า ลดลงมาอยู่ในระดับที่ไม่ดื่มเลยทั้ง 2 กลุ่ม เช่นเดียวกัน

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 22 (ต่อ)		Implication 1. การให้ผู้ดูสูตรค้นหาความหมายของชีวิต หรือการทบทวนเป้าหมายชีวิตในหลายๆ เรื่อง จะเป็นการช่วยให้ผู้ดูสูตรค้นพบการอยู่อย่างมีความหมายและมีจุดมุ่งหมาย กระนั้นก็ขึ้นอยู่กับตนเองได้ 2. การให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนว Logotherapy มีประสิทธิภาพไม่แตกต่างกับการบำบัดตามปกติ (PMK Model) ดังนั้นผู้บำบัดอาจเลือกใช้วิธีใดก็ได้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและการตัดสินใจของผู้บำบัด 3. การปรึกษิตามแนว Logotherapy สามารถใช้เป็นการเลือกสำหรับผู้ที่ต้องการบำบัดรักษาการคิดสูตรแต่ไม่สามารถทำให้เวลาและสะดวกที่จะอยู่เข้าร่วมการบำบัดตามโปรแกรมของโรงพยาบาลได้
เรื่องที่ 23 ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตสูตรโรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง ผู้แต่ง สมพิตร พราชมุทร ปี : 2550	Setting แผนกผู้ป่วยนอก ณ คลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง ระหว่างเดือน เมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม 2550 Sample Inclusion criteria 1. มีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากการประเมินโดยใช้แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1984) ที่ตีแปลงโดยสมการ จุลอักษร แล้วพบมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ (1.00-2.66)	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับการบำบัดแบบกลุ่มตามโปรแกรม จำนวน 9 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที รวมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ และทำการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการบำบัดครบ ดังนี้ ครั้งที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ชัดเจน และกระตุ้นให้มองสิ่งที่ดีในตนเองและผู้อื่น แล้วนัดหมายในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป ครั้งที่ 2 กระตุ้นให้สมาชิกเปิดเผยตนเองและมองเห็นคุณค่าในตนเอง พร้อมสรุปความคิดเห็น ข้อคิด และความรู้สึกหลังรับการบำบัด

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 23 (ต่อ) Objective ศึกษาความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตประสาทหลังได้รับการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวคิดจิตพิจารณาความเป็นจริง โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง Design Quasi experimental research (One group pre-post Test design) Level Level B	Sample 2. เป็นผู้ที่มีการรู้คิดปกติ (cognitive) โดยประเมินจากการตรวจวัดสมรรถภาพการทำงานของสมองส่วนหน้าที่เกี่ยวข้องกับการคิด ความจำ และเขาปัญญา ด้วยแบบประเมินสมรรถภาพการทำงานของสมอง (Mini-Mental State Examination : MMSE) ซึ่งมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนนขึ้นไป ซึ่งแสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรู้คิดปกติ 3. มีความสามารถในการสื่อสารเข้าใจ โดยใช้ภาษาไทย 4. มีความสัมพันธ์และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา Exclusion criteria 1. "ไม่สมัครใจ 2. "ไม่สามารถร่วมกลุ่มได้ตลอดทั้ง 8 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างได้จากผู้เป็นโรคจิตประสาท ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ณ คลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง ระหว่างเดือน เมษายน ถึง เดือนพฤษภาคม 2550 ผ่านขั้นตอนต่างๆ และทำการคัดเลือกแบบเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม จำนวน 10 ราย	Intervention (ต่อ) ครั้งที่ 3 กระตุ้นให้สำรวจพฤติกรรมปัจจุบันของตนเองว่ามีจุดดีและบกพร่องอย่างไร และพัฒนาสิ่งที่เห็นจุดเด่นของตนเอง มองคุณค่าในตนเองและการมีพฤติกรรมที่รับผิดชอบต่อตนเองมากขึ้น และปรับปรุงข้อบกพร่องให้เกิดประโยชน์ในทางสร้างสรรค์ต่อตนเอง และมีพฤติกรรมที่มีความรับผิดชอบต่อตนเอง ครั้งที่ 4 ให้สำรวจเป้าหมายชีวิตหรือความต้องการของตนเอง และให้สรุปสิ่งที่ได้จากการเข้ากลุ่ม พร้อมให้กำลังใจและนัดเข้ากลุ่มครั้งต่อไป ครั้งที่ 5 ให้พิจารณาพฤติกรรมเดิมๆของตนเอง ผลกระทบในด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ความสามารถ คุณความดีและพลังอำนาจ พร้อมกระตุ้นให้เกิดความเข้าใจ และยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง เพื่อพัฒนาความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองให้มากขึ้น ครั้งที่ 6 กระตุ้นให้เกิดความตระหนักและเห็นคุณค่าสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง และให้พิจารณาแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เหมาะสม เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ และให้วางแผนการปรับพฤติกรรมของตนเองและระบุวิธีปฏิบัติตนที่เหมาะสม ครั้งที่ 7 ให้อภิปรายข้อใจข้อที่ก่อให้เกิดความสับสนในการลงมือปฏิบัติและความรู้สึกต่อความสำเร็จของพฤติกรรมที่คิดเปลี่ยน พร้อมให้กำลังใจและให้ความเชื่อมั่น ครั้งที่ 8 เสริมสร้างความเชื่อมั่นและความศรัทธา และกำลังใจต่อความสามารถในการเปลี่ยนแปลง พร้อมให้สรุปแนวคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 23 (ต่อ)	Outcomes 1. พฤติกรรมการดื่มสุรา 2. ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง 3. ความภาคภูมิใจในตนเอง 4. การมีคุณค่าและแนวทางการพัฒนาทางเลือกใหม่ที่เป็นความดี 5. การปรับปรุงข้อบกพร่อง 6. ความรับผิดชอบต่อตนเอง Instruments เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังทำการคัดเลือกเข้ารับการบำบัด 2. แบบวัดความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง เพื่อใช้ประเมินความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด 3. แบบประเมินสมรรถภาพการทำงานของสมอง (Mini-Mental State Examination : MMSE) เพื่อประเมินการรู้คิด (cognitive) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนทำการคัดเลือกเข้ารับการบำบัด	Intervention (ต่อ) ครั้งที่ 9 ให้ประเมินตนเองในการรับรู้ความรู้สึกในตนเองทั้ง 4 ด้าน พร้อมให้รายงานผลการประเมิน เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์แนวคิดที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม และแบ่งกลุ่มเป็น 3-4 กลุ่ม ให้สรุปแนวคิดและประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่ม ให้กำลังใจ ให้ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยใช้แบบวัดความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง และอภิปรายกลุ่ม Finding Within group เมื่อเปรียบเทียบความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองของผู้ที่เป็น โรคจิตสุรา ก่อนและหลังได้รับการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริง พบว่าภายหลัง ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงมีคะแนนความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองสูงกว่าก่อนเข้ารับการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 Between group - Implication 1. หากผู้ติดสุราได้ฝึกใช้ความคิด ตระหนักรู้ได้ด้วยตนเอง จะสามารถทำให้ผู้ติดสุรามีความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง 2. การบำบัดแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริง สามารถเพิ่มความรูสึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ที่เป็น โรคจิตสุราได้ 3. ผู้ที่จะสามารถเข้ารับการบำบัด ได้ต้องมี Cognitive ดี

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 24 ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุราในโรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง ผู้แต่ง ปณิดา ริระเชื้อ ปี : 2550 Objective ศึกษาผลการลดการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเอง ในโรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง Design Quasi Experimental Research (One group pre-post Test design) Level Level B	Setting คลินิกบำบัดสุรา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง Sample Inclusion criteria 1. มีคะแนนประเมินพฤติกรรมการดื่ม (Alcohol Use Disorders Identification Test : AUDIT) ≥ 20 คะแนน 2. มีอาการถอนพิษสุราเล็กน้อย โดยประเมินจากแบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) ของซอนเดอร์ส (Saunders อ้างในพินัญนา กิตติรัตนไพบูลย์และคณะ, 2549) ได้ค่าคะแนนเท่ากับ 1-4 3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ และอ่านออกเขียนได้ 4.ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย Exclusion criteria - กลุ่มตัวอย่างมาจากผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นกลุ่มโรค F10 ตามรหัสของโรคในระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem [ICD-10]) ที่ได้รับการ	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 7 รายจะได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเอง จำนวน 9 ครั้งๆ ละ 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวม 3 สัปดาห์ ประเมินผลก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัดครบ จากนั้นจึงติดตามประเมินผลซ้ำอีก 2 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมหลักในการดำเนินการ ดังนี้ ครั้งที่ 1 ผู้บำบัดสร้างสัมพันธภาพและให้กลุ่มตัวอย่างสำรวจตนเอง ครั้งที่ 2 ให้กลุ่มตัวอย่างทำการสำรวจตัวเอง (ต่อ) ครั้งที่ 3 ฝึกทักษะให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถของตนเอง ครั้งที่ 4 ฝึกทักษะการแก้ปัญหาให้กลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 5 ฝึกให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการแก้ปัญหา (ต่อ) ครั้งที่ 6 ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ให้กลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 7 ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ (ต่อ) ครั้งที่ 8 ฝึกทักษะการปฏิเสธสิ่งชั่วร้ายทางอารมณ์ ครั้งที่ 9 สรุปและยุติการเข้ากลุ่ม Finding Within group 1. เมื่อเปรียบเทียบผลการลดพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่างก่อนและหลังการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการควบคุมตนเอง พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างหลังสิ้นสุดการบำบัดนั้นต่ำกว่าก่อนเข้ารับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 24 (ต่อ)	Sample (ต่อ) นับำบัดสุราแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง ระหว่างวันที่ 12 มีนาคม ถึง 12 เมษายน พ.ศ. 2550 ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ราย Outcomes 1. พฤติกรรมการดื่มสุรา 2. ทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเอง 3. ทักษะในการแก้ปัญหา 4. ทักษะการควบคุมตนเองและความพฤติกรรมในการลด/เลิกสุราได้ Instruments เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการบำบัด 2. แบบประเมินพฤติกรรมกรมการดื่ม (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) เพื่อประเมินพฤติกรรมกรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังรับการบำบัด 3. แบบประเมินความรุนแรงของการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) เพื่อประเมิน	Finding (ต่อ) - ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเท่ากับ 27.429 - หลังสิ้นสุดโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเท่ากับ 8.286 2. เมื่อวัดผลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดสุราทั้ง 7 ราย มีพฤติกรรมกรมการดื่มสุราไม่แตกต่างจากหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที - หลังสิ้นสุดโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเท่ากับ 8.286 - หลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเท่ากับ 7.571 3. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดื่ม ระหว่างก่อนและหลังโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ พบว่าคะแนนพฤติกรรมกรมการดื่มหลังได้รับ โปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ ค่าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม การควบคุมตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) Between group - Implication 1. การควบคุมตนเองทำให้ผู้ติดสุรา มีกระบวนการคิด เกิดการควบคุมตนเอง และสร้างพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพดีขึ้นกว่าเดิม 2. ผู้ติดสุราที่มีอาการถอนพิษสุราเล็กน้อย เหมาะที่จะได้รับ โปรแกรมการควบคุมตนเอง 3. ผู้ติดสุราที่มีทักษะในการควบคุมตนเอง อาจจะสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองในการลด/เลิกดื่มสุราได้

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 25 (ต่อ) Level Level B	Sample (ต่อ) Exclusion criteria - กลุ่มตัวอย่างได้มาจากกลุ่มประชากรที่เป็นผู้ดื่มแอลกอฮอล์ และได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2550 ผ่านขั้นตอนต่าง ๆ แล้วทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม จำนวน 15 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 5 คน Outcomes 1. ระดับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ 2. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ Instruments เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส 2. แบบประเมิน AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ของ กรมสุขภาพจิต เพื่อใช้วัดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ มีค่าเต็มทั้งหมด 10 ข้อ	Intervention (ต่อ) กิจกรรมครั้งที่ 4 : จะใช้เวลา 90 นาที โดยให้กลุ่มทดลองตัดสินใจปฏิบัติสิ่งที่เหมาะสมและสร้างความมั่นใจในการลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมครั้งที่ 5 : จะใช้เวลา 90 นาที ทำการกระตุ้นและติดตามการลงไว้ซึ่งการปฏิบัติตัวของกลุ่มทดลอง กิจกรรมครั้งที่ 6 : จะใช้เวลา 60 นาที โดยให้กลุ่มทดลองลงไว้ซึ่งการปฏิบัติตนอย่างมีประสิทธิภาพ และให้กำลังใจตลอดกระบวนการกลุ่มจะมีการบันทึกและวิเคราะห์กระบวนการกลุ่มหลังจบกลุ่มทุกครั้ง และเมื่อสิ้นสุดการบำบัดครั้งสุดท้ายจะมีการติดตามผลหลังการทำการกลุ่มสิ้นสุด 2 สัปดาห์ Finding Within group 1. เมื่อทดสอบความแตกต่าง โดยเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลองระหว่างระยะก่อนและหลังทดลอง พบว่าพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ 10.10 คะแนน (SD = 1.73) ส่วนหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม กรรมการดื่มแอลกอฮอล์ 6.00 คะแนน (SD = 0.94)) 2. ในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มควบคุมระหว่างระยะก่อนและหลังทดลอง พบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ ระยะก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 25 (ต่อ)	Instruments (ต่อ) เกี่ยวกับประสิทธิภาพการดื่มแอลกอฮอล์ เวลาที่ดื่ม ปริมาณ ความถี่ของการดื่ม อาการของการดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาของการดื่มแอลกอฮอล์ 3. แบบประเมินสมรรถภาพของสมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการคิดความจำและเหตุวิจัย (Mini Mental State Examination) ของกรมสุขภาพจิต เพื่อใช้ตรวจวัดสมรรถภาพของสมอง โดยกำหนดค่าคะแนนของกลุ่มตัวอย่างต้องมีค่า มากกว่า 21 คะแนน	Finding (ต่อ) การดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มควบคุมเป็น 11.20 (SD = 1.30) ส่วนระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นเป็น 11.80 (SD = 1.09) Between group 1. เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ของกลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่ม 10.10 คะแนน (SD = 1.73) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่ม 11.20 คะแนน (SD = 1.30) และในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่ม 6.00 คะแนน (SD = 0.94) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่ม 11.80 คะแนน (SD = 1.09) 2. หลังจากที่ถูกทดลองได้เข้าร่วม โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม 2 สัปดาห์คะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองลดลง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และยังมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงจากการดื่มแบบเฉลี่ยหรือเป็นอันตราย เปลี่ยนเป็นการดื่มแบบปลอดภัย จำนวน 9 ใน 10 ราย (ร้อยละ 90) และมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่ในการดื่มแบบสิ่งหรือเป็นอันตราย จำนวน 1 ราย ใน 10 ราย (ร้อยละ 10) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์คงที่ในการดื่ม

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 25 (ต่อ)		Finding(ข้อ) แอลกอฮอล์ที่ในการดื่มแบบเสี่ยงหรืออันตราย จำนวน 4 ใน 5 ราย (ร้อยละ 80) และมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์เป็นการดื่มแบบติด จำนวน 1 ใน 5 ราย (ร้อยละ 20) Implication 1. การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มสามารถลดพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ดื่มแอลกอฮอล์ให้ทั้งแบบเสี่ยงและแบบอื่น ๆ (แบบอันตราย, แบบติด) 2. การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม สามารถนำมาใช้ในการบำบัดทางการพยาบาลแก่ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้ 3. ผู้ติดสุราที่ดื่มแบบเสี่ยงและได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถลดพฤติกรรมดื่มได้ดีกว่าการบำบัดรักษามาปกติ

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 26 ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลการรักษาผู้ป่วยติดสุราด้วยโปรแกรมการบำบัดแบบผู้ป่วยใน โดยใช้ระบบการจัดการรายกรณี (Case management) ผู้แต่ง ชาญชัย รงพานิช ปี : 2550 Objective เพื่อศึกษาผลการใช้ระบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน Design Prospective study Level Level B	Setting แผนกผู้ป่วยใน ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น Sample Inclusion criteria 1. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2. สัญชาติไทย 3. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคแบบ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก 4. สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา Exclusion criteria 1. มีการถูกเฝ้าทางอาชกรรมหรือศีลธรรม 2. อยู่ในระหว่างการรักษาโรคทางจิตเวชที่ต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง 3. บำบัดรักษาไม่ครบโปรแกรม 4. ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากผู้ติดสุราทั้งหมดที่เข้ารับการบำบัด ผ่านขั้นตอนการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ได้กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม จำนวน 99 ราย เป็นเพศชายทั้งหมด	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 99 ราย จะได้รับการบำบัดโดยใช้ระบบการจัดการรายกรณีเหมือนกันหมด โดยผู้ป่วยแต่ละรายจะมีพยาบาลผู้จัดการประจำตัว เพื่อทำหน้าที่ประเมินปัญหาของผู้ป่วย สรรงสัมพันธภาพและแรงจูงใจในการรักษา ประสานกับทีมสหวิชาชีพวางแผนการรักษา ตลอดจนดูแลให้ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมตามแผนการรักษา ซึ่งโปรแกรมการตั้งแต่นำเข้ารับการรักษามาในโรงพยาบาล จนถึงระยะติดตามผลการรักษา ซึ่งโปรแกรมการบำบัดรักษาจะใช้เวลาทั้งหมด 28 วัน โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะบำบัดด้วยยา ใช้เวลา 1-7 วัน 2) ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ใช้เวลา 21 วัน ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม ไม่ระบุเวลาและระยะห่างที่ให้การบำบัดแต่ละครั้ง ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 3 และ 6 เดือน ดังนี้ ระยะที่ 1 : (สัปดาห์ที่ 1) กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบริหารบำบัดด้วยยา ซึ่งใช้เวลา 5-7 วัน เพื่อรักษาภาวะขาดสุราและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ระยะที่ 2 : (สัปดาห์ที่ 2-4) ใช้เวลาทั้งหมด 21 วัน ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมและสร้างแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้ พยาบาลประจำตัว (Case Manager) จะประเมินแรงจูงใจ ให้คำปรึกษา รายบุคคล สอนทักษะการแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกไม่สบายใจ ประสานกับทีมสหวิชาชีพ ในการวางแผนการรักษาและวางแผนการจำหน่าย รวมทั้งบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาดูแลกับพื้นที่ของแรงจูงใจที่พยาบาลประจำตัว ประเมิน ได้ตั้งมีทั้งหมด 6 กลุ่มกิจกรรม ดังนี้

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 26 (ต่อ)	Outcomes 1. การหยุดดื่มสุรา (Remission) 2. การกลับดื่มซ้ำ (Relapse) 3. การติดตาม (Drop out) 4. แรงจูงใจในการรักษา Instrument เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบประเมินอาการขาดสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment scale for Alcohol-revise [CIWA-Ar]) เพื่อใช้ประเมินอาการขาดสุราในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อเป็นแนวทางในการให้ยาถอนอาการขาดสุรา 2. แบบประเมินแรงจูงใจในการรักษาตามวัฏจักรของการเปลี่ยนแปลง (The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES-8A 8D]) เพื่อใช้ประเมินแรงจูงใจครั้งที่ 1 ก่อนรับการบำบัดตามโปรแกรมและประเมินอีกครั้งที่ 2 หลังการบำบัดครั้งสุดท้ายสิ้นสุด 3. แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test :AUDIT) เพื่อประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังให้การบำบัด 4. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์	Intervention (ต่อ) 1) ให้การบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy : MET) โดยมีทั้งหมด 3 phase ทำประมาณ 3-4 ครั้ง (ทำกรณีประเมินแรงจูงใจของกลุ่มตัวอย่างแล้วพบอยู่ในขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre Contemplation) หรือขั้นลังเลใจ (contemplation)) 2) ให้การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ที่มีทั้งหมด 19 หัวข้อ แต่ทีมสหวิชาชีพจะวางแผนพิจารณาว่าแต่ละรายควรได้กิจกรรมหัวข้อใดบ้าง ไม่จำเป็นต้องได้ครบหมด ส่วนใหญ่ทำเพียง 2-4 หัวข้อในช่วงระยะเวลา 3 สัปดาห์ (ทำกรณีประเมินแรงจูงใจแล้วพบอยู่ในขั้นตัดสินใจหยุด (Determination)) 3) ให้การบำบัดตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม โดยการฝึกให้ผู้ป่วยเข้าใจการคิด การได้แง่ความคิดที่ไม่มีเหตุผลให้มีเหตุผล ทำจำนวน 6 ครั้ง 4) กลุ่มบำบัดแบบบันได 12 ขั้นตอน เจริญพุทธ (The Buddhist twelve Steps) จำนวน 8 ครั้ง 5) กลุ่มครอบครัวศึกษา (Family education group) เพื่อให้ข้อมูลที่ต้องเกี่ยวกับการติดสุรา การเลิก การรักษาและให้ครอบครัวเข้าใจบทบาทของครอบครัวในการเลิกทำ จำนวน 1-2 ครั้ง 6) กลุ่มอาชีพบำบัด เพื่อฝึกทักษะความรู้ด้านอาชีพเกี่ยวกับการเกษตร ศิลปะประดิษฐ์ การทำอาหารและขนม ตามความถนัดของผู้เข้าร่วมการบำบัดแต่ละราย จำนวน 3 ครั้ง นอกจากนี้ยังมีกลุ่มบำบัดทางเลือกอื่น ๆ เช่น ศิลปะบำบัด (Art Therapy) กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive group) กลุ่มการสร้างพลัง (Empowerment) ซึ่งเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาจนครบโปรแกรมแล้ว ในสัปดาห์ที่ 4

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 26 (ต่อ)	Instrument (ต่อ) สำเร็จรูป SPSS สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและสถิติเชิงอนุมาน ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative risk) การคำนวณช่วงความเชื่อมั่น (95% confidence Interval)	Intervention (ต่อ) จะมีการประเมินผลการบำบัดและวางแผนการจำหน่าย โดยทีมสหวิชาชีพก่อนจะส่งเข้าโปรแกรมการดูแล หลังการรักษาและการติดตามผลเป็นระยะเวลา 1 ปี จึงจะทำการวัดผลสำเร็จของโปรแกรมที่ 3 และ 6 เดือนหลังบำบัดครบโปรแกรม Finding Within group 1) เมื่อเปรียบเทียบแรงจูงใจในการรักษาก่อนและหลังรับการรักษากลุ่มตัวอย่างพบว่าแรงจูงใจหลังรับการรักษากลุ่มตัวอย่างในระยะถัด (Contemplation), ระยะไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation) ลดลง (จากร้อยละ 55.5 เป็น ร้อยละ 52.5 และ ร้อยละ 26.3 เป็น ร้อยละ 15.2 ตามลำดับ) และมีแรงจูงใจในระยะตั้งใจ (Determination) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.2 เป็นร้อยละ 32.3 2) เมื่อสิ้นสุดการบำบัดในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 หลังจบโปรแกรมการบำบัดพบว่าจากกลุ่มตัวอย่าง 99 ราย มีผู้หยุดดื่มได้จำนวน 52 และ 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.5 และ 14.1 ตามลำดับ, กลับมาดื่มอีก 15 และ 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.2 และ 7.1 ตามลำดับ, คิดตามไม่ได้ 32 และ 78 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.3 และ 78.8 ตามลำดับ 3) เมื่อพิจารณาความก้าวหน้าการดื่มสุรา พบว่าผู้ที่สามารถหยุดดื่มสุราได้นาน 3 เดือน (6 ราย คิดเป็นร้อยละ 30) และ 6 เดือน (11 ราย คิดเป็นร้อยละ 55) พบว่ามีการติดต่อกับผู้บำบัดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตลอดระยะเวลา 3 และ 6 เดือนหลังจบโปรแกรม 4) ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการหยุดดื่มสุรา เมื่อวิเคราะห์ที่ 3 และ 6 เดือน พบว่า ผู้ที่อายุมากกว่า 40 ปี ดื่มมามากกว่า 10 ปี สถานภาพคู่สมรสการ

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 26 (ต่อ)		Finding (ต่อ) ได้รับการบำบัดทั้งแบบ CBT และ MET และมีการติดตามกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์กับการหยุดดื่มสุรา และพบอัตราการหยุดดื่มสุราในผู้ที่ติดต่อกับสมาชิกมากกว่าผู้ไม่ติดต่อกับสมาชิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (7.12 เท่าที่ 3 เดือนและ 30.9 เท่าที่ 6 เดือน) Between group - Implication 1. การนำการจัดการรายกรณีมาใช้ สามารถแบ่งแยกผู้ติดสุราให้ได้รับการบำบัดที่เหมาะสมตามขั้นตอนแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคลได้ 2. การบำบัดทางจิตสังคมในโปรแกรมมีหลายรูปแบบ แต่รูปแบบที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราได้มากที่สุดคือ การบำบัดแบบ CBT และ MET 3. ความสำเร็จของการบำบัดเพื่อป้องกันการดื่มซ้ำ และหยุดดื่ม ขึ้นอยู่กับปัจจัยเสริมด้านอายุ อาชีพ ระยะเวลาการดื่ม สถานภาพ และความสม่ำเสมอของการติดต่อกับผู้บำบัด 4. อาการของผู้ติดสุรามีผลต่อการบำบัดทางจิตสังคม หากผู้ป่วยยังอยู่ในระยะถอนพิษสุรา หรือสับสนจะไม่สามารถให้การฟื้นฟูทางจิตสังคมได้

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 27 ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลการบำบัดผู้ป่วยจิตตสุราโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดอันตรายจากการดื่มสุรา ผู้แต่ง สุนันทา ปลั่งกลาง ปี : 2550 Objective เพื่อศึกษาอันตรายจากการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตตสุรา หลังได้รับการบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม Design Cohort study Level Level B	Setting แผนกผู้ป่วยใน ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น Sample กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากผู้ป่วยจิตตสุราทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่นระหว่างวันที่ 5 ธันวาคมถึง 31 พฤษภาคม 2550 ผ่านการถอนพิษสุราอย่างน้อย 1 สัปดาห์ แล้วนำมาทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม จำนวน 30 คน Outcomes 1. การหยุดดื่มสุรา (Remission) 2. การกลับดื่มสุราซ้ำ (Relapse) 3. การติดตาม ไม่ได้ (drop out) 4. ปริมาณสุรา 5. ความถี่ในการดื่มสุรา 6. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหยุดดื่มสุรา Instrument เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการดื่มสุรา 11 ข้อ	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 30 คน จะได้รับการบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอันตรายจากการดื่มสุราทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ ½ - 2 ชั่วโมง ภายใน 3 สัปดาห์ ไม่ระบุระยะห่างในการบำบัดแต่ละครั้ง และติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2, 4, 8, 12 สัปดาห์ ดังนี้ ครั้งที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์และผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักรู้ ครั้งที่ 2 ให้ออกเล่าประสบการณ์การเลิกดื่มสุรา/เสพยา และให้ผู้สุราทำการสำรวจศักยภาพของตนเอง และทำการกำหนดเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ครั้งที่ 3 ให้ความรู้เรื่องการหยุดวงจรการดื่มสุรา/เสพยา ด้วยกระดุนภายนอกตัวกระตุ้นภายใน การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น และประสบการณ์ฝ่าอุปสรรค ครั้งที่ 4 ฝึกให้ปรับเปลี่ยนความคิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดื่มสุรา ให้สามารถแยกแยะความคิด อารมณ์ พฤติกรรม เรียนรู้การจัดการกับภาวะอารมณ์ที่เพิ่มความเสี่ยงหรือกับไม่ดื่มหนัก ครั้งที่ 5 ฝึกให้ผู้ป่วยวางแผนการปฏิบัติเพื่อลดอันตรายการดื่มสุรา ครั้งที่ 6 ให้ความรู้เกี่ยวกับสุรา/เสพยาเสพติด ผลกระทบจากการดื่มสุรา/เสพยาเสพติด การดื่มอย่างฉลาด เข้าตลาด ไม่ได้/การก่อการเมามาก การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยในระยะเลิกดื่มสุรา/เลิกเสพยา สุขภาพทางเพศของผู้ดื่มสุราและเสพยาหลังหยุดดื่ม/เสพยาบทบาทของครอบครัวในในการอยู่ร่วมกัน (สัมพันธภาพ/

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 27 (ต่อ)	Instrument (ต่อ) 2. แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (The Alcohol Use Disorder Identification Test; AUDIT) เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนและหลังการบำบัด 3. แบบประเมินอาการขาดสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment scale for Alcohol revised: CIWA-Ar) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ยารักษาภาวะขาดสุราและพิจารณาก่อนคัดเลือกร่วมด้วยอย่างได้รับการบำบัด	Intervention (ต่อ) บทบาทหน้าที่ ครอบครัว) แนวทางและแหล่งช่วยเหลือ Finding Within group 1. เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปในกลุ่มตัวอย่าง พบว่าไม่พบความแตกต่างในด้านข้อมูลพื้นฐาน 2. เมื่อศึกษาอันตรายที่เกิดจากการดื่มสุราหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดครบและทำการติดตามผลในเดือนที่ 3 พบว่าผู้ป่วยดื่มสุราได้ 40% ดื่มลดลง 10% กลับมาดื่มซ้ำ 16.67% และไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้ 33.33% กล่าวคือผู้ที่ดื่มลดลงมีปริมาณการดื่มเฉลี่ย $12 + (1.15)$ ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ ความถี่ในการดื่ม $3.67 + (0.58)$ วันต่อสัปดาห์ 3. เมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหยุดดื่มสุรา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหยุดดื่มสุราคือ ผู้ที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี มีความสัมพันธ์กับการหยุดดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ($OR = 7.50, 95\% CI = 1.25 - 45.15, P = 0.03$) Implication 1. การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอันตรายจากการดื่มสุรา มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ดื่มสุราปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม โดยลดปริมาณและความถี่ในการดื่มสุราลงมาอยู่ในระดับความเสี่ยงที่ไม่เป็นอันตราย และทำให้ผู้ดื่มสุราได้มากกว่าร้อยละ 3 2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิดเมื่อนำไปใช้กับผู้ดื่มสุราที่ไม่มีภาวะขาดสุรา อย่างน้อย 1 สัปดาห์

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 28 ชื่อเรื่องงานวิจัย การใช้กลุ่มให้คำปรึกษาตามแนวความคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ดื่มสุราในตึกศัลยกรรมชายโรงพยาบาลโสธร ผู้แต่ง กิริติ คำทอง ปี : 2551 Objective ศึกษาการลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ดื่มสุราในตึกศัลยกรรมชายโรงพยาบาล โสธรหลังได้รับการให้คำปรึกษาตามแนวความคิดปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรม Design Quasi Experimental Research (One group pre-post test design) Level Level B	Setting แผนกผู้ป่วยนอก ของกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น Sample Inclusion criteria เป็นผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในที่ได้รับไว้ในตึกศัลยกรรมชายโรงพยาบาลโสธร ซึ่งเข้ารับการรักษาด้วยการประสบปัญหาจากแอลกอฮอล์ Exclusion criteria - กลุ่มตัวอย่างได้จากผู้ประสบปัญหาจากแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลโสธรระหว่างวันที่ มิถุนายน 2550- 30 กันยายน 2550 ทำการคัดเลือกแบบเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่มจำนวน 20 คน Outcomes 1. การตระหนักรู้ในการปรับเปลี่ยนตนเอง 2. แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนตนเอง 3. ความมีคุณค่า ความเข้มแข็ง และทักษะชีวิต 4. แรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา 5. ปริมาณการดื่มสุรา 6. อัตราการกลับมารักษาซ้ำใน โรงพยาบาล	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 20 คน จะได้รับการบำบัดโดยใช้การปรับพฤติกรรมการปรับความคิด และการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2550 - 30 กันยายน 2550 แบ่งออกเป็น 5 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมงต่อวัน บำบัดทุกวันภายใน 1 สัปดาห์ ประเมินผลหลังสิ้นสุดบำบัด 2, 4, และ 8 สัปดาห์ ดังนี้ 1. สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการดื่มสุรา 2. ประเมินประเภทการดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้แบบประเมิน Audit จำนวน 20 ข้อ 3. สัมภาษณ์เพื่อประเมินแรงจูงใจ โดยใช้แบบสอบถามฉบับนี้ได ครั้งที่ 1 4. ให้คำปรึกษาเพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการลด / เลิกสุรา การปรับพฤติกรรมการปรับความคิด และการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ทั้งหมด 5 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง สิ้นสุดใน 1 สัปดาห์ 5. สัมภาษณ์เพื่อประเมินแรงจูงใจ โดยใช้แบบสอบถามฉบับนี้ได ครั้งที่ 2 6. ติดตามผลครั้งที่ 1 หลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ 7. ติดตามผลครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดการบำบัด 4 สัปดาห์ 8. ติดตามผลครั้งที่ 3 หลังสิ้นสุดการบำบัด 8 สัปดาห์ Within group 1. เมื่อเปรียบเทียบแรงจูงใจระหว่างก่อนและหลังการบำบัดพบว่า หลังสิ้นสุดการบำบัดใน 1 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจ ในการเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้น (ขึ้นบันไดที่ 3 จำนวน 3 คน, ขึ้นบันไดที่ 4 จำนวน 6 คน, ขึ้นบันไดที่ 5 จำนวน 9 คน, ขึ้นบันไดที่ 6 จำนวน 2 คน ภายหลังการบำบัดพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจเปลี่ยนอยู่

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 28 (ต่อ)	Outcomes (ต่อ) 7. การปรับปรุงพฤติกรรมความคิด 8. การวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดการดื่มสุรา Instruments เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการดื่มสุรา 11 ข้อ 2. แบบประเมินแผนประเภทการดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้แบบประเมิน (The Alcohol Use Disorder Identification Test; AUDIT) 3. แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินแรงจูงใจโดยใช้แบบสอบถามฉบับนี้ 4. แบบประเมินอาการขาดสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment scale for Alcohol revised : CIWA-Ar) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ยารักษาอาการขาดสุรา และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการบำบัด	Finding (ต่อ) ในชั้นบันได ที่ 10 จำนวน 20 คน) 2. เมื่อพิจารณาข้อมูลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดการดื่มสุราเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณการดื่มสุราเป็นจำนวนครั้ง/สัปดาห์ ก่อนการบำบัดและหลังการได้รับการบำบัด 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปริมาณการดื่มสุราลดลงกว่าก่อนเข้ารับการบำบัด 1 เดือน 2 เดือน 2 สัปดาห์ ไม่ดื่ม 15 ราย, หลังบำบัด 1 เดือน ไม่ดื่ม 15 ราย และ 2 เดือน ไม่ดื่มจำนวน 3 ราย) 3. เมื่อติดตามผลหลังบำบัดเมื่อครบ 2 สัปดาห์ 1 เดือน และ 2 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังเข้ารับการบำบัด มีพฤติกรรมกลับไปดื่มสุราเพิ่มขึ้น แต่มีจำนวนน้อยกว่าเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับการบำบัด กล่าวคือ - ระยะติดตาม 2 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมโครงการ ไม่ดื่มสุราจำนวน 15 ราย กลับไปดื่มสุราในปริมาณ 2-4 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 5 ราย - ระยะติดตาม 1 เดือน ผู้เข้าร่วมโครงการ ไม่ดื่มสุราจำนวน 15 ราย กลับไปดื่มสุราในปริมาณ 2-4 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 5 ราย - ระยะติดตาม 2 เดือน ผู้เข้าร่วมโครงการ ไม่ดื่มสุราจำนวน 17 ราย กลับไปดื่มสุราในปริมาณ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 3 ราย Implication 1. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม สามารถทำให้ผู้ดูแลแอลกอฮอล์เกิดความตระหนัก และมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนตนเอง 2. หากผู้ติดตามมีการสร้างคุณค่า มีความเข้มแข็ง และสามารถสร้างทักษะชีวิตที่ดีขึ้นสำหรับตนเองได้ จะสามารถลดและเลิกการดื่มสุราได้ 3. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสามารถลดการกลับมาดื่มสุราภายใน 28 วัน

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 29 (ต่อ) ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดแบบ ข้อต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และความ ต้องการการรักษของผู้ป่วยโรคจิตสุรา โรงพยาบาลจิตเวชหลายราชชนครินทร์ ผู้แต่ง กานต์พิชชา แสนบุตดา ปี : 2551 Objective ศึกษาความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและ ความต้องการการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตสุรา หลังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบข้อ ต่อในโรงพยาบาลจิตเวชหลายราชชนครินทร์ Design Quasi-experimental research (One group pre-post test design) Level Level B	Setting หอผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลจิตเวชหลาย ราช นครินทร์ จังหวัด Sample Inclusion criteria 1. ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นผู้ป่วยโรคจิตสุรา (alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2005) และ บันทึกตามรหัส ICD-10 2. มีคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและ ความต้องการการรักษา สำหรับผู้ดื่มสุราในด้านการดื่มสุรา ในระดับสูง (17 คะแนนขึ้นไป) ประเมินโดยแบบวัดความ พร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES-8A) 3. ไม่มีอาการทางจิต โดยมีคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน ประเมินโดยแบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) 4. ในการเข้ารับการรักษาบำบัดแบบผู้ป่วยในในการศึกษา ครั้งนี้ผู้ป่วยโรคจิตสุรายังไม่ได้รับการบำบัดด้านจิต สังคมอื่นมาก่อน	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดแบบข้อ ต่อเวลาในการบำบัด 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ไม่ระบุระยะเวลาที่ใช้ในการ บำบัดแต่ละครั้ง และไม่ระบุเวลาเมื่อครบบำบัด ประเมินผลการบำบัด 2 ครั้ง โดยการ เปรียบเทียบคะแนนก่อนได้รับการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังสิ้นสุดการบำบัดครั้งที่ 3 ไม่ ระบุการติดตามผลซ้ำ มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้ 1. ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการบำบัด 2. ประเมินสภาพจิตใจ ก่อนการดำเนินการบำบัด โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงอาการ ทางจิต (BPRS) 3. วัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A) สำหรับผู้ดื่มสุรา ครั้งที่ 1 4. ทำการบำบัดครั้งที่ 1 โดยให้ผู้ดื่มสุราพิจารณาผลกระทบด้านบวกและลบ (identifying positive and negative consequences stage) และถามคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วย พูดข้อความใจตนเอง (self-motivation statement) เกี่ยวกับ การตระหนักถึงปัญหาการดื่มสุรา (problem recognition) ให้ผู้ป่วยสำรวจตนเองแล้วทำการ สะท้อนกลับ (feedback) และการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (information) เกี่ยวกับ พฤติกรรมที่เสี่ยงหรือปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 29 (ต่อ)	Sample (ต่อ) 5. สามารถอ่านออก เขียนได้ และพูดคุยติดต่อดสื่อสาร 6. ชินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย Exclusion criteria กลุ่มตัวอย่างได้จากผู้ที่ได้รับบริการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ขององค์การอนามัยโลกว่าเป็น โรคจิตสุรา (Alcohol dependence) (F10.2) และได้รับการบำบัดรักษาในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชเสวราชนครินทร์ จังหวัดเลย ผ่านขั้นตอนตามเกณฑ์และคัดเลือกรูปแบบเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1 กลุ่มจำนวน 15 ราย Outcomes 1. ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาในด้านยอมรับ ด้านความเล็งเด และด้านกำลังมือทำ 2. ความเล็งเดใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรมการดื่มสุรา 3. ความมุ่งมั่นในการลงมือปฏิบัติ	Intervention (ต่อ) 5. ทำการบำบัดครั้งที่ 2 เพื่อจัดการความเล็งเดใจ (contemplation stage) โดยใช้หลักการของการสัมภาษณ์แบบเปิด (open-ended questioning) ใช้หลักการฟังอย่างเข้าใจและสะท้อนความคิด พร้อมสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย แสดงความเห็นอกเห็นใจ (express empathy) และค้นหาช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับสิ่งที่ผู้ป่วยปัจจุบัน (develop discrepancy) ด้วยการถามคำถามที่กระตุ้นให้แสดงความกังวลกับปัญหาการดื่มสุรา (expression of concern about perceived problem) และกระตุ้นให้แสดงความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรมการดื่มสุรา (intention to change) 6. ทำการบำบัดครั้งที่ 3 โดยการเสนอทางเลือกให้ปฏิบัติ (menu) และเน้นให้มีความรับผิดชอบ (responsibility) ในการเลือกของผู้ป่วยเอง พร้อมให้ความรู้เรื่องโทษของสุราทางเลือกในการเลิกสุรา และกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาและความรับผิดชอบ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการที่จะลด ละ เลิกสุรา โดยถามคำถามที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงถึงทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรมการดื่มสุรา (optimism about change) และใช้เทคนิคในการเสริมสร้างแรงจูงใจ สนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (support self-efficacy) ว่าสามารถลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรมการดื่มสุราได้ 7. วัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A) สำหรับผู้ดื่มสุรา ครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดการบำบัดทันที

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 29 (ต่อ)	Instruments เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยอายุ เพศ ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการดื่มสุรา 2. แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES-8A]) สำหรับผู้ดื่มสุรา 19 ข้อ 3 ด้าน คือ ด้านการยอมรับ ด้านความตั้งใจ และด้านกำลังลงมือทำ 3. แบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale; BPRS) เพื่อประเมินสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการรักษา	Finding Within group เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตสุรากับและด้านกำลังลงมือระหว่างก่อนรับการบำบัดและหลังรับการบำบัด พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตสุราในแต่ละด้านหลังได้รับการบำบัดของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน แต่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตสุรามีความเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ Implication 1. การเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดแบบยอ สามารถลดความถี่ของผู้ป่วยโรคจิตสุราได้ 2. หากผู้ติดสุรามีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาจนสามารถเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการกระทำพฤติกรรมในลำดับต่อไปได้ 3. ก่อนให้การบำบัดในแต่ละครั้ง ผู้รับการบำบัดต้องได้รับการประเมินความพร้อมก่อนว่าอยู่ในระดับใด จึงจะให้การเสริมสร้างแรงจูงใจได้

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 30 ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้แต่ง ดวงเดือน เนตรกระจ่าง ปี : 2551 Objective เพื่อศึกษาการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหลังได้รับการบำบัดโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ Design Quasi Experimental Research (repeated measures design) Level Level B	Setting แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ Sample Inclusion criteria 1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตจากสุราตามเกณฑ์ DSM-IV และเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ 2. เป็นผู้ที่ไม่มีอาการถอนพิษสุรารุนแรง โดยประเมินจากแบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษของสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS) ของ ซอร์วินเดอร์ส (Saunders) ซึ่งแบ่งได้โดย พันฐานภา กิตติรัตน์ ไพบูลย์ ในปีพ.ศ. 2547 (พันฐานภา กิตติรัตน์ ไพบูลย์ และ หทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) ได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน 3. ประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ขององค์การอนามัยโลก (Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)) แปลโดย สาวิตรี อัมฉะกักรัชย์ ในปี พ.ศ. 2544 ได้ค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน 4. ประเมินอาการทางจิต โดยประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale [BPRS])	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มสำหรับผู้ดื่มแอลกอฮอล์โดยมีวิธีการดำเนินการกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง กำหนดการดำเนินการกิจกรรมตาม โปรแกรมในวันจันทร์และวันพฤหัสบดี รวมทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และทำการติดตามผลหลังทำการบำบัดครบ 2 และ 4 สัปดาห์ โดยจะมีการดำเนินการกิจกรรมหลักตามแผน ในกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน ดังนี้ 1. สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษ สุรา (Alcohol Withdrawal Scale : AWS) ประเมินอาการทางจิต (BPRS) โดยต้องมีการประเมินซ้ำ 36 และประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน 2. แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 7 รายและ 8 ราย โดยมีการดำเนินการกิจกรรมทุกอย่างของโปรแกรมเหมือนกัน ตามขั้นตอนดังนี้ 2.1 การบำบัดครั้งที่ 1 ทำในวันจันทร์ สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 60 นาที โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์โดยการสร้างสัมพันธภาพ ให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ในแต่ละครั้งเพื่อความรู้เข้าใจที่ตรงกัน พร้อมกับบอกลักษณะเด่นของตนเองเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเองและยอมรับผู้อื่น 2.2 การบำบัดครั้งที่ 2 ในวันพฤหัสบดี สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 90 นาที เสริมสร้างพลังอำนาจให้มีการค้นพบสถานการณ์จริง ช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ยอมรับ

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 30 (ต่อ)	Sample (ต่อ) (พื้นฐานกิตติรัตน์ 2544) ได้กำหนดเน้น น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน จากคะแนน 126 คะแนน 5. สามารถสื่อความหมายและเข้าใจภาษาไทย 6. อันได้ให้ความร่วมมือในการวิจัย Exclusion criteria - กลุ่มตัวอย่างได้จากผู้ป่วยโรจิตติจากสุราที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ผ่านขั้นตอนการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่มจำนวน 15 ราย Outcomes 1. การค้นพบสถานการณ์จริงที่ทำให้เกิดการติดยา 2. การคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3. การปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ 4. ความเชื่อมั่นในความสามารถในการจัดการควบคุมพฤติกรรมด้านแอลกอฮอล์ 5. ปริมาณการดื่มสุรา 6. จำนวนวันที่ดื่มหนัก	Intervention (ต่อ) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง โดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยให้เข้าใจและยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง กระทั่งรู้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมค่านิยมเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง 2.3 การบำบัดครั้งที่ 3 ในวันจันทร์ สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 90 นาที โดยให้ผู้ช่วยเหลือคิดอย่างมีวิจารณญาณ เสริมสร้างพลังอำนาจให้สมาชิก แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยที่ดื่มแอลกอฮอล์ และตั้งเป้าหมายทำอย่างไรจึงจะไม่กลับไปดื่มซ้ำอีกหรือดื่มน้อยลง 2.4 การบำบัดครั้งที่ 4 ในวันพฤหัสบดี สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 90 นาที โดยให้ผู้เรียนรู้และเข้าใจหลักการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ความสำคัญของการปฏิบัติตน รวมทั้งเปิดโอกาสให้มีการฝึกทักษะการปฏิบัติตน เพื่อเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจต่อการปฏิบัติที่เหมาะสมที่จะลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมให้แสดงละคร (role play) หลังจากนั้นก็เปิดโอกาสให้อภิปรายความเหมาะสมของการปฏิบัติตน ร่วมเสนอแนะแนวทางที่เหมาะสม 2.5 การบำบัดครั้งที่ 5 ในวันจันทร์ สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 90 นาที ทำการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยกระตุ้นและติดตามการคงไว้ซึ่งการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติในการลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ให้สมาชิกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค ของการลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ของตนเอง ว่าเกิดจากปัจจัยใดบ้าง

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 30 (ต่อ)	Instrument เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล - แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส - แบบประเมินอาการทางจิต (Brief psychiatric rating scale : BPRS) เพื่อประเมินอาการทางจิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการบำบัด - แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale : AWS) เพื่อประเมินอาการถอนพิษสุราก่อนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัด - แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หรือแบบประเมิน AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) เพื่อค้นหาปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการดื่ม เวลาที่ดื่ม ปริมาณและความถี่ของการดื่ม อาการของการดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการดื่ม แอลกอฮอล์ก่อนและหลังให้การบำบัด	Intervention (ต่อ) 2.6 กิจกรรมครั้งที่ 6 ในวันพฤหัสบดี สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 90 นาที โดยทำการเสริมสร้างพลังอำนาจให้มารดาได้รู้ถึงความต้องการที่มีประสิทธิภาพเพื่อการกระตุ้น และติดตามการคงไว้ซึ่งการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติในการลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ 3. รวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) หลังสิ้นสุดการดำเนินการบำบัด Finding Within group - เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 และ 4 สัปดาห์ พบว่าหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 - เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนรับการบำบัดหลังการได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างหลังการได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์และหลังการได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างกัน Between group

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 30 (ต่อ)		Implication 1. การเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดการค้นพบสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับตนเอง จึงเกิดการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่เหมาะสมได้ 2. เหมาะในการนำไปใช้กับผู้ติดสุราที่มี Cognitive ดี 3. หากผู้ติดสุราเมื่อการทางจิต จะไม่สามารถรับการบำบัดด้วยโปรแกรมนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4. กระบวนการกลุ่มช่วย จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราสามารถลดหรือเลิกดื่ม แอลกอฮอล์ได้จริง
เรื่องที่ 31 ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่ง ตนในการปฏิบัติธรรมต่อพฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์ของผู้ที่ดื่มแบบมีปัญหาก่อนที่มารับ บริการใน โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ผู้แต่ง สุพรรณ ไซวรรณะ ปี : 2551	Setting แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย Sample Inclusion criteria 1. มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหาก่อนที่มารับบริการ โดยแบบประเมินพฤติกรรมการดื่ม (The Alcohol Use Disorder Identification Test [AUDIT]) มีระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 16-19 คะแนน 2. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ และอ่านออกเขียนได้	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับบำบัดโดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติธรรมต่อสุรา โดยกำหนดให้เข้ากลุ่ม 7 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ และสัปดาห์สุดท้ายเข้าร่วมกิจกรรม 1 ครั้ง ครั้งที่ 1 : เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ให้มีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมครั้งที่ 2 : ให้ฝึกการนั่งเพื่อผ่อนคลายความเครียด และให้พบทวนประสบการณ์ในการปฏิบัติธรรม และประเมินความต้องการในการปฏิบัติธรรม

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 31 (ต่อ) Objective เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่ดื่มแบบมีปัญหาลดลง หลังจากได้รับการบำบัดตามโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติตนที่โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย Design Quasi experimental research (one group pre-post test design) Level Level B	Sample (ต่อ) Exclusion criteria กลุ่มตัวอย่างได้มาจากผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหาลดลง ที่มารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม 2551 ผ่านขั้นตอนต่าง ๆ และทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม จำนวน 15 ราย Outcomes 1. พฤติกรรมการดื่ม 2. ระดับการดื่ม Instruments เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ลิขสิทธิ์ในการรักษาพยาบาล 2. แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการดื่ม (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) เพื่อใช้ประเมินเกี่ยวกับปริมาณ ความถี่ของการดื่ม และการแก้ไขปัญหาของการดื่ม	Intervention (ต่อ) ครั้งที่ 3 : ให้ออกกำลังกายเป็นประจำในการปฏิบัติตน การลดการดื่มแอลกอฮอล์ เรียนรู้ทำให้ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตน ครั้งที่ 4 : ให้ออกกำลังกายและแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตนไปทำเพื่อให้ตระหนักถึงความสามารถของตัวเองในการปฏิบัติตนแอลกอฮอล์ ครั้งที่ 5 : ให้ออกกำลังกายในการปฏิบัติตนแอลกอฮอล์ ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยที่ทำให้สามารถปฏิบัติตนได้สำเร็จ ครั้งที่ 6 : ให้ออกกำลังกายในการปฏิบัติตนแอลกอฮอล์ และปัจจัยที่ทำให้สามารถปฏิบัติตนได้สำเร็จ ครั้งที่ 7 : สรุปและประเมินผล ตามแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง ที่ทำตามโปรแกรมไปแล้วทั้งหมด และให้สรุปประเมินผลเข้าร่วมโปรแกรม ตลอดระยะ 4 สัปดาห์ และประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หลังสิ้นสุดโปรแกรมที่ร่วมพิจารณาพร้อมในการประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ 4 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยหลังทำกิจกรรมทุกครั้ง จะมีการบันทึกผลและประเมินผลในแต่ละครั้ง 4 สัปดาห์ประเมินผลในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การปฏิบัติตามแผน การแสดงความคิดเห็น การทำงานที่มอบหมายให้ตามใบงานของกิจกรรมแต่ละครั้ง และประเมินพฤติกรรมการดื่ม AUDIT เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในโปรแกรม และประเมินซ้ำอีกครั้งหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 8 สัปดาห์ Finding

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 31 (ต่อ)	Instruments (ต่อ) อาการและปัญหาของการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังรับการบำบัด	Finding Within group - เมื่อวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมของผู้ที่ได้รับโปรแกรม พบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ผู้ที่ได้รับโปรแกรมจะมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มต่ำกว่าก่อน เข้าร่วม โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ก่อนเข้าโปรแกรม = 17.27, หลังสิ้นสุด โปรแกรมทันที = 12.60) - เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมของผู้ที่ได้รับ โปรแกรมหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ พบว่าคะแนนต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ก่อนบำบัด = 17.27 หลังสิ้นสุดการบำบัดทันที = 8.73) - เมื่อวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการ ได้รับการ บำบัดทันทีและหลังสิ้นสุดการบำบัด 4 สัปดาห์ พบว่าคะแนนหลัง "ได้รับการบำบัดในแต่ละครั้งจะมีคะแนนลดลงแตกต่างกันระหว่างการบำบัดในทุก ๆ ช่วง และเมื่อทดสอบเป็นรายคู่เพื่อดูความแตกต่างในแต่ละครั้ง ยังพบว่าเมื่อให้โปรแกรมบำบัด แล้วจะทำให้คะแนนพฤติกรรมการดื่มครั้งหลัง ๆ ลดต่ำกว่าก่อน ได้รับ โปรแกรมในทุกระยะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) Between group - Implication - การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ สามารถทำให้ผู้ที่ ดื่มแบบมีปัญหาดพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ได้ - การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของบุคคล สามารถเสริมได้จนกระทั่งข้อ 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 2)

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 31 (ต่อ)		Implication (ต่อ) การได้เห็นต้นแบบหรือประสบการณ์ผู้อื่น 3) การใช้คำพูดชักจูงโน้มน้าว 4) การส่งเสริมสถานะด้านร่างกายและอารมณ์ ให้มีความพร้อม 3. หากผู้ที่ดื่มแบบนี้มีปัญหามีความเชื่อมั่นหรือมีความมั่นใจในการปฏิบัติการใช้แอลกอฮอล์ จะสามารถลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงได้
เรื่องที่ 32 ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่ดื่มแบบเสี่ยง โรงพยาบาลเสริมงาม จังหวัดลำปาง ผู้แต่ง อ่อนศรี นวนเกตุ ปี : 2551 Objective ศึกษาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่ดื่มแบบเสี่ยง หลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเอง ที่โรงพยาบาลเสริมงาม จังหวัดลำปาง	Setting คลินิกบำบัดยาเสพติด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสริมงาม อำเภอสว่างงาม จังหวัดลำปาง Sample Inclusion criteria - มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงประเมินโดยแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) ขององค์การอนามัยโลก แปลโดย ศาสตราจารย์ อัยฉางกักรัช (หทัยชนนี บุญเจริญ และ พันธุนภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2549) ได้ค่าคะแนน 8-15 คะแนน และปัจจุบันยังมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ - สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ สามารถอ่านออก เขียนได้ - ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับกิจกรรมตามที่โปรแกรมกำหนดให้จำนวน 9 ครั้งๆ ละ 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวม 3 สัปดาห์ติดต่อกันในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 7 คน ตามความสมัครใจและความสะดวกในการเดินทางของกลุ่มตัวอย่าง ติดตามผล 2 ครั้งหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและ 4 สัปดาห์ รวมทั้งหมดเป็น 7 สัปดาห์ โดยจะให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 9 ครั้ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้ ครั้งที่ 1 : สร้างสัมพันธภาพและให้กลุ่มตัวอย่างสำรวจตนเองเพื่อให้รู้จักและเข้าใจตนเอง รวมถึงรู้จักผู้อื่นมากขึ้น ครั้งที่ 2 : ให้กลุ่มตัวอย่างทำการสำรวจตัวเอง เพื่อให้ทราบว่าคนเรานั้นมีพลังดีและสิ่งที่จะต้องปรับปรุง พร้อมให้พบทนายประสบการณ์ที่เคยได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ และนำเสนอประโยชน์และโทษของแอลกอฮอล์ ครั้งที่ 3 : ให้ฝึกทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้และรู้จักชื่นชมในความสามารถของ พร้อมให้ฝึกความมั่นใจไปได้ของการ

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 32 (ต่อ) Design Quasi-experimental research (one-group pre-post test design) Level Level B	Sample (ต่อ) Exclusion criteria - กลุ่มตัวอย่างได้มาจากผู้ดื่มแอลกอฮอล์ ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสริมงาม อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง ผ่านขั้นตอนต่าง ๆ และทำการคัดเลือก "ได้กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม จำนวน 14 คน" Outcomes - ระดับพฤติกรรม - การควบคุมตนเอง Instrument เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล - แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สภาพสมรส ไรศประจําตัว สิทธิในการรับและประวัติพันธุกรรมด้านการดื่มแอลกอฮอล์ - แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) เพื่อใช้กันเกี่ยวกับปริมาณความถี่ของการดื่มอาการของการติดแอลกอฮอล์ และปัญหาของการดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-4	Intervention (ต่อ) ดัด ละ เลิกการดื่มแอลกอฮอล์ และผดตอบแทนที่จะได้รับครั้งที่ 4 : ศึกษาเกี่ยวกับการแก้ปัญหาโดยเชื่อมโยงวิธีการแก้ไขปัญหากับวิธีการของกลุ่ม ตัวอย่าง และอภิปรายร่วมกัน ในการนำหลักการแก้ไขปัญหามาประยุกต์ใช้ ครั้งที่ 5 : ศึกษาเกี่ยวกับการแก้ปัญหาต่อและให้พบทวนเกี่ยวกับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ สาเหตุของการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองว่าเกิดจากสาเหตุและ ปัจจัยอะไรบ้าง และตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตน ครั้งที่ 6 : ให้ฝึกทักษะการควบคุมตนเอง โดยเรียนรู้ทักษะการจัดการกับอารมณ์ เพื่อให้เท่าทันกับอารมณ์ของตนเอง ครั้งที่ 7 : ให้ฝึกทักษะการจัดการจัดการกับอารมณ์ต่อ ครั้งที่ 8 : ฝึกทักษะการปฏิเสธสิ่งชั่วร้ายทางอารมณ์ โดยผ่านทางการแสดงบทบาทสมมติ ครั้งที่ 9 : สรุปและจัดการเข้ากลุ่ม ในการดำเนินกลุ่มแต่ละครั้งจะมีการบันทึกผลการดำเนินกลุ่มทุกครั้ง พร้อมทั้งประเมินความสนใจของกลุ่มตัวอย่างทุกคนในเรื่องการเข้าร่วมกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่มรวมทั้งการแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการทำงานที่มอบหมายให้ Finding Within group เมื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนเข้าโปรแกรมฯ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พื้นที่ และหลังเข้าร่วม โปรแกรมฯ ครบ 4 สัปดาห์ พบว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ หลังเข้าร่วม โปรแกรมฯ พื้นที่ และหลังเข้าร่วม โปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการดื่ม และดื่มแอลกอฮอล์ลดลง

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 32 (ต่อ)	Instrument (ต่อ)	Finding (ต่อ) 2. เมื่อวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวัดครั้งที่ 1 (ก่อนการเข้าโปรแกรมฯ) ครั้งที่ 2 (ติดตามหลังการเข้าโปรแกรมฯทันที) และครั้งที่ 3 (ติดตามหลังการเข้าโปรแกรมฯ ครบ 4 สัปดาห์) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 3. หลังทดสอบความแตกต่างของคะแนนระดับพฤติกรรมด้านแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวัดทั้ง 3 ครั้ง พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กับหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทันที และก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กับหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ครบ 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ครบทันที กับหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ครบ 4 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ โดย ก่อน - หลังเข้าโปรแกรมฯ ร่วมโปรแกรมฯ ครบ 4 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ โดย ก่อน - หลังเข้าโปรแกรมฯ ครบทันที มีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 8.500 ($p = .000$) ก่อน - หลังเข้าโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์มีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 9.071 ($p = .000$) หลังเข้าโปรแกรมทันที - หลังเข้าโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์มีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย .571 ($p = .043$) Between group - Implication 1. การได้มีโอกาสในการพัฒนาตนเองในทักษะการรับรู้ความสามารถแห่งตน ทักษะการแก้ปัญหาและทักษะการควบคุมตนเอง มีผลให้ผู้ต้นแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงเกิดกระบวนการคิด และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองในทิศทางที่เหมาะสม 2. หากบุคคลได้มีโอกาสสำรวจตนเอง ค้นพบตนเองว่ามีสิ่งที่น่าภาคภูมิใจ สิ่งที่ต้องการปรับปรุง แก้ไขปัญหาที่เคยประสบในอดีตของตน หรือของผู้อื่นจะส่งผลให้เกิดความมั่นใจในความสำเร็จ เสริมความภาคภูมิใจ ทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองผู้ศึกษามี

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 32 (ต่อ)		Implication (ต่อ) คุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น 3. การควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ สามารถใช้ได้ในผู้ที่ดื่มแบบเสี่ยง แต่ไม่ดีกว่าสามารถใช้ได้กับผู้ดื่มกลุ่มอื่น ๆ
เรื่องที่ 33 ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้แต่ง วารารณ ขจรธรรมเสนี ปี : 2551 Objective เพื่อศึกษาผลการลดพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่	Setting หอผู้ป่วยฝ่ายคำ โรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่ Sample Inclusion criteria - มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ประเมิน โดย AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ได้ค่า > 20 คะแนน - ไม่มีอาการถอนพิษสุรา โดยประเมินจากแบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) ได้ค่าคะแนนเท่ากับ 0 คือ ไม่พบ อาการถอนพิษสุรา หรือ 1-4 คือ พบอาการถอนพิษสุราเล็กน้อย - ไม่มีอาการทางจิต โดยประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale [BPRS]) ได้ค่าคะแนน ≥ 36 คะแนน	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับโปรแกรมควบคุมตนเองแบบกลุ่ม จำนวน 9 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวม 3 สัปดาห์ โดยครั้งที่ 1 ทำการสร้างสัมพันธภาพและให้กลุ่มสำรวจตนเอง ทำให้รู้จักและเข้าใจตนเองและเข้าใจเพื่อนสมาชิก ครั้งที่ 2 ให้ทำการสำรวจตัวเอง (ต่อ) เพื่อให้ทราบว่าเรามีสิ่งดีและสิ่งที่จะต้องปรับปรุง และไม่ดำเนินพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ แต่จะชี้ให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ครั้งที่ 3 ฝึกทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้สามารถตระหนักรู้ในความสามารถของตนเอง และรู้จักชื่นชมความสามารถของตนเอง นี่ก็ถึงความเป็นไปได้ของการเลิกแอลกอฮอล์ ครั้งที่ 4 ฝึกทักษะการแก้ปัญหา โดยเพิ่มเติมหลักการแก้ปัญหาเชื่อมโยงวิธีการแก้ปัญหาเข้ากับวิธีการสมาชิกผู้มากุ่มเพิ่มเติมหลักการแก้ปัญหา โดยเชื่อมโยงวิธีการแก้ปัญหาเข้ากับวิธีการของสมาชิก
Design Quasi experimental research (repeated measures design)		

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 33 (ต่อ) Level Level B	Setting (ต่อ) 4. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ สามารถอ่านออก เขียน ได้ 5. ชินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย Exclusion criteria - กลุ่มตัวอย่างได้จากผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นกลุ่มโรค F10.5 (alcohol induced psychotic disorder) ตามรหัสของโรคในระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem [ICD-10]) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่แล้วผ่านการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้ กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม จำนวน 15 ราย Outcomes 1. ทักษะในการควบคุมตนเอง 2. การตระหนักรู้ในความสามารถของตนเอง 3. ปริมาณการดื่มสุรา 4. ทักษะการแก้ปัญหา การจัดการปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ 5. การกลับไปไม่ดื่มสุราซ้ำ	Intervention (ต่อ) ครั้งที่ 5 ฝึกทักษะการแก้ปัญหา (ต่อ) เป็นการจัดการปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองและเขียนบันทึกเป้าหมาย และแนวทางการลด/เลิกแอลกอฮอล์ของตนเองลงในสมุดบันทึกประจำวัน ครั้งที่ 6 ให้อธิบายทักษะการควบคุมตนเอง โดยเรียนรู้ทักษะการจัดการกับอารมณ์ และให้นำถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาเวลาเกิดอารมณ์ด้านลบ จะรับรู้ได้อย่างไร มีปฏิกิริยาตอบสนองทางกาย/ใจอย่างไร และมีวิธีการจัดการกับอารมณ์อย่างไร ผลเป็นอย่างไร และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเรื่องวิธีการจัดการอารมณ์ทางลบ ครั้งที่ 7 ให้อธิบายทักษะการจัดการกับอารมณ์ (ต่อ) และนำเสนอเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ในช่วงที่พยายามเลิกแอลกอฮอล์ที่ยังคิดว่ายังจัดการกับอารมณ์ และความรู้สึกนั้นไม่ได้ โดยนำเสนอเป็นบทบาทสมมุติ และแนะนำเพิ่มเติมในวิธีการจัดการอารมณ์และความรู้สึกในช่วงที่พยายามเลิกแอลกอฮอล์ ครั้งที่ 8 ให้อธิบายทักษะการปฏิเสธสิ่งช่วยทางอารมณ์ โดยการฝึกปฏิเสธเพื่อนที่ชวนไปดื่มแอลกอฮอล์ และให้ฝึกการปฏิเสธ และแสดงบทบาทสมมุติเกี่ยวกับการปฏิเสธเพื่อนชวนให้ไปดื่มแอลกอฮอล์ จากนั้นจึงสรุปเหตุผลและความจำเป็นของการปฏิเสธ และเพิ่มเติมหลักการปฏิเสธสิ่งช่วย ครั้งที่ 9 สรุปและยุติการเข้ากลุ่ม พร้อมทบทวนประเด็นต่าง ๆ ของการบำบัดตั้งแต่ครั้งที่ 1-8 และประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่ม AUDIT เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในโปรแกรม 2 สัปดาห์และติดตามผลอีกครั้งใน 4 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 7 สัปดาห์

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 33 (ต่อ)	Instrument เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ วิธีการเข้าถึงการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ความรู้เรื่องโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ และจำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาล 2. แบบประเมินพฤติกรรมการดื่ม AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ซึ่งใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและใช้ในการประเมินผลด้วย 3. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale [BPRS]) เพื่อประเมินอาการทางจิตก่อนคัดเลือกร่วมตัวอย่างเข้ารับการบำบัด 4. แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) เพื่อประเมินอาการถอนพิษสุราก่อนคัดเลือกร่วมตัวอย่างเข้ารับการบำบัด	Finding Within group 1. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมตนเองพบว่าหลังจากจบโปรแกรม 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนก่อนและหลังรับการบำบัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2. เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนร่วมโปรแกรมการควบคุมตนเองและการติดตามผลหลังจากจบโปรแกรม 4 สัปดาห์ พบว่าหลังรับการบำบัดกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 3. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หลังจบโปรแกรมการควบคุมตนเองระหว่าง 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างกัน Between group - Implication 1. โปรแกรมการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ 2. หากผู้ดูแลมีทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทักษะการแก้ปัญหา และทักษะการควบคุมตนเอง จะทำให้มีความกระตือรือร้น และความสนใจในสิ่งที่ตนเองวางแผน และส่งผลทำให้เกิดการลดพฤติกรรมการดื่มสุราลง

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 34 ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของโปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดเชิงพฤติกรรมและการรู้คิดต่อการตระหนักถึงตนเองกับการยอมรับตนเองของผู้ติดยา ผู้แต่ง สุราสินี นพธัญญะ ปี : 2551 Objective เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการตระหนักถึงตนเองกับการยอมรับตนเองของผู้ติดยา ก่อนและหลังได้รับการปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดเชิงพฤติกรรมและการรู้คิด Design Quasi experimental research (One Group Pre-test Post-test Design) Level Level B	Setting ศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่ อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ Sample Inclusion criteria 1. เป็นผู้ป่วยที่รับปรึกษาในศูนย์บำบัดรักษาเสพติด 2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดยาตามหลักการแบ่งโรคทางจิตเวชศาสตร์ ICD 10 อยู่ในกลุ่ม F10 คือ พฤติกรรมแปรปรวนเนื่องจากการติดยา และมีระดับความรุนแรงของภาวะขาดสติ ค่าคะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 2 จึงให้เข้าโปรแกรมเพราะถ้าค่าคะแนนมากกว่า 2 ผู้ป่วยที่ยังมีภาวะขาดสติทำให้สมาธิการรับรู้ การใช้ความคิดไม่เต็มที่ ไม่สามารถที่จะคิดวิเคราะห์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3. สามารถสื่อความหมายและเข้าใจภาษาไทยได้ Exclusion criteria กลุ่มตัวอย่างได้จากผู้ติดยา ที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดเชิงพฤติกรรม และการรู้คิด ผ่านการคัดเลือกแบบเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับ โปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดเชิงพฤติกรรม และการรู้คิดต่อการตระหนักถึงตนเองกับการยอมรับตนเองของผู้ติดยา มีการดำเนินกลุ่มทั้งหมด 15 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ดำเนินต่อเนื่องไปตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ 1. ทำการวัดการตระหนักถึงตนเองและการยอมรับตนเองก่อนให้การบำบัดครั้งที่ 1 2. ทำการบำบัดครั้งที่ 1 โดยบอกกลุ่มหมาย กลุ่มเป้าหมายทั่วไปของกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของสมาชิกที่พึงปฏิบัติภายในกลุ่มเพื่อสร้างความคุ้นเคย และเพื่อให้สมาชิกรู้สึกเป็นกันเอง 3. ทำการบำบัดครั้งที่ 2 ให้สมาชิกได้สำรวจตัวเอง ทั้งในส่วนที่ดีและที่ต้อการปรับปรุง 4. ทำการบำบัดครั้งที่ 3 โดยให้สมาชิกเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง เรื่องการยอมรับความจริงของตนเองเกี่ยวกับภาวะการติดยา 5. ทำการบำบัดครั้งที่ 4 โดยการให้สมาชิกเข้าใจหลักการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการสร้างแรงจูงใจ ฝึกฝนการตั้งเป้าหมายการเปลี่ยนแปลง 6. ทำการบำบัดครั้งที่ 5 โดยให้สมาชิกเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างการแก้ไขปัญหา และการจัดการอารมณ์ของตนเอง 7. ทำการบำบัดครั้งที่ 6 โดยให้สมาชิกเรียนรู้สาเหตุของการผลักดัน ประกันพ่วง พร้อมวิเคราะห์นิสัยผิดค้นประวัติดังกล่าวและสามารถวางแผนการแก้ไขปัญหานี้ 8. ทำการบำบัดครั้งที่ 7 โดยฝึกให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติงานด้วยความรับผิดชอบ พร้อมให้

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 34 (ต่อ)	Outcomes 1. การตระหนักรู้ตนเอง 2. การยอมรับตนเอง 3. การวางแผนการเลิกสุรา 4. การเผชิญความขัดแย้ง และวิธีปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยง (การดื่มสุรา) Instruments เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการดื่มสุรา 2. แบบสอบถามวัดการตระหนักรู้ตนเองของ Goleman (1998) ที่มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ การรู้จักอารมณ์ตนเอง การประเมินตนเอง ได้ตามความเป็นจริง และความมั่นใจในตนเอง เพื่อใช้วัดการตระหนักรู้ตนเองของกลุ่มตัวอย่างและหลังทำการบำบัด 3. แบบวัดการยอมรับตนเองของ Phillips (1996) เพื่อใช้วัดการยอมรับตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังทำการบำบัด	Intervention (ต่อ) ตระหนักถึงความสำคัญของการรับคำสอน 9. ทำการบำบัดครั้งที่ 8 โดยให้สมาชิกรู้วิธีการเผชิญความขัดแย้ง และรู้วิธีปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนกระทำพฤติกรรมเสี่ยง 10. ทำการบำบัดครั้งที่ 9 โดยให้แนวทางฝึกการผ่อนคลายตนเองด้วยวิธีต่างๆ 11. ทำการบำบัดครั้งที่ 10 ให้สมาชิกตระหนักในจุดมุ่งหมายของการมีชีวิตอยู่ของตนเอง 12. ทำการบำบัดครั้งที่ 11 โดยให้สมาชิกได้พบทนายและจัดลำดับความสำคัญในชีวิต 13. ทำการบำบัดครั้งที่ 12 ให้สมาชิกตระหนักและยอมรับได้ใจบุคลิกภาพทั้งภายในและภายนอกของตนเอง และสำรวจบุคลิกภาพของตนเอง 14. ทำการบำบัดครั้งที่ 13 สร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการฟื้นฟูความสัมพันธ์ และทบทวนความคิดพลางของตนในอดีต สอนการรู้จักให้อภัยตนเองและผู้อื่น 15. ทำการบำบัดครั้งที่ 14 ให้ผู้ติดสุราพบทนายตนเอง / และพบทนายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับไปดื่มสุราซ้ำ 16. ทำการบำบัดครั้งที่ 15 โดยให้เสนอแผนการก้าวสู่ความสำเร็จ ว่าแผนต่างๆ ที่จะบรรลุเป้าหมายมีกี่แผน แต่ละแผนมีทางเลือกที่ทาง จะนำไปใช้อย่างไรเมื่อกลับไปบ้าน เพื่อเป็นแนวทางวางแผนการเลิกสุราต่อไป Finding Within group 1. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการตระหนักรู้ตนเองในระยะก่อนการทดลอง และระยะ

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 34 (ต่อ)		Finding (ต่อ) หลังการทดลองของผู้ป่วยจิตเวช พบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วม โปรแกรมการบำบัดตามแนวความคิดเชิงพฤติกรรมและการรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง การยอมรับตนเอง มีการตระหนักรู้ตนเองด้านการรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง ได้ถูกต้อง ด้านความมั่นใจในตนเองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ($p > .05$) 2. เมื่อเปรียบเทียบการยอมรับตนเองระหว่างก่อนและหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วม โปรแกรมการบำบัดตามแนวความคิดเชิงพฤติกรรมและการรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองมีการยอมรับตนเอง มีการยอมรับตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 Between group - Implication 1. ส่วนใหญ่ผู้จิตเวชที่เข้ารับการรักษาด้วยความสมัครใจมีความต้องการที่จะเลิกดื่มสุราหรือลดดื่มสุรา 2. หากมีความเข้มแข็งทางจิตใจ จะทำให้ผู้จิตเวชเกิดทัศนคติที่ดีต่อตนเองในด้านการตระหนักรู้และการยอมรับตนเอง 3. โปรแกรมการบำบัดตามแนวความคิดเชิงพฤติกรรมและการรู้เท่าทันอารมณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง และช่วยปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพเพื่อลดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม 4. การมีความคิดที่ดี จะช่วยส่งเสริมการลดพฤติกรรมดื่มสุรา 5. ผู้จิตเวชส่วนใหญ่จะมีการกลับไปดื่มสุรา 6. ระยะเวลาในการดื่มสุรานั้น มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 35 ชื่อเรื่องงานวิจัย การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากแอลกอฮอล์ ผู้แต่ง ทวี วิสาระพันธ์ ปี : 2551 Objective เพื่อศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากแอลกอฮอล์หลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ Design Quasi experimental research (repeated measures design) Level Level B	Setting หอผู้ป่วยจิตเวชชาย 3 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี Sample Inclusion criteria 1. อาการทางจิตเวช มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล 2. ผลการประเมินความรู้แรงของการก่อนพิษสุรา สุราอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางโดยใช้แบบประเมินความรู้แรงของการก่อนพิษสุรา (AWS) ได้คะแนนน้อยกว่า 5 คะแนน 3. สามารถอ่านออก เขียนได้ และพูดคุยติดต่อสื่อสารได้ Exclusion criteria - กลุ่มตัวอย่างได้จากผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการรักษามาแบบผู้ป่วยใน ในหอผู้ป่วยจิตเวชชาย 3 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยได้รับการวินิจฉัยว่า มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากแอลกอฮอล์ (F10) ในระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2550 ถึง 30 กันยายน 2550 ผ่านขั้นตอนตามเกณฑ์และรับการคัดเลือกแบบเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม จำนวน 30 ราย	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคล ทำการบำบัด 4 ครั้ง ครั้งละ 30 – 60 นาที โดยครั้งที่ 1 และ 2 บำบัดในโรงพยาบาล ห่างกัน 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 และ 4 เป็นการบำบัดซ้ำและติดตามประเมินผลโดยนักผู้พยาบาลที่โรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 หลังจากจากโรงพยาบาลโดยใช้แบบประเมินชุดเดิมเช่นเดียวกับการบำบัดครั้งที่ 1 ดังนั้นรายละเอียดต่อไปนี้ 1. เป็นการบำบัดเฉพาะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล 2 ครั้ง ครั้งละ 30 – 60 นาที แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ดังนี้ - ครั้งที่ 1 ระยะที่ 1 ทำทบทวนสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (สัปดาห์ที่ 1) โดยการให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรู้แรงของการดื่มสุรา ว่ามีผลต่อสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ สังคมอย่างไร แล้วสรุปข้อคิดที่ได้โดยประเมินจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร่วมกับประเมินแรงจูงใจว่าอยู่ในระดับใด จากนั้นจึงนัดหมายครั้งต่อไปในอีก 1 สัปดาห์ - ครั้งที่ 2 ระยะที่ 2 ทำให้ผู้รับการบำบัดมีค่านิยมในสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง (สัปดาห์ที่ 2) พร้อมทั้งตรวจสอบความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อปัญหาตนเอง ว่าเป็นปัญหาหรือไม่ หรือสังเกตไม่แน่ใจ หรือเห็นว่าปัญหาอย่างมาก ต้องการแก้ไขอย่างจริงจัง หากคิดว่าเป็นปัญหา จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ประกาศคำมั่นสัญญา และให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงแก้ไข เสนอทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงแก้ไข อาจเป็นการทดลองที่ดี อาจทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างกันได้อย่างชัดเจนของสภาพที่ดื่มสุรากับสภาพที่เลิกสุรจากันเงินต้นมาครั้งต่อไปอีก 2 สัปดาห์ เพื่อติดตามผลและบำบัดซ้ำ

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 35 (ต่อ)	Outcomes 1. จำนวนวันที่ดื่มหนัก 2. จำนวนวันที่หยุดดื่ม 3. คะแนนการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุรา 4. ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) 5. ขั้นตอนความรู้พร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา Instruments 1. แบบประเมินความรู้แรงของการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal scale: AWS) สำหรับประเมินสำหรับประเมินความรู้แรงของการถอนพิษสุราเพื่อคัดเลือกร่วมตัวอย่าง และต้องมีการประเมินอยู่ในระดับน้อย (คะแนน < 5) 2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะภาพสมรส ระยะเวลาของการดื่มสุรา ปริมาณการดื่มสุรา ชนิดของสุราที่ดื่ม การวินิจฉัยโรค และการรักษาด้วยยา ซึ่งจะใช้บันทึกข้อมูลในระยะแรกที่เข้ารับการบำบัด เพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและนำไปประกอบการ	Intervention (ต่อ) 2. เป็นการติดตามหลังให้การบำบัดครบ 2 ครั้งในโรงพยาบาล โดยมีการติดตามผู้ป่วยหลังจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ติดต่อกัน 2 ครั้ง เพื่อติดตามความก้าวหน้า ทบทวนเป้าหมาย อุปสรรคที่เกิดขึ้น ตรวจสอบแรงจูงใจว่ายังมั่นคงหรือไม่ การเสริมแรงจิตใจ ดังที่ปฏิบัติในครั้งที่ 1 การทำให้มั่นใจสัญญาของผู้ป่วยอยู่ใกล้โรงพยาบาลอาจติดตามถึงบ้าน หรือโดยการนัดมาพบที่โรงพยาบาล หรือกรณีผู้ป่วยอยู่ใกล้โรงพยาบาลอาจติดตามถึงบ้าน หรือติดตามทางโทรศัพท์กรณีไม่มาตามนัด ดังนี้ 2.1 ผู้บำบัดและผู้ช่วยร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยกัน ในช่วงนี้แล้ว 2.2 ตรวจสอบดูว่าผู้ป่วยได้ทำอะไรบ้างแล้วเพื่อเป็นการทบทวนความก้าวหน้าของแผนที่จะทำ 2.3 ทบทวนถึงเหตุผล ที่สำคัญที่สุดของการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงเพื่อเป็นการทบทวนความจำและตอบย้ำถึงค่านิยมสัญญาเดิมเพื่อให้เกิดแรงจูงใจใหม่ 3. สอบถามถึงปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อเลิกสุราตามแผนที่วางไว้ ถ้าพบปัญหาใหม่ให้ตรวจสอบใหม่กำหนดแผนการใหม่และให้สัญญาอีกครั้ง 4. ผู้บำบัดให้กำลังใจสร้างเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยทำได้สำเร็จในความรับผิดชอบของตัวเอง 5. สรุปสิ่งที่ได้พูดคุยกันและ นัดหมายอีก 2 สัปดาห์ เพื่อติดตามผลครั้งที่ 2 (การบำบัดครั้งที่ 4) 6. ผู้ป่วยจะได้รับผลการประเมินผลโดยใช้แบบประเมินชุดเดิมที่ใช้ประเมินก่อนเข้ารับการบำบัดครั้งที่ 1 ก่อนยุติบริการ พร้อมแนบยังถึงความสำคัญของการการมาติดตามผลการ

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 35 (ต่อ)	Instruments (ต่อ) ประเมินผลการบำบัด 3. แบบประเมินแรงงใจ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) 4. แบบบันทึกร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) ประเมิน โดยผู้ศึกษานำจำนวนวันที่กลุ่มเป้าหมายดื่มสุราเกิน 5 drinks/วัน ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา คูณด้วย 100หารด้วย 14 วัน	Intervention (ต่อ) บำบัดและพบแพทย์ตามนัด ตลอดจนให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติว่าหลังสิ้นสุดการบำบัดแล้ว หากมีปัญหาเกี่ยวกับการบำบัดสามารถมาพบผู้บำบัดได้อีก จากนั้นจึงยุติการให้บริการ Finding Within group 1. เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลภายในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัด พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในด้านข้อมูลพื้นฐาน 2. เมื่อเปรียบเทียบขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 3 และ 4 พบว่าผู้รับการบำบัดมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ - กลุ่มที่สามารถหยุดดื่มสุราได้ มี 22 คน มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอยู่ในขั้นลงมือปฏิบัติ (ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 มี 3 คน มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นลังเลใจ (contemplation) มี 18 คน มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นตัดสินใจลด-เลิกสุรา (determination) และผู้ป่วยอีก 1 คน มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นลงมือปฏิบัติ (action)) - กลุ่มที่ไม่สามารถหยุดดื่มสุราได้ มี 8 คน มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพิ่มขึ้น แต่ไม่สามารถหยุดดื่มสุราได้ (มีจำนวน 2 คน เสียชีวิต มี 1 คน เปลี่ยนจาก Pre-contemplation เป็น (determination) และมี 5 คน ยังมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นลังเลใจ (contemplation) เช่นเดิม)

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 35 (ต่อ)	Instruments (ต่อ) 5. แบบบันทึกร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) ประเมิน โดยผู้ศึกษานำจำนวนวันที่กลุ่มเป้าหมายหยุดดื่มสุราในช่วง 14 วัน ที่ผ่านมามูลด้วย 100หารด้วย 14 วัน ใช้ประเมินก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และประเมินหลังการบำบัดครั้งที่ 3 และ 4 ซึ่งใช้ประเมินว่าผู้ป่วยมีการหยุดดื่มหรือ ลดปริมาณการดื่มลงในระดับที่ปลอดภัยหรือไม่ 6. แบบประเมินการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุรา 7. แบบวัดขั้นตอนความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงและ ความต้องการรักษา (The stage of change Readiness and Treatment Eagerness Scale : SOCRATES-8A) สำหรับผู้ดื่มสุรา	Finding (ต่อ) 3. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับการยอมรับ (recognition) ระดับความเล่ห์ (ambivalence) และระดับกำลังมือทำ (taking steps) ในขั้นตอนการบำบัดครั้งที่ 1 และ เปลี่ยนแปลง และความต้องการรักษาของกลุ่มเป้าหมายก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และ หลังการบำบัดครั้งที่ 3 และ 4 พบว่ามีระดับการยอมรับ (recognition) อยู่ในระดับต่ำถึงต่ำมาก และระดับความเล่ห์ (ambivalence) อยู่ในระดับต่ำ ส่วนระดับกำลังมือทำ (taking steps) ในการบำบัดครั้งที่ 1 ถึง 3 อยู่ในระดับปานกลาง และเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูงในครั้งที่ 4 4. เมื่อพิจารณาร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังการบำบัดครั้งที่ 3 และ 4 พบว่าผู้รับการบำบัดมีจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้น 5. จากการติดตามร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักระหว่างก่อนและหลังจบ โปรแกรมบำบัด พบว่าหลังสิ้นสุดการบำบัดครั้งที่ 3 และ 4 กลุ่มตัวอย่างมี ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักลดลง 6. เมื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราระหว่างก่อนและหลังการบำบัด พบว่า หลังรับการบำบัดครั้งที่ 4 กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราเพิ่มขึ้น Between group Implication 1. เป็นการบำบัดที่สิ้นเปลืองบุคลากรและค่าใช้จ่ายน้อย 2. ผู้ให้การบำบัดต้องมีความรู้ความชำนาญและมีทักษะในการเสริมสร้าง แรงจูงใจเป็นอย่างดี 3. การบำบัดทำได้ทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคล

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 35 (ต่อ)		Implication (ต่อ) 4. สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดื่มสุร่าไปในทางที่ดีขึ้น คือ สามารถเลิก/ลดปริมาณการดื่มสุร่าลงได้ และยังทำให้ผู้ป่วย ได้รับข้อมูล เกี่ยวกับการดื่มสุร่า ผลกระทบของสุร่า ภาวะสุขภาพของตนเอง มีความตระหนักถึงผลเสียของการดื่มสุร่ามากขึ้น
เรื่องที่ 36 ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบบกลุ่มต่อพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ของ ผู้ที่เป้น โรคติดสุร่า โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุ โลก ผู้แต่ง วารลดา นุบผา ปี : 2551	Setting คลินิกเลิกสุร่า โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัด พิษณุ โลก Sample Inclusion criteria 1. มีคะแนนประเมินพฤติกรรมดื่ม (Alcohol Use Disorders Identification Test; AUDIT) มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน 2. มีอาการถอนพิษสุร่าเล็กน้อย โดยค่าคะแนน (Alcohol Withdrawal Scale; AWS) อยู่ระหว่าง 1-4 คะแนน 3. ไม่มีอาการทางจิต และอาการสมองเสื่อม 4. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ และอ่านออกเขียนได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 15 ราย จะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ของผู้ที่เป็น โรคติดสุร่าโดยแบ่งจำนวนสมาชิกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 7 คน และ 8 คน ลักษณะ เป็นกลุ่มปิดไม่รับสมาชิกใหม่ ใช้เวลาทำกลุ่มครั้งแรก 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้งทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดี ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และ ทำการติดตามผลหลังทำการบำบัดครบ 2 และ 4 สัปดาห์ ดังนี้ ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 60 นาที สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ที่เป็น โรคติดสุร่า กับผู้วิจัยให้ ทราบความเป็นมา วัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละครั้ง ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 90 นาที เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ติดสุร่า ได้ค้นพบ สถานการณ์จริง ของตนเองที่ดื่มแอลกอฮอล์ และสร้างความเข้าใจ ให้ความรู้ เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ ครั้งที่ 3 ใช้เวลา 90 นาที สะท้อนให้ผู้ติดสุร่า คิดอย่างมีวิจารณญาณและตระหนักถึง ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ ครั้งที่ 4 ใช้เวลา 90 นาที เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ติดสุร่าตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ กิจกรรมที่เหมาะสม เกิดความมั่นใจ ในการลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 36 (ต่อ) Objective เพื่อศึกษาผลการลดพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็น โรคติดสุราโรงพยาบาลพระปริราม จังหวัดพิษณุโลก หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ Design Quasi experimental research (repeated measures ANOVA) Level Level B	Sample (ต่อ) กลุ่มตัวอย่างได้มาจากผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นกลุ่มโรค F 10.2 ตามรหัสของโรคในระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem [ICD-10]) ที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพในคลินิกบำบัดสุรา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปริราม จังหวัดพิษณุโลก ผ่านขั้นตอนและทำการคัดเลือกแบบเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองจำนวน 15 ราย Outcomes 1. การดื่มสุรานั้น 2. สถานการณ์จริง (discovering reality) ที่ทำให้เกิดการติดสุรา 3. สถานการณ์ที่ทำให้ติดสุรา (critical reflection) 4. ลดการดื่มสุรา (taking charge) 5. ปริมาณการดื่มสุรา 6. ระยะเวลาในการหยุดดื่มสุรา 7. การลงวิธีการหยุดดื่มสุรา	Intervention (ต่อ) ครั้งที่ 5 ใช้เวลา 90 นาที เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ติดสุราจากไว้ซึ่งการปฏิบัติตัวอย่างมีประสิทธิภาพ ครั้งที่ 6 ใช้เวลา 90 นาที เสริมสร้างพลังอำนาจ กระตุ้นและให้กำลังใจแก่ผู้ที่เป็นโรคติดสุราสามารถลงไว้ซึ่งการปฏิบัติตัวอย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง Finding Within group 1. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก่อนการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างก่อนรับการบำบัดและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที พบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมก่อนการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2. เมื่อพิจารณาการติดตามหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัด 4 สัปดาห์ พบว่า คะแนนพฤติกรรมก่อนการดื่มแอลกอฮอล์หลังได้รับการบำบัด 4 สัปดาห์ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 Between group - Implication 1. การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมีผลต่อการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดสุราได้ 2. การบำบัดรายกลุ่ม ทำให้ผู้ติดสุราที่มีกำลังใจ และสามารถเรียนรู้พฤติกรรมที่ผิดพลาด/ ประสพผลสำเร็จจากผู้อื่น ได้ 3. การที่ผู้ติดสุราที่มีกำลังใจ จะสามารถทำให้ผู้ติดสุราสามารถปรับตัวได้ 4. ผู้ที่ให้การเสริมสร้างพลังอำนาจ จะต้องเป็นผู้ที่เข้าใจผู้อื่น ได้

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 36 (ต่อ)	Instruments เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบประเมินสมรรถภาพของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการคิด ความจำและสมาธิ (Mini Mental State Examination; MMSE) 3. แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale, AWS) 4. แบบประเมินพฤติกรรมการดื่ม AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ซึ่งใช้เป็นตัวชี้วัดในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และใช้วัดเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์	Implication (ต่อ) 5. สามารถนำไปปรับปรุงใช้ได้ในผู้ติดสุราทุกกลุ่ม
เรื่องที่ 37 ชื่อเรื่องงานวิจัย ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราด้วยแนวพุทธศาสนา ผู้แต่ง ปราณี ภาณุภัก, ดุษฎี ชัยภูมิจิต และ นวลาภ อัมพาล ปี : 2551	Setting แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี Sample Inclusion criteria 1. มีคะแนนประเมินพฤติกรรมการดื่ม (Alcohol Use Disorders Identification Test; AUDIT) มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน เป็นโปรแกรมการบำบัดตามแนวพุทธศาสนา โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 ราย จะได้รับการบำบัดทั้งหมด 10 ครั้ง 1 ครั้งละ 3 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลาบำบัดทั้งหมด 1 ปี 4 เดือน โดยทำการบำบัดในช่วง 4 เดือน และจัดการติดตามหลังการจบโปรแกรมการบำบัดรักษา 7 ครั้ง ภายในระยะเวลา 1 ปี ดังนี้ 1. ประเมินระดับการติดสุรา และประเมินปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม พร้อมให้การรักษาทางด้านร่างกายก่อน ก่อนให้การบำบัดตามโปรแกรม แล้วจึงให้กิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดดังนี้

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 37 (ต่อ) Objective ศึกษาผลการลดการดื่มสุราของผู้ป่วยสุราหลังได้รับการบำบัดตามแนวพุทธศาสนา ที่รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์ Design Quasi Experimental Research (One group pre-post test design) Level Level B	Sample (ต่อ) 2. มีอาการถอนพิษสุราเล็กน้อย โดยค่าคะแนน (Alcohol Withdrawal Scale; AWS) อยู่ระหว่าง 1-4 คะแนน 3. ไม่มีอาการทางจิต และอาการสมองเสื่อม 4. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ และอ่านออกเขียนได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย Exclusion criteria - กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการทำการทบทวนวรรณกรรม ทหารอากาศ กองบัญชาการสนับสนุนทางอากาศ ที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราจำนวน 48 ราย ระหว่างเดือนมิถุนายน 2549 - กันยายน 2550 ผ่านขั้นตอนและคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purpose sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 39 ราย แต่มีผู้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้งได้เพียง 34 ราย	Intervention (ต่อ) ครั้งที่ 1 ประเมินภาวะสุขภาพ ครั้งที่ 2 ให้ความรู้เรื่องการเลิกดื่มสุรา ครั้งที่ 3 ให้สวมหน้ากากหัวใจ ครั้งที่ 4 เติมน้ำเกลือ ครั้งที่ 5 รับประทานอาหาร ครั้งที่ 6 - ครั้งที่ 10 ให้เข้าร่วมปฏิบัติศาสนากิจตามแนวทาง ศาสนาพุทธเป็นเวลา 8 วัน 7 คืน โดยพระภิกษุสงฆ์และพระภิกษุที่ผ่านการอบรมวิธีปฏิบัติกรรมฐานเป็นผู้ให้การดูแลติดตามการปฏิบัติ 2. การติดตามผลหลังทำการบำบัดจะดำเนินการเมื่อครบเวลา 4 เดือน ผู้รับการบำบัดจะได้รับการประเมินความพึงพอใจในการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมการดื่มสุรา และการวางแผนติดตามการรักษาอีก 7 ครั้งในเวลา 1 ปี โดยกิจกรรมในการติดตามมีดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ กิจกรรมที่ 2 ประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา กิจกรรมที่ 3 ให้พบแพทย์เฉพาะทางจิตเวช กิจกรรมที่ 4 เสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุราอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมที่ 5 ให้คำปรึกษาเรื่องการเลิกสุรา กิจกรรมที่ 6 การสวมหน้ากากหัวใจ กิจกรรมที่ 7 ให้เดินจงกรมและนั่งสมาธิ ร่วมกับฝึกปฏิบัติธรรมที่วัดเป็นเวลา 3 วัน เพื่อทบทวนการปฏิบัติธรรมกับการควบคุมตนเองไม่ให้กลับไปดื่มสุราซ้ำ

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 37 (ต่อ)	Outcomes 1. ทักษะในการเลิกดื่มสุรา 2. พฤติกรรมการดื่มสุราลดลง 3. ความรู้ในการเลิกสุรา 4. ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ 5. แรงจูงใจในการเลิกสุรา Instruments เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการดื่มสุรา 2. แบบประเมินลักษณะการดื่มสุรา (The Alcohol Use Disorder Identification Test; AUDIT) เพื่อประเมินลักษณะการดื่มสุราก่อนและหลังรับการบำบัด 3. แบบประเมินความสามารถในการควบคุมอารมณ์เพื่อประเมินความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการบำบัด 4. แบบประเมินสภาพจิตใจ (Mental Status Examination : [MSE]) เพื่อใช้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการบำบัด	Finding Within group 1. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมก่อนและหลังการได้รับกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามอย่างครบถ้วนมีเพียง 19 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างในเรื่องพฤติกรรมการดื่มสุรา แต่สำหรับความสามารถในการควบคุมอารมณ์ไม่มีความแตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม 2. เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด พบว่าพฤติกรรมการดื่มสุราหลังได้รับการบำบัดเพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ คือ ก่อนรับการบำบัดกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ย 67.16 คะแนน และหลังรับการบำบัดกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 70.16 คะแนน 3. เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการควบคุมอารมณ์ระหว่างก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด พบว่า หลังรับการบำบัดมีคะแนนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนรับการบำบัด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) คือ ก่อนรับการบำบัดมีคะแนนเฉลี่ย = 48.32 เพิ่มขึ้นเป็น 49.89 หลังรับการบำบัด 4. ทางด้านความสัมพันธ์ของจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและคะแนนความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม และความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมและคะแนนพฤติกรรมในการดื่มสุรา พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) Between group -

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 37 (ต่อ)		Implication 1. การบำบัดผู้ป่วยสุราตามแนวพุทธศาสนา เหมาะใช้สำหรับบำบัดผู้ดื่มสุราในระดับมีปัญหา 2. ผู้ปฏิบัติต้องมีความตั้งใจจริงจึงเกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน
เรื่องที่ 38 ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุรา ณ ชุมชนคลองโพธิ์ อำเภอท่าม่วง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้แต่ง สมภาร จุลอักษร, สมสุข โกวเจริญ, ปลดาม โสณะ, พรทิพย์ โพธิ์ศรีประเสริฐ, ดร.ณิ ดันติเจริญวิวัฒน์, อภรณ์ สุวรรณเกษมกุล และผ่องพิศ อินทวิเศษ ปี : 2551 Objective เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ดื่มสุราหลังจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชน	Setting ชุมชนหมู่ 3 ตำบลคลองโพธิ์ อำเภอท่าม่วง จังหวัดสุราษฎร์ธานี Sample กลุ่มตัวอย่างได้มาจากประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลคลองโพธิ์ อำเภอท่าม่วง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2550 ทั้งที่ดื่มสุราและไม่ดื่มสุรา ผ่านขั้นตอนการคัดเลือกแบบเจาะจงได้ประชาชนตัวแทนเป็นครัวเรือน น. 3 แล้วนำมาคัดเลือกแบบ Simple random sampling ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ 1 จำนวน 170 คน และทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ที่เป็นผู้นำทางและผู้นำทางธรรมชาติซึ่งเป็นประชาชนที่ดื่มและไม่ดื่มสุราจำนวนทั้งสิ้น 60 คน	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับโปรแกรมมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุรา (A-I-C) ซึ่งมีทั้งหมด 8 กิจกรรม ทำระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2550 รวมทั้งสิ้นเป็นเวลา 9 เดือน ดังนี้รายละเอียดต่อไปนี้ กิจกรรมที่ 1 : การล่าเหยื่อ กิจกรรมที่ 2 : การส่งใจสัจใจ กิจกรรมที่ 3 : บทบาทของเรา กิจกรรมที่ 4 : สภาพปัญหาการดื่มสุราในชุมชนของเรา กิจกรรมที่ 5 : ความมุ่งหวังของเราต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหการดื่มสุราในชุมชนของเรา กิจกรรมที่ 6 : ร่วมคิดร่วมช่วย กิจกรรมที่ 7 : แหล่งสนับสนุน กิจกรรมที่ 8 : งานของเรา

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 38 (ต่อ) Design Quasi experimental research (Two group Pretest-Posttest Design) Level Level B	Outcomes 1. การผลอดดื่มสุรา 2. การหยุดดื่มสุรา 3. ความมีคุณค่าในตนเอง 4. แรงจูงใจในการเลิกสุรา 5. การกลืนดื่มสุราซ้ำ 6. การควบคุมการดื่มสุรา Instrument เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุรา เพื่อใช้วัดความรู้ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุราก่อนและหลังร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน 3. แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test :AUDIT) เพื่อประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C	Finding Within group 1. เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ร่วมกิจกรรม A-I-C พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในแง่ข้อมูลพื้นฐาน 2. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p<.001$) 3. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ในลดการดื่มสุราของผู้ดื่มสุรา ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในลดการดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) 4. เมื่อพิจารณาจำนวนร้อยละของระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C และการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมที่ได้มาเพื่อลดการดื่มสุราของผู้ดื่มสุราในชุมชน พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากร้อยละ 23.3 และพึงพอใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 76.7 5. เมื่อสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราของประชาชนก่อนและหลังเข้ากิจกรรม A-I-C พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงถึงเป็นร้อยละ 86 และมีพฤติกรรมไม่ดื่มสุราเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 84

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 38 (ต่อ)	<i>Instrument (ต่อ)</i> 4. แบบสอบถามทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุรา เพื่อสอบถามทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน 5. แบบสอบถามพึงพอใจต่อการจัดการกิจกรรม A-I-C	<i>Finding (ต่อ)</i> 6. จากการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้มีพฤติกรรมลดการดื่มสุรา จากคะแนน AUDIT ก่อนและหลังการจัดการกิจกรรม A-I-C พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมลดการดื่มสุราได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนี้ - หยอดดื่มสุราเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 4.4 - ดื่มในระดับความถี่ครั้งเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 31.1 - ดื่มในระดับความถี่ครั้งปานกลางเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 30 - ดื่มในระดับความถี่ครั้งสูงลดลงคิดเป็นร้อยละ 34.5 <i>Implication</i> 1. การมีส่วนร่วมของชุมชน มีผลทำให้ผู้ดื่มสุราที่มีพฤติกรรมลดการดื่มสุราลดลง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุราดีขึ้น และมีผลให้ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อการจัดการลดการดื่มสุรา 2. สามารถนำไปปรับใช้ในการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยการจัดการกิจกรรม A-I-C ไปใช้ในการลด ละ เลิกการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มสุราในชุมชน และสามารถนำไปสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านต่าง ๆ ได้

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 39 (ต่อ) ชื่อเรื่องงานวิจัย การพัฒนาแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำในผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ผู้แต่ง นุชนา ทองสังข์สุข ปี : 2551 Objective เพื่อศึกษาการกลับดื่มซ้ำของผู้ป่วยแอลกอฮอล์หลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม Design Cohort study Level Level B	Setting แผนกผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยชาย 3 โรงพยาบาลศรีธัญญา Sample กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดสุราเพศชายที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในหอผู้ป่วยชาย 3 โรงพยาบาลศรีธัญญา ในช่วงเดือน เมษายน พ.ศ. 2551 ที่ผ่านการบำบัดภาวะถอนพิษสุราผ่านการคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 10 ราย Outcomes 1. การผลัดคืนเป็นครั้งคราว 2. การหยุดดื่มสุรา 3. ความมีคุณค่าในตนเอง 4. แรงจูงใจในการเลิกสุรา 5. การกลับดื่มสุราซ้ำ 6. การควบคุมการดื่ม Instruments เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 3. แบบติดตามเขียนผู้ป่วยหลังจำหน่าย	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมรูปแบบ Matrix Programs โดยผู้บำบัดคือพยาบาลประจำผู้ป่วยที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง มีทั้งหมด 10 กิจกรรม ทำครั้งละ 2 กิจกรรม/ วัน ในวันจันทร์- ศุกร์ เวลา 10.00-11.30 รวมทั้งสิ้นเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และติดตามผลการบำบัดเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครบ 2 สัปดาห์ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศรีธัญญา และโทรศัพท์ติดตามซ้ำ หลังสิ้นสุดการติดตามครั้งที่หนึ่ง 1, 3, 6, 12 เดือน ตามโครงสร้างกิจกรรม ดังนี้ 1. บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติและการสัมภาษณ์ 2. ประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการบำบัดครั้งที่ 1 3. บำบัดตามโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบ Matrix Programs ครั้งละ 2 กิจกรรม/ วัน ภายใน 1 สัปดาห์ โดย - กิจกรรมที่ 1 ปัญหาต่างๆ ในการเลิกดื่มสุราในระยะแรก - กิจกรรมที่ 2 การหาจุดจบการดื่มสุรา - กิจกรรมที่ 3 การควบคุมตัวให้พระ/ ทำสมาธิ เพื่อความสงบสุขและเกิดปัญญา - กิจกรรมที่ 4 เป้าหมายและคุณค่าของชีวิต - กิจกรรมที่ 5 แรงจูงใจในการเลิกสุรา - กิจกรรมที่ 6 การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกและภาวะซึมเศร้า - กิจกรรมที่ 7 การป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ - กิจกรรมที่ 8 เส้นทางในการเลิกสุรา - กิจกรรมที่ 9 การทำตัวไม่ให้ง่วง

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 39 (ต่อ)		Intervention (ต่อ) กิจกรรมที่ 10 การหาเหตุผลในการกลับไปดื่มสุรา 4. ประเมินความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังสิ้นสุด กิจกรรมที่ 10 Finding (Within group) 1. ในด้านข้อมูลพื้นฐาน เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ไม่พบความแตกต่างในด้านข้อมูลพื้นฐาน 2. เมื่อเปรียบเทียบความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนรับการบำบัดและหลังรับการบำบัดที่ฟื้นฟูทางจิตสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระดับความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองเพิ่มขึ้นจาก ระดับร้อยละ 60 เพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 80 3. เมื่อพิจารณาการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังรับการบำบัดสิ้นสุดในระยะ 2 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดื่มสุราลดลงหลังได้รับการบำบัดทางจิตสังคม โดยร้อยละ 60 สามารถหยุดดื่มได้ ร้อยละ 10 ยังคงดื่มหลังเลิก และ ร้อยละ 10 ยังกลับไปดื่มซ้ำ Implication 1. ผู้ติดสุราที่สามารถหยุดดื่มได้ จำเป็นว่าต้องเลิกดื่มสุราถาวร แต่มีสิทธิ์กลับไปดื่มสุราซ้ำได้ 2. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม มีผลต่อการลดการดื่มสุรา และป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ 3. การขาดแรงจูงใจในการทำให้ผู้ติดสุรากลับไปดื่มสุราซ้ำ 4. การบำบัดทางจิตสังคม (Matrix program) เหมาะใช้ในการนำไปใช้บำบัดผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มติด

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 40 ชื่อเรื่องงานวิจัย การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยติดสุราที่มารับบริการคลินิกอดสุรา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผู้แต่ง วิมาลา เจริญชัย, อัมพร สิลากุล, นริวัณย์ สีลา และนุสรรา พูนเพิ่ม ปี: 2551 Objective เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยติดสุราหลังรับการบำบัดเพื่อสร้างเสริมแรงงใจที่ Objective (ต่อ) คลินิกอดสุรา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ Design Cohort study Level Level B	Setting คลินิกอดสุราแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ Sample Inclusion criteria 1. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดสุรา (alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-IV ตามรหัสโรค ICD-10 2. มีพฤติกรรมการดื่มสุราในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาขณะมารับบริการคลินิกอดสุรา 3. ประเมินอาการถอนพิษสุรา (AWS) ได้คะแนนน้อยกว่า 5 4. สามารถอ่านออก เขียนได้ และพูดคุยติดต่อสื่อสารได้ 5. สมจริตใจ 6. สามารถมาตามนัดได้ อินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างได้จากผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกอดสุราแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2551 ถึง 30 เมษายน 2551 ผ่านขั้นตอนต่าง ๆ และทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม จำนวนทั้งสิ้น 38 ราย	Intervention เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จะได้รับการบำบัดโดยวิธีการเสริมสร้างแรงงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 2 ครั้ง ครั้งละ 30-60 นาที แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ และทำการประเมินผลติดตามและบำบัดกระตุ้นซ้ำเพื่อสนับสนุนหรือเสริมพฤติกรรมใหม่ที่ไม่เปลี่ยนแปลง โดยวัดติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด 3 ครั้ง คือ ในสัปดาห์ที่ 4, 6 และ 12 ดังนี้ ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ให้การเสริมสร้างแรงงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยการให้ข้อมูลสะท้อนถึงความรุนแรงของการดื่มแอลกอฮอล์ว่ามีผลต่อสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ สังคมอย่างไร ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) การทำให้มั่นคงในสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง โดยให้ผู้ติดสุราตั้งเป้าหมาย และกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ระยะประเมินผล (Evaluation phase) (สัปดาห์ที่ 4, 6 และ 12) ทำหลังจากสิ้นสุดการบำบัดครั้งที่ 2 1 สัปดาห์ โดยให้การเสริมสร้างแรงงใจ กระตุ้นซ้ำโดยการเปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมการดื่ม ก่อนการบำบัด 1 เดือน กับข้อมูลพฤติกรรมการดื่มระยะติดตาม 3 ครั้ง และติดตามผลหลังรับการบำบัด Finding 1. เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมการดื่ม ก่อนการบำบัด 1 เดือน กับข้อมูลพฤติกรรมการดื่มระยะติดตาม 3 ครั้ง (4, 6 และ 12 สัปดาห์) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปริมาณการดื่มสุราลดลงในสัปดาห์ที่ 4 และดื่มเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 ตามลำดับ

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัย (ต่อ)

Title/ Authors/ Year/ Objective/ Design/ Level	Setting/ Sample/ Outcome/ Instrument	Intervention/ Finding/ Implication/ Limitation/ Suggestion
เรื่องที่ 40 (ต่อ)	Outcomes 1. ความถี่การดื่มแอลกอฮอล์ 2. ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3. ปริมาณการดื่มต่อสัปดาห์ 4. แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 5. สุขภาพ 6. ความสัมพันธ์ในครอบครัว 7. การประกอบอาชีพ 8. พฤติกรรมการดื่มสุรา Instrument เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1. แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (AWS) เพื่อใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการบำบัด 2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับประวัติบุคคล การดื่มสุรา พฤติกรรมการดื่ม 3. แบบสอบถามขึ้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อใช้ประเมินแรงจูงใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมการบำบัด	Finding (ต่อ) 2. เมื่อพิจารณาสุขภาพทั่วไป ความสัมพันธ์ในครอบครัว การประกอบอาชีพก่อนและหลังให้การบำบัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังรับการบำบัดมีสุขภาพทั่วไป ความสัมพันธ์ในครอบครัว การประกอบอาชีพดีขึ้นในสัปดาห์ที่ 4 และลดลงในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 หลังสิ้นสุดการบำบัด 3. เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างก่อนและหลังให้การบำบัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังสิ้นสุดการบำบัด มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ดีขึ้น และเมื่อติดตามผลในระยะ 4, 6 และ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ค่อย ๆ ลดลง ตามลำดับ Implication 1. การให้การสนับสนุนและให้กำลังใจจากผู้บำบัด สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราได้ (support self-efficacy) 2. การใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการเสริมสร้างแรงจูงใจจะนำไปสู่การตัดสินใจและลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดื่มสุราได้ในที่สุด สามารถทำให้ผู้ดื่มสุราหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มลงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพดีขึ้น ความสัมพันธ์ในครอบครัว มีการยอมรับและอยู่ร่วมกันได้ สามารถประกอบอาชีพ ทำงานได้ 3. การคัดกรองปริมาณการดื่มของผู้ป่วยแล้วช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือต่อร่างกาย และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยแล้วช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ผลการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทยพบว่า จากงานวิจัยทั้ง 40 เรื่อง ที่เป็งานวิจัยที่ตีพิมพ์ วิทยานิพนธ์ และงานวิจัยที่ค้นคว้าด้วยมือ สามารถสรุปได้เป็น 6 กลุ่ม คือ 1) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) 2) การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) 3) การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs 4) การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) 5) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) และ 6) การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) ผลการวิเคราะห์การศึกษสรุปเป็น 6 กลุ่ม ตามสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. คุณภาพของงานวิจัย
2. รูปแบบและองค์ประกอบสำคัญของการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย ได้แก่
 - 2.1 ผู้บำบัด
 - 2.2 ผู้รับการบำบัด
 - 2.3 รูปแบบการบำบัด
 - 2.4 ระยะเวลาในการบำบัด
 - 2.5 กิจกรรมการบำบัด
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผลลัพธ์ของการบำบัด

1. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET])

1) คุณภาพของงานวิจัย

จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยทั้งหมด 40 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาโดยการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) จำนวน 10 เรื่อง และเมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบมีระดับหลักฐานงานวิจัย ดังนี้

- งานวิจัยเดี่ยวที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Randomized Controlled Trials [RCT]) อยู่ในระดับ A จำนวน 4 เรื่อง (สายรัตน์ นกน้อย และคณะ, 2547; อรัญญา แพทย์ และคณะ, 2548; สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ, 2551; ศิริณา ศรัทธาพิสิฐ และคณะ, 2551)

- งานวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Quasi experimental research) ระดับ B ที่เป็นวินิจฉัยพนธ์ จำนวน 4 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; ดอกกรัก พิธาคำ, 2549; สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ, 2549; ทวี วิจารณ์พนธ์, 2551)

- งานวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Quasi experimental research) ระดับ B ที่เป็นการประเมินโครงการหรือติดตามผลการวิจัย จำนวน 2 เรื่อง (สุนันทา ปลั่งกลาง และสุจิตตา สิงคะกุล, 2549; วิมาลา เจริญชัย และคณะ, 2551)

2) รูปแบบและองค์ประกอบสำคัญของการบำบัด

จากการวิเคราะห์งานวิจัย จำนวน 10 เรื่อง (สายรัตน์ นกน้อย และคณะ, 2547; อรัญญา แพทย์และคณะ, 2548; สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; ดอกกรัก พิธาคำ, 2549; สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ, 2549; สุนันทา ปลั่งกลาง และสุจิตตา สิงคะกุล, 2549; ทวี วิจารณ์พนธ์, 2551; สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ, 2551; ศิริณา ศรัทธาพิสิฐ และคณะ, 2551; วิมาลา เจริญชัย, 2551) ใน 40 เรื่อง ที่นำวิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) มาใช้บำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย (ระดับ A 4 เรื่อง, ระดับ B ที่เป็นวินิจฉัยพนธ์ 4 เรื่อง, ระดับ B ที่เป็นการประเมินโครงการหรือติดตามผลการวิจัย 2 เรื่อง) สามารถสรุปได้ดังนี้

2.1) ผู้บำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษาทั้ง 10 เรื่อง พบว่า เป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม ฝึกทักษะในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) จากผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ฝึกอบรม หรืออบรมเชิงปฏิบัติการและเป็นผู้มีประสบการณ์ในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งมีหลายวิชาชีพ ได้แก่

1. จิตแพทย์ จำนวน 1 เรื่อง (ศิริณา ศรัทธาพิสิฐและคณะ, 2551)

2. ทีมสหวิชาชีพที่ประกอบด้วยแพทย์, พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเวชปฏิบัติปฐมภูมิ จำนวน 2 เรื่อง (สายรัตน์ นกน้อย และคณะ, 2547; อรัญญา แพทย์และคณะ, 2548)

3. พยาบาลผู้มีประสบการณ์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจในคลินิกบำบัดสุราตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป จำนวน 1 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ, 2551)

4. นักศึกษาปริญญาโท สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ที่ผ่านการเรียนภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการทำกลุ่มบำบัด มีทั้งประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดและทำกลุ่มบำบัดในผู้ติดสุรา จำนวน 3 เรื่อง (ดอกรัก พิฑาคำ, 2549; ทวี วิศวะพันธ์, 2551; วิมาลา เจริญชัย, 2551)

5. ไม่ระบุสาขาอาชีพ จำนวน 3 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549; วิมาลา เจริญชัยและคณะ, 2551)

2.2) ผู้รับการบำบัด จากการวิเคราะห์การศึกษาพบว่า ผู้ติดสุราที่สามารถเข้ารับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจได้โดยแบ่งตาม Setting ได้ดังนี้

Setting ผู้ป่วยนอก

1. ลักษณะการดื่มสุรา เป็นผู้ติดสุราที่หยุดใช้สุรามาน้อยกว่า 1 สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง (วิมาลา เจริญชัยและคณะ, 2551)

2. เพศชายหรือหญิง อายุระหว่าง 15-65 ปี จำนวน 1 เรื่อง (ศิริมา ศรัทธาพิสิฐและคณะ, 2551)

3. พฤติกรรมการดื่มสุร่ายอยู่ในระดับผิดปกติ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ขณะมารับบริการ จำนวน 1 เรื่อง (วิมาลา เจริญชัยและคณะ, 2551)

4. ได้รับการวินิจฉัยเป็น alcohol dependence หรือ abuse ของ DSM-IV หรือถูกวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD ขององค์การอนามัยโลกว่ามีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากแอลกอฮอล์ (F10, F10.2) จำนวน 6 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; ดอกรัก พิฑาคำ, 2549; ศิริมา ศรัทธาพิสิฐและคณะ, 2551; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551; ทวี วิศวะพันธ์, 2551; วิมาลา เจริญชัยและคณะ, 2551)

5. ความรุนแรงของอาการถอนพิษ มีคะแนนน้อยกว่า 5 คะแนน จำนวน 6 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549; ทวี วิศวะพันธ์, 2551; ศิริมา ศรัทธาพิสิฐและคณะ, 2551; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551; วิมาลา เจริญชัยและคณะ, 2551)

Setting ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล

1. ลักษณะการดื่มสุรา เป็นผู้ติดสุราที่หยุดใช้สุรามาแล้วอย่างน้อย 1 สัปดาห์ จำนวน 3 เรื่อง (อรัญญา แพจุ้ยและคณะ, 2548; สุนันทา ปลั่งกลางและสุจิตตา สิงคะกุล, 2549; ทวี วิจารณ์, 2551)

2. เพศชายหรือหญิง อายุระหว่าง 15-65 ปี จำนวน 1 เรื่อง (อรัญญา แพจุ้ยและคณะ, 2548)

3. ได้รับการวินิจฉัยเป็น alcohol dependence หรือ abuse ของ DSM-IV หรือถูกวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD ขององค์การอนามัยโลกว่ามีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากแอลกอฮอล์ (F10, F10.2) จำนวน 1 เรื่อง (สุนันทา ปลั่งกลาง และสุจิตตา สิงคะกุล, 2549)

Setting ผู้ป่วยในชุมชน

1. เพศชายหรือหญิง อายุระหว่าง 15-65 ปี จำนวน 1 เรื่อง (สายรัตน์ นกน้อยและคณะ, 2547)

2. พฤติกรรมการดื่มสุรามีอยู่ในระดับผิดปกติ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา และคัดกรอง AUDIT แล้วมีคะแนนตั้งแต่ 8 ขึ้นไป ขณะมารับบริการ จำนวน 1 เรื่อง (สายรัตน์ นกน้อยและคณะ, 2547)

3. ได้รับการวินิจฉัยเป็น alcohol dependence หรือ abuse ของ DSM-IV หรือถูกวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD ขององค์การอนามัยโลกว่ามีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากแอลกอฮอล์ (F10, F10.2) จำนวน 1 เรื่อง (อรัญญา แพจุ้ยและคณะ, 2548)

2.3) รูปแบบการบำบัด มี 2 รูปแบบ คือ

การบำบัดแบบรายบุคคล (Individual Therapy) จำนวน 7 เรื่อง สถานที่ที่สามารถทำการบำบัดรักษาได้ แบ่งเป็น 3 Setting คือ

1. Setting ผู้ป่วยนอก จำนวน 4 เรื่อง (ทวี วิจารณ์, 2551; สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551)

2. Setting ผู้ป่วยใน จำนวน 2 เรื่อง (อรัญญา แพจุ้ย และคณะ, 2548; สุนันทา ปลั่งกลาง และสุจิตตา สิงคะกุล, 2549)

3. Setting ผู้ป่วยในชุมชน จำนวน 1 เรื่อง (สายรัตน์ นกน้อย และคณะ, 2547)

การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) จำนวน 3 เรื่องทำการบำบัดรักษา Setting ผู้ป่วยนอก (ดอกกรักร พิพาคำ, 2549; ศิริณา ศรีทราพิสิฐและคณะ, 2551; วิมาลา เจริญชัย และคณะ, 2551)

2.4) ระยะเวลาในการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา พบว่า

การบำบัดแบบรายบุคคล (Individual Therapy)

- ระยะเวลาในการบำบัด 3 ครั้ง ภายใน 3 สัปดาห์ ไม่ระบุระยะห่างในการบำบัดแต่ละครั้ง แต่ละครั้งของการบำบัดใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที และประเมินการบำบัด 3 ครั้ง หลังรับการบำบัดไปแล้วในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 จำนวน 1 เรื่อง (สุนันทา ปลั่งกลาง และสุจิตตา สิงคะกุล, 2549)

- ระยะเวลาในการบำบัด 3 ครั้ง ภายใน 3 สัปดาห์ ไม่ระบุระยะห่างในการบำบัดแต่ละครั้ง ในแต่ละครั้งของการบำบัดใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที และประเมินการบำบัด 4 ครั้ง คือก่อนได้รับการบำบัดในสัปดาห์ที่ 1 และหลังรับการบำบัดไปแล้วในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 จำนวน 1 เรื่อง (อริญญา แพ้ขุย และคณะ, 2548)

- ระยะเวลาในการบำบัด 5 ครั้ง ภายใน 12 สัปดาห์ โดยแต่ละครั้งห่างกันทุก 2 สัปดาห์ ใช้เวลาบำบัดครั้งละ 30-45 นาที ติดตามผลทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ($visit_1\ week_0$ ถึง $visit_5\ week_8$) ในกลุ่มควบคุม และติดตามผลทุก 4 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ($visit_1\ week_0$ ถึง $visit_5\ week_{16}$) ในกลุ่มทดลอง จำนวน 1 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551)

- ระยะเวลาในการบำบัด 7 ครั้ง ภายใน 12 สัปดาห์ โดยแต่ละครั้งห่างกันทุก 2 สัปดาห์ ใช้เวลาบำบัดครั้งละ 30-45 นาที ติดตามผลทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 7 ครั้ง ($time_1\ week_0$ ถึง $time_7\ week_{12}$) จำนวน 2 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549)

- ระยะเวลาในการบำบัด 2 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที ภายใน 2 สัปดาห์ โดยแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ และติดตามผลการบำบัดที่ระยะ 6, 12 และ 24 สัปดาห์ หลังจากให้การเสริมสร้างแรงจูงใจครั้งที่ 1 ($time_1\ week_0$, $time_2\ week_{12}$, $time_3\ week_{24}$) จำนวน 1 เรื่อง (สายรัตน์ นกน้อยและคณะ, 2547)

- ระยะเวลาในการบำบัด 4 ครั้ง ครั้งละ 30 – 60 นาที แต่ละครั้งบำบัดห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยครั้งที่ 1 และ 2 บำบัดขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล หลังให้การบำบัดครบ 2 ครั้งในโรงพยาบาล จะมีการติดตามผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และทำการบำบัดครั้งที่ 3 และ 4 ซึ่งเป็นระยะบำบัดซ้ำและติดตามผลบำบัดในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 หลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จำนวน 1 เรื่อง (ทวี วิสาระพันธ์, 2551)

การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy)

- ระยะเวลาในการบำบัด 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30-45 นาที ภายใน 12 สัปดาห์ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการบำบัดครั้งที่ 1 และระยะที่ 2

เป็นการบำบัดครั้งที่ 2 ทำในสัปดาห์ที่ 1 ทั้งคู่ แต่ไม่ระบุระยะห่างของการบำบัด จากนั้นจึงทำการบำบัดระยะที่ 3 เพื่อเป็นการบำบัดซ้ำและติดตามผล โดยทำการบำบัดครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 6 และบำบัดครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 12 จำนวน 1 เรื่อง (ศิริณา ศรีทราพิสิฐและคณะ, 2551)

- ระยะเวลาในการบำบัด 5 ครั้ง ครั้งละ 30–60 นาที โดยครั้งที่ 1 และ 2 ห่างกัน 1 สัปดาห์ จากนั้นเว้น 1 สัปดาห์ แล้วจึงทำการบำบัดครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 4 และทำการบำบัดครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 6 และทำการบำบัดครั้งที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อกระตุ้นซ้ำพร้อมติดตามผลการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (วิมาลา เจริญชัยและคณะ, 2551)

- ระยะเวลาในการบำบัด 8 ครั้ง ภายใน 4 สัปดาห์ โดยให้การบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที และติดตามผลการบำบัด 3 ครั้ง คือ หลังจบการบำบัดครั้งที่ 8 ทันที, หลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง (ดอกรัก พิทักษ์, 2549)

2.5 กิจกรรมการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา พบว่า

การบำบัด MET แบบรายบุคคล (Individual Therapy) เนื้อหาประกอบด้วย

1. การค้นหาพฤติกรรมการดื่มสุรา จำนวน 6 เรื่อง (สายรัตน์ นกน้อยและคณะ, 2547; อรัญญา แพ้จ้อยและคณะ, 2548; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549; สุนันทา ปลั่งกลางและสุจิตตา สิงคะกุล, 2549; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551; ทวี วิสาระพันธ์, 2551)

2. ความรู้เรื่องสุราและผลกระทบจากการดื่มสุรา จำนวน 6 เรื่อง (สายรัตน์ นกน้อยและคณะ, 2547; อรัญญา แพ้จ้อยและคณะ, 2548; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549; สุนันทา ปลั่งกลางและสุจิตตา สิงคะกุล, 2549; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551; ทวี วิสาระพันธ์, 2551)

3. การค้นหาช่องว่างระหว่างเป้าหมายชีวิตกับสิ่งที่อยู่ในปัจจุบัน (develop discrepancy) และแก้ไขอุปสรรคความลังเลใจ และความขัดแย้งภายในตนเอง จำนวน 5 เรื่อง (อรัญญา แพ้จ้อยและคณะ, 2548; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549; สุนันทา ปลั่งกลางและสุจิตตา สิงคะกุล, 2549; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551; ทวี วิสาระพันธ์, 2551)

4. การเสริมสร้างแรงจูงใจตามตัวของ FRAMES จำนวน 5 เรื่อง (สายรัตน์ นกน้อยและคณะ, 2547; สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551; ทวี วิสาระพันธ์, 2551)

5. การตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ติดสุราพูดข้อความที่จูงใจตนเอง (self-motivational statement [SME]) จำนวน 1 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551)

6. การกำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะกลางในการลด/เลิกดื่มสุรา จำนวน 2 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551)

7. การวิเคราะห์ ประสิทธิภาพที่เคยได้รับคำแนะนำ ที่ควบคุมไม่ได้ Contamination จำนวน 2 เรื่อง (สุนันทา ปลั่งกลาง และสุจิตตา สิงคะกุล, 2549; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551)

8. การวิเคราะห์การเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การหยุดดื่มสุราจำนวน 3 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551; ทวี วิจารณ์, 2551)

9. การตระหนักถึงสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มซ้ำ และทักษะป้องกันการกลับไปดื่มสุรา จำนวน 3 เรื่อง (อริญญา แพ้จ้อยและคณะ, 2548; สุนันทา ปลั่งกลาง และสุจิตตา สิงคะกุล, 2549; ทวี วิจารณ์, 2551)

การบำบัด MET แบบกลุ่ม (Group Therapy) เนื้อหาประกอบด้วย

1. ความรู้เกี่ยวกับสุราและผลกระทบของการดื่มสุรา จำนวน 3 เรื่อง (ดอกรัก พิทักษ์, 2549; ศิริณา ศรัทธาพิสิฐและคณะ, 2551; วิมาลา เจริญชัยและคณะ, 2551)

2. การตระหนักเรื่องการดื่มสุรา และผลกระทบของการดื่มสุรา จำนวน 3 เรื่อง (ดอกรัก พิทักษ์, 2549; ศิริณา ศรัทธาพิสิฐและคณะ, 2551; วิมาลา เจริญชัยและคณะ, 2551)

3. การป้องกันการกลับไปดื่มสุรา จำนวน 3 เรื่อง (ดอกรัก พิทักษ์, 2549; ศิริณา ศรัทธาพิสิฐและคณะ, 2551; วิมาลา เจริญชัยและคณะ, 2551)

3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

3.1) แบบประเมินด้านสุขภาพร่างกาย ประกอบด้วย

- แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) ของซอว์นเดอร์ส (Saunders) ซึ่งแปลโดยแพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2547) เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราคัดเลือกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการบำบัด จำนวน 6 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551; ศิริณา ศรัทธาพิสิฐและคณะ, 2551; ทวี วิจารณ์, 2551; วิมาลา เจริญชัยและคณะ, 2551)

- ผล Gamma-glutamyl transferase (GGT) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับ จำนวน 2 เรื่อง (สายรัตน์ นกน้อย และคณะ, 2547; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551)

- แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment Function [GAF]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV) แปลโดยเกศจักร หนึ่งภาวดี การเร็วและนำมาใช้โดยโรงพยาบาลสวนปรุง (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2545) เพื่อประเมินความสามารถโดยรวมของผู้ติดสุราก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548)

3.2) แบบประเมินด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย

- แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก (2001) นำมาใช้และแปลโดย รศ. ดร. พญ. ศาวิตรี อัยฉะกรชัย ในปี 2004 เพื่อประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราก่อนและหลังรับการเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 3 เรื่อง (สายรัตน์ นกน้อย และคณะ, 2547; สุนันทา ปลั่งกลาง และสุจิตตา สิงคะกุล, 2549; ดอกกรัก พิพาคำ, 2549)

- แบบบันทึกร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) เพื่อประเมินร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุรา จำนวน 2 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; ทวี วิจารณ์, 2551)

- แบบบันทึกร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) เพื่อประเมินร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก จำนวน 2 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; ทวี วิจารณ์, 2551)

- แบบประเมินติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อบันทึกข้อมูลปริมาณการดื่ม ความถี่ในการดื่ม และขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จำนวน 2 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551)

- แบบรายงานการประเมินพฤติกรรมทางสุขภาพ (Personalized Feedback Report [PFR]) และแบบสอบถาม Case Report Form ของโรงพยาบาลสวนปรุง (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2547) เพื่อประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดสุรา จำนวน 1 เรื่อง (อรัญญา แพ้จู้และคณะ, 2548)

- แบบประเมินลักษณะการดื่มสุรา เพื่อประเมินลักษณะและปริมาณการดื่มของผู้ติดสุรา จำนวน 1 เรื่อง (ศิรินา ศรัทธาพิสิฐและคณะ, 2551)

- แบบประเมินการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุรา จำนวน 1 เรื่อง (ทวี วิจารณ์, 2551)

3.3) แบบประเมินด้านความร่วมมือในการบำบัด ประกอบด้วย

- แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES-8A])

สำหรับผู้ดื่มสุรา พัฒนาโดยมิลเลอร์และโทนิแกน (Miller & Tonigan, 1996) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยพิชัย แสงชาญชัย (2546) ซึ่งแปลจาก Assessing drinkers, motivation for change: The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES-8A) และปรับปรุงโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ ในปี พ.ศ. 2547 เพื่อประเมินขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาก่อนและหลังให้การบำบัด จำนวน 8 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; ธรรมนูญ แพทย์และคณะ, 2548; สุนันทา ปลั่งกลางและสุจิตตา สิงคะกุล, 2549; ดอกกรัก พิทาคำ, 2549; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551; ศิริณา ศรัทธาพิสิฐและคณะ, 2551; ทวี วิจารณ์, 2551)

3.4) แบบประเมินด้านจิตสังคม ประกอบด้วย

- Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ในการวินิจฉัยเพื่อคัดเลือกร่วมตัวอย่างเข้ารับการบำบัด จำนวน 3 เรื่อง (ธรรมนูญ แพทย์ และคณะ, 2548; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549; ศิริณา ศรัทธาพิสิฐและคณะ, 2551)

- แบบวัดผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ติดสุรา (Drinker Interventory of Consequence-2L [DrInC-2L]) ของสถาบันแห่งชาติในการฝาคัดแอลกอฮอล์และโรคพิษสุรา (NIAAA, 2003) แปลโดยแพทย์หญิงพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2547) เพื่อใช้วัดผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา จำนวน 3 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549; ศิริณา ศรัทธาพิสิฐและคณะ, 2551)

- แบบแบบทดสอบความเชื่อมั่นในการเลิกสุรา BSCQ (Brief Situational Confidence Questionnaire) ของโรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อวัดความเชื่อมั่นในการเลิกสุราของผู้ติดสุรา จำนวน 1 เรื่อง (ธรรมนูญ แพทย์และคณะ, 2548)

- แบบประเมินสภาพจิตใจ (Mental Status Examination [MSE]) ในการประเมินสภาพจิตใจก่อนคัดเลือกร่วมตัวอย่างเข้ารับการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (ดอกกรัก พิทาคำ, 2549)

- แบบประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) พัฒนาโดย บีเนอร์ และอดาม (Biener and Adam, 1991) เพื่อประเมินแรงจูงใจในการลด/ เลิกดื่มสุราของผู้ติดสุราก่อนและหลังให้การบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (ทวี วิจารณ์, 2551; วิมาลา เจริญชัยและคณะ, 2551)

4) ผลลัพธ์ของการบำบัด แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

4.1) ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่

ก. สุขภาพร่างกาย จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 2 เรื่อง ที่พบว่าทำการบำบัด 7 ครั้ง ภายใน 12 สัปดาห์ เมื่อติดตามผลทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 7 ครั้ง ($time_1$ week₀ ถึง $time_7$ week₁₂) ผู้รับการบำบัดมีผลลัพธ์ทางสุขภาพร่างกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) จากแบบวัดผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ติดสุรา (Drinker Inventory of Consequence-2L [DrInC-2L]) (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ, 2549)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่าบำบัด 4 ครั้ง ภายใน 12 สัปดาห์ เมื่อติดตามผลพร้อมให้การบำบัดครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 6 และบำบัดครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 12 ผู้รับการบำบัดมีผลลัพธ์ทางสุขภาพร่างกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) จากแบบวัดผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ติดสุรา (DrInC-2L) (ศิริณา ศรีทราพิสิฐและคณะ, 2551)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่าบำบัด 5 ครั้ง ในเวลา 12 สัปดาห์ เมื่อติดตามผลพร้อมให้การบำบัดครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 6 และครั้งที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 12 ผู้รับบริการมีสุขภาพดีขึ้นในสัปดาห์ที่ 4 แต่มีสุขภาพลดลงในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 จากแบบสอบถามขึ้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม (วิมาลา เจริญชัยและคณะ, 2551)

ข. การเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อติดตามผลหลังบำบัดครบ 2 และ 4 สัปดาห์ พบว่าการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) จากผลการตรวจ Gamma-glutamyl transferase (GGT) (สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ, 2551)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อติดตามผลหลังจบการบำบัดครั้งที่ 1 คือสัปดาห์ที่ 12 และ 24 ผู้รับการบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) จากผลการตรวจ GGT (สายรัตน์ นกน้อยและคณะ, 2547)

4.2) ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม ได้แก่

ก. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลในระยะต่าง ๆ ระหว่างการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยไม่ใช้สื่อกับกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมใช้สื่อ ผู้ติดสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p>.05$) จากแบบประเมินลักษณะการดื่มสุรา (ศิริณา ศรีทราพิสิฐ และคณะ, 2551)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังจากจบการบำบัด 1 เดือน ผู้รับการบำบัดมีระดับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)

จากแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) (ดอกรัก พิทาคำ, 2549)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อติดตามผลหลังบำบัดครบ 4, 8 และ 12 สัปดาห์ ผู้รับบริการมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) (สุนันทา ปลั่งกลางและสุจิตตา สิงคะกุล, 2549)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อติดตามผลพร้อมให้การบำบัดครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 6 และครั้งที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 12 ผู้รับบริการมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงในสัปดาห์ที่ 4 แต่ดื่มเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 จากแบบสอบถามขึ้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม (วิมาลา เจริญชัยและคณะ, 2551)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อติดตามผลหลังจบการบำบัดครั้งที่ 1 คือสัปดาห์ที่ 12 และ 24 ผู้รับการบำบัดมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) (สายรัตน์ นกน้อยและคณะ, 2547)

ข. ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุรา (percent days abstinent)
จากการ วิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลทั้ง 7 ระยะ ตาม Stage of change ของโปรแชสกา ผู้ติดสุรามีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้นในแต่ละระยะของการบำบัด จากแบบประเมินติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง (สุนทรีศรีโกโสและคณะ, 2549)

- มี 2 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 และ 4 สัปดาห์ ผู้รับการบำบัดมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราและสามารถเลิกดื่มสุราได้เพิ่มขึ้น จากแบบประเมินติดตามการบำบัดรักษาเฉพาะผู้ป่วยติดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง (สุนทรี ศรีโกโสและคณะ, 2551) จากแบบบันทึกร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) (ทวี วิจารณ์พันธ์, 2551)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังจากบำบัดครบ 12 สัปดาห์ ผู้รับการบำบัดมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากแบบบันทึกร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) (สุนทรี ศรีโกโส, 2548)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลในระยะต่าง ๆ ของการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยไม่ใช้สื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมใช้สื่อ ผู้ติดสุราที่มีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p>.05$) จากแบบประเมินลักษณะการดื่มสุรา (ศิริณา ศรีทราพิสิฐและคณะ, 2551)

ค. ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 2 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลทั้ง 7 ระยะตาม Stage of change ของโปรแชสกา ผู้รับบริการมีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักลดลงในแต่ละระยะของการบำบัด จากแบบประเมินติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง (สุนทรีศรีโกไสยและคณะ, 2549; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551)

- มี 2 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 และ 4 สัปดาห์ ผู้รับการบำบัดมีจำนวนวันที่ดื่มสุรานักลดลง จากแบบบันทึกร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) (ทวิ วิสาระพันธ์, 2551) และจากแบบประเมินติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง (สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังบำบัดครบ 12 สัปดาห์ ผู้รับการบำบัดมีจำนวนวันที่ดื่มสุรานัก (percent heavy drinking days) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) จากแบบบันทึกร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลในระยะต่าง ๆ ของการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยไม่ใช้สื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับใช้สื่อ ผู้ติดสุราที่มีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักลดลงไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p>.05$) จากแบบประเมินลักษณะการดื่มสุรา (ศิริณา ศรีทราพิสิฐและคณะ, 2551)

ง. ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลทั้ง 7 ระยะตาม Stage of change ของโปรแชสกา ผู้รับการบำบัดมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นไปในทางที่ดีขึ้นในแต่ละระยะของการบำบัด จากแบบประเมินติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง (สุนทรีศรีโกไสยและคณะ, 2549)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังจบการบำบัด 2 และ 4 สัปดาห์ ผู้รับการบำบัดมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นไปในทางที่ดีขึ้น จากแบบ

ประเมินติดตามการบำบัดรักษาเฉพาะผู้ป่วยติดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง (สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังบำบัดครบ 1, 2 และ 3 เดือน ผู้รับการบำบัดมีพฤติกรรมทางสุขภาพดีขึ้น จากแบบรายงานการประเมินพฤติกรรมทางสุขภาพ (Personalized Feedback Report [PFR]) และแบบสอบถาม Case Report Form ของโรงพยาบาลสวนปรุง (อริญญา แพ้จู้และคณะ, 2548)

จ. ความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment Function [GAF]) จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลทั้ง 7 ระยะตาม Stage of change ของโปรแชสกา ผู้รับการบำบัดมีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมดีขึ้น จากแบบประเมินติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง (สุนทรีศรีโกไสยและคณะ, 2549)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังจบการบำบัด 2 และ 4 สัปดาห์ ผู้รับการบำบัดมีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมดีขึ้น จากแบบประเมินติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง (สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ, 2551)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินหลังสิ้นสุดการบำบัดครบ 12 สัปดาห์ ผู้รับการบำบัดมีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548)

ค. การปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุรา จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 และ 4 สัปดาห์ ผู้รับการบำบัดมีการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราเพิ่มขึ้น จากแบบประเมินการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุรา (ทวี วิสาระพันธ์, 2551)

4.3) ผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด ได้แก่

ก. ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 2 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทั้ง 7 ครั้ง ผู้รับการบำบัดมีขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงเป็นไปในทางที่ดีและมีความต้องการการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาสำหรับผู้ดื่มสุรา (SOCRATES-8A) (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549)

- มี 3 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังจากสิ้นสุดการบำบัด 2 และ 4 สัปดาห์ ผู้รับการบำบัดมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาเพิ่มขึ้น (ทวิ วิสาระพันธ์, 2551) และพบผู้รับการบำบัดมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ดอกรัก พิทาคำ, 2549) และ ($p < .05$) (สุนทรี ศรีโกโสยและคณะ, 2551) จากแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาสำหรับผู้ดื่มสุรา (SOCRATES-8A)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังบำบัดครบ 1, 2 และ 3 เดือน ผู้ติดสุราที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจมีขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและมีความต้องการการรักษาเพิ่มขึ้นกว่าผู้ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาสำหรับผู้ดื่มสุรา (SOCRATES-8A) (อรัญญา แพจุ้ยและคณะ, 2548)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังบำบัดในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 ของการบำบัด ผู้รับการบำบัดที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยไม่ใช้สื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมใช้สื่อมีขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและมีความต้องการการรักษาไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) จากแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาสำหรับผู้ดื่มสุรา (SOCRATES-8A) (ศิริณา ศรีทราพิสิฐและคณะ, 2551)

4.4) ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม ได้แก่

ก. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 2 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังการบำบัดในครั้งที่ 7 ผู้รับการบำบัดมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากแบบวัดผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ดื่มสุรา (DrInC-2L) (สุนทรี ศรีโกโสย, 2548; สุนทรี ศรีโกโสยและคณะ, 2549)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 ผู้รับการบำบัดมีผลลัพธ์ทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากแบบวัดผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ติดสุรา (DrInC-2L) (ศิริณา ศรีทราพิสิฐและคณะ, 2551)

ข. ความรับผิดชอบต่อสังคม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 2 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังการบำบัดในครั้งที่ 7 ผู้รับการบำบัดมีความรับผิดชอบต่อสังคมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากแบบวัด

ผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ดื่มสุรา (DrInC-2L) (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 ผู้รับการบำบัดมีความรับผิดชอบต่อสังคมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) จากแบบวัดผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ดื่มสุรา (DrInC-2L) (ศิริณา ศรีทหาพิสธิฐและคณะ, 2551)

ค. ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเอง จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 2 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังการบำบัดในครั้งที่ 7 ผู้รับการบำบัดมีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) จากแบบวัดผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ดื่มสุรา (DrInC-2L) (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 ผู้รับการบำบัดมีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) จากแบบวัดผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ดื่มสุรา (DrInC-2L) (ศิริณา ศรีทหาพิสธิฐและคณะ, 2551)

ง. ความเชื่อมั่นในการเลิกสุรา จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังบำบัดครบ 1, 2 และ 3 เดือน ผู้ดื่มสุรามีความเชื่อมั่นในการเลิกสุราเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) จากแบบ ทดสอบความเชื่อมั่นในการเลิกสุรา BSCQ (Brief Situational Confidence Questionnaire) (อรัญญา แพ้จ้อยและคณะ, 2548)

จ. แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 และ 4 สัปดาห์ ผู้รับการบำบัดมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) จากแบบประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) (ทวี วิสาระพันธ์, 2551)

ฉ. ความสัมพันธ์ในครอบครัว จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 สัปดาห์ และติดตามผลการบำบัดในสัปดาห์ที่ 4, 6 และ 12 ผู้รับบริการมีความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้นหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 และ 4 สัปดาห์ แต่ในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 หลังสิ้นสุดการบำบัด กลับมีความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง จากแบบสอบถามขึ้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม (วิมาลา เจริญชัยและคณะ, 2551)

ช. การประกอบอาชีพ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 สัปดาห์ และติดตามผลการบำบัดในสัปดาห์ที่ 4 6 และ

12 ผู้รับบริการมีการประกอบอาชีพดีขึ้นหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 และ 4 สัปดาห์ แต่มีการประกอบอาชีพลดลงในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 หลังสิ้นสุดการบำบัด จากแบบสอบถามขึ้นบันไดของแรงงูใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม (วิมาลา เจริญชัยและคณะ, 2551)

2. การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI])

1) คุณภาพของงานวิจัย

จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยทั้งหมด 40 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) จำนวน 3 เรื่อง และเมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบมีระดับหลักฐานงานวิจัย ดังนี้

- งานวิจัยเดี่ยวที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Randomized Controlled Trials [RCT]) อยู่ในระดับ A จำนวน 1 เรื่อง (วิวัฒน์ เชาวชัยขยงและคณะ, 2543)

- งานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Quasi experimental research) อยู่ในระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 เรื่อง (กานต์พิชชา แสนนุดดา, 2551)

- งานวิจัยระดับ B ที่เป็นการประเมินโครงการหรือติดตามผลการวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (อัจฉรา ฟองคำและคณะ, 2546)

2) รูปแบบและองค์ประกอบสำคัญของการบำบัด จากการวิเคราะห์งานวิจัย จำนวน 3 เรื่อง (วิวัฒน์ เชาวชัยขยงและคณะ, 2543; อัจฉรา ฟองคำและคณะ, 2546; กานต์พิชชา แสนนุดดา, 2551) ใน 40 เรื่อง ที่นำการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) มาใช้บำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย (ระดับ A 1 เรื่อง, ระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์ 1 เรื่อง, ระดับ B ที่เป็นการประเมินโครงการหรือติดตามผลการวิจัย 1 เรื่อง) สามารถสรุปได้ดังนี้

2.1) ผู้บำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษาทั้ง 3 เรื่อง พบว่า เป็นผู้ที่มีพื้นฐานการบำบัดแบบสั้นที่ได้รับการทดลองฝึกปฏิบัติและผ่านการตรวจสอบให้มีมาตรฐานในการให้คำปรึกษาแบบสั้นมาก่อน ซึ่งมีหลายวิชาชีพ ได้แก่

1. ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์, พยาบาลวิชาชีพ, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 1 เรื่อง (วิวัฒน์ เชาวชัยขยงและคณะ, 2543)

2. นักศึกษาปริญญาโท สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ที่ผ่านการเรียนภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการทำกลุ่มบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551)

3. เจ้าหน้าที่สถานีนามัยในคลินิกสารเสพติด จำนวน 1 เรื่อง (อัจฉรา ฟองคำและคณะ, 2546)

2.2) ผู้รับการบำบัด จากการวิเคราะห์การศึกษาพบว่า ผู้ติดยาที่สามารถเข้ารับการบำบัดแบบสั้นได้โดยแบ่งตาม Setting ได้ดังนี้

Setting ผู้ป่วยนอก

1. ผู้ป่วยติดยาที่ต้องการเลิกยา จำนวน 1 เรื่อง (อัจฉรา ฟองคำและคณะ, 2546)

Setting ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล

1. ไม่มีอาการทางจิต จำนวน 1 เรื่อง (กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551)
2. เพศชายหรือหญิง อายุระหว่าง 15-65 ปี จำนวน 1 เรื่อง (วิวัฒน์ เสงชัยขยงและคณะ, 2543)

3. ได้รับการวินิจฉัยเป็น alcohol dependence หรือ abuse ของ DSM-IV หรือถูกวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD ขององค์การอนามัยโลกว่ามีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากแอลกอฮอล์ (F10, F10.2) จำนวน 2 เรื่อง (วิวัฒน์ เสงชัยขยงและคณะ, 2543; กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551)

4. คะแนนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาสำหรับผู้ติดยาในด้านความถี่อยู่ในระดับสูง (17 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 1 เรื่อง (กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551)

5. ไม่เคยได้รับการบำบัดด้านจิตสังคมอื่นมาก่อน จำนวน 1 เรื่อง (กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551)

6. สามารถอ่านออก เขียนได้ และพูดคุยติดต่อสื่อสารได้ จำนวน 1 เรื่อง (กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551)

7. สัมผัสใจเข้ารับการบำบัด จำนวน 2 เรื่อง (วิวัฒน์ เสงชัยขยงและคณะ, 2543; กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551)

2.3) รูปแบบการบำบัด มี 1 รูปแบบ คือ การบำบัดแบบรายบุคคล (Individual Therapy) จำนวน 3 เรื่อง สถานที่ที่สามารถทำการบำบัดรักษาได้แบ่งเป็น 2 Setting คือ

1) Setting ผู้ป่วยนอก จำนวน 1 เรื่อง (อัจฉรา ฟองคำและคณะ, 2546) 2) Setting ผู้ป่วยใน จำนวน 2 เรื่อง (วิวัฒน์ เสงขชัยยงและคณะ, 2543; กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551)

2.4) ระยะเวลาในการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา พบว่า เป็นการบำบัดแบบรายบุคคล (Individual Therapy) ดังนี้

- ระยะเวลาในการบำบัด 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 15 นาที ภายใน 2 สัปดาห์ แต่ละครั้งของการบำบัดนัดห่างกัน 2 สัปดาห์ ประเมินผลครั้งแรกหลังสิ้นสุดการบำบัดครั้งที่ 2 และทำการติดตามผลครั้งสุดท้ายในเดือนที่ 6 ของการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (วิวัฒน์ เสงขชัยยงและคณะ, 2543)

- ระยะเวลาในการบำบัด 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 15 นาที ไม่ระบุระยะห่างของการบำบัดแต่ละครั้ง และไม่ระบุระยะเวลาที่ใช้ทำการศึกษา ประเมินผลการบำบัด 3 ครั้ง หลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 3 และ 6 เดือน จำนวน 1 เรื่อง (อัจฉรา ฟองคำและคณะ, 2546)

- ระยะเวลาในการบำบัด 3 ครั้ง ภายใน 3 สัปดาห์ แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ไม่ระบุระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดแต่ละครั้ง ประเมินผลการบำบัด 2 ครั้ง โดยการเปรียบเทียบคะแนนก่อนได้รับการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังสิ้นสุดการบำบัดครั้งที่ 3 ไม่ระบุการติดตามผลซ้ำ จำนวน 1 เรื่อง (กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551)

2.5) กิจกรรมการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา พบว่าการบำบัดแบบสั้น เป็นการบำบัดแบบรายบุคคล (Individual Therapy) เนื้อหาประกอบด้วย

1. การสะท้อนผลการตรวจร่างกาย และผลการคัดกรองระดับการดื่มสุรา จำนวน 3 เรื่อง (วิวัฒน์ เสงขชัยยงและคณะ, 2543; อัจฉรา ฟองคำและคณะ, 2546; กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551)

2. ความรู้เรื่องการดื่มมาตรฐานและวิธีคำนวณ และการดื่มสุราอย่างปลอดภัย จำนวน 3 เรื่อง (วิวัฒน์ เสงขชัยยงและคณะ, 2543; อัจฉรา ฟองคำและคณะ, 2546; กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551)

3. การสนับสนุนให้เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการลด/เลิก (support self-efficacy) จำนวน 3 เรื่อง (วิวัฒน์ เสงขชัยยงและคณะ, 2543; อัจฉรา ฟองคำและคณะ, 2546; กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551)

4. การตั้งเป้าหมายในการเลิกสุรา จำนวน 3 เรื่อง (วิวัฒน์ เสงขชัยยงและคณะ, 2543; อัจฉรา ฟองคำและคณะ, 2546; กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551)

3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

3.1) แบบประเมินด้านสุขภาพร่างกาย ประกอบด้วย

- การตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจวัดระดับ GGT (gamma-glutamyl transferase [GGT]) เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของตับของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด จำนวน 2 เรื่อง (วิวัฒน์ เสงชัยขยงและคณะ, 2543; อัจฉรา พองคำและคณะ, 2546)
- ข้อมูลจากแฟ้มประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาล เพื่อประเมินลักษณะทั่วไป ประวัติการดื่มสุรา และภาวะสุขภาพของผู้รับการบำบัดก่อนและหลังให้การบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (อัจฉรา พองคำและคณะ, 2546)

3.2) แบบประเมินด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย

- แบบสัมภาษณ์ CAGE (C=CUT DOWN, A = ANNOYE, G=GUILTY E= EYE-OPENER) เพื่อคัดกรองปัญหาการดื่มใน 1 ปี ที่ผ่านมาของผู้ติดสุรา จำนวน 1 เรื่อง (วิวัฒน์ เสงชัยขยงและคณะ, 2543)
- แบบวัดปริมาณการดื่มสุรา โดยเทียบปริมาณเป็นจำนวนแก้วมาตรฐาน (standard drink) เพื่อประเมินพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุราจำนวน 1 เรื่อง (วิวัฒน์ เสงชัยขยงและคณะ, 2543)
- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ประกอบด้วยอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการดื่มสุรา เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้รับการบำบัดก่อนให้การบำบัด จำนวน 3 เรื่อง (วิวัฒน์ เสงชัยขยงและคณะ, 2543; อัจฉรา พองคำและคณะ, 2546; กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551)

3.3 แบบประเมินด้านความร่วมมือในการบำบัด ประกอบด้วย

- บุคลากรเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในพื้นที่ เพื่อติดตามสัมภาษณ์เก็บข้อมูลเพิ่มเติมกรณีผู้รับบริการขาดการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (อัจฉรา พองคำและคณะ, 2546)
- แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES-8A]) สำหรับผู้ดื่มสุรา ที่พัฒนาโดยมิลเลอร์และโทนิแกน (Miller & Tonigan, 1996) แปลเป็นภาษาไทยโดยพิชัย แสงชาญชัย (2546) และปรับปรุงโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ ในปี พ.ศ. 2547 เพื่อประเมินขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาก่อนและหลังให้การบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551)

3.4 แบบประเมินด้านจิตสังคม ประกอบด้วย

- แบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS]) เพื่อประเมินอาการทางจิตก่อนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551)

4) ผลลัพธ์ของการบำบัด แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

4.1) ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่

ก. การทำหน้าที่ของตับ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินระดับ GGT (gamma-glutamyl transferase [GGT]) หลังสิ้นสุดการบำบัด 6 เดือน ผู้รับบริการมีระดับ GGT ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) จากการตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการระดับ GGT (วิวัฒน์ เสงชัยขยงและคณะ, 2543)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 3 และ 6 เดือน ผู้รับบริการมีระดับ GGT ลดลงแตกต่างจากก่อนเข้ารับการบำบัด จากการตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการระดับ GGT (อัจฉรา พองคำและคณะ, 2546)

ข. ภาวะสุขภาพ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 3 และ 6 เดือน ผู้รับบริการมีภาวะสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนรับการบำบัด จากการสัมภาษณ์ติดตามเก็บข้อมูลของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย (อัจฉรา พองคำและคณะ, 2546)

4.2) ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม ได้แก่

ก. ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาด้านกำลังลงมือทำ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดแบบสั้นผู้รับการบำบัดมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาด้านกำลังลงมือทำไม่แตกต่างจากก่อนรับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) จากแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES-8A]) สำหรับผู้ดื่มสุรา (กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551)

ข. การหยุดดื่มสุรา จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่าเมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 3 และ 6 เดือน ผู้รับการบำบัดมีการหยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) จากการศึกษาแฟ้มประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาล (อัจฉรา พองคำและคณะ, 2546)

ค. ปริมาณการดื่มสุรา จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 6 เดือน ผู้รับบริการมีปริมาณการดื่มสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) จากแบบวัดปริมาณการดื่มสุรา (วิวัฒน์ เสงชัยขยงและคณะ, 2543)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 3 และ 6 เดือน ผู้รับการบำบัดมีปริมาณการดื่มสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากการศึกษาเพิ่มประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาล (อจธรา พงศ์คำและคณะ, 2546)

ง. ความถี่ในการดื่มสุรา จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 6 เดือน ผู้รับบริการมีความถี่ในการดื่มสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากแบบวัดปริมาณการดื่มสุรา (วิวัฒน์ เสงชัยขยงและคณะ, 2543)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 3 และ 6 เดือน ผู้รับการบำบัดมีความถี่ในการดื่มสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากการศึกษาเพิ่มประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาล (อจธรา พงศ์คำและคณะ, 2546)

จ. จำนวนครั้งที่ดื่มหนักในช่วง 1 เดือน และ 1 สัปดาห์ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 6 เดือน ผู้รับบริการมีจำนวนครั้งที่ดื่มสุรหนักในช่วง 1 เดือน และ 1 สัปดาห์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากแบบวัดปริมาณการดื่มสุรา (วิวัฒน์ เสงชัยขยงและคณะ, 2543)

4.3 ผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด ได้แก่

ก. ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาด้านการยอมรับ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ผู้รับการบำบัดมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาด้านการยอมรับไม่แตกต่างจากก่อนรับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จากแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES-8A]) สำหรับผู้ดื่มสุรา (กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551)

ข. ลักษณะที่มีผลต่อความสำเร็จในการบำบัด จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 3 และ 6 เดือน ผู้ที่ประสบความสำเร็จในการเลิกสุราเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติญาติสายตรงติดสุราสมัครใจเข้ารับการบำบัด คงการบำบัดต่อเนื่อง และไม่มีอาการทางจิตร่วมมีผลต่อความสำเร็จในการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากการสัมภาษณ์ติดตามเก็บข้อมูลของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย (อจธรา พงศ์คำ และคณะ, 2546)

4.4 ผลลัพธ์ทางจิตสังคม ได้แก่

ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาด้านความกังวล จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ผู้รับการบำบัดมีค่าเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาด้านความกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES-8A]) สำหรับผู้ดื่มสุรา (กานต์พิชชา แสนบุคคา, 2551)

3. การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs

1) คุณภาพของงานวิจัย

จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยทั้งหมด 40 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาการบำบัดรูปแบบ Matrix Programs จำนวน 3 เรื่อง และเมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบมีระดับหลักฐานงานวิจัย ดังนี้

- งานวิจัยระดับ B ที่เป็นการประเมินโครงการหรือติดตามผลการวิจัย จำนวน 3 เรื่อง (รัตนา สายพานิชย์ และคณะ, 2546; ชัชวาลย์ ศิลปกิจและรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550; นุชนภา ทองสังข์สุข, 2551)

2) รูปแบบและองค์ประกอบสำคัญของการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย

จากการวิเคราะห์งานวิจัย จำนวน 3 เรื่อง (รัตนา สายพานิชย์ และคณะ, 2546; ชัชวาลย์ ศิลปกิจและรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550; นุชนภา ทองสังข์สุข, 2551) ใน 40 เรื่อง ที่นำการบำบัดรูปแบบ Matrix Programs มาใช้บำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย สามารถสรุปได้ดังนี้

2.1) ผู้บำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษาทั้ง 3 เรื่อง พบว่า ผู้บำบัดมีดังนี้

1. ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล และนักจิตวิทยาคลินิก จำนวน 2 เรื่อง (รัตนา สายพานิชย์และคณะ, 2546; ชัชวาลย์ ศิลปกิจและรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550)
2. พยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการทำกลุ่มบำบัดโดยตรง จำนวน 1 เรื่อง (นุชนภา ทองสังข์สุข, 2551)

2.2) ผู้รับการบำบัด จากการวิเคราะห์การศึกษาพบว่า ผู้ติดสุราที่สามารถเข้ารับการบำบัดรูปแบบ Matrix Programs ได้โดยแบ่งตาม Setting ได้ดังนี้

Setting ผู้ป่วยนอก

1. ลักษณะเป็นผู้ที่มีปัญหาการติดสุราและมีปัญหาการติดแอมเฟตามีน จำนวน 2 เรื่อง (รัตนา สายพานิชย์ และคณะ, 2546; ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550)
2. ไม่เป็นผู้ที่ติดหรือใช้สุราหรือแอมเฟตามีนที่มีการใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย จำนวน 2 เรื่อง (รัตนา สายพานิชย์ และคณะ, 2546; ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550)
3. ไม่มีภาวะถอนพิษสุรา จำนวน 2 เรื่อง (รัตนา สายพานิชย์ และคณะ, 2546; ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550)

Setting ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1. เป็นผู้ติดสุราเพศชายที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 1 เรื่อง (นุชนภา ทองสังข์สุข, 2551)
2. ไม่มีภาวะถอนพิษสุรา จำนวน 1 เรื่อง (นุชนภา ทองสังข์สุข, 2551)

2.3) รูปแบบการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา พบว่า เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) จำนวน 3 เรื่อง โดยสถานที่ที่สามารถทำการบำบัดรักษาได้แบ่งเป็น 2 Setting คือ

1. Setting ผู้ป่วยนอก จำนวน 2 เรื่อง (รัตนา สายพานิชย์ และคณะ, 2546; ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550)
2. Setting ผู้ป่วยใน จำนวน 1 เรื่อง (นุชนภา ทองสังข์สุข, 2551)

2.4) ระยะเวลาในการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา พบว่า เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) โดย

- ระยะเวลาในการบำบัด 4 เดือน แบ่งออกเป็น 3 กิจกรรมหลัก ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 บำบัด 8 ครั้ง กิจกรรมที่ 2 บำบัด 32 ครั้ง และกิจกรรมที่ 3 บำบัด 12 ครั้ง ไม่ระบุเวลาและระยะห่างในการบำบัดแต่ละครั้ง ประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการบำบัดทันที และติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 4 และ 8 เดือน จำนวน 1 เรื่อง (รัตนา สายพานิชย์และคณะ, 2546)

- ระยะเวลาในการบำบัด 4 เดือน แบ่งออกเป็น 3 กิจกรรมหลัก ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 บำบัด 8 ครั้ง กิจกรรมที่ 2 บำบัด 32 ครั้ง และกิจกรรมที่ 3 บำบัด 12 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาในการบำบัด 1 ชั่วโมงครึ่ง จัดกิจกรรมในวันจันทร์ พุธ และศุกร์ ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 4, 8 และ 24 เดือน จำนวน 1 เรื่อง (ชัชวาลย์ ศิลปกิจและรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550)

- ระยะเวลาบำบัด 5 ครั้ง ภายใน 1 สัปดาห์ บำบัดครั้งละ 2 กิจกรรม/วัน ในวันจันทร์- ศุกร์ ใช้เวลาในการบำบัด 1 ชั่วโมงครึ่ง ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด และติดตามผลหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ร่วมกับการติดตามผลทางโทรศัพท์หลังสิ้นสุดการติดตามผลผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลสองสัปดาห์ 1, 3, 6 และ 12 เดือน จำนวน 1 เรื่อง (นุชนา ทองสังข์สุข, 2551)

2.5 กิจกรรมการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา พบว่า เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม(Group Therapy) เนื้อหาประกอบด้วย

1. ทักษะการเลิกยาในระยะต้น (Early recovery) จำนวน 3 เรื่อง (รัตนา สายพานิชย์และคณะ, 2546; ชัชวาลย์ ศิลปกิจและรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550; นุชนา ทองสังข์สุข, 2551)
2. การป้องกันการกลับไปเสพยา (Relapse prevention) จำนวน 3 เรื่อง (รัตนา สายพานิชย์และคณะ, 2546; ชัชวาลย์ ศิลปกิจและรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550; นุชนา ทองสังข์สุข, 2551)
3. ความรู้เกี่ยวกับสุราและการดูแลผู้ติดสุรา จำนวน 3 เรื่อง (รัตนา สายพานิชย์และคณะ, 2546; ชัชวาลย์ ศิลปกิจและรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550; นุชนา ทองสังข์สุข, 2551)
4. การหยุดวงจรการดื่มสุรา จำนวน 1 เรื่อง (นุชนา ทองสังข์สุข, 2551)
5. การสวดมนต์ไหว้พระ/ ทำสมาธิ เพื่อความสงบสุขและเกิดปัญญา จำนวน 1 เรื่อง (นุชนา ทองสังข์สุข, 2551)
6. การตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต จำนวน 1 เรื่อง นุชนา ทองสังข์สุข, 2551)
7. การสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุรา จำนวน 1 เรื่อง นุชนา ทองสังข์สุข, 2551)
8. การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกและภาวะซึมเศร้า จำนวน 1 เรื่อง (นุชนา ทองสังข์สุข, 2551)
9. การวิเคราะห์หาเหตุผลในการกลับไปดื่มสุรา จำนวน 1 เรื่อง (นุชนา ทองสังข์สุข, 2551)

3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

3.1) แบบประเมินด้านสุขภาพร่างกาย ประกอบด้วย

- แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปซึ่งได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ใช้สุราหรือแอมเฟตามีน โรคทางจิตเวชอื่นที่ไม่ได้เกิดจากสารเสพติด เพื่อเก็บข้อมูลผู้รับการบำบัดทั้งหมดก่อนให้การบำบัดในรูปแบบ Matrix Program จำนวน 3 เรื่อง (รัตนา สายพานิชย์ และคณะ, 2546; ชัชวาลย์ ศิลปกิจและรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550; นุชนภา ทองสังข์สุข, 2551)

- แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment Function [GAF]) เพื่อประเมินความสามารถโดยรวมของผู้รับการบำบัดก่อนและหลังให้การบำบัดในรูปแบบ Matrix Program จำนวน 1 เรื่อง (รัตนา สายพานิชย์ และคณะ, 2546)

3.2) แบบประเมินด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย

- แบบประเมินและติดตามผลการรักษาเพื่อประเมินผลการรักษาเรื่องการกลับไปใช้สุราหรือแอมเฟตามีนซ้ำ การใช้สารเสพติดผิดกฎหมายอื่น และคุณภาพขององค์ประกอบในชีวิตด้านต่าง ๆ หลังสิ้นสุดการให้การบำบัดในรูปแบบ Matrix Program แต่ละระยะของการติดตามผล จำนวน 1 เรื่อง (รัตนา สายพานิชย์และคณะ, 2546)

- แบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายเพื่อติดตามลักษณะการดื่มสุราของผู้รับบริการหลังสิ้นสุดการให้การบำบัดในรูปแบบ Matrix Program จำนวน 1 เรื่อง (นุชนภา ทองสังข์สุข, 2551)

3.3) แบบประเมินด้านความร่วมมือในการบำบัด ประกอบด้วย

- การสัมภาษณ์โดยตรง และโทรศัพท์สอบถามข้อมูลผู้รับบริการกรณีขาดการติดต่อ เพื่อติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับการไม่กลับไปดื่มสุรา (clean) การหยุดดื่ม (slip) การดื่มซ้ำ (Relapse) หลังสิ้นสุดการให้การบำบัดในรูปแบบ Matrix Program จำนวน 1 เรื่อง (ชัชวาลย์ ศิลปกิจและรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550)

3.4) แบบประเมินด้านจิตสังคม ประกอบด้วย

- แบบสอบถามความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง เพื่อวัดระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้รับบริการก่อนและหลังให้การบำบัดรูปแบบ Matrix Program จำนวน 1 เรื่อง (นุชนภา ทองสังข์สุข, 2551)

4) ผลลัพธ์ของการบำบัด แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

4.1) ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 และ 4 เดือน ผู้ติดสุราที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายเพิ่มขึ้น แต่พบว่าลดลงเพียงเล็กน้อยเมื่อติดตามผลซ้ำหลัง

สิ้นสุดการบำบัด 8 เดือน จากแบบประเมินและติดตามผลการรักษา (รัตนา สายพานิชย์และคณะ, 2546)

4.2) ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม ได้แก่

ก. การกลับไปดื่มซ้ำ (Relapse) จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ ผู้รับการบำบัดมีการกลับไปดื่มสุราซ้ำลดลง แต่ไม่ระบุผลการติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 3, 6 และ 12 เดือน จากแบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายเพื่อติดตามลักษณะการดื่มสุราของผู้รับบริการ (นุชนภา ทองสังข์สุข, 2551)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลการบำบัดทันที และหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 และ 4 เดือน ผู้ติดสุรามีการกลับไปใช้สุราซ้ำ (Relapse) ลดลง และพบว่าเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 8 เดือน จากแบบประเมินและติดตามผลการรักษา (รัตนา สายพานิชย์และคณะ, 2546)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลระหว่างผู้รับการบำบัดครบโปรแกรมเปรียบเทียบกับผู้ที่มารับการบำบัดไม่ครบโปรแกรม หลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 4 และ 24 เดือน ผู้รับบริการมีการดื่มสุราเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p>.05$) แต่พบกลุ่มที่บำบัดไม่ครบมีแนวโน้มในการกลับไปดื่มซ้ำเร็วกว่าและจำนวนมากกว่ากลุ่มที่บำบัดครบ จากการสัมภาษณ์และโทรศัพท์สอบถามข้อมูลการดื่มสุราโดยตรง (ชัชวาลย์ ศิลปกิจและรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550)

ข. การไม่กลับดื่มสุรา (clean) จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ ผู้รับการบำบัดมีการหยุดดื่มสุราหรือไม่กลับไปดื่มสุราเพิ่มขึ้น แต่ไม่ระบุผลการติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 3, 6 และ 12 เดือน จากแบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายเพื่อติดตามลักษณะการดื่มสุราของผู้รับบริการ (นุชนภา ทองสังข์สุข, 2551)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อติดตามผลระหว่างผู้ที่มารับการบำบัดครบโปรแกรมเปรียบเทียบกับผู้ที่มารับการบำบัดไม่ครบโปรแกรม หลังสิ้นสุดการบำบัด 1 และ 4 เดือน ผู้มารับการบำบัดครบโปรแกรมมีพฤติกรรมไม่กลับไปดื่มสุรามากกว่าผู้ที่มารับการบำบัดไม่ครบโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) แต่เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 8 และ 24 เดือน พบว่าจำนวนผู้ติดสุราที่ไม่กลับดื่มสุราของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p>.05$) จากการสัมภาษณ์และโทรศัพท์สอบถามข้อมูลการดื่มสุราโดยตรง (ชัชวาลย์ ศิลปกิจและรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550)

ค. การปล่อยคืบ (slip) จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ ผู้รับการบำบัดมีการปล่อยคืบลดลง แต่ไม่ระบุผลการติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 3 6 และ 12 เดือน จากแบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายเพื่อติดตามลักษณะการคืบสุราของผู้รับบริการ (นุชนภา ทองสังข์สุข, 2551)

- มี 1 เรื่องที่พบว่า เมื่อติดตามผลระหว่างผู้ที่มารับการบำบัดครบโปรแกรมเปรียบเทียบกับผู้ที่มารับการบำบัดไม่ครบโปรแกรม หลังสิ้นสุดการบำบัด 1 และ 4 เดือน ผู้ที่มารับการบำบัดครบโปรแกรมมีพฤติกรรมปล่อยคืบสุราน้อยกว่ากลุ่มที่มารับการบำบัดไม่ครบโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 8 และ 24 เดือน พบว่าจำนวนผู้ติดสุราที่ปล่อยคืบสุราของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) จากการสัมภาษณ์และโทรศัพท์สอบถามข้อมูลการคืบสุราโดยตรง (ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550)

ง. การใช้สารเสพติดผิดกฎหมายอื่น จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่องที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 4 และ 8 เดือน ผู้ติดสุราไม่มีการใช้สารผิดกฎหมายอื่น จากแบบประเมินและติดตามผลการรักษา (รัตนา สายพานิชย์และคณะ, 2546)

4.3) ผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด ได้แก่

การเข้าร่วมการบำบัดอย่างต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่องที่พบว่า เมื่อประเมินผลระหว่างผู้ที่มารับการบำบัดครบโปรแกรมเปรียบเทียบกับผู้ที่มารับการบำบัดไม่ครบโปรแกรม หลังสิ้นสุดการบำบัด 1 4 8 และ 24 เดือน ผู้ที่มารับการบำบัดครบโปรแกรมมีผลการบำบัดดีแตกต่างจากผู้ที่ไม่มารับการบำบัดไม่ครบโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากการสัมภาษณ์และโทรศัพท์สอบถามข้อมูลการคืบสุราโดยตรง (ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550)

4.4) ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม ได้แก่

ก. คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่องที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 และ 4 เดือน ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวเพิ่มขึ้น แต่พบว่าลดลงเพียงเล็กน้อยเมื่อติดตามผลซ้ำหลังสิ้นสุดการบำบัด 8 เดือน จากแบบประเมินและติดตามผลการรักษา (รัตนา สายพานิชย์และคณะ, 2546)

ข. *คุณภาพชีวิตด้านการจัดการในชีวิตประจำวัน* จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 และ 4 เดือน ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตด้านการจัดการในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น แต่พบลดลงเพียงเล็กน้อยเมื่อติดตามผลซ้ำหลังสิ้นสุดการบำบัด 8 เดือนจากแบบประเมินและติดตามผลการรักษา (รัตนา สายพานิชย์และคณะ, 2546)

ค. *คุณภาพชีวิตด้านการประกอบอาชีพ* จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 และ 4 เดือน ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตด้านการประกอบอาชีพเพิ่มขึ้น แต่พบลดลงเพียงเล็กน้อยเมื่อติดตามผลซ้ำหลังสิ้นสุดการบำบัด 8 เดือน จากแบบประเมินและติดตามผลการรักษา (รัตนา สายพานิชย์และคณะ, 2546)

ง. *ความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment Function [GAF])* จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่องที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที ผู้รับบริการมีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมเพิ่มขึ้น (GAF) จากแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) (รัตนา สายพานิชย์และคณะ, 2546)

จ. *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต* จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่องที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 และ 4 เดือน ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น แต่พบว่าลดลงเพียงเล็กน้อยเมื่อติดตามผลซ้ำหลังสิ้นสุดการบำบัด 8 เดือน จากแบบประเมินและติดตามผลการรักษา (รัตนา สายพานิชย์และคณะ, 2546)

ช. *คุณภาพชีวิตด้านสถานะทางกฎหมาย* จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 และ 4 เดือน ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตด้านสถานะทางกฎหมายเพิ่มขึ้น แต่พบว่าลดลงเพียงเล็กน้อยเมื่อติดตามผลซ้ำหลังสิ้นสุดการบำบัด 8 เดือน จากแบบประเมินและติดตามผลการรักษา (รัตนา สายพานิชย์และคณะ, 2546)

ซ. *ความมีคุณค่าในตนเอง* จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ ความมีคุณค่าในตนเองของผู้รับบริการมีระดับเพิ่มขึ้น จากแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (นุชนา ทองสังข์สุข, 2551)

4. การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)

1) คุณภาพของงานวิจัย

จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยทั้งหมด 40 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาการบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) จำนวน 1 เรื่อง และเมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบมีระดับหลักฐานงานวิจัย ดังนี้

- งานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Quasi experimental research) อยู่ในระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์จำนวน 1 เรื่อง (ผกามาศ เกื้อกิจ, 2548)

2) รูปแบบและองค์ประกอบสำคัญของการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย

จากการวิเคราะห์งานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (ผกามาศ เกื้อกิจ, 2548) ใน 40 เรื่อง ที่นำการบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) มาใช้บำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย (ระดับ B 1 เรื่อง) สามารถสรุปได้ดังนี้

2.1) ผู้บำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา 1 เรื่อง พบว่าเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรม ฝึกทักษะในการบำบัด มีความรู้ในเรื่องวัตถุประสงค์ ลักษณะกิจกรรม และมีความเข้าใจในรูปแบบการดำเนินกิจกรรมและติดตามข้อมูลการบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) เป็นอย่างดี จำนวน 1 เรื่อง (ผกามาศ เกื้อกิจ, 2548)

2.2) ผู้รับการบำบัด จากการวิเคราะห์การศึกษา 1 เรื่อง (ผกามาศ เกื้อกิจ, 2548) พบว่า ผู้ติดสุราที่สามารถเข้ารับการบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) Setting ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล มีดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยในเสพติดสุราที่อยู่ในระยะบำบัดด้วยยา
2. ไม่มีอาการทางจิตเวช
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย
4. มีสุขภาพแข็งแรง
5. สามารถให้ข้อมูลอ่านออกและเขียนได้
6. มีสติสัมปชัญญะครบ
7. ยินดีเข้ารับการบำบัด

2.3) รูปแบบการบำบัด จากการวิเคราะห์การศึกษา 1 เรื่อง (ผกามาศ เกื้อกิจ, 2548) พบว่ารูปแบบการบำบัด เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy)

2.4) ระยะเวลาในการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา 1 เรื่อง (ผกามาศ เกื้อกิจ, 2548) พบว่า ระยะเวลาในการบำบัดมี 9 กิจกรรม ภายใน 2 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมตั้งแต่วันที่

จันทร์ - วันศุกร์ ยกเว้นวันเสาร์และวันอาทิตย์ ใช้เวลาบำบัดแต่ละครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมงต่อ 1 กิจกรรม รวมระยะเวลาในการดำเนินการบำบัดทั้งสิ้น 9 ชั่วโมง และติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์

2.5) กิจกรรมการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา 1 เรื่อง (ผกามาศ เกื้อกิจ, 2548) พบว่าการบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) เนื้อหาประกอบด้วย

1. การทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งมี 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์, กิจกรรมหลากหลายกลายเป็นหนึ่ง, กิจกรรมฉันและเธอเป็นคนพิเศษ เพื่อสร้างความรู้สึกรับรู้ถึงการได้รับการยอมรับ ความสนใจ ความเอาใจใส่ด้วยความห่วงใย และการแสดงออกถึงความรักเห็นความสำคัญและคุณค่าในตนเองและของผู้อื่น

2. การควบคุมตนเองให้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งมี 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมเชื่อมั่นและกิจกรรมเป้าหมายของฉัน เพื่อส่งเสริมความสามารถของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมการกระทำของตนเองและผู้อื่น แสดงถึงความคิดเห็นและสิทธิของตนที่ได้รับการยอมรับและได้รับการนับถือจากบุคคลอื่นภายในขอบเขตที่เหมาะสม มีบุคลิกในการเป็นผู้นำและผู้ตามที่ดี สามารถทำให้บุคคลอื่นเกิดความไว้วางใจ และเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองกล้าแสดงออกในสิ่งที่ตนเองคิด สามารถจูงใจให้ผู้อื่นยอมรับหรือทำตามความคิดของตนเองได้

3. การสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งมี 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมฝึกช่าง และกิจกรรมจิ๊กซอว์กับความท้าทาย เพื่อส่งเสริมให้บุคคลกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้บรรลุตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และความปรารถนาที่มุ่งหวังในการดำรงชีวิต และเป็นการแสดงออก การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยการหาหลากหลายวิธีการในการแก้ปัญหาและสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยดี มีความคิดสร้างสรรค์ในการทำงานและฝึกสมาธิมีสติในการทำงาน

4. การยอมรับตนเองและมองเห็นคุณค่าของตนเอง ซึ่งมี 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมตัวตนของฉัน และกิจกรรมการทำความดี เพื่อให้ผู้รับบริการมีทัศนคติต่อตนเองในทางบวก และรับรู้ถึงความรู้สึกที่ดีด้านการมีคุณค่า

3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากการสังเคราะห์การศึกษา 1 เรื่อง (ผกามาศ เกื้อกิจ, 2548) สามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

3.1) แบบประเมินด้านสุขภาพร่างกาย พบว่าใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปจำนวน 16 ข้อ ของผู้ป่วยเสพติด เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและประวัติการดื่มสุราก่อนให้การบำบัด

3.2) แบบประเมินด้านพฤติกรรม พบว่าใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปจำนวน 16 ข้อ ของผู้ป่วยเสพติด เพื่อประเมินประวัติการดื่มสุราก่อนให้การบำบัด

3.3) แบบประเมินด้านความร่วมมือในการบำบัด ไม่พบว่ามีการใช้แบบประเมินใดเพื่อประเมินด้านความร่วมมือในการบำบัด

3.4) แบบประเมินด้านจิตสังคม ประกอบด้วย

- แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปจำนวน 16 ข้อ ของผู้ป่วยเสพติดเพื่อประเมินความรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเองก่อนให้การบำบัด

- แบบสอบถามการมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเสพติดสุรา ที่สร้างขึ้นเองโดยอาศัยแนวคิดการมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (1984) และนำแบบสอบถามของ(กนกวรรณ, 2545) มาปรับปรุงสร้างขึ้นใหม่ เพื่อประเมินความมีคุณค่าในตนเองก่อนและหลังให้การบำบัด

4) ผลลัพธ์ของการบำบัด แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

4.1) ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา 1 เรื่อง (ผกามาศ เกื้อกิจ, 2548) ไม่พบการประเมินและติดตามผลลัพธ์หลังการบำบัดทางด้านสุขภาพร่างกาย แต่พบว่าผลลัพธ์การมีคุณค่าในตนเองด้านการมีอำนาจหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ ช่วยสนับสนุนให้ผู้รับบริการรู้จักดูแลตนเองในการลด/เลิกสุรา จนก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพร่างกายตามมา จากแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามการมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเสพติดสุรา (ผกามาศ เกื้อกิจ, 2548)

4.2) ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา 1 เรื่อง (ผกามาศ เกื้อกิจ, 2548) ไม่พบการประเมินและติดตามผลลัพธ์หลังการบำบัดทางด้านพฤติกรรม แต่พบว่าผลลัพธ์การมีคุณค่าในตนเองด้านการมีอำนาจหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ สามารถทำให้ผู้รับบริการมีวิธีการควบคุมตนเองให้ไปถึงเป้าหมายที่วางไว้เพื่อเลิกดื่มสุราหรือดื่มให้น้อยลงตลอดจนสามารถดูแลตนเองได้ ไม่ทำให้อื่นเดือดร้อน จากแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามการมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเสพติดสุรา (ผกามาศ เกื้อกิจ, 2548)

4.3) ผลลัพธ์ด้านความร่วมมือในการบำบัด จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา 1 เรื่อง (ผกามาศ เกื้อกิจ, 2548) ไม่พบการประเมินและติดตามผลลัพธ์หลังการบำบัดทางด้านความร่วมมือในการบำบัด แต่พบว่าผลลัพธ์การมีคุณค่าในตนเองด้านความสำคัญหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ สามารถนำไปใช้เป็นแรงสนับสนุนให้ผู้เสพติดสุราเกิดความรู้สึกอยากรักษาตนเองให้หาย และรู้จักให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการดื่มสุราที่เป็นอันตรายของตนเอง จาก

แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามการมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเสพติดสุรา (ผกามาศ เกื้อกิจ, 2548)

4.4) ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา 1 เรื่อง (ผกามาศ เกื้อกิจ, 2548) พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้รับบริการด้านการมีความสำคัญ และด้านการมีอำนาจเพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนรับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้านการมีความสามารถ และด้านการมีคุณความดี มีคะแนนไม่แตกต่างจากก่อนเข้ารับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จากแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามการมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเสพติดสุรา (ผกามาศ เกื้อกิจ, 2548)

5. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT])

1) คุณภาพของงานวิจัย

จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยทั้งหมด 40 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) จำนวน 9 เรื่อง และเมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบมีระดับหลักฐานงานวิจัย ดังนี้

- งานวิจัยเดี่ยวที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Randomized Controlled Trials [RCT]) อยู่ในระดับ A จำนวน 1 เรื่อง (ดรุณี ภูขาว, 2545)
- งานวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Quasi experimental research) ระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์ จำนวน 4 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549; สุชาสินี นพัญญู, 2551; กิรติ คำทอง, 2551)
- งานวิจัยระดับ B ที่เป็นการประเมินโครงการหรือติดตามผลการวิจัย จำนวน 4 เรื่อง (อิสระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2546; ศิริพร ทองบ่อและคณะ, 2549; ชาญชัย ชงพานิช, 2550; สุนันทา ปลั่งกลาง, 2550)

2) รูปแบบและองค์ประกอบสำคัญของการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย

จากการวิเคราะห์งานวิจัย จำนวน 9 เรื่อง (ดรุณี ภูขาว, 2545; อิสระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2546; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549; ศิริพร ทองบ่อและคณะ, 2549; ชาญชัย ชงพานิช, 2550; สุนันทา ปลั่งกลาง, 2550; สุชาสินี นพัญญู, 2551; กิรติ คำทอง, 2551) ใน 40 เรื่อง ที่นำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) มาใช้บำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย (ระดับ A 1 เรื่อง, ระดับ B ที่เป็น

วิทยานิพนธ์ 4 เรื่อง, ระดับ B ที่เป็นการประเมินโครงการหรือติดตามผลการวิจัย 4 เรื่อง) สามารถสรุปได้ดังนี้

2.1) ผู้บำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษาทั้ง 9 เรื่อง พบว่า เป็นผู้บำบัดคนเดียวกัน มีประสบการณ์งานทางคลินิก และต้องผ่านการอบรม Training CBT Program หรืออบรมเชิงปฏิบัติการ (work shop) และเป็นผู้มีประสบการณ์ในการฝึกการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีลักษณะที่มั่นคง (consistently positive) กระปรี้กระเปร่า (energetic) รู้จักมองเหตุการณ์ไปในทางที่ดี (optimistid) เป็นผู้ร่วมสนับสนุนเป็นระยะ ๆ ได้ (supportive) มีความกระตือรือร้น (enthusiastic) รู้จักยอมรับในตัวผู้ป่วย (recognized) และชื่นชมผู้อื่นเป็น (praised) ซึ่งมีหลายวิชาชีพได้แก่

1. ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย จิตแพทย์, พยาบาลวิชาชีพ, นักจิตวิทยา, นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 4 เรื่อง (อิสระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2546; ศิริพร ทองบ่อและคณะ, 2549; ชาญชัย ธงพานิช, 2550; สุนันทา ปลั่งกลางและคณะ, 2550)
2. พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 เรื่อง (ครุณี ภูขาว, 2545; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549; กิรติ คำทอง, 2551)
3. นักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโทสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จำนวน 1 เรื่อง (สุทธาสินี นพธัญญะ, 2551)

2.2) ผู้รับการบำบัด จากการวิเคราะห์การศึกษาพบว่า ผู้ที่สามารถเข้ารับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ได้ เป็น Setting ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ดังนี้

1. ลักษณะการดื่มสุรา เป็นผู้ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือเป็นผู้ติดสุรา จำนวน 9 เรื่อง (ครุณี ภูขาว, 2545; อิสระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2546; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549; ศิริพร ทองบ่อและคณะ, 2549; ชาญชัย ธงพานิช, 2550; สุนันทา ปลั่งกลาง, 2550; สุทธาสินี นพธัญญะ, 2551; กิรติ คำทอง, 2551)
2. มีพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับผิดปกติ (alcohol disorder) หรือมีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างน้อย 28 ดื่มมาตรฐานและดื่มอย่างมาก 210 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ในระยะ 30 วัน ก่อนเข้ารับการบำบัด จำนวน 4 เรื่อง (ครุณี ภูขาว, 2545; ศิริพร ทองบ่อและคณะ, 2549; สุนันทา ปลั่งกลางและคณะ, 2550; สุทธาสินี นพธัญญะ, 2551)
3. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามหลักการแบ่งโรคทางจิตเวชศาสตร์ ICD-10 แล้วพบอยู่ในกลุ่ม F10 หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Alcohol dependence ตาม

เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV criteria จำนวน 5 เรื่อง (ครุณี ภูขาว, 2545; อิศระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2546; ชาญชัย ชงพานิช, 2550; สุนันทา ปลั่งกลางและคณะ, 2550; สุชาติณี นพรัชัญญะ, 2551)

4. เพศชาย อายุระหว่าง 18 – 65 ปี ขึ้นไป จำนวน 6 เรื่อง (ครุณี ภูขาว, 2545; อิศระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2546; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549; ชาญชัย ชงพานิช, 2550; กิรติ คำทอง, 2551)

5. ความรุนแรงของภาวะขาดสุราเท่ากับหรือน้อยกว่า 2 จำนวน 2 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; สุชาติณี นพรัชัญญะ, 2551)

6. ความรุนแรงของภาวะขาดสุราเท่ากับหรือน้อยกว่า 8 จำนวน 1 เรื่อง (นิमित แก้วอาจ, 2549)

7. ไม่มีตาและตัวเหลือง จำนวน 1 เรื่อง (อิสระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2546)

8. ไม่มีอาการทางจิตและอาการถอนพิษสุรา จำนวน 2 เรื่อง (ศิริพร ทองบ่อและคณะ, 2549; สุนันทา ปลั่งกลางและคณะ, 2550)

9. สามารถสื่อความหมายและเข้าใจภาษาไทยได้ จำนวน 3 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549; สุชาติณี นพรัชัญญะ, 2551)

2.3) รูปแบบการบำบัด จากการวิเคราะห์การศึกษาพบว่า การบำบัดแบบ CBT เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) Setting ผู้ป่วยใน จำนวน 9 เรื่อง (ครุณี ภูขาว, 2545; อิศระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2546; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549; ศิริพร ทองบ่อและคณะ, 2549; ชาญชัย ชงพานิช, 2550; สุนันทา ปลั่งกลาง, 2550; สุชาติณี นพรัชัญญะ, 2551; กิรติ คำทอง, 2551)

2.4) ระยะเวลาในการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา มี 9 เรื่อง ที่พบว่าเป็นการบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) ดังนี้

- ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมงใน 1 สัปดาห์ ไม่ระบุระยะห่างในการบำบัดแต่ละครั้ง ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 3 และ 6 เดือน จำนวน 1 เรื่อง (ครุณี ภูขาว, 2545)

- ระยะเวลาในการบำบัดทั้งหมด 28 วัน โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะบำบัดด้วยยา ใช้เวลา 1-7 วัน 2) ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ใช้เวลา 21 วัน ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม ไม่ระบุเวลาและระยะห่างที่ใช้ในการบำบัดแต่ละครั้ง ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 3 เดือน จำนวน 1 เรื่อง (อิสระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2546)

- ระยะเวลาในการบำบัดทั้งหมด 28 วัน โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะบำบัดด้วยยา ใช้เวลา 1-7 วัน 2) ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ใช้เวลา 21 วัน ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม ไม่ระบุเวลาและระยะห่างที่ใช้ในการบำบัดแต่ละครั้ง ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 3 และ 6 เดือน จำนวน 1 เรื่อง (ชาญชัย ชงพานิช, 2550)

- ระยะเวลาในการบำบัด 5 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ภายใน 1 สัปดาห์ โดยดำเนินการวันจันทร์-วันศุกร์ ติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2, 4 และ 8 สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง (ศิริพร ทองป่อ และคณะ, 2549)

- ระยะเวลาในการบำบัด 6 ครั้ง ครั้งละ 1/2 - 2 ชั่วโมง ภายใน 3 สัปดาห์ ไม่ระบุระยะห่างในการบำบัดแต่ละครั้ง และติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2, 4, 8, 12 สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง (สุนันทา ปลั่งกลางและคณะ, 2550)

- ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมงต่อวัน บำบัดทุกวัน ภายใน 1 สัปดาห์ ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2, 4, และ 8 สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง (กิริติ คำทอง, 2551)

- ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 15 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ภายใน 4 สัปดาห์ ไม่ระบุระยะห่างในการบำบัดแต่ละครั้ง ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที จำนวน 1 เรื่อง (สุธาสินี นพัญญะ, 2551)

- ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง พักระหว่าง ชั่วโมง 10 นาที ภายใน 5 วัน ติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547)

- ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง พักระหว่าง ชั่วโมง 10 นาที โดย 5 ครั้งแรกทำทุกวันในวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 13.00-15.00 น. และครั้งที่ 6 ทำการบำบัดร่วมกับญาติในวันที่ญาติมาเยี่ยมหรือมารับผู้ป่วยกลับบ้าน ติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์จำนวน 1 เรื่อง (นิมิต แก้วอาจ, 2549)

2.5) กิจกรรมการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษาพบว่า การบำบัดแบบ CBT เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) เนื้อหาประกอบด้วย

1. ความรู้เรื่องสุราและผลกระทบจากการดื่มสุรา จำนวน 9 เรื่อง (ดรุณี ภูขาว, 2545; อิศระ เกียรติวิชัยบุญญาและคณะ, 2546; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิมิต แก้วอาจ, 2549; ศิริพร ทองป่อและคณะ, 2549; ชาญชัย ชงพานิช, 2550; สุนันทา ปลั่งกลาง, 2550; สุธาสินี นพัญญะ, 2551; กิริติ คำทอง, 2551)

2. ความคาดหวังในการปรับตัวเรื่องการดื่มสุรา จำนวน 3 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549; สุนันทา ปลั่งกลาง, 2550)

3. การตั้งเป้าหมายในการลดหรือเลิกดื่มสุรา จำนวน 5 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549; สุนันทา ปลั่งกลาง, 2550; สุชาสินี นพธัญญะ, 2551; กীরติ คำทอง, 2551)

4. การระบุสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มและการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น จำนวน 5 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549; ศิริพร ทองบ่อและคณะ, 2549; สุนันทา ปลั่งกลาง, 2550; สุชาสินี นพธัญญะ, 2551)

5. การจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุรา จำนวน 3 เรื่อง (อิสระ เกียววิริยบุญญาและคณะ, 2546; ชาญชัย ชงพานิช, 2550; สุชาสินี นพธัญญะ, 2551)

6. การสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลดหรือเลิกดื่มสุรา จำนวน 2 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549)

7. การควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุรา จำนวน 3 เรื่อง (อิสระ เกียววิริยบุญญาและคณะ, 2546; ชาญชัย ชงพานิช, 2550; สุชาสินี นพธัญญะ, 2551)

8. กลยุทธ์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา จำนวน 3 เรื่อง (อิสระ เกียววิริยบุญญาและคณะ, 2546; ชาญชัย ชงพานิช, 2550; สุชาสินี นพธัญญะ, 2551)

9. ทักษะการป้องกันการกลับไปเสพยา จำนวน 4 เรื่อง (อิสระ เกียววิริยบุญญาและคณะ, 2546; ศิริพร ทองบ่อและคณะ, 2549; ชาญชัย ชงพานิช, 2550; สุชาสินี นพธัญญะ, 2551)

10. การฝึกเข้าใจการคิด การโต้แย้งความคิดที่ไม่มีเหตุผลให้มีเหตุผล จำนวน 5 เรื่อง (อิสระ เกียววิริยบุญญาและคณะ, 2546; ชาญชัย ชงพานิช, 2550; สุนันทา ปลั่งกลาง, 2550; กীরติ คำทอง, 2551; สุชาสินี นพธัญญะ, 2551)

3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

3.1) แบบประเมินด้านสุขภาพร่างกาย ประกอบด้วย

- แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) เพื่อประเมินความพร้อมในการเข้ากลุ่มของผู้ติดสุรา จำนวน 3 เรื่อง (ดรุณี ภูขาว, 2545; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; สุนันทา ปลั่งกลาง และคณะ, 2550)

- แบบประเมินอาการขาดสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment scale for Alcohol revised [CIWA-Ar]) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ยารักษาภาวะขาด

สุรา และคัดเลือกรุ่นตัวอย่างก่อนเข้ารับการบำบัด จำนวน 5 เรื่อง (อิสระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2546; ศิริพร ทองบ่อและคณะ, 2549; นิमित แก้วอาจ, 2549; ชาญชัย ชงพานิช, 2550; กิรติ คำทอง, 2551)

- การซักประวัติและตรวจร่างกายผู้รับการบำบัด เพื่อประเมินการติดสุราและอาการแทรกซ้อนก่อนเข้ารับการบำบัด จำนวน 2 เรื่อง (อิสระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2546; สุนันทา ปลั่งกลาง และคณะ, 2550)

3.2) แบบประเมินด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย

- แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) เพื่อประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา และภาวะการติดสุราของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังให้การบำบัด จำนวน 6 เรื่อง (ดรุณี ภูขาว, 2545; อิสระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2546; ศิริพร ทองบ่อและคณะ, 2549; ชาญชัย ชงพานิช, 2550; กิรติ คำทอง, 2551; สุนันทา ปลั่งกลางและคณะ, 2550)

- แบบสัมภาษณ์ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (Timeline Follow Back Interview [TLFB]) เพื่อคัดเลือกรุ่นตัวอย่าง และสอบถามข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละวันภายในช่วงระยะเวลา ไม่เกิน 4 เดือน ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการบำบัด จำนวน 3 เรื่อง (ดรุณี ภูขาว, 2545; นิพนธ์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549)

- แบบสัมภาษณ์แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Motivation for Change Ladder [MCL]) เพื่อประเมินสภาพของการดื่มสุราตั้งแต่ระดับจากไม่เคยคิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจนถึงเริ่มคิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จำนวน 2 เรื่อง (ดรุณี ภูขาว, 2545; ศิริพร ทองบ่อ และคณะ, 2549)

- การซักประวัติและตรวจร่างกายผู้รับการบำบัด เพื่อประเมินการติดสุราและอาการแทรกซ้อนก่อนเข้ารับการบำบัด จำนวน 2 เรื่อง (อิสระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2546; สุนันทา ปลั่งกลางและคณะ, 2550)

- แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประวัติครอบครัวและประวัติการดื่มสุรา การใช้สารเสพติด ประวัติทางสังคม การบำบัดเรื่องสุราในอดีต จำนวน 9 เรื่อง (ดรุณี ภูขาว, 2545; อิสระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2546; นิพนธ์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549; ศิริพร ทองบ่อและคณะ, 2549; ชาญชัย ชงพานิช, 2550; สุนันทา ปลั่งกลาง, 2550; สุธาสิณี นพัญญะ, 2551; กิรติ คำทอง, 2551)

3.3) แบบประเมินด้านความร่วมมือในการบำบัด ประกอบด้วย

- แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการบำบัด (The Working Alliance Inventory [WAI]) เพื่อประเมินการให้ความร่วมมือบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (ครุณี ภูขาว, 2545)

3.4) แบบประเมินด้านจิตสังคม ประกอบด้วย

- แบบประเมินปัญหาทางความคิด M.I.N.I (Mini-International Neuropsychiatric Interview) เพื่อสัมภาษณ์ก่อนคัดเลือกร่วมตัวอย่างเข้ารับการบำบัด จำนวน 2 เรื่อง (ครุณี ภูขาว, 2545; ศิริพร ทองป่อและคณะ, 2549)

- แบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต (Quality of Life The World Health Organization Quality of life instrument [WHQOL]) เพื่อสอบถามผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อระดับความพึงพอใจในชีวิตในแง่มุมต่าง ๆ หลังสิ้นสุดการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (ครุณี ภูขาว, 2545)

- แบบสัมภาษณ์เจตคติในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Controlled Drinking Self-Efficacy Scale [CDSSES]) เพื่อประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถที่จะควบคุมไม่ให้ตนเองกลับไปดื่มสุรามากจนเกินกว่า 6 ดื่มมาตรฐาน ในขณะที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้ตนเองอาจจะต้องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดปริมาณและความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 1 เรื่อง (ครุณี ภูขาว, 2545)

- แบบสัมภาษณ์ทัศนคติที่มีต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (The process of change ใช้ Alcohol [POC-Alcohol]) เพื่อสอบถามเทคนิควิธีที่ผู้ติดสุราเลือกใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง จำนวน 3 เรื่อง (ครุณี ภูขาว, 2545; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549)

- แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจในการบำบัดแบบ BUMICBT (Participant Satisfaction with BUMICBT) เพื่อประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (ครุณี ภูขาว, 2545)

- แบบประเมินแรงจูงใจในการรักษาตามวัฏจักรของการเปลี่ยนแปลง (The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES-8A 8D]) เพื่อประเมินแรงจูงใจในการเลิกสุราของผู้รับการบำบัดก่อนและหลังให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จำนวน 1 เรื่อง (ชาญชัย ธงพานิช, 2550)

- แบบประเมิน Mini MSE ประเมินความบกพร่องในด้านความคิด ความจำและเขาวนปัญญา ก่อนคัดเลือกร่วมตัวอย่างเข้ารับการบำบัด จำนวน 3 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549; ศิริพร ทองป่อและคณะ, 2549)

- แบบสัมภาษณ์แรงงใจ ที่เป็นแบบสอบถามขั้นบันไดเพื่อประเมินแรงงใจในการเลิกสุราของผู้รับการบำบัดก่อนและหลังให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จำนวน 3 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549; กิรติ คำทอง, 2551)

- แบบสอบถามการตระหนักรู้ตนเอง เพื่อประเมินการรู้จักอารมณ์ตนเอง การประเมินตนเองได้ตามความเป็นจริง และความมั่นใจในตนเองหลังสิ้นสุดการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (สุชาติ นิ นพธัญญะ, 2551)

- แบบวัดการยอมรับตนเอง เพื่อประเมินการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ลักษณะของตนเอง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับคุณค่าและสถานภาพในสังคม จำนวน 1 เรื่อง (สุชาติ นิ นพธัญญะ, 2551)

4) ผลลัพธ์ของการบำบัด แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

4.1) ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่

คุณภาพชีวิต จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และสิ้นสุดการบำบัด 1, 3 และ 6 เดือน ผู้รับการบำบัดมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) (ดรุณี ภูขาว, 2545)

4.2) ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม ได้แก่

ก. ปริมาณการดื่มสุรา จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 และ 4 สัปดาห์ ผู้รับบริการมีปริมาณการดื่มสุราลดลง แต่ผลติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด 16, 32 และ 48 สัปดาห์ ไม่มีระบุไว้ จากแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) (ศิริพร ทองบ่อ และคณะ, 2549)

- มี 2 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ ผู้รับบริการมีปริมาณการดื่มสุราลดลงจากแบบสัมภาษณ์ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (Timeline Follow Back Interview [TLFB]) (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2, 4 และ 8 สัปดาห์ ปริมาณการดื่มของผู้รับบริการลดลง จากแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) (กิรติ คำทอง, 2551)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 4 8 และ 12 สัปดาห์ ผู้รับบริการมีปริมาณการดื่มสุราลดลงในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 แต่เริ่มดื่มเพิ่มขึ้นอีกในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 จากแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) (สุนันทา ปลั่งกลาง และคณะ, 2550)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และหลังสิ้นสุดการบำบัดบำบัด 1 3 และ 6 เดือน ผู้รับการบำบัดมีปริมาณการดื่มสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) (ครุณี ภูขาว, 2545)

ข. จำนวนวันที่หยุดดื่ม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 3 และ 6 เดือน ผู้รับการบำบัดมีจำนวนวันที่หยุดดื่มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) (ครุณี ภูขาว, 2545)

ค. การหยุดดื่มสุรา (Remission) จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 และ 4 สัปดาห์ ผู้รับบริการมีการหยุดดื่มหรือเลิกดื่มสุราเพิ่มขึ้นจากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) (ศิริพร ทองบ่อ และคณะ, 2549)

- มี 2 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ผู้รับบริการมีการหยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้นจากแบบสัมภาษณ์ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (Timeline Follow Back Interview [TLFB]) (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 และ 3 เดือน ผู้รับบริการมีการหยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้นในเดือนที่ 1 แต่มีการหยุดดื่มสุราลดลงในเดือน ที่ 3 จากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) (อิสระ เจียววิริยบุญญาและคณะ, 2546)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2, 4, 8 และ 12 สัปดาห์ ผู้รับบริการมีการหยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 แต่หยุดดื่มลดลงในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 จากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) และเมื่อพิจารณาผลด้านความสัมพันธ์กับการหยุดดื่มสุรา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหยุดดื่มสุราคือ ผู้ที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี มีความสัมพันธ์กับการหยุดดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการดื่มสุรา (สุนันทา ปลั่งกลาง และคณะ, 2550)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 3 และ 6 เดือน ผู้รับบริการสามารถหยุดดื่มสุราได้เพิ่มขึ้นในเดือนที่ 3 แต่หยุดดื่มสุราลดลงในเดือน ที่ 6 จากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) (ชาญชัย ชงพานิช, 2550)

ง. การกลับคืบซ้ำ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 4 และ 8 สัปดาห์ ผู้รับการบำบัดมีพฤติกรรมกลับคืบซ้ำเพียงเล็กน้อย จากแบบประเมินพฤติกรรมการคืบซ้ำ (AUDIT) (กิริติ คำทอง, 2551)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 และ 3 เดือน ผู้รับบริการมีการกลับคืบซ้ำลดลงในเดือนที่ 1 แต่กลับคืบซ้ำเพิ่มขึ้นในเดือน ที่ 3 จากแบบประเมินพฤติกรรมการคืบซ้ำ (AUDIT) (อิสระ เกียรตินิพนธ์และคณะ, 2546)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2, 4, 8 และ 12 สัปดาห์ ผู้รับบริการมีการกลับคืบซ้ำลดลงในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 แต่มีการกลับคืบซ้ำเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 จากแบบประเมินพฤติกรรมการคืบซ้ำแอลกอฮอล์ (AUDIT) (สุนันทา ปลั่งกลางและคณะ, 2550)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 3 และ 6 เดือน ผู้รับบริการมีการกลับคืบซ้ำลดลงในเดือนที่ 3 แต่มีการกลับคืบซ้ำเพิ่มขึ้นในเดือน ที่ 6 จากแบบประเมินพฤติกรรมการคืบซ้ำ (AUDIT) (ชาญชัย ชงพานิช, 2550)

จ. การคงคืบซ้ำ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 และ 4 สัปดาห์ ผู้รับบริการมีการคงคืบซ้ำลดลง จากแบบประเมินพฤติกรรมการคืบซ้ำ (AUDIT) (ศิริพร ทองบ่อและคณะ, 2549)

ข. เวลาที่กลับไปคืบครั้งแรก จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 3 และ 6 เดือน ผู้รับบริการที่ได้รับและไม่ได้รับการบำบัดจนสิ้นสุดโปรแกรม มีเวลาที่กลับไปคืบครั้งแรกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จากแบบประเมินพฤติกรรมการคืบซ้ำ (AUDIT) (ดรุณี ภูขาว, 2545)

ช. ทักษะทางพฤติกรรม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ครบทันที และหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 3 และ 6 เดือน ผู้รับบริการมีทักษะทางพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากแบบสัมภาษณ์แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Motivation for Change Ladder [MCL]) (ดรุณี ภูขาว, 2545)

- มี 2 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ ผู้รับบริการมีกระบวนการกระทำเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการคืบซ้ำ จากแบบ

สัมพันธภาพทัศนคติที่มีต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (The process of change ใช้ Alcohol [POC-Alcohol]) (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549)

4.3) ผลลัพธ์ทางด้านการร่วมมือในการบำบัด ได้แก่

ก. ความร่วมมือ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 3 และ 6 เดือน ผู้รับบริการให้ความร่วมมือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากแบบสัมพันธภาพความร่วมมือในการบำบัด (The Working Alliance Inventory [WAI]) (ดรุณี ภูขาว, 2545)

ข. การไม่มาติดตามผลการรักษา (Drop out) จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 และ 3 เดือน ผู้รับบริการไม่มาติดตามผลการรักษาในเดือนที่ 1 น้อยกว่า ในเดือนที่ 3 จากแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) (อิสระ เกียรติวิริยบุญญาและคณะ, 2546)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2, 4, 8 และ 12 สัปดาห์ ผู้รับบริการร้อยละ 33.33 ไม่มาติดตามผลการรักษา จากแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) (สุนันทา ปลั่งกลางและคณะ, 2550)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 3 และ 6 เดือน ผู้รับบริการไม่มาติดตามผลการรักษาในเดือนที่ 3 น้อยกว่า ในเดือนที่ 6 จากแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) (ชาญชัย ชงพานิช, 2550)

4.4) ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม ได้แก่

ก. ความพึงพอใจในการบำบัดแบบ BUMICBT จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 3 และ 6 เดือน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากแบบสัมพันธภาพความพึงพอใจในการบำบัดแบบ BUMICBT (Participant Satisfaction with BUMICBT) (ดรุณี ภูขาว, 2545)

ข. แรงจูงใจในการรักษา จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 28 วัน ผู้รับบริการมีแรงจูงใจในการรักษาเพิ่มขึ้น จากแบบประเมินแรงจูงใจในการรักษาตามวัฏจักรของการเปลี่ยนแปลง (The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES-8A 8D]) (ชาญชัย ชงพานิช, 2550)

- มี 2 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ ผู้รับบริการมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา จากแบบสัมภาษณ์ แรงจูงใจ ที่เป็นแบบสอบถามขึ้นบันไดเพื่อประเมินแรงจูงใจในการเลิกสุรา (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549)

ค. แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม จากการวิเคราะห์ ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ทันที และหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 และ 4 สัปดาห์ ผู้รับบริการมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากแบบสัมภาษณ์แรงจูงใจในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Motivation for Change Ladder [MCL]) (ศิริพร ทองบ่อและคณะ, 2549)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2, 4 และ 8 สัปดาห์ ผู้รับบริการมีแรงจูงใจเพิ่มขึ้น จากแบบสัมภาษณ์แรงจูงใจ (กิริติ คำทอง, 2551)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ทันที และหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 3 และ 6 เดือน ผู้รับบริการมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดื่มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากแบบสัมภาษณ์แรงจูงใจในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (MCL) (ครุณี ภูขาว, 2545)

ง. ความเชื่อมั่นในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มของตนเอง จากการ วิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และหลังสิ้นสุด การบำบัด 1, 3 และ 6 เดือน ผู้รับการบำบัดมีความเชื่อมั่นในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มเพิ่มขึ้น อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จากแบบสัมภาษณ์เจตคติในการควบคุมพฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์ (Controlled Drinking Self-Efficacy Scale [CDSSES]) (ครุณี ภูขาว, 2545)

จ. ความพึงพอใจ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อ ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 3 และ 6 เดือน ผู้รับบริการมี ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการ บำบัด (The Working Alliance Inventory [WAI]) (ครุณี ภูขาว, 2545)

ช. การตระหนักรู้ตนเอง จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง ที่ พบว่าเมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 4 สัปดาห์ ผู้รับบริการมีการตระหนักรู้ตนเองด้านการรู้ อารมณ์ตนเอง ด้านการประเมินตนเองได้ถูกต้อง และด้านความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จากแบบสอบถามการตระหนักรู้ตนเอง (สุชาติณี นพัญญู, 2551)

ซ. การยอมรับตนเอง จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่อง เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 4 สัปดาห์ ผู้รับบริการสามารถยอมรับลักษณะตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากแบบวัดการยอมรับตนเอง (สุราสินี นพัญญู, 2551)

6. การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other)

จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยทั้งหมด 40 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาการบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) อีก 7 แบบ (Self efficacy, Buddhism, Self control, Empowerment, Logotherapy, Reality และ Community participation) จำนวน 14 เรื่อง และเมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบมีระดับหลักฐานงานวิจัยแยกตามแต่ละรูปแบบการบำบัดได้ดังนี้

6.1 การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (Self efficacy)

1) คุณภาพของงานวิจัย

จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยทั้งหมด 40 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (Self efficacy) จำนวน 2 เรื่อง และเมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบมีระดับหลักฐานงานวิจัย ดังนี้

- งานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Quasi experimental research) อยู่ในระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์ จำนวน 2 เรื่อง (ศรีไพร โปธา, 2547; สุพรรณ ไชยวรรณ, 2551)

2) รูปแบบและองค์ประกอบสำคัญของการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย

จากการวิเคราะห์งานวิจัย จำนวน 2 เรื่อง (ศรีไพร โปธา, 2547; สุพรรณ ไชยวรรณ, 2551) ใน 40 เรื่อง ที่นำการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (Self efficacy) มาใช้บำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย (ระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์ 2 เรื่อง) สามารถสรุปได้ดังนี้

2.1) **ผู้บำบัด** จากการสังเคราะห์การศึกษาทั้ง 2 เรื่อง (ศรีไพร โปธา, 2547; สุพรรณ ไชยวรรณ, 2551) พบว่า เป็นพยาบาลวิชาชีพที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

2.2) **ผู้รับการบำบัด** จากการวิเคราะห์การศึกษาพบว่า ผู้ติดสุราที่สามารถทำการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (Self efficacy) ได้ เป็น Setting ผู้ป่วยนอก ดังนี้

1. มีคะแนนประเมินพฤติกรรมการดื่ม (Alcohol Use Disorders identification Test : AUDIT) มีระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 16-19 คะแนน หรือ ≥ 20 คะแนน จำนวน 2 เรื่อง (ศรีไพร โปธา, 2547; สุพรรณ ไชยวรรณ, 2551)
2. ประเมินอาการถอนพิษสุราพบอาการถอนพิษสุราเล็กน้อย จากแบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) ได้ค่าคะแนนเท่ากับ 1-4 จำนวน 1 เรื่อง (ศรีไพร โปธา, 2547)
3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ และอ่านออก เขียนได้ จำนวน 2 เรื่อง (ศรีไพร โปธา, 2547; สุพรรณ ไชยวรรณ, 2551)
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 2 เรื่อง (ศรีไพร โปธา, 2547; สุพรรณ ไชยวรรณ, 2551)

2.3) รูปแบบการบำบัด มี 1 รูปแบบ คือ

การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) จำนวน 2 เรื่อง (ศรีไพร โปธา, 2547; สุพรรณ ไชยวรรณ, 2551)

2.4) ระยะเวลาในการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา พบว่า การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (Self efficacy) แบบกลุ่ม (Group Therapy) มีระยะเวลาในการบำบัดดังนี้

- ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ภายใน 4 สัปดาห์ บำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันครั้งละ 2 วัน ในวันธรรมดา ประเมินผลหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมทันที และติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ จำนวน 2 เรื่อง (ศรีไพร โปธา, 2547; สุพรรณ ไชยวรรณ, 2551)

2.5) กิจกรรมการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา จำนวน 2 เรื่อง (ศรีไพร โปธา, 2547; สุพรรณ ไชยวรรณ, 2551) พบว่าการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (Self efficacy) เนื้อหาประกอบด้วย

1. การปฏิเสธการดื่ม
2. การประสบความสำเร็จในการหยุดดื่มสุรา
3. การตระหนักถึงความสามารถของตัวเองในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์
4. ปัจจัยที่ทำให้สามารถปฏิเสธการดื่มสุรา
5. การปฏิเสธอารมณ์ ความรู้สึก ในการดื่มสุรา

3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

3.1) แบบประเมินด้านสุขภาพร่างกาย ประกอบด้วย

- แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการบำบัด จำนวน 2 เรื่อง (ศรีไพร โปธา, 2547; สุพรรณ ไชยวรรณ, 2551) ใช้
- แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) เพื่อประเมินอาการถอนพิษสุราก่อนคัดกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (ศรีไพร โปธา, 2547)

3.2) แบบประเมินด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย

- แบบประเมินพฤติกรรมการดื่ม (AUDIT) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และประเมินติดตามพฤติกรรมการดื่มก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม จำนวน 2 เรื่อง (ศรีไพร โปธา, 2547; สุพรรณ ไชยวรรณ, 2551)

3.3) แบบประเมินด้านความร่วมมือในการบำบัด ไม่พบงานวิจัยเรื่องใดใช้แบบประเมินผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด

3.4) แบบประเมินด้านจิตสังคม ไม่พบงานวิจัยเรื่องใดใช้แบบประเมินผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม

4) ผลลัพธ์ของการบำบัด แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

4.1) ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาของงานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง (ศรีไพร โปธา, 2547; สุพรรณ ไชยวรรณ, 2551) ไม่พบงานวิจัยเรื่องใดศึกษาและประเมินผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย

4.2) ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม ได้แก่

ก. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ ผู้รับการบำบัดมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากแบบประเมินพฤติกรรมการดื่ม (AUDIT) (ศรีไพร โปธา, 2547)
- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 และ 4 สัปดาห์ ผู้รับบริการมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (สุพรรณ ไชยวรรณ, 2551)

ข. ระดับการดื่มสุรา จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มีงานวิจัย 1 ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ ผู้รับบริการมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงแตกต่างจากก่อนเข้ารับการบำบัด จากแบบประเมินพฤติกรรมการดื่ม (AUDIT) (ศรีไพร โปธา, 2547)

4.3) ผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด จากการวิเคราะห์ผลการศึกษางานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง (ศรีไพร โปธา, 2547; สุพรรณ ไชยวรรณ, 2551) ไม่พบว่างานวิจัยเรื่องใดศึกษาและประเมินผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด

4.4) ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษางานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง (ศรีไพร โปธา, 2547; สุพรรณ ไชยวรรณ, 2551) ไม่พบว่างานวิจัยเรื่องใดศึกษาและประเมินผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม

6.2 การบำบัดแนวพุทธศาสนา (Buddhism)

1) คุณภาพของงานวิจัย

จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยทั้งหมด 40 เรื่อง พบว่ามีการบำบัดแนวพุทธศาสนา (Buddhism) จำนวน 2 เรื่อง และเมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบมีระดับหลักฐานงานวิจัย ดังนี้

- งานวิจัยเดียวที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Randomized Controlled Trials [RCT]) อยู่ในระดับ A จำนวน 1 เรื่อง (รุ่งทิวา ใจจา, 2550)
- งานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Quasi experimental research) อยู่ในระดับ B จำนวน 1 เรื่อง (ปราณี ภาณุภาสและคณะ, 2551)

2) รูปแบบและองค์ประกอบสำคัญของการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย

จากการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (รุ่งทิวา ใจจา, 2550; ปราณี ภาณุภาสและคณะ, 2551) ใน 40 เรื่อง ที่นำการบำบัดแนวพุทธศาสนา (Buddhism) มาใช้บำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย (ระดับ A 1 เรื่อง, ระดับ B 1 เรื่อง) สามารถสรุปได้ดังนี้

2.1) ผู้บำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษาทั้ง 2 เรื่อง พบว่า เป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม และฝึกปฏิบัติพัฒนาจิตตามแนวสติปัฏฐาน 4 ซึ่งมีหลายวิชาชีพ ได้แก่

1. พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 เรื่อง (รุ่งทิวา ใจจา, 2550; ปราณี ภาณุภาส และคณะ, 2551)
2. นักบวช จำนวน 2 เรื่อง (รุ่งทิวา ใจจา, 2550; ปราณี ภาณุภาส และคณะ, 2551)

2.2) ผู้รับการบำบัด จากการวิเคราะห์การศึกษาพบว่า ผู้ติดสุราที่สามารถเข้ารับการบำบัดแนวพุทธศาสนา (Buddhism) ได้ โดยแบ่งตาม Setting ได้ดังนี้

Setting ผู้ป่วยนอก จำนวน 1 เรื่อง (ปราณี ภาณุภาส และคณะ, 2551)
 ดังนี้

1. มีคะแนนประเมินพฤติกรรมเครื่องดื่ม (Alcohol Use Disorders Identification Test; AUDIT) มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน
2. มีอาการถอนพิษสุราเล็กน้อย โดยค่าคะแนน (Alcohol Withdrawal Scale; AWS) อยู่ระหว่าง 1-4 คะแนน
3. ไม่มีอาการทางจิต และอาการสมองเสื่อม
4. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ และอ่านออก เขียนได้ และยินดีให้ความร่วมมือ

Setting ผู้ป่วยใน ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 1 เรื่อง (รุ่งทิวา ใจจา, 2550) ดังนี้

1. ไม่มีอาการถอนพิษสุรา
2. ไม่มีอาการทางจิตประสาท สมองไม่พิการ
3. สนใจเข้าร่วมการบำบัด

2.3) รูปแบบการบำบัด มี 1 รูปแบบ คือ

การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) จำนวน 2 เรื่อง สถานที่ที่สามารถทำการบำบัดรักษาได้แบ่งเป็น 2 Setting คือ

1. *Setting* ผู้ป่วยนอก จำนวน 1 เรื่อง (ปราณี ภาณุภาส และคณะ, 2551)
2. *Setting* ผู้ป่วยใน จำนวน 1 เรื่อง (รุ่งทิวา ใจจา, 2550)

2.4) *ระยะเวลาในการบำบัด* จากการสังเคราะห์การศึกษา พบว่า เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) ดังนี้

- ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ใช้เวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์ ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที จำนวน 1 เรื่อง (รุ่งทิวา ใจจา, 2550)

- ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 10 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ไม่ระบุระยะห่างในการบำบัดแต่ละครั้ง ใช้เวลาในการบำบัดทั้งสิ้น 1 ปี 4 เดือน โดยทำการบำบัดในช่วง 4 เดือน และจัดกิจกรรมติดตามหลังการจบโปรแกรมการบำบัดรักษา 7 ครั้ง ภายในระยะเวลา 1 ปี จำนวน 1 เรื่อง (ปราณี ภาณุภาสและคณะ, 2551)

2.5) กิจกรรมการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา พบว่าการบำบัดแนวพุทธศาสนา (Buddhism) แบบกลุ่ม (Group Therapy) เนื้อหาประกอบด้วย

1. การให้รางวัลตนเอง จำนวน 1 เรื่อง (รุ่งทิวา ใจจา, 2550)
2. ความรู้เรื่องการเลิกดื่มสุรา จำนวน 2 เรื่อง (รุ่งทิวา ใจจา, 2550; ปราณี ภาณุภาสและคณะ, 2551)
3. การควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมการดื่มสุรา จำนวน 2 เรื่อง (รุ่งทิวา ใจจา, 2550; ปราณี ภาณุภาสและคณะ, 2551)
4. การทบทวนเป้าหมายชีวิต จำนวน 1 เรื่อง (ปราณี ภาณุภาสและคณะ, 2551)
5. การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุราอย่างต่อเนื่อง จำนวน 1 เรื่อง (ปราณี ภาณุภาสและคณะ, 2551)
6. การควบคุมตนเองไม่ให้กลับไปดื่มสุราซ้ำ จำนวน 2 เรื่อง (รุ่งทิวา ใจจา, 2550; ปราณี ภาณุภาสและคณะ, 2551)

3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

3.1) แบบประเมินด้านสุขภาพร่างกาย ประกอบด้วย

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและประวัติการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างก่อนให้การบำบัดแนวพุทธศาสนา (Buddhism) จำนวน 2 เรื่อง (รุ่งทิวา ใจจา, 2550; ปราณี ภาณุภาสและคณะ, 2551)

3.2) แบบประเมินด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย

- แบบประเมินลักษณะการดื่มสุรา (The Alcohol Use Disorder Identification Test [AUDIT]) เพื่อประเมินลักษณะการดื่มสุราก่อนและหลังรับการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (ปราณี ภาณุภาส และคณะ, 2551)

- แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและการดำรงชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (ปราณี ภาณุภาสและคณะ, 2551)

3.3) แบบประเมินด้านความร่วมมือในการบำบัด ไม่พบว่างานวิจัยเรื่องใดใช้แบบประเมินผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด

3.4) แบบประเมินด้านจิตสังคม ประกอบด้วย

- แบบวัดความตั้งใจในการเลิกสุรา เพื่อประเมินความตั้งใจในการเลิกดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (รุ่งทิวา ใจจา, 2550)

- แบบประเมินความสามารถในการควบคุมอารมณ์ เพื่อประเมินความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (ปราณี ภาณุภาสและคณะ, 2551)

- แบบประเมินสภาพจิตใจ (Mental Status Examination [MSE]) เพื่อใช้คัดเลือกรูปแบบตัวอย่างก่อนเข้ารับการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (ปราณี ภาณุภาส และคณะ, 2551)

4) ผลลัพธ์ของการบำบัด แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

4.1) **ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย** จากการวิเคราะห์ผลการศึกษางานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง (รุ่งทิwa ใจจา, 2550; ปราณี ภาณุภาสและคณะ, 2551) ไม่พบว่างานวิจัยเรื่องใดทำการศึกษาและประเมินผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย

4.2) **ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม** ได้แก่พฤติกรรมการดื่มสุรา จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 ปี ผู้รับบริการมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากแบบพฤติกรรมการดื่มสุราและการดำรงชีวิตประจำวัน (ปราณี ภาณุภาสและคณะ, 2551)

4.3) **ผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด** ได้แก่

ก. จำนวนครั้งการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 ปี ความสัมพันธ์ของการเข้าร่วมกิจกรรมต่อผลการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมในการดื่มสุราไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จากแบบประเมินความสามารถในการควบคุมอารมณ์ และแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราและการดำรงชีวิตประจำวัน (ปราณี ภาณุภาส และคณะ, 2551)

ข. ความตั้งใจในการเลิกสุรา จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 3 สัปดาห์ ผู้รับบริการมีความตั้งใจในการเลิกสุราเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด พบว่าผู้รับบริการกลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีความตั้งใจในการเลิกสุราสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แบบวัดความตั้งใจในการเลิกสุรา (รุ่งทิwa ใจจา, 2550)

4.4) **ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม** ได้แก่

ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 ปี ผู้รับบริการมีความสามารถในการควบคุมอารมณ์เพิ่มขึ้นไม่แตกต่างทางสถิติ ($p > .05$) จากแบบประเมินความสามารถในการควบคุมอารมณ์ (ปราณี ภาณุภาสและคณะ, 2551)

6.3 การควบคุมตนเอง (Self control)

1) คุณภาพของงานวิจัย

จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยทั้งหมด 40 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาการควบคุมตนเอง (Self control) จำนวน 3 เรื่อง และเมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบมีระดับหลักฐานงานวิจัย ดังนี้

- งานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Quasi experimental research) อยู่ในระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์จำนวน 3 เรื่อง (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; วราวรรณ ยศธรรมเสนี, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551)

2) รูปแบบและองค์ประกอบสำคัญของการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย

จากการวิเคราะห์งานวิจัย จำนวน 3 เรื่อง (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; วราวรรณ ยศธรรมเสนี, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551) ใน 40 เรื่อง ที่นำการควบคุมตนเอง (Self control) มาใช้บำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย (ระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์ 3 เรื่อง) สามารถสรุปได้ดังนี้

2.1) ผู้บำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษาทั้ง 3 เรื่อง พบว่า

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 เรื่อง (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; วราวรรณ ยศธรรมเสนี, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551)
2. มีความสามารถในการเป็นผู้นำกลุ่มได้ จำนวน 3 เรื่อง (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; วราวรรณ ยศธรรมเสนี, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551)

2.2) ผู้รับการบำบัด จากการวิเคราะห์การศึกษาพบว่า ผู้ติดสุราที่สามารถเข้ารับการบำบัดการควบคุมตนเอง (Self control) ได้โดยแบ่งตาม Setting ได้ดังนี้

Setting ผู้ป่วยนอก

1. มีคะแนนประเมินพฤติกรรมการดื่ม (Alcohol Use Disorders Identification Test : AUDIT) ≥ 20 คะแนน จำนวน 1 เรื่อง (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550)
2. มีอาการถอนพิษสุราเล็กน้อย (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) ได้ค่าคะแนนเท่ากับ 1-4 หรือ ได้ค่าคะแนน 8-15 คะแนน และปัจจุบันยังมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ จำนวน 2 เรื่อง (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551)
3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ และอ่านออก เขียนได้ จำนวน 2 เรื่อง (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551)

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 2 เรื่อง (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551)

Setting ผู้ป่วยที่รับไว้ในรักษาในโรงพยาบาล

1. มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ประเมินโดย AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ได้ค่า > 20 คะแนน จำนวน 1 เรื่อง (วรารวรรณ ยศธรรมเสนี, 2551)

2. ไม่มีอาการถอนพิษสุรา และไม่พบอาการถอนพิษสุรา จำนวน 1 เรื่อง (วรารวรรณ ยศธรรมเสนี, 2551)

3. ไม่มีอาการทางจิต คะแนน BPRS ได้ค่าคะแนน ≤ 36 คะแนน จำนวน 1 เรื่อง (วรารวรรณ ยศธรรมเสนี, 2551)

4. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ สามารถอ่านออก เขียนได้ จำนวน 1 เรื่อง (วรารวรรณ ยศธรรมเสนี, 2551)

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (วรารวรรณ ยศธรรมเสนี, 2551)

2.3) รูปแบบการบำบัด มี 1 รูปแบบ คือ การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) จำนวน 3 เรื่อง สถานที่ที่สามารถทำการบำบัดรักษาได้แบ่งเป็น 2 Setting คือ

1. Setting ผู้ป่วยนอก จำนวน 2 เรื่อง (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551)

2. Setting ผู้ป่วยใน จำนวน 1 เรื่อง (วรารวรรณ ยศธรรมเสนี, 2551)

2.4) ระยะเวลาในการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา พบว่าเป็นการบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) ดังนี้

- ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 9 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ภายใน 3 สัปดาห์ โดยทำการบำบัด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ไม่ระบุระยะห่างในการบำบัดแต่ละครั้ง ประเมินผลก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัด 0 และ 2 สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550)

- ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 9 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ภายใน 3 สัปดาห์ โดยทำการบำบัด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ไม่ระบุระยะห่างในการบำบัดแต่ละครั้ง ประเมินผลก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัด 0, 2 และ 4 สัปดาห์ จำนวน 2 เรื่อง (อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551; วรารวรรณ ยศธรรมเสนี, 2551)

2.5 กิจกรรมการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา พบว่าการควบคุมตนเอง (Self control) แบบกลุ่ม (Group Therapy) เนื้อหาประกอบด้วย

1. การลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 3 เรื่อง (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; วราวรรณ ยศธรรมเสนี, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551)
2. ทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 3 เรื่อง (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; วราวรรณ ยศธรรมเสนี, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551)
3. ทักษะการแก้ปัญหา จำนวน 3 เรื่อง (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; วราวรรณ ยศธรรมเสนี, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551)
4. แนวทางการลด/เลิกแอลกอฮอล์ จำนวน 3 เรื่อง (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; วราวรรณ ยศธรรมเสนี, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551)
5. ทักษะการควบคุมตนเอง จำนวน 3 เรื่อง (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; วราวรรณ ยศธรรมเสนี, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551)
6. การจัดการกับอารมณ์ จำนวน 3 เรื่อง (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; วราวรรณ ยศธรรมเสนี, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551)

3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

3.1) แบบประเมินด้านสุขภาพร่างกาย ประกอบด้วย

- แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) เพื่อประเมินอาการถอนพิษสุราก่อนคัดเลือกรวมตัวอย่างเข้ารับการบำบัด จำนวน 2 เรื่อง (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; วราวรรณ ยศธรรมเสนี, 2551)

3.2) แบบประเมินด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย

- แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการบำบัด จำนวน 3 เรื่อง (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; วราวรรณ ยศธรรมเสนี, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551)

- แบบประเมินพฤติกรรมการดื่ม (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) เพื่อประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา 3 เรื่อง (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; วราวรรณ ยศธรรมเสนี, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551)

3.3) แบบประเมินด้านความร่วมมือในการบำบัด ไม่พบงานวิจัยเรื่องใดใช้แบบประเมินผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด

3.4) แบบประเมินด้านจิตสังคม ประกอบด้วย

- แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale [BPRS]) เพื่อประเมินอาการทางจิต จำนวน 1 เรื่อง (วราวรรณ ยศธรรมเสนี, 2551)

4) ผลลัพธ์ของการบำบัด แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

4.1) ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย จากการวิเคราะห์ผลการศึกษางานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; วรารณ ชษฐรมเสนี, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551) ไม่พบว่างานวิจัยเรื่องใดทำการศึกษาและประเมินผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย

4.2) ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม ได้แก่

ก. พฤติกรรมการดื่มสุรา จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 3 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที ผู้รับบริการมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากแบบประเมินพฤติกรรมการดื่ม (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550) และ ($p < .001$) (วรารณ ชษฐรมเสนี, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อเปรียบเทียบผลการติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีกับหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ ผู้รับการบำบัดมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จากแบบประเมินพฤติกรรมการดื่ม (AUDIT) (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550)

- มี 2 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 4 สัปดาห์ ผู้รับบริการมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงแตกต่างจากก่อนเข้ารับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่ไม่พบความแตกต่างจากหลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จากแบบประเมินพฤติกรรมการดื่ม (AUDIT) (วรารณ ชษฐรมเสนี, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551)

4.3) ผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด จากการวิเคราะห์ผลการศึกษางานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; วรารณ ชษฐรมเสนี, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551) ไม่พบว่างานวิจัยเรื่องใดทำการศึกษาและประเมินผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด

4.4) ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษางานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; วรารณ ชษฐรมเสนี, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551) ไม่พบว่างานวิจัยเรื่องใดทำการศึกษาและประเมินผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม

6.4 การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม (Empowerment)

1) คุณภาพของงานวิจัย

จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยทั้งหมด 40 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม (Empowerment) จำนวน 3 เรื่อง และเมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบมีระดับหลักฐานงานวิจัย ดังนี้

- งานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Quasi experimental research) อยู่ในระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์จำนวน 3 เรื่อง (เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; วรางคณา บุปผา, 2551; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551)

2) รูปแบบและองค์ประกอบสำคัญของการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย

จากการวิเคราะห์งานวิจัย จำนวน 3 เรื่อง (เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; วรางคณา บุปผา, 2551; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551) ใน 40 เรื่อง ที่นำการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม (Empowerment) มาใช้บำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย (ระดับ B 3 เรื่อง) สามารถสรุปได้ดังนี้

2.1) ผู้บำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษาทั้ง 3 เรื่อง พบว่า

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 เรื่อง (เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; วรางคณา บุปผา, 2551; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551)
2. มีความสามารถในการเป็นผู้นำกลุ่มได้ จำนวน 3 เรื่อง (เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; วรางคณา บุปผา, 2551; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551)

2.2) ผู้รับการบำบัด จากการวิเคราะห์การศึกษาพบว่า ผู้ติดสุราที่สามารถเข้ารับการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม (Empowerment) ได้ โดยแบ่งตาม Setting ได้ดังนี้

Setting ผู้ป่วยนอก

1. เป็นผู้ที่ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง โดยมีคะแนนมีคะแนน AUDIT มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน หรือมีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-12 คะแนน จำนวน 2 เรื่อง (เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; วรางคณา บุปผา, 2551)
2. มีอาการถอนพิษสุราเล็กน้อย โดยค่าคะแนน (Alcohol Withdrawal Scale; AWS) อยู่ระหว่าง 1-4 คะแนน จำนวน 1 เรื่อง (วรางคณา บุปผา, 2551)
3. ไม่มีอาการทางจิตประสาท มีค่าคะแนน (Mini Mental State Examination) ≥ 21 คะแนน จำนวน 2 เรื่อง (เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; วรางคณา บุปผา, 2551)
4. สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย จำนวน 2 เรื่อง (เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; วรางคณา บุปผา, 2551)
5. ยินยอมให้ความร่วมมือ จำนวน 2 เรื่อง (เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; วรางคณา บุปผา, 2551)

Setting ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคจิตจากสุราตามเกณฑ์ DSM-IV จำนวน 1 เรื่อง (ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551)
2. ไม่มีอาการถอนพิษสุรารุนแรง (Alcohol Withdrawal Scale: AWS) ได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน จำนวน 1 เรื่อง (ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551)
3. มีค่าคะแนน AUDIT มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน จำนวน 1 เรื่อง (ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551)
4. มีค่าคะแนนอาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน จากคะแนน 126 คะแนน จำนวน 1 เรื่อง (ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551)
5. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ และอ่านออก เขียนได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551)
6. ยินยอมให้ความร่วมมือ จำนวน 1 เรื่อง (ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551)

2.3) รูปแบบการบำบัด มี 1 รูปแบบ คือการบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) จำนวน 3 เรื่อง สถานที่ที่สามารถทำการบำบัดรักษาได้แบ่งเป็น 2 Setting คือ

1. Setting ผู้ป่วยนอก จำนวน 2 เรื่อง (เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; วรางคณา บุปผา, 2551)
2. Setting ผู้ป่วยใน จำนวน 1 เรื่อง (ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551)

2.4) ระยะเวลาในการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม (Empowerment) เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) ดังนี้

- ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ภายใน 3 สัปดาห์ โดยบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันจันทร์และวันพฤหัสบดี ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง (เพ็ญภา สุตาคำ, 2550)
- ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ภายใน 3 สัปดาห์ โดยบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันจันทร์และวันพฤหัสบดี ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 และ 4 สัปดาห์ จำนวน 2 เรื่อง (ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551; วรางคณา บุปผา, 2551)

2.5) กิจกรรมการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม (Empowerment) เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) เนื้อหาประกอบด้วย

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจให้สามารถค้นพบสถานการณ์จริงของตนเองที่ดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 3 เรื่อง (เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; วรางคณา นุบผา, 2551; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551)
2. ความรู้เกี่ยวกับสุรา และผลกระทบจากการดื่มสุรา จำนวน 3 เรื่อง (เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; วรางคณา นุบผา, 2551; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551)
3. การตระหนักถึงผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 3 เรื่อง (เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; วรางคณา นุบผา, 2551; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551)
4. วิธีปฏิบัติเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 3 เรื่อง (เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; วรางคณา นุบผา, 2551; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551)
5. การเสริมสร้างพลังอำนาจให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติตัวอย่างมีประสิทธิภาพ จำนวน 3 เรื่อง (เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; วรางคณา นุบผา, 2551; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551)

3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

3.1) แบบประเมินด้านสุขภาพร่างกาย ประกอบด้วย

- แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) เพื่อประเมินอาการถอนพิษสุราก่อนคัดเลือกร่วมตัวอย่างเข้ารับการบำบัด จำนวน 2 เรื่อง (ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551; วรางคณา นุบผา, 2551)

3.2) แบบประเมินด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการก่อนให้การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม (Empowerment) จำนวน 3 เรื่อง (เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551; วรางคณา นุบผา, 2551)
- แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หรือแบบประเมิน AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) เพื่อใช้ค้นหาปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการดื่ม เวลาที่ดื่ม ปริมาณและความถี่ของการดื่ม อาการของการติดแอลกอฮอล์และปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังให้การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม (Empowerment) จำนวน 3 เรื่อง (เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551; วรางคณา นุบผา, 2551)

3.3) แบบประเมินด้านความร่วมมือในการบำบัด ไม่พบว่างานวิจัยเรื่องใดใช้แบบประเมินผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด

3.4) แบบประเมินด้านจิตสังคม ประกอบด้วย

- แบบประเมินอาการทางจิต (Brief psychiatric rating scale [BPRS]) เพื่อประเมินอาการทางจิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551)

- แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หรือแบบประเมิน AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) เพื่อใช้ค้นหาปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการดื่ม เวลาที่ดื่ม ปริมาณและความถี่ของการดื่ม อาการของการติดแอลกอฮอล์และ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังให้การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม (Empowerment) จำนวน 3 เรื่อง (เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551; วรางคณา นุบผา, 2551)

- แบบประเมินสมรรถภาพของสมอง (Mini Mental State Examination) เพื่อตรวจวัดสมรรถภาพของสมองของกลุ่มตัวอย่างก่อนคัดเลือกเข้ารับการบำบัด จำนวน 2 เรื่อง (เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; วรางคณา นุบผา, 2551)

4) ผลลัพธ์ของการบำบัด แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

4.1) ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย จากการวิเคราะห์ผลการศึกษางานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง (เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551; วรางคณา นุบผา, 2551) ไม่พบว่างานวิจัยเรื่องใดศึกษาและประเมินผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย

4.2 ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม ได้แก่

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ ผู้รับบริการมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อนำผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทั้ง 2 ระยะเวลาเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม พบว่ากลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการดื่มลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) (เพ็ญภา สุตาคำ, 2550)

- มี 2 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 และ 4 สัปดาห์ ผู้รับบริการมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) (วรางคณา นุบผา, 2551; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อเปรียบเทียบผลการติดตามระหว่าง หลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ กับ 4 สัปดาห์ พบว่าผู้รับบริการมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) จากแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) (ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551)

4.3 ผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด จากการวิเคราะห์ผล การศึกษาของงานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง (เพ็ญนภา สุตาคำ, 2550; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551; วรางคณา บุนพลา, 2551) ไม่พบว่างานวิจัยเรื่องใดศึกษาและประเมินผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด

4.4 ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาของงานวิจัย ทั้ง 3 เรื่อง (เพ็ญนภา สุตาคำ, 2550; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551; วรางคณา บุนพลา, 2551) ไม่พบว่า งานวิจัยเรื่องใดศึกษาและประเมินผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม

6.5 การบำบัดแบบกลุ่มตามแนว Logotherapy

1) คุณภาพของงานวิจัย

จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยทั้งหมด 40 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาการ บำบัดแบบกลุ่มตามแนว Logotherapy จำนวน 1 เรื่อง และเมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบมี ระดับหลักฐานงานวิจัย ดังนี้

- งานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Quasi experimental research) อยู่ในระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์จำนวน 1 เรื่อง (วรัญญา โลสุยะ, 2550)

2) รูปแบบและองค์ประกอบสำคัญของการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่ม สุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย

จากการวิเคราะห์งานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง สุ่มเข้ากลุ่ม (Quasi experimental research) อยู่ในระดับ B จำนวน 1 เรื่อง ใน 40 เรื่อง ที่นำการบำบัดแบบกลุ่มตามแนว Logotherapy มาใช้ บำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย สามารถสรุปได้ดังนี้

2.1) ผู้บำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา 1 เรื่อง พบว่าเป็นพยาบาล วิชาชีพที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ไม่ระบุ ประสิทธิภาพและการอบรมเพิ่มเติมในการบำบัดตามแนว Logotherapy (วรัญญา โลสุยะ, 2550)

2.2) ผู้รับการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา 1 เรื่อง (วรัญญา โลสุยะ, 2550) ผู้ติดสุราที่สามารถเข้ารับการบำบัดแบบกลุ่มตามแนว Logotherapy Setting ผู้ป่วยใน มีดังนี้

1. มีประวัติการดื่มติดต่อกันมาเรื้อรังนับเป็นเวลาหลาย ๆ ปี โดยที่ ไม่สามารถจะหยุดดื่มได้

2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (Alcohol dependence) ตามการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV)

3. มีคะแนนความมั่งหวังในชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ
4. ไม่มีภาวะของการรับรู้เสีย
5. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
6. สม่ครใจเข้ารับการบำบัด

2.3) รูปแบบการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา 1 เรื่อง (วรรณญา โลสุยะ, 2550) เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) Setting ผู้ป่วยใน

2.4) ระยะเวลาในการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา พบว่าเป็นการบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) มีระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 1.30-2 ชั่วโมง แต่ละครั้งบำบัดห่างกัน 1 วัน ในวันธรรมดา (จันทร์-พุธ-ศุกร์) รวมระยะเวลาบำบัดทั้งสิ้น 14-16 ชั่วโมงใน 2 สัปดาห์ และทำการประเมินติดตามผลเป็นระยะ ๆ ทุก 1-2 สัปดาห์ หรือตามเวลาแพทย์นัด เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

2.5) กิจกรรมการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา 1 เรื่อง (วรรณญา โลสุยะ, 2550) พบว่า การบำบัดแบบกลุ่มตามแนว Logotherapy แบบกลุ่ม (Group Therapy) เนื้อหาประกอบด้วย

1. ปัญหาของการดำรงชีวิตอยู่
2. จิตวิญญาณ คุณค่าที่ยึดเหนี่ยว หรือเรื่องสัจธรรม
3. ความรู้ตัว และการค้นหาคุณค่า สิ่งยึดเหนี่ยวที่เป็นแรงจูงใจหรือพลังใจ
4. การสร้างเป้าหมายในการเลิกดื่มสุรา

3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากการวิเคราะห์ผลการศึกษางานวิจัย 1 เรื่อง (วรรณญา โลสุยะ, 2550) มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่มดังนี้

3.1) แบบประเมินด้านสุขภาพร่างกาย ไม่พบว่ามีการใช้แบบประเมินผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกายในการบำบัด

3.2) แบบประเมินด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการดื่มสุรา เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการก่อนเข้ารับการบำบัด

- แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (The Alcohol Use Disorder Identification Test [AUDIT]) เพื่อประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนบำบัด และระยะติดตามผลการบำบัด

3.3) แบบประเมินด้านความร่วมมือในการบำบัด ไม่พบว่ามีการใช้แบบประเมินผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด

3.4) แบบประเมินด้านจิตสังคม

- แบบวัดความมุ่งหวังในชีวิต (The Purpose in Life Test) เพื่อประเมินคะแนนเฉลี่ยความมุ่งหวังในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด และระยะติดตามการบำบัด

- แบบวัดความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction Index A) เพื่อประเมินคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด และระยะติดตามการบำบัด

4) ผลลัพธ์ของการบำบัด แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

4.1) ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาของงานวิจัย 1 เรื่อง (วรัญญา โลสุยะ, 2550) ไม่พบว่ามีการศึกษาและประเมินผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย

4.2) ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม ได้แก่

ก. **ระดับปัญหาจากการดื่มสุรา** จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง ที่พบว่าเมื่อประเมินติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 4 สัปดาห์ ผู้รับการบำบัดมีระดับปัญหาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (The Alcohol Use Disorder Identification Test [AUDIT]) (วรัญญา โลสุยะ, 2550)

ข. **ปริมาณ** จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง ที่พบว่าเมื่อประเมินติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 4 สัปดาห์ ผู้รับการบำบัดมีปริมาณการดื่มสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (The Alcohol Use Disorder Identification Test [AUDIT]) (วรัญญา โลสุยะ, 2550)

ค. **ระยะเวลาที่หยุดดื่มสุรา** จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 4 สัปดาห์ ผู้รับการบำบัดมีระยะเวลาที่หยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จากแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (The Alcohol Use Disorder Identification Test; AUDIT) (วรรณญา โสสุยะ, 2550)

ง. *ความถี่ในการดื่มสุรา* จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 4 สัปดาห์ ผู้รับการบำบัดมีความถี่ในการดื่มสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จากแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (The Alcohol Use Disorder Identification Test; AUDIT) (วรรณญา โสสุยะ, 2550)

4.3) ผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาของงานวิจัย 1 เรื่อง (วรรณญา โสสุยะ, 2550) ไม่พบว่ามีการศึกษาและประเมินผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด

4.4) ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม ได้แก่

ก. *ความมุ่งมั่นในชีวิต* จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 4 สัปดาห์ ผู้รับการบำบัดมีความมุ่งมั่นในชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จากแบบวัดความมุ่งมั่นในชีวิต (The Purpose in Life Test) (วรรณญา โสสุยะ, 2550)

ข. *ความพึงพอใจในชีวิต* จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 4 สัปดาห์ ผู้รับการบำบัดมีความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากแบบวัดความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction Index A) (วรรณญา โสสุยะ, 2550)

6.6 การบำบัดแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริง (Reality Group)

1) คุณภาพของงานวิจัย

จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยทั้งหมด 40 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริง (Reality Group) จำนวน 2 เรื่อง และเมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบมีระดับหลักฐานงานวิจัย ดังนี้

- งานวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Quasi experimental research) ระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์จำนวน 1 เรื่อง (สมพิตร ทราษสมุท, 2550)

- งานวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Quasi experimental research) ระดับ B ที่เป็นการประเมินโครงการหรือการติดตามผลการวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547)

2) รูปแบบและองค์ประกอบสำคัญของการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย

จากการวิเคราะห์งานวิจัย จำนวน 2 เรื่อง (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547; สมพิตร ทรายสมุทร, 2550) ใน 40 เรื่อง ที่นำการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริง (Reality Group) มาใช้บำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย (ระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์ 1 เรื่อง และระดับ B ที่เป็นการประเมินโครงการหรือการติดตามผลการวิจัย 1 เรื่อง) สามารถสรุปได้ดังนี้

2.1) ผู้บำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษาทั้ง 2 เรื่อง พบว่า

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 เรื่อง (สมพิตร ทรายสมุทร, 2550)
2. พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 1 เรื่อง (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547)

2.2) ผู้รับการบำบัด จากการวิเคราะห์การศึกษาพบว่า ผู้ติดสุราที่สามารถเข้ารับการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริง (Reality Group) ได้โดยแบ่งตาม Setting ได้ดังนี้

Setting ผู้ป่วยนอก

1. มีคะแนนความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ (1.00-2.66 คะแนน) จำนวน 1 เรื่อง (สมพิตร ทรายสมุทร, 2550)
2. มีการรู้คิดปกติ (cognitive) ประเมินด้วย (Mini-Mental State Examination : MMSE) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนนขึ้นไป จำนวน 1 เรื่อง (สมพิตร ทรายสมุทร, 2550)
3. มีความสามารถในการสื่อสารเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย จำนวน 1 เรื่อง (สมพิตร ทรายสมุทร, 2550)
4. สม่ครใจและยินดีให้ความร่วมมือ จำนวน 1 เรื่อง (สมพิตร ทรายสมุทร, 2550)

Setting ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1. เป็นผู้ป่วยโรคจิตจากการดื่มสุรา ที่มีอาการทางจิตทุเลา โดยมีคะแนนการประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale [BPRS]) ≤ 36 จากคะแนน 126 คะแนน จำนวน 1 เรื่อง (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547)

2. มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป จำนวน 1 เรื่อง (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547)

3. สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสาร และเขียนหนังสือภาษาไทยได้ จำนวน 1 เรื่อง (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547)

4. มีคะแนนความสำคัญในคุณค่าแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ (คะแนน 1-2.66 คะแนน) จำนวน 1 เรื่อง (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547)

5. ไม่มีพยาธิสภาพทางสมอง (organic brain syndrome) จำนวน 1 เรื่อง (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547)

6. มีกระบวนการรู้คิด (cognitive) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีประวัติเป็นโรคจิตเภทมาก่อน จำนวน 1 เรื่อง (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547)

2.3) รูปแบบการบำบัด มี 1 รูปแบบ คือการบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) จำนวน 2 เรื่อง สถานที่ที่สามารถทำการบำบัดรักษาได้แบ่งเป็น 2 Setting คือ

1. Setting ผู้ป่วยนอก จำนวน 1 เรื่อง (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547)

2. Setting ผู้ป่วยใน จำนวน 1 เรื่อง (สมพิตร ทราชสมุทร, 2550)

2.4) ระยะเวลาในการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา พบว่า เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) ดังนี้

- ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 9 กิจกรรม และทำการบำบัดทั้งหมด 9 ครั้ง ครั้งละ 1 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในเวลา 5 สัปดาห์ ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที จำนวน 1 เรื่อง (สมควร จุลอักษรและคณะ, 2547)

- ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 9 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ไม่ระบุระยะห่างแต่ละครั้งในการบำบัด รวมระยะเวลาบำบัดทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ และทำการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (สมพิตร ทราชสมุทร, 2550)

2.5) กิจกรรมการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา พบว่า การบำบัดแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริง (Reality Group) เนื้อหาประกอบด้วย

1. การมองเห็นคุณค่าของตนเอง จำนวน 2 เรื่อง (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547; สมพิตร ทราชสมุทร, 2550)

2. การสำรวจเป้าหมายของชีวิต จำนวน 2 เรื่อง (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547; สมพิตร ทราชสมุทร, 2550)

3. การตระหนักในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและสำรวจผลกระทบจากพฤติกรรมการดื่มสุรา จำนวน 2 เรื่อง (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547; สมพิตร ทรายสมุทร, 2550)

4. การระบุวิธีการแก้ปัญหา จำนวน 2 เรื่อง (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547; สมพิตร ทรายสมุทร, 2550)

5. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการลงมือปฏิบัติ จำนวน 1 เรื่อง (สมพิตร ทรายสมุทร, 2550)

6. การเสริมสร้างความเชื่อมั่นและความศรัทธา จำนวน 1 เรื่อง (สมพิตร ทรายสมุทร, 2550)

7. การยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง จำนวน 1 เรื่อง (สมพิตร ทรายสมุทร, 2550)

3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

3.1) แบบประเมินด้านสุขภาพร่างกาย ไม่พบว่ามีการใช้แบบประเมินผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย

3.2) แบบประเมินด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย
- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างก่อนทำการคัดเลือกเข้ารับการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (สมพิตร ทรายสมุทร, 2550)

3.3) แบบประเมินด้านความร่วมมือในการบำบัด ไม่พบว่ามีการใช้แบบประเมินผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด

3.4) แบบประเมินด้านจิตสังคม ได้แก่
- แบบวัดความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง เพื่อใช้ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้ารับการบำบัดจำนวน 2 เรื่อง (สมควร จุลอักษรและคณะ, 2547; สมพิตร ทรายสมุทร, 2550)

- แบบประเมินสมรรถภาพการทำงานของสมอง (Mini-Mental State Examination [MMSE]) เพื่อประเมินการรู้คิด (cognitive) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนทำการคัดเลือกเข้ารับการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (สมพิตร ทรายสมุทร, 2550)

- แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale [BPRS]) เพื่อประเมินอาการทางจิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนทำการคัดเลือกเข้ารับการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (สมควร จุลอักษรและคณะ, 2547)

- การใช้บุคคลในการเก็บและรวบรวมข้อมูล พร้อมบันทึกพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างขณะเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง จำนวน 1 เรื่อง (สมควร จุลอักษรและคณะ, 2547)

4) ผลลัพธ์ของการบำบัด แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

4.1) ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาของงานวิจัย 2 เรื่อง (สมควร จุลอักษรและคณะ, 2547; สมพิตร ทรายสมุทร, 2550) ไม่พบว่ามีการวิจัยใดทำการศึกษาและประเมินผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย

4.2) ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม ได้แก่

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาของงานวิจัย 2 เรื่อง (สมควร จุลอักษรและคณะ, 2547; สมพิตร ทรายสมุทร, 2550) ไม่พบว่ามีการวิจัยใดทำการศึกษาและประเมินผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม

4.3) ผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด ได้แก่

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาของงานวิจัย 2 เรื่อง (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547; สมพิตร ทรายสมุทร, 2550) ไม่พบว่ามีการวิจัยใดทำการศึกษาและประเมินผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด

4.4) ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม ได้แก่

ความสำคัญในคุณค่าแห่งตน จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ผู้รับบริการมีความสำคัญในคุณค่าแห่งตนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากแบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (สมพิตร ทรายสมุทร, 2550)

- มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริง ผู้รับบริการมีความสำคัญในคุณค่าแห่งตนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากแบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (สมควร จุลอักษรและคณะ, 2547)

6.7 การบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation)

1) คุณภาพของงานวิจัย

จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยทั้งหมด 40 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) จำนวน 1 เรื่อง และเมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบมีระดับหลักฐานงานวิจัย ดังนี้

- งานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Quasi experimental research) อยู่ในระดับ B จำนวน 1 เรื่อง (สมควร จุลอักษรและคณะ, 2551)

2) รูปแบบและองค์ประกอบสำคัญของการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย

จากการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง สุ่มเข้ากลุ่ม (Quasi experimental research) อยู่ในระดับ B จำนวน 1 เรื่อง ใน 40 เรื่อง ที่นำการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) มาใช้บำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย สามารถสรุปได้ดังนี้

2.1) ผู้บำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา 1 เรื่อง พบว่าเป็นทีมสหวิชาชีพที่ไม่ระบุสาขาอาชีพ และไม่ระบุประสบการณ์และการอบรมเพิ่มเติมในการใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2551)

2.2) ผู้รับการบำบัด จากการวิเคราะห์การศึกษา 1 เรื่อง (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2551) พบว่า ผู้ติดสุราที่สามารถเข้ารับการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) ได้เป็น Setting ผู้ป่วยในชุมชน ดังนี้

1. เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน
2. มีพฤติกรรมการดื่มสุราและไม่ดื่มสุรา
3. เป็นผู้นำทางการและผู้นำอย่างไม่เป็นทางการ

2.3) รูปแบบการบำบัด มี 1 รูปแบบ คือการบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) จำนวน 1 เรื่อง (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2551) โดยสถานที่ที่สามารถทำการบำบัดรักษาได้แบ่งเป็น Setting ผู้ป่วยในชุมชน

2.4) ระยะเวลาในการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา พบว่าเป็นการบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) มีระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 8 กิจกรรม ไม่ได้ระบุระยะเวลาและระยะห่างที่ใช้ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งไว้ รวมใช้เวลาดำเนินการทั้งสิ้นเป็นเวลา 9 เดือน ประเมินผลโดยการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C จำนวน 1 เรื่อง (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2551)

2.5) กิจกรรมการบำบัด จากการสังเคราะห์การศึกษา จำนวน 1 เรื่อง (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2551) พบว่า การบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) เนื้อหาประกอบด้วย

- 1) ความรู้เรื่องสุรา และผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา
- 2) การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา

3) การป้องกันและแก้ไขปัญหการดื่มสุราในชุมชน

4) การค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญห

3) **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** จากการวิเคราะห์ผลการศึกษางานวิจัย 1 (สมควร จุลอักษรและคณะ, 2551) ที่ทำการบำบัดโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

3.1) **แบบประเมินด้านสุขภาพร่างกาย** ไม่พบว่ามีการใช้แบบประเมินผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย

3.2) **แบบประเมินด้านพฤติกรรม** ประกอบด้วย
- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการดื่มสุรา เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการก่อนเข้ารับการบำบัด- แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) เพื่อประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C

3.3) **แบบประเมินด้านความร่วมมือในการบำบัด** ไม่พบว่ามีการใช้แบบประเมินผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด

3.4) **แบบประเมินด้านจิตสังคม** ได้แก่
- แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุรา เพื่อใช้วัดความรู้ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุราก่อนและหลังร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน
- แบบสอบถามทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุรา เพื่อสอบถามทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน
- แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรม A-I-C

4) **ผลลัพธ์ของการบำบัด** จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาของงานวิจัย 1 เรื่อง (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2551) แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

4.1) **ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย** ไม่พบว่ามีการศึกษาและประเมินผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย

4.2) **ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม** ได้แก่
พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ผู้รับบริการมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) กล่าวคือ ผู้ติดสุราสามารถหยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 4.4, ต่ำในระดับความ

เสี่ยงต่ำเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 31.1, คัดในในระดับความเสี่ยงปานกลางเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 30, คัดในระดับความเสี่ยงสูงลดลงคิดเป็นร้อยละ 34.5 (สมควร จุลอักษรและคณะ, 2551)

4.3) ผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด ได้แก่

ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุรา จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง ที่พบว่า เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ผู้รับบริการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุรา (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2551)

4.4) ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม ได้แก่

ก. ทักษะการมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดการดื่มสุรา จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาของงานวิจัย 1 เรื่อง พบว่าเมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ผู้รับบริการมีทักษะการมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดการดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แบบสอบถามทักษะการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุรา (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2551)

ข. ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C และการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมที่ได้มาเพื่อลดการดื่มสุราของผู้ที่ดื่มสุราในชุมชน จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาของงานวิจัย 1 เรื่อง พบว่าเมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากร้อยละ 23.3 และพึงพอใจระดับมากที่สุดร้อยละ 76.7 จากแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรม A-I-C (สมควร จุลอักษรและคณะ, 2551)

สรุปโดยรวมในการบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทยโดยใช้การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) ทั้ง 7 แบบ (Self efficacy, Buddhism, Self control, Empowerment, Logotherapy, Reality และ Community participation) จากงานวิจัยจำนวน 14 เรื่อง (ศรีไพร โปธา, 2547; สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547; สุพรรณ ไชยวรรณ, 2551; รุ่งทิวา ใจจา, 2550; สมพิตร ทราชสมุทร, 2550; วรัญญา โลสุยะ, 2550; ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; ปราณี ภาณุภาส และคณะ, 2551; วรารัตน ยศธรรมเสนี, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551; วรางคณา บุปผา, 2551; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551; สมควร จุลอักษร และคณะ, 2551) เป็นการบำบัดที่ช่วยปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดื่มสุราให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น และเป็นวิธีที่ง่ายต่อการนำไปประยุกต์ใช้ ซึ่งจากการสังเคราะห์งานวิจัย จำนวน 40 เรื่องดังกล่าวข้างต้น เมื่อนำการบำบัดแต่ละรูปแบบมาเปรียบเทียบกัน ได้ผลดังแสดงในตาราง 4 ดังนี้

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ

รูปแบบการบำบัด	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
องค์ประกอบ	เป็นจิตแพทย์ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชนที่ปฏิบัติ งานในหน่วยงาน เวชปฏิบัติ บุคลากร หรือเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ การให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในคลินิก บำบัดสุรตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ไม่ระบุสาขาอาชีพ และอาจเป็น นักศึกษาปริญญาโท สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาล จิตเวช ที่ผ่านการเรียน ภาควิชาจิตและการฝึกปฏิบัติ เกี่ยวกับการทำงานกลุ่มบำบัด มี	เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีพื้นฐานการให้คำปรึกษาแบบสั้น เคยทดลองฝึก ปฏิบัติและผ่านการ ตรวจสอบให้มีความรู้พื้นฐาน ในการให้คำปรึกษาแบบสั้นมาก่อน อาจเป็น พยาบาลวิชาชีพที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับ ปริญญาโท สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช หรือเป็นเจ้าหน้าที่สถานอนามัย ในสถานบริการ สาธารณสุขระดับ	เป็นจิตแพทย์ พยาบาล และนักจิตวิทยาคลินิก หรืออาจเป็นพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการ ทำกลุ่มบำบัดโดยตรง	เป็นพยาบาลวิชาชีพที่รู้ในเรื่องวัตถุประสงค์ ลักษณะกิจกรรม และมีความเข้าใจในรูปแบบ การดำเนินกิจกรรมและติดตามข้อมูลการบำบัด แบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)	เป็นพยาบาล ที่ผ่านการฝึกทักษะในการบำบัด ทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) อาจเป็นทีมสหวิชาชีพ ปฏิบัติงานในศูนย์ บำบัดรักษาเสพติด (หรือเป็นพยาบาล วิชาชีพที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช	เป็นพยาบาลวิชาชีพที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช หรือเป็นนักบวชที่มาร่วมเป็นพระอาจารย์ มีความสามารถในการเป็นผู้นำกลุ่ม และในการเป็นผู้นำผู้ป่วยจิต มีประสบการณ์ ในการทำกลุ่มบำบัดผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลจิตเวช หรือเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรม และฝึกปฏิบัติ พัฒนาจิตตนแนวสติปัฏฐาน 4

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการบำบัด	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
องค์ประกอบ	ทั้งประสบการณ์ การทำกลุ่มบำบัดและทำกลุ่มบำบัดในผู้ติดสุรา "ได้รับการฝึกอบรม และฝึกทักษะในการให้คำปรึกษาแบบ MI จากผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้สอน"	ปฐมนิเทศและทฤษฎีที่ปฏิบัติในงานในคลินิกสารเสพติดโดยไม่ระบุสาขาอาชีพ			กระปรี้กระเปร่า (energetic) รู้จักมองเหตุการณ์ไปในทางที่ดี (optimist) เป็นผู้ร่วมสนับสนุนเป็นระยะ ๆ ได้ (supportive) มีความกระตือรือร้น (enthusiastic) รู้จักยอมรับในตัวผู้ป่วย (recognized) และชื่นชมผู้อื่นเป็น (praised)	
1. ผู้บำบัด (ต่อ)						

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการบำบัด	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
องค์ประกอบ						
2. ผู้รับการบำบัด	Setting ผู้ป่วยนอก - ลักษณะการดื่มสุรา เป็นผู้ติดสุราแล้วอย่างน้อย 1 สัปดาห์ - เพศชายหรือหญิง อายุระหว่าง 15-65 ปี - พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับผิดปกติ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ขณะมารับบริการ - ได้รับการวินิจฉัยเป็น alcohol dependence หรือ abuse ของ DSM-IV หรือถูกวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD ขององค์การอนามัยโลกว่ามีอาการผิดปกติทางจิตและผิดปกติทางจิตและ	Setting ผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยติดสุราที่ต้องการเลิกสุรา Setting ผู้ป่วยใน - ไม่มีอาการทางจิต - เพศชายหรือหญิง อายุระหว่าง 15-65 ปี - ได้รับการวินิจฉัยเป็น alcohol dependence หรือ abuse ของ DSM-IV หรือถูกวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD ขององค์การอนามัยโลกว่ามีอาการผิดปกติทางจิตและผิดปกติทางจิตและ	Setting ผู้ป่วยนอก - ลักษณะเป็นผู้ที่มีปัญหาการติดสุราและมีปัญหาการติดแอมเฟตามีน - ไม่เป็นผู้ที่ติดหรือใช้สุราหรือแอมเฟตามีนที่มีการใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย - ไม่มีภาวะถอนพิษสุรา Setting ผู้ป่วยใน - เป็นผู้ติดสุราพิษสุราหรือแอมเฟตามีนที่มีการใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย - ไม่มีภาวะถอนพิษสุรา	Setting ผู้ป่วยใน - เป็นผู้ป่วยในเสพติดสุราที่อยู่ในระยะบำบัดด้วยยา - ไม่มีการทางจิตเวช - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย - มีสุขภาพแข็งแรง - สามารถให้ข้อมูลอ่านออกและเขียนได้ - มีสติสัมปชัญญะครบ - ยินดีที่จะรับการบำบัด	Setting ผู้ป่วยใน - ลักษณะการดื่มสุราเป็นผู้ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ หรือเป็นผู้ติดสุรา - มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับผิดปกติ (alcohol disorder) หรือมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราอย่างน้อย 28 ครั้งมาตรฐานและดื่มอย่างมก 210 ครั้งมาตรฐานต่อสัปดาห์ในระยะ 30 วันก่อนเข้ารับการบำบัด - เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงระดับ 1-4	Setting ผู้ป่วยนอก - มีคะแนนประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่ม (Alcohol Use Disorders identification Test [AUDIT]) มีระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 8-12 คะแนน, 16-19 คะแนน หรือ ≥ 20 คะแนน - ประเมินอาการถอนพิษสุราพบอาการถอนพิษสุราเล็กน้อย จากแบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (AWS) ได้ค่าคะแนนเท่ากับ 1-4

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการบำบัด	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
องค์ประกอบ						
2. ผู้รับการบำบัด (ต่อ)	พฤติกรรมเนื่องจากแอลกอฮอล์ (F10, F10.2) 5. ความรุนแรงของอาการถอนพิษ มีคะแนนน้อยกว่า 5 คะแนน Setting ผู้ป่วยใน 1. ลักษณะการดื่มสุราเป็นผู้ติดสุราที่หยุดใช้สุรามาแล้วอย่างน้อย 1 สัปดาห์ 2. เพศชายหรือหญิง อายุระหว่าง 15-65 ปี 3. ได้รับการวินิจฉัยเป็น alcohol dependence หรือ abuse ของ DSM-IV หรือถูกวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD	แอลกอฮอล์ (F10, F10.2) 4. คะแนนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาสำหรับผู้ดื่มสุราในด้านความถี่และระดับสูง (17 คะแนนขึ้นไป) 5. ไม่เคยได้รับการบำบัดด้านจิตสังคมมาก่อน 6. สามารถอ่านออก เขียนได้ และพูดคล่องดีต่อสื่อสารได้ 7. สัมผัสใจเพื่อการบำบัด			วินิจฉัยตามหลักการแบ่งโรคทางจิตเวชศาสตร์ ICD-10 แล้วพบอยู่ในกลุ่ม F10 หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Alcohol dependence ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV criteria 4. เพศชาย อายุระหว่าง 18 – 65 ปีขึ้นไป 5. ความรุนแรงของภาวะติดสุราเท่ากับหรือน้อยกว่า 2	3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ และอ่านออก เขียนได้ 4) ไม่มีอาการทางจิตประสาท และอาการสมองเสื่อมมีค่าคะแนน (Mini Mental State Examination) ≥ 21 คะแนน 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย Setting ผู้ป่วยใน 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตจากสุราตามเกณฑ์ DSM-IV 2) มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการบำบัด	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มขึ้นทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
2. ผู้รับการบำบัด (ต่อ)	ขององค์การอนามัยโลกว่ามี ความคิดผิดปกติทางจิตและ พฤติกรรมเนื่องจาก แอลกอฮอล์ (F10, F10.2) <u>Setting ผู้ป่วยในชุมชน</u> 1. เพศชายหรือหญิง อายุ ระหว่าง 15-65 ปี 2. พฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ใน ระดับผิดปกติ ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา และคัดกรอง AUDIT แล้วมีคะแนนตั้งแต่ 8 ขึ้นไป จะมารับบริการ 3. ได้รับการวินิจฉัยเป็น alcohol dependence หรือ				6. ความรุนแรงของภาวะขาด สุราเท่ากับหรือน้อยกว่า 8 7. ไม่มีตาและตมเหลือง 8. ไม่มีอาการทางจิตและ อาการถอนพิษสุรา 9. สามารถสื่อความหมาย และเข้าใจภาษาไทยได้	3) มีคะแนนพฤติกรรมการ ดื่มแอลกอฮอล์ ประเมินโดย AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ได้ค่า > 20 คะแนน 4) ไม่มีอาการถอนพิษสุรา และไม่พบอาการถอนพิษ สุรา 5) ไม่มีอาการทางจิต คะแนน BPRS ได้คะแนน ≥ 36 คะแนน 6) ไม่มีพยาธิสภาพทาง สมอง (organic brain syndrome) ไม่มีภาวะของ

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการบำบัด	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
2. ผู้รับการบำบัด (ต่อ)	abuse ของ DSM-IV หรือถูกวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD ขององค์การอนามัยโลกว่ามีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากแอลกอฮอล์ (F10, F10.2)					การรับรู้เสีย 7) มีประวัติการดื่มติดต่อกันมาเรื่อยๆ นับเป็นเวลานานหลายปี โดยที่ไม่สามารถจะหยุดดื่มได้ 8) มีคะแนนความมุ่งหวังในชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ 9) มีคะแนนความสำนึกในคุณค่าแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ (คะแนน 1-2.66 คะแนน) 10) มีกระบวนการรู้คิด (cognitive) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีประวัติเป็นโรคจิตเภทมาก่อน

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการบำบัด	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
องค์ประกอบ						
2. ผู้รับการบำบัด (ต่อ)					11) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ สามารถอ่านออกเขียนได้ 12) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย Setting ผู้ป่วยในชุมชน 1) เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน 2) มีพฤติกรรมการดื่มสุราและไม่ดื่มสุรา 3) เป็นผู้นำทางการและผู้นำอย่างไม่เป็นทางการ	

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการบำบัด	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
องค์ประกอบ						
3. ระยะเวลาในการบำบัด	1. ทำการบำบัดรายบุคคล 2-8 ครั้ง ครั้งละ 15-60 นาที นัดห่างกันทุก 1-2 สัปดาห์ 2. บำบัดทั้งเส้นเป็นระยะเวลา 3-12 สัปดาห์ 3. ประเมินผลก่อนและหลังรับการบำบัด และติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2, 4, 8, 12, 16, และ 24 สัปดาห์	1. ทำการบำบัดรายบุคคล ทั้งหมด 2-4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 15 นาที นัดห่างกัน 1-2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาบำบัด 2. ระยะเวลาบำบัดทั้งหมดประมาณ 2 สัปดาห์ 3. ประเมินผลก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัด และทำการติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด ครบ 1, 2, 3, 4, และ 6 เดือน ของการบำบัด	1. ทำการบำบัดรายกลุ่ม 2-32 ครั้ง ใช้เวลาในการบำบัด 1-1 ชั่วโมง ครั้งแต่ละกิจกรรมห่างกันประมาณ 1 วัน 4. ประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการบำบัดทันที และหลังจากสิ้นสุดการบำบัดครบ 1, 4, 8 และ 24 เดือน	1. ดำเนินการบำบัดแบบกลุ่ม 1 ชั่วโมงต่อ 1 กิจกรรม รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 9 ชั่วโมง – 4 เดือน 2. ใช้ระยะเวลาในการบำบัดใช้เวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์ ตั้งแต่วันจันทร์ – วันศุกร์ ยกเว้นวันเสาร์ และ วันอาทิตย์ ใช้เวลาบำบัดแต่ละครั้ง ครั้งละ 30 นาที 3. ติดตามผลหลังการบำบัด 2 สัปดาห์ และติดตามผลต่อเป็นเวลา 1 ปี	1. ทำการบำบัดรายกลุ่ม จำนวนทั้งหมด 5-15 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง ใน 1-4 สัปดาห์ ห่างกันอย่างน้อย 1 วันในแต่ละครั้ง 2. ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 1-4 สัปดาห์ 3. ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดครบ และติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัดครบ 1, 2, 3, 6, 9 และ 12 เดือน	1. ทำการบำบัดรายบุคคล หรือรายกลุ่ม จำนวนทั้งหมด 5-10 ครั้ง ครั้งละ 30-120 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง 2. แต่ละครั้งบำบัดห่างกัน 1-2 วัน 3. ใช้เวลาบำบัดทั้งสิ้นรวม 2-7 สัปดาห์ และอาจมากที่สุดถึง 9 เดือน 4. ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีหรือหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 2 และ 4 สัปดาห์

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการบำบัด	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มแข็งทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
องค์ประกอบ						
4. กิจกรรมการบำบัด	แบบรายบุคคล (Individual Therapy) เน้นหาประกอบด้วย 1 การค้นหาพฤติกรรมกระตุ้น 2. ความรู้เรื่องสุราและผลกระทบจากการดื่มสุรา 3. การค้นหาช่องว่างระหว่างเป้าหมายชีวิตกับสิ่งที่อยู่ในปัจจุบัน (develop discrepancy) และแก้ไขอุปสรรคความลังเลใจและความขัดแย้งภายในตนเอง 4. การเสริมสร้างแรงจูงใจตามตัวอักษรของ FRAMES 5. การตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ติดสุราพูดข้อความที่จูงใจ	การบำบัดแบบรายบุคคล (Individual Therapy) เน้นหาประกอบด้วย 1. การสะท้อนผลการตรวจร่างกาย และผลการคัดกรองระดับการดื่มสุรา 2. ความรู้เรื่องปริมาณมาตรฐานและวิธีคำนวณ และการดื่มสุราอย่างปลอดภัย 3. การสนับสนุนให้เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการลด/เลิก 4. การตั้งเป้าหมายในการ	การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) เน้นหาประกอบด้วย 1. ทักษะการเลิกยาในระยะต้น (Early recovery) 2. การป้องกันกำเริบไปซ้ำ (Relapse prevention) 3. ความรู้เกี่ยวกับสุราและการดูแลผู้ติดสุรา 4. การหยุดวงจรการดื่มสุรา 5. การสวดมนต์ไหว้พระ/ทำสมาธิ เพื่อความสงบสุขและเกิดปัญญา	การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) เน้นหาประกอบด้วย 1. การทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง 2. การควบคุมตนเองให้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ 3. การสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง 4. การยอมรับตนเองและมองเห็นคุณค่าของตนเอง	การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) เน้นหาประกอบด้วย 1. ความรู้เรื่องสุราและผลกระทบจากการดื่มสุรา 2. ความคาดหวังในการปรับตัวเรื่องการดื่มสุรา 3. การตั้งเป้าหมายในการลดหรือเลิกดื่มสุรา 4. การระบุสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มและการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น 5. การจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดื่มสุรา	แบบกลุ่ม (Group Therapy) เน้นหาประกอบด้วย 1) การปฏิเสธการดื่ม 2) แนวทางการลด/เลิกแอลกอฮอล์ 3) การตระหนักถึงความสามารถของตัวเองในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ 4) ปัจจัยที่ทำให้สามารถปฏิเสธการดื่มสุรา 5) การปฏิเสธอารมณ์ความรู้สึกละโม้ ในการดื่มสุรา 6) การให้รางวัลตนเอง

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการบำบัด	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
องค์ประกอบ						
4. กิจกรรมการบำบัด (ต่อ)	ตนเอง (self-motivational statement [SME]) 6. การกำหนดเป้าหมายระยะสั้น และระยะกลางในการลด/ เลิกดื่มสุรา 7. การวิเคราะห์ ประสิทธิภาพที่ได้รับคำแนะนำ ที่ควบคุม "ไม่" ได้ Contamination 8. การวิเคราะห์ให้การเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามชุดดื่มสุรา 9. การตระหนักถึงสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุรา และทักษะป้องกันการกลับไปดื่มสุรา	เลิกสุรา	6. การตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต 7. การสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุรา 8. การจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกและภาวะซึมเศร้า 9. การวิเคราะห์หาเหตุผลในการกลับไปดื่มสุรา		6. การสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลดหรือเลิกดื่มสุรา 7. การควบคุมพฤติกรรมและการเลิกดื่มสุรา 8. กลยุทธ์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา 9. ทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ 10. การฝึกเข้าใจการคิด การโต้แย้งความคิดที่ไม่มีเหตุผลให้ใหม่เหตุผล	7) ความรู้เกี่ยวกับสุรา ผลกระทบจากการดื่มสุรา 8) การจัดการกับอารมณ์ อารมณ์ พฤติกรรมการดื่มสุรา 9) การพบทนายเป็นนายชีวิต 10) การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุราอย่างต่อเนื่อง 11) การควบคุมตนเองไม่ให้กลับไปดื่มสุรา 12) ทักษะการแก้ปัญหา 13) การเสริมสร้างพลังอำนาจให้สามารถค้นพบสถานการณ์จริงของตนเอง

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการบำบัด	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
องค์ประกอบ						
4. กิจกรรมการบำบัด (ต่อ)	แบบกลุ่ม (Group Therapy) เนื้อหาประกอบด้วย 1. ความรู้เกี่ยวกับสุราและผลกระทบของการดื่มสุรา 2. การตระหนักเรื่องการดื่มสุราและผลกระทบของการดื่มสุรา 3. การป้องกันกำเริบการดื่มสุราซ้ำ					ที่ดื่มแอลกอฮอล์ 14) วิธีปฏิบัติเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ 15) ปัญหาของการดำรงชีวิตอยู่ 16) จิตวิญญาณ คุณค่าที่ซิดเห็นใจ หรือเรื่องจริยธรรม 17) ความรู้ตัว และการค้นหาคุณค่า สิ่งดีเห็นค่าที่เป็นแรงจูงใจหรือพลังใจ 18) การเสริมสร้างความเชื่อมั่นและความศรัทธา

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการบำบัด	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
องค์ประกอบ						
4. กิจกรรมการบำบัด (ต่อ)						19) การยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง 20) การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา 21) การป้องกันและแก้ไข ปัญหาการดื่มสุราในชุมชน

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการบำบัด	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
องค์ประกอบ						
5. เครื่องมือที่ใช้ในการบำบัด (ต่อ)	แบบประเมินด้านสุขภาพร่างกาย ประกอบด้วย - แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) - ผด Gamma-glutamyl transferase (GGT) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับ - แบบประเมินติดตามการบำบัด - บำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราของโรงพยาบาล แบบประเมินติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อประเมินข้อมูลด้านความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF)	แบบประเมินด้านสุขภาพร่างกาย ประกอบด้วย - การตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจวัดระดับ GGT (gamma-glutamyl transferase [GGT]) - ข้อมูลจากเพิ่มประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาล แบบประเมินด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย - แบบสัมภาษณ์ประวัติและผลการรักษาเพื่อประเมิน (C=CUT DOWN, A=ANNOYE, I=SUDDEN)	แบบประเมินด้านสุขภาพร่างกาย ประกอบด้วย - แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป - แบบประเมินด้านพฤติกรรม - แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป แบบประเมินด้านความรุนแรงของการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) แบบประเมินด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย - แบบสอบถามประวัติและผลการรักษา - แบบประเมินด้านความรุนแรงของการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS])	แบบประเมินด้านสุขภาพร่างกาย ประกอบด้วย - แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) - แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) แบบประเมินด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย - แบบสอบถามประวัติและผลการรักษา - แบบประเมินด้านความรุนแรงของการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS])	แบบประเมินด้านสุขภาพร่างกาย ประกอบด้วย - แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) - แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) แบบประเมินด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย - แบบสอบถามประวัติและผลการรักษา - แบบประเมินด้านความรุนแรงของการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS])	แบบประเมินด้านสุขภาพร่างกาย ประกอบด้วย - แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) - แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS]) แบบประเมินด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย - แบบสอบถามประวัติและผลการรักษา - แบบประเมินด้านความรุนแรงของการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale [AWS])

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการบำบัด	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มแข็งทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
องค์ประกอบ	ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักและร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม - แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment Function [GAF]) แบบประเมินด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย - แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว - แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) - แบบบันทึกการร้องขอความช่วยเหลือ	G=GUILTY E=EYE-OPENER) เพื่อคัดกรองปัญหาการดื่มใน 1 ปี ที่ผ่านมาของผู้ดื่มสุรา - แบบวัดปริมาณการดื่มสุรา - แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว แบบประเมินด้านความ ร่วมมือในการบำบัด ประกอบด้วย - บุคลากรเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในพื้นที่ เพื่อติดตามสัมภาษณ์เก็บข้อมูล	แบบติดตามเขียนผู้ป่วยหลัง-จำหน่ายเพื่อติดตามลักษณะการดื่มสุราของผู้ป่วยบริการ หลังสิ้นสุดการให้การบำบัดในรูปแบบ Matrix Program แบบประเมินด้านความ ร่วมมือในการบำบัด ประกอบด้วย - การสัมภาษณ์โดยตรง และโทรศัพท์สอบถามข้อมูลผู้รับบริการ แบบประเมินด้านจิตสังคม ประกอบด้วย - แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับคุณค่าในตนเอง	แบบสอบถามการมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเสพยาเสพติด - แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา - การดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) - แบบสัมภาษณ์ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (Timeline Follow Back Interview [TLFB]) - แบบสัมภาษณ์แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Motivation for Change Ladder [MCL])	แบบประเมินด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย - แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) - แบบสัมภาษณ์ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (Timeline Follow Back Interview [TLFB]) - แบบสัมภาษณ์แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Motivation for Change Ladder [MCL])	- แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราและการใช้แอลกอฮอล์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบประเมินด้านความ ร่วมมือในการบำบัด - แบบประเมินด้านจิตสังคม ประกอบด้วย - แบบวัดความตั้งใจในการเลิกสุรา - แบบประเมินความสามารถในการควบคุมอารมณ์

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการบำบัด	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
องค์ประกอบ	- แบบบันทึกร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) - แบบรายงานการประเมินพฤติกรรมทางสุขภาพ (Personalized Feedback Report [PFR]) - แบบประเมินลักษณะการดื่มสุรา เพื่อประเมินลักษณะและปริมาณการดื่มของผู้ดื่มสุรา - แบบประเมินการปฏิบัติเพื่อลดการดื่มสุรา	- แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES-8A]) สำหรับผู้ดื่มสุรา - แบบประเมินด้านจิตสังคมประกอบด้วยแบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS])			- การชักประวัติและตรวจร่างกายสำหรับการบำบัด - แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป - แบบประเมินด้านความรู้ความเข้าใจในการบำบัดประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ความรู้ความเข้าใจในการบำบัด (The Working Alliance Inventory [WAI]) - แบบประเมินด้านจิตสังคมประกอบด้วยแบบประเมินปัญหาทางความคิด M.I.N.I	- แบบประเมินสภาพจิตใจ (Mental Status Examination [MSE]) - แบบประเมินสมรรถภาพของสมอง (Mini Mental State Examination) - แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale [BPRS]) - แบบวัดความมุ่งมั่นในชีวิต (The Purpose in Life Test) - แบบวัดความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction Index A)

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการบำบัด	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
องค์ประกอบ	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
5. เครื่องมือที่ใช้ในการบำบัด (ต่อ)	แบบประเมินด้านความพร้อมใจในการบำบัด ประกอบด้วย - แบบวัดขั้นตอนความพร้อมใจในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES-8A]) สำหรับผู้ดื่มสุรา - แบบประเมินด้านจิตสังคม ประกอบด้วย - Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)				- แบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต (Quality of Life The World Health Organization Quality of life instrument [WHOQOL]) - แบบสัมภาษณ์เจตคติในการควบคุมพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ (Controlled Drinking Self-Efficacy Scale [CDSSES]) - แบบสัมภาษณ์ทัศนคติที่มีต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม - การดื่มแอลกอฮอล์	- แบบวัดความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง - แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุรา - แบบสอบถามทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุรา - แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการกิจกรรม A-I-C

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการบำบัด	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
องค์ประกอบ						
5. เครื่องมือที่ใช้ในการบำบัด (ต่อ)	- แบบวัดผลสัมฤทธิ์ที่ตามมาในผู้ติดสุรา (Drinker Inventory of Consequence-2L [DrinC-2L]) - แบบแบบทดสอบความเชื่อมั่นในการเลิกสุรา BSCQ (Brief Situational Confidence Questionnaire) - แบบประเมินสภาพจิตใจ (Mental Status Examination [MSE]) - แบบประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change)				(The process of change ใช้ Alcohol [POC-Alcohol]) - แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจในการบำบัดแบบ BUMICBT (Participant Satisfaction with BUMICBT) - แบบประเมินแรงจูงใจในการรักษาด้านพฤติกรรมของการเปลี่ยนแปลง (The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES-8A 8D])	

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการบำบัด	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
องค์ประกอบ						
5. เครื่องมือที่ใช้ในการบำบัด (ต่อ)					- แบบประเมิน Mini MSE - แบบสัมภาษณ์แรงจูงใจ - แบบสอบถามการตระหนักรู้ตนเอง - แบบวัดการยอมรับตนเอง	

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการบำบัด	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
องค์ประกอบ	ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย 1. สุขภาพร่างกาย 2. การเปลี่ยนแปลงการทำงาน ของตับ ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม 1. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ 2. ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุรา (percent days abstinent) 3. ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) 4. ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย 1. การทำหน้าที่ของตับ 2. ภาวะสุขภาพ ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม 1. ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและ ต้องการการรักษา 2. การหยุดดื่มสุรา 3. ปริมาณการดื่มสุรา 4. ความถี่ในการดื่มสุรา 5. จำนวนครั้งที่ดื่มหนักในช่วง 1 เดือน และ 1	ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย 1. คุณภาพชีวิต 2. ภาวะสุขภาพ ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม 1. การกลับไปดื่มสุรา (Relapse) 2. การไม่กลับไปดื่มสุรา (clean) 3. การเคลือบ (slip) 4. การใช้สารเสพติด กฎหมาย	ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย 1. ไม่พบการประเมินและติดตามผลลัพธ์หลังการบำบัดทางด้านสุขภาพร่างกาย แต่พบผลลัพธ์ การมีคุณค่าในตนเองด้าน การมีอำนาจหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ ช่วยสนับสนุนให้ผู้รับบริการ รู้จักดูแลตนเองในการลด/เลิกสุรา จนก่อให้เกิดผลลัพธ์ ที่ทางสุขภาพร่างกาย ตามมา	ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย 1. ปริมาณการดื่มสุรา 2. จำนวนวันที่หยุดดื่ม 3. การหยุดดื่มสุรา (Remission) 4. การกลับดื่มซ้ำ 5. การลงดื่มสุรา 6. เวลาที่กลับไปดื่มครั้งแรก 7. ทักษะทางพฤติกรรม	ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพร่างกาย 1. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ 2. ระดับการดื่มสุรา 3. ปริมาณการดื่มสุรา 4. ระยะเวลาที่หยุดดื่มสุรา 5. ความถี่ในการดื่มสุรา
6. ผลลัพธ์ของการบำบัด (ต่อ)						

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการบำบัด	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
องค์ประกอบ						
6. ผลลัพธ์ของการบำบัด (ต่อ)	5. ความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment Function [GAF]) 6. การปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุรา ผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด ได้แก่ 1. ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและต้องการการรักษา 2. ความพร้อมในการเลิกสุรา 3. ความพร้อมในการเลิกดื่มสุรา 4. ความพร้อมในการเลิกดื่มสุรา	สัปดาห์ ผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด ได้แก่ 1. ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและต้องการการรักษา 2. ความพร้อมในการเลิกสุรา 3. ความพร้อมในการเลิกดื่มสุรา 4. ความพร้อมในการเลิกดื่มสุรา	ผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด ได้แก่ - การเข้าร่วมการบำบัดอย่างต่อเนื่อง - ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม ได้แก่ 1. คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว 2. คุณภาพชีวิตด้านการจัดการในชีวิตประจำวัน 3. คุณภาพชีวิตด้านการประกอบอาชีพ 4. ความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment Function [GAF])	ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม - ไม่พบการประเมินและติดตามผลหลังการบำบัดทางจิตสังคม แต่พบว่าผลลัพธ์การมีคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคม ในตนเองด้านการมีอำนาจหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ สามารถทำให้ผู้รับบริการมีวิธีการควบคุมตนเองให้ไปถึงเป้าหมายที่วางไว้เพื่อเลิกดื่มสุราหรือดื่มให้น้อยลง ตลอดจนสามารถดูแลตนเองได้ไม่ทำให้อื่นเดือดร้อน	ผลลัพธ์ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด ได้แก่ 1. ความร่วมมือ 2. การไม่ติดตามผลการรักษา (Drop out) ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม ได้แก่ 1. ความพึงพอใจในการบำบัดแบบ BUMICBT 2. แรงจูงใจในการรักษา 3. แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม 1) ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ 2) ความมุ่งมั่นในชีวิต

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการบำบัด	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
องค์ประกอบ						
6. ผลลัพธ์ของการบำบัด (ต่อ)	5. แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) 6. ความสัมพันธ์ในครอบครัว 7. การประกอบอาชีพ		5. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต 6. คุณภาพชีวิตด้านสถานะทางกฎหมาย 7. ความมีคุณค่าในตนเอง	ผลลัพธ์ทางด้านการร่วมมือในการบำบัด - ไม่พบการประเมินและติดตามผลลัพธ์หลังการบำบัดทางด้านการบำบัดด้านความร่วมมือในการบำบัด แต่พบว่าผลลัพธ์การมีคุณค่าในตนเองด้านการมีความสำคัญหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ สามารถนำไปใช้ เป็นแรงสนับสนุนให้ผู้เสพติดสร้างความรู้สึกลอยล้า รักษาตนเองให้หาย และรู้จักให้ความสำคัญกับพฤติกรรมบำบัดสุราที่เป็น	ของตนเอง 5. ความพึงพอใจ 6. การตระหนักรู้ตนเอง 7. การยอมรับตนเอง	3) ความพึงพอใจในชีวิต 4) ความสำนึกในคุณค่าแห่งตน 5) ทักษะการมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดการดื่มสุรา 6) ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C และการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรม

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการบำบัด	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
องค์ประกอบ						
6. ผลลัพธ์ของการบำบัด (ต่อ)				อันตรายของตนเอง ผลลัพธ์ทางจิตสังคม -เมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 สัปดาห์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้รับบริการด้านการมีความสำคัญ และด้านการมีอำนาจเพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนรับการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้านการมี		

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการบำบัด	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) (จากงานวิจัย 10 เรื่อง)	การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs (จากงานวิจัย 3 เรื่อง)	การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) (จากงานวิจัย 1 เรื่อง)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) (จากงานวิจัย 9 เรื่อง)	การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) (จากงานวิจัย 14 เรื่อง)
องค์ประกอบ						
6. ผลลัพธ์ของการบำบัด (ต่อ)				ความสามารถ และด้านการมีคุณความดี มีคะแนนไม่แตกต่างจากก่อนเข้ารับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)		

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย เพื่อให้ได้องค์ความรู้และนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ติดสุรา โดยผู้ศึกษาได้แบ่งการอภิปราย ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานวิชาการ
2. ประสิทธิภาพของการบำบัดในแต่ละรูปแบบ
3. การเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานวิชาการ

การศึกษานี้มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้งหมด 40 เรื่อง จากทั้งหมด 105 เรื่อง ได้นำผลงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงที่สืบค้นมาประเมินคุณภาพ โดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ผลการประเมินงานวิจัยพบว่า 1) เป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized controlled trials อยู่ในระดับ A จำนวน 7 เรื่อง 2) เป็น Quasi experimental research ระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์จำนวน 22 เรื่อง 3) ระดับ B ที่เป็นการประเมินโครงการหรือติดตามผลการวิจัยจำนวน 11 เรื่อง ถึงแม้ว่ายังมีงานวิจัยเดี่ยวที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่มค่อนข้างน้อย และส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์และงานวิจัยระดับ B ที่เป็นการประเมินโครงการหรือติดตามผลการวิจัย แต่งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์นี้เป็นงานวิจัยที่มีกระบวนการนำเชื่อถือ ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยเพื่อสุ่มเข้ากลุ่ม กระบวนการบำบัด การติดตามประเมินผลหลังการบำบัด และเครื่องมือที่ใช้ก็มีค่าความเที่ยงตรงภายในอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ยังได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในประเทศไทย ดังนั้นองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทยจากงานวิจัยทั้ง 40 เรื่องครั้งนี้ นับได้ว่าเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่มีคุณภาพ

2. ประสิทธิภาพของการบำบัดในแต่ละรูปแบบ

2.1 ประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET])

2.2 ประสิทธิภาพของการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI])

2.3 ประสิทธิภาพของการบำบัดรูปแบบ Matrix Programs

2.4 ประสิทธิภาพของการบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)

2.5 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT])

2.6 ประสิทธิภาพของการบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other)

ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย ในประเด็นต่าง ๆ มีดังนี้

2.1 **ประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET])** มีจำนวน 10 เรื่อง (สายรัตน์, นกน้อย และคณะ, 2547; อรัญญา แพ้จู้และคณะ, 2548; สุนทรี ศรีโกโส, 2548; คอกรัก พิทาคำ, 2549; สุนทรี ศรีโกโส และคณะ, 2549; สุนันทา ปลั่งกลาง และสุจิตดา สิงคะกุล, 2549; ทวี วิจารณ์, 2551; สุนทรี ศรีโกโส และคณะ, 2551; ศิริณา ศรีทราพิสิฐ และคณะ, 2551; วิมาลา เจริญชัย, 2551) จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่า ทั้ง 10 เรื่อง ศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดแบบ MET ในการรักษาผู้ติดสุรา ผลการวิจัยพบว่าการบำบัดแบบ MET เป็นรูปแบบหนึ่งของการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ ที่นำมาปฏิบัติได้ง่าย นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of change) มีประสิทธิภาพดีกว่าการบำบัดตามปกติ หากได้รับการบำบัดซ้ำผู้ติดสุราสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราไปในทางที่ดีได้คงนานประมาณ 6 เดือน ถึง 1 ปี สามารถเพิ่มพฤติกรรมการหยุดดื่มสุรา (Remission) และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุรา (percent days abstinent) ลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักได้ ช่วยให้ผู้ติดสุราเกิดความพร้อมในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งการศึกษาของ สุนทรี ศรีโกโสและคณะ (2551) พบว่านอกจากการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจะทำให้ผู้รับการบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้แล้ว ยังส่งผลให้ผู้รับการบำบัดมีสุขภาพดี มีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment Function [GAF]) สามารถปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราได้และมีความพร้อมในการรักษาเพิ่มขึ้น อีกทั้งด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบต่อสังคมสูงยังมีระดับที่ดีขึ้นด้วย นอกจากนี้เมื่อผู้รับบริการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมแล้ว ในด้านจิตใจยังพบว่าผู้รับบริการสามารถควบคุมอารมณ์

ตนเองได้ มีความเชื่อมั่นและมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) เพื่อการเลิกสูราเพิ่มสูงขึ้นด้วย

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 10 เรื่อง พบว่าการบำบัดแบบ MET เป็นรูปแบบหนึ่งของการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ สามารถให้การบำบัดได้ทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม Setting ผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยในชุมชน เหมาะสำหรับผู้ติดยาในระดับมีปัญหาจนถึงระดับติดสุรา เพศชายหรือหญิงอายุ 15-65 ปี สามารถทำให้ผู้ติดยามีพฤติกรรมการดื่มสุราดีขึ้น ปริมาณการดื่มลดลง มีความตระหนักถึงผลเสียที่เกิดจากพฤติกรรมของตนเอง และพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เกิดแรงจูงใจและความต้องการการรักษาและมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้น ซึ่งปัจจุบันการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนับเป็นการบำบัดที่นำไปปฏิบัติได้ง่าย มีวิธีไม่ซับซ้อน และมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายทั้งในระดับตติยภูมิจนถึงระดับปฐมภูมิ แต่ผู้บำบัดจะต้องได้รับการฝึกอบรมวิธีการบำบัดจากผู้เชี่ยวชาญ และปัจจุบันพบว่าในประเทศไทยได้มีการพัฒนาแนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นโครงการขยายผลระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา จึงทำให้มีผู้เชี่ยวชาญมาให้การอบรมและฝึกหัดอย่างต่อเนื่อง และจากการวิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยพบว่าส่วนใหญ่พยาบาลเป็นผู้ให้การบำบัด ดังนั้นรูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจึงเหมาะในการนำไปใช้เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดยา การบำบัดใช้เวลาประมาณ 15-60 นาที 3-5 ครั้งโดยผู้บำบัดที่ได้รับการฝึกอบรมทักษะในการให้คำปรึกษารูปแบบ MI นอกจากนี้สิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการบำบัดคือ จะต้องทราบว่าผู้รับบริการแต่ละคนกำลังอยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลง เพื่อจะได้ให้การปรึกษาและสร้างแรงจูงใจที่สอดคล้องกับระดับของแรงจูงใจหรือระดับความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพราะหากมีการสร้างแรงจูงใจที่ไม่เข้ากับความต้องการของผู้รับบริการจะนำมาซึ่งการต่อต้านและความไม่ร่วมมือในการรักษาได้

2.2 ประสิทธิภาพของการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) มีจำนวน 3 เรื่อง (วิวัฒน์ เสงชัยขยงและคณะ, 2543; อัจฉรา ฟองคำและคณะ, 2546; กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551) จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่า ทั้ง 3 เรื่อง ศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดแบบสั้นในการรักษาผู้ติดยา ผลการวิจัยพบการบำบัดแบบสั้น เป็นรูปแบบหนึ่งของการเสริมสร้างแรงจูงใจ ที่ใช้ระยะเวลาสั้น ๆ ในการบำบัด มีประสิทธิภาพดีในการบำบัดผู้ติดยาแบบติดปกติ ส่วนใหญ่ใช้ตามสถานบริการระดับต้น เช่น สถานีอนามัย คลินิก ศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน เป็นต้น พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาการเสริมสร้างแรงจูงใจ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม แนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการสัมภาษณ์เพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ ใช้บำบัดผู้ติดยา

ในระยะเวลาสั้น ๆ ได้ผลเป็นอย่างดี (NIAAA, 2004) มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยที่ติดสุราในระดับผิดปกติ (alcohol disorder) ทำให้ผู้รับบริการลดปริมาณการดื่มสุรา ความถี่ในการดื่มสุราลง และเพิ่มการหยุดดื่มสุรามากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่าหากบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับเรื่องต่าง ๆ ให้บรรลุผลสำเร็จได้แล้ว ย่อมมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นไปในทางที่ดีได้ (Miller & Rollnick, 1995) และนอกจากการบำบัดแบบสั้นจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีแล้ว ยังพบว่าด้านสุขภาพร่างกาย การบำบัดแบบสั้นยังส่งผลให้ผู้รับบริการ มีสุขภาพร่างกายและการทำหน้าที่ของตับมีผลดีขึ้นด้วย

การบำบัดแบบสั้น (Brief intervention) เป็นรูปแบบกระบวนการให้คำปรึกษาแบบหนึ่งที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยใช้หลักการของ MI เพื่อให้ผู้รับบริการได้คิดและตระหนักในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ เป็นไปในทางที่ดีคล้ายกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เพียงแต่ใช้ระยะเวลาบำบัดที่สั้นกว่า เพียง 5-30 นาที ปฏิบัติได้ง่าย เหมาะใช้บำบัดผู้ติดสุราในระดับผิดปกติแบบรายบุคคล ทั้ง Setting ผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยใน มีขั้นตอนไม่ยุ่งยาก ประหยัดค่าใช้จ่าย โดยพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมพิเศษ หรือผู้ที่มีทักษะในการให้คำปรึกษา และมีประสิทธิผลช่วยลดปริมาณการดื่มสุรา ความถี่ในการดื่มสุราลง และเพิ่มการหยุดดื่มสุราได้

2.3 ประสิทธิภาพของการบำบัดรูปแบบ Matrix Programs จากการวิเคราะห์ ผลงานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง (รัตนา สายพานิชย์ และคณะ, 2546; ชัชวาลย์ ศิลปกิจและรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550; นุชนภา ทองสังข์สุข, 2551) พบว่าการบำบัดรูปแบบ Matrix Programs เป็นวิธีการบำบัดผู้ติดสุราที่พัฒนามาจากกลุ่ม Matrix Program สำหรับผู้ติดสารเสพติด ซึ่งรัตนา สายพานิชย์และคณะ (2546) ได้นำมาประยุกต์ใช้บำบัดผู้ติดสุรา ปัจจุบันมีสถาบันต่าง ๆ นำไปใช้ แต่อาจกระทำไม่ได้เต็มรูปแบบ เนื่องจากมีขั้นตอนที่ซับซ้อน ใช้เวลานาน ผู้บำบัดต้องมีส่วนร่วมเชิงวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม สำหรับ Matrix Programs ก็ยังนับว่าเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ติดสุราได้ผลใกล้เคียงกับการรักษาผู้ติดสารเสพติดชนิดอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งแอมเฟตามีน ทั้งในด้านความสมบูรณ์ของการอยู่ในโปรแกรมการบำบัด และผลลัพธ์ที่ได้หลังสิ้นสุดการบำบัด กล่าวคือ การบำบัดรูปแบบ Matrix Program ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราให้มีพฤติกรรมไม่กลับไปดื่มสุรา (clean) เพิ่มขึ้น การเผลอดื่ม (slip) และการกลับไปดื่มสุราซ้ำลดลง ทำให้ผู้ติดสุรามีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment Function [GAF]) คุณภาพชีวิตด้านการจัดการในชีวิตประจำวัน และด้านการประกอบอาชีพเพิ่มขึ้น สามารถลดการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายอื่นได้ (ชัชวาล ศิลปกิจ และรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550) ซึ่งนอกจากผลลัพธ์ที่เกิดกับ

ตัวผู้ติดสุราจะดีขึ้นแล้ว การบำบัดรูปแบบ Matrix Program ยังส่งผลให้ผลลัพธ์ทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมดีขึ้นด้วย ไม่ว่าจะเป็นคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ด้านสถานะทางกฎหมาย และควมมีคุณค่าในตนเอง (นุชนภา ทองสังข์สุข, 2551)

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง การบำบัดรูปแบบ Matrix Program แต่เดิมเป็นการบำบัดที่ใช้ได้ผลดีในผู้ติดสารเสพติดชนิดแอมเฟตามีน ปัจจุบันสามารถนำมาประยุกต์ใช้บำบัดผู้ติดสุราแบบกลุ่ม (Group Therapy) ทั้ง Setting ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราให้เป็นไปในทางที่ดีได้คงทนนาน 6-8 เดือน เหมาะนำมาใช้บำบัดผู้ดื่มสุราแบบติด เนื่องจากเป็นการบำบัดที่ผสมผสานหลักการเสริมแรงจูงใจกับการปรับเปลี่ยนแนวคิดพฤติกรรมเข้าด้วยกัน จึงสามารถช่วยปรับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราได้ดี ช่วยให้ผู้ติดสุรามีระยะการงด/เลิกสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพยาวนานขึ้น โดยหากทำครบโปรแกรม 16 สัปดาห์ จะสามารถช่วยให้ผู้ติดสุราปรับพฤติกรรมไม่กลับไปดื่มสุรา สามารถลดการกลับดื่มซ้ำ การผล่อดื่ม ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมเป็นไปในทางที่ดี ส่งเสริมให้ผู้ติดสุรามีความสัมพันธ์ในครอบครัว สุขภาพจิต สถานะทางกฎหมาย และควมมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น แต่หากได้รับการบำบัดไม่ครบโปรแกรมอาจทำให้ผู้ติดสุราปรับพฤติกรรมการดื่มสุราได้ในช่วงสั้น ๆ และกลับไปมีพฤติกรรมการดื่มสุราซ้ำได้ในที่สุด

2.4 ประสิทธิภาพของการบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) จากการวิเคราะห์ผลงานวิจัย 1 เรื่อง (ผกามาศ เกื้อกิจ, 2548) พบว่าการบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) เป็นวิธีการบำบัดผู้ติดสุราแบบกลุ่ม (Group Therapy) Setting ผู้ป่วยใน พัฒนามาจากการเน้นการใช้กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดให้สามารถกลับคืนสภาพร่างกายและมีจิตใจที่เข้มแข็งและมั่นคงโดยมีครอบครัวเป็นหลักสำคัญที่นำมาให้มีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูตั้งแต่เริ่มต้นการบำบัด รักษา จนกระทั่งสามารถเรียนรู้ร่วมกันทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เหมาะสำหรับการบำบัดผู้ป่วยติดสุรา ช่วยเพิ่มการมีคุณค่าในตนเองด้านการมีความสำคัญ และด้านการมีอำนาจของผู้รับบริการได้ ซึ่งจากการมีเจตคติ ความรู้สึก และการสร้างสัมพันธภาพที่ดี จะส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถปรับลักษณะของการดื่มสุรา ปริมาณที่ดื่มต่อวัน ชนิดของสุราที่ดื่มได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่รับบริการมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น จึงทำให้การรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองดีขึ้น สามารถควบคุมตนเองและเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดี ควบคุมการกระทำของตนเองจนสามารถควบคุมตนเองในการดื่มสุราได้

จากการวิเคราะห์งานวิจัย การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) เป็นการบำบัดรักษาที่พัฒนามาจากรูปแบบการรักษาผู้ติดสารเสพติด และมีการนำมาปรับใช้กับผู้ติดสุราเพื่อ

ปรับสภาพจิตใจและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ผู้รับบริการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความประพฤติ โดยมีจุดเด่นคือ ใช้ครอบครัวเป็นหลักสำคัญ ในการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู ตั้งแต่เริ่มต้นการบำบัดรักษาจนกระทั่งสามารถเรียนรู้ร่วมกันทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยทีมสหวิชาชีพเป็นผู้บำบัด ใช้ระยะเวลายาวนานประมาณ 2-16 สัปดาห์ในการบำบัดจนครบโปรแกรม เพื่อให้ผู้รับบริการมีการเรียนรู้และบำบัดรักษาทางกาย จิต สังคม มีพลังจิตใจอย่างเข้มแข็งโดยช่วยปรับสภาพลักษณะของการดื่มสุรา ปริมาณที่ดื่มต่อวัน ชนิดของสุราที่ดื่ม ร่วมกับการมีเจตคติ ความรู้สึก และการสร้างสัมพันธภาพที่ดี จนสามารถอยู่ได้อย่างปกติสุขโดยปราศจากสุรา การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) นี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ตามแหล่งบำบัดอื่น ๆ เช่น วัด และโรงเรียน เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีบทบาทในการแก้ไขปัญหาคาติสุรา ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราให้เป็นไปในทางที่ดี โดยมีผู้ให้การบำบัดรักษาเป็นผู้ช่วยเหลือ ชี้นำและส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อนำไปปฏิบัติตน ดำรงชีวิต ประจำวัน อย่างปกติสุขและทำตนเป็นประโยชน์ ต่อครอบครัว สังคมและชุมชน

2.5 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) จากการวิเคราะห์ผลงานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง (ดรุณี ภูขาว, 2545; อิศระ เจียวิริยบุญญา และคณะ, 2546; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549; ศิริพร ทองบ่อและคณะ, 2549; ชาญชัย ธงพานิช, 2550; สุนันทา ปลั่งกลาง, 2550; สุธาสิณี นพธัญญะ, 2551; กิรติ คำทอง, 2551) พบว่า CBT เป็นการบำบัดผู้ดื่มสุราแบบคิด สามารถช่วยให้ผู้ติดสุราที่มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมคือ ปริมาณการดื่มสุรา การกลับดื่มซ้ำ และการคงดื่มสุราลดลง จำนวนวันที่หยุดดื่ม การหยุดดื่มสุรา (Remission) เพิ่มขึ้น ซึ่งนอกเหนือจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีแล้ว จากการศึกษาของ ดรุณี ภูขาว (2545) ยังพบว่า เมื่อผู้รับบริการมีรูปแบบความคิดที่เหมาะสมจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้เป็นไปในทางที่ดีแล้ว ยังทำให้ผู้รับบริการเกิดความร่วมมือในการบำบัด พึงพอใจในการบำบัด และเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแรงจูงใจในการรักษา ความเชื่อมั่นในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มของตนเองได้อย่างยาวนานขึ้น มีความพึงพอใจในการบำบัดสูงขึ้น ตระหนักรู้ตนเองและมีการยอมรับตนเองเพิ่มมากขึ้นด้วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแต่เดิมจากผู้รับบริการมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และมีอารมณ์ที่ผิดปกติจนต้องใช้สุราเป็นเครื่องดับทุกข์นั้น อาจเป็นผลมาจากลักษณะความคิดที่ผิดปกติ แต่เมื่อมีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อเปลี่ยนแปลงความคิดด้านลบ หรือความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดปัญหากับผู้ป่วยแล้ว จึงทำให้ผู้รับบริการสามารถมองโลกได้อย่างสอดคล้องกับความเป็นจริง ลดหรือทำให้ความคิด

อัตโนมัติด้านลบหมดไป และเกิดความตระหนักถึงสิ่งที่ถูกต้อง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้นมาใหม่ทดแทน

จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่า การบำบัดแบบ CBT เป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ที่มีรูปแบบ มีโครงสร้าง ระยะเวลาในการบำบัดชัดเจน สามารถช่วยให้ผู้ติดสุรา มีการปรับลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้ยาวนาน เหมาะใช้บำบัดผู้ติดสุราแบบคิรายกลุ่ม Setting ผู้ป่วยในที่มีอายุระหว่าง 18 – 65 ปี หรือมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป แต่มีข้อจำกัดคือผู้รับบริการต้องมีภาวะด้านการรับรู้ การรู้คิด ความมีเหตุผล และผู้บำบัดต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความเข้าใจในทฤษฎีพื้นฐาน สามารถเป็นอย่างดี จึงจะสามารถให้การบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นในสถาบันที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงน่าจะมีการนำการบำบัดแบบ CBT ไปใช้ โดยจะต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่จะมีหน้าที่รับผิดชอบการบำบัด

2.6 ประสิทธิภาพของการบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) จากการวิเคราะห์ผลงานวิจัยทั้ง 14 เรื่อง พบว่างานวิจัยแต่ละเรื่องมีการนำรูปแบบ การบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุรามาใช้กับผู้ติดสุราในประเทศไทยอย่างหลากหลาย ได้แก่ การบำบัดรูปแบบ Self efficacy, Buddhism, Self control, Empowerment, Logotherapy, Reality และ Community participation รวมทั้งหมด 7 รูปแบบ ซึ่งรายละเอียดต่าง ๆ สามารถสรุปได้ดังนี้

ผลลัพธ์ของการบำบัด จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 14 เรื่อง พบว่าเมื่อมีการนำรูปแบบการบำบัดต่าง ๆ มาใช้กับผู้ติดสุราแล้ว ล้วนสามารถช่วยให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรม การดื่มสุราลดลง ระดับการดื่มสุราลดลงอยู่ในระดับที่ปลอดภัยขึ้น ปริมาณสุราที่ใช้ดื่มน้อยลง ระยะเวลาที่หยุดดื่มสุรานานขึ้น ความถี่ในการดื่มสุราน้อยลง ความตั้งใจในการเลิกสุรา ความสามารถในการควบคุมอารมณ์เพิ่มขึ้น ความมุ่งมั่นในชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต และความสำนึกในคุณค่าแห่งตนสูงขึ้น ทักษะคิดต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในลดการดื่มสุรา ทักษะคิดต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในลดการดื่มสุราดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าการบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ ทั้ง 7 รูปแบบนี้สามารถทำให้ผู้ติดสุรา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง จนสามารถลด/เลิกดื่มสุราได้เช่นกัน

ผู้บำบัด จากการวิเคราะห์ผลงานวิจัยพบว่า ผู้บำบัดส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มีความสามารถในการเป็นผู้นำกลุ่ม และมีประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช หรือบางรูปแบบการบำบัดอาจต้องเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมมาโดยเฉพาะ เช่น การบำบัดรูปแบบ Logotherapy และ Buddhism เท่านั้นที่ผู้บำบัดมีความจำเป็นจะต้องได้รับการ

อบรมและฝึกปฏิบัติมาเป็นพิเศษจึงจะสามารถให้การบำบัดตามรูปแบบนั้นๆ ได้ ซึ่งจากการศึกษา
งานวิจัยทั้ง 14 เรื่องดังกล่าวจะเห็นได้ว่า หากผู้บำบัดในแต่ละรูปแบบได้รับการฝึกอบรมจนมีความรู้
เป็นอย่างดีในแต่ละรูปแบบการบำบัด ก็จะเป็นผู้ให้การบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้รับการบำบัด จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่า ผู้รับการบำบัดส่วนใหญ่
เป็นผู้ติดยาหรือผู้ป่วยโรคจิตจากสารที่มีอาการทางจิตทุเลา เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในหรือ
แผนกผู้ป่วยนอกในคลินิกบำบัดสุราก็ได้ หรืออาจเป็นทั้งประชาชนที่ติดหรือไม่ติดสุราก็ได้ที่มาเข้า
รับการบำบัดในแต่ละรูปแบบ แต่สิ่งสำคัญคือผู้รับบริการเหล่านั้น ต้องมีพฤติกรรมการดื่ม
แอลกอฮอล์แบบเสี่ยง หรือมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา และไม่มีอาการถอนพิษสุรา
หรืออาจมีอาการถอนพิษสุราเล็กน้อย ไม่มีอาการสมองเสื่อมและอาการทางจิต ไม่มีประวัติเป็นโรค
จิตเภทมาก่อน ไม่มีพยาธิสภาพทางสมอง มีการรู้คิด (cognitive) ปกติ มีความมุ่งมั่นในชีวิตอยู่ใน
ระดับปานกลางถึงต่ำ หรือมีความสำนึกในคุณค่าแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ เพราะการบำบัดส่วนใหญ่
นั้นล้วนต้องมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการได้เกิดความคิด ความตระหนัก การรับรู้ รู้คิดพิจารณา และ
สามารถควบคุมตนเอง ให้มีพฤติกรรมการดื่มสุราให้เป็นไปในทางที่ดี และสามารถปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองให้เป็นไปในทางที่ดี และสามารถปรับตัวอยู่ร่วมในสังคมให้
ยาวนานและมีประสิทธิภาพอย่างสูงสุด

ระยะเวลาในการบำบัด จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่า การบำบัด
รูปแบบอื่น ๆ ทั้ง 7 รูปแบบ ล้วนทำการบำบัดได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ส่วนใหญ่ให้การบำบัด
เพียงระยะเวลาสั้นๆ เพียง 2 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมการบำบัดประมาณ 5-10 ครั้ง ครั้งละ 30-120
นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง แต่ละครั้งบำบัดห่างกัน 1-2 วัน ใช้เวลาบำบัดทั้งสิ้นรวม 2-7 สัปดาห์ และ
อาจมากที่สุดถึง 9 เดือน จากนั้นจึงจะทำการประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีหรือหลังบำบัดครบ
1 สัปดาห์ และติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 2 และ 4 สัปดาห์ จะเห็นได้ว่าในแต่ละรูปแบบ
ของการบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ มีการบำบัดเพียงระยะเวลาสั้น ๆ ส่วนใหญ่เป็นการบำบัด
ขณะผู้รับบริการรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีระยะเวลาไม่ยาวนานมาก แต่เป็นช่วงเวลาที่
มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเสริมสร้างศักยภาพให้แก่ผู้รับบริการ ให้สามารถให้การดูแลตนเอง รู้จัก
แก้ไขปัญหาและจัดการกับชีวิตสุขภาพของตนเองได้อย่างดีและกลับไปอยู่ในชุมชนได้ ลดการ
พึ่งพาหรือมีการพึ่งพามูลค่าทางสุขภาพให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ตามศักยภาพของบุคคลนั้น ๆ

จากการวิเคราะห์ผลงานวิจัย ของการบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ เป็นการบำบัดที่
ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น และเป็นวิธีที่ง่ายต่อการนำไป
ประยุกต์ใช้ สามารถให้การบำบัดผู้ติดยาตั้งแต่ระดับเริ่มดื่มแบบมีปัญหาไปจนถึงการดื่มสุราแบบ
ติด สามารถทำการบำบัดได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ทั้ง Setting ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก มี

ประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ติดสุราปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มให้เป็นไปในทางที่ดี มีระยะเวลาย่ำบักสั้น ง่ายต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานบำบัดระดับทุติยภูมิ เช่น โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งปัจจุบันพบว่ายังไม่มีกรนำเอารูปแบบการบำบัดรูปแบบอื่นๆ นี้ (Self efficacy, Buddhism, Self control, Empowerment, Logotherapy, Reality และ Community participation) ไปใช้กันอย่างแพร่หลาย

3. การเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ

จากการสังเคราะห์งานวิจัย การบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา ในประเทศไทย จำนวน 6 รูปแบบดังกล่าวข้างต้น เมื่อนำการบำบัดแต่ละรูปแบบมาเปรียบเทียบกัน พบว่า การบำบัดทั้ง 6 รูปแบบ ต่างก็ให้ผลการบำบัดที่ใกล้เคียงกัน กล่าวคือ ช่วยลดร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก เพิ่มร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม ลดปริมาณการดื่มในวันที่ดื่มสุรา เกิดความพร้อมในการลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง ซึ่งจากการที่ผู้ติดสุราลดการดื่มลง มีผลทำให้สุขภาพด้านร่างกายดีขึ้น มีความรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น เกิดความเคารพนับถือตนเองมากขึ้น ส่งผลต่อการทำหน้าที่โดยรวมของผู้รับการบำบัดดีให้เป็นไปในทางที่ดี เกิดความเปลี่ยนแปลงในคุณภาพชีวิต

นอกจากนี้การศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุราให้ลด/ เลิกดื่มสุราได้คงทนสุดประมาณ 3-4 เดือน ประกอบด้วยรูปแบบการบำบัดแบบ MET, CBT และ Matrix Program เมื่อเทียบกับการบำบัดแบบ BI, Fast Model และรูปแบบอื่นๆ ซึ่งเมื่อพิจารณาหาระหว่างรูปแบบ MET, CBT และ Matrix Program จะพบว่า การบำบัดรูปแบบ MET มีข้อดีคือ มีวิธีการที่ปฏิบัติได้ง่าย มีขั้นตอนที่ชัดเจน ใช้เวลาไม่มากในการบำบัด ผู้บำบัดสามารถเรียนรู้และฝึกฝนได้ง่าย เหมาะกับการบำบัดผู้ที่ดื่มสุราตั้งแต่ระดับมีปัญหาจนถึงระดับการติดสุรา สามารถกระทำได้ทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม Setting ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยในชุมชน การบำบัดรูปแบบ CBT ใช้บำบัดเฉพาะผู้ดื่มสุราที่มีลักษณะการดื่มแบบติด แบบกลุ่ม (Group Therapy) ใน Setting ผู้ป่วยใน ถึงแม้ว่าเป็นการบำบัดที่ได้รับการออกแบบโดยการคำนึงถึงการตอบสนองปัจจัยที่ทำให้บุคคลติดสุราที่ค่อนข้างจะครอบคลุมอยู่หลากหลายปัจจัยมาก แต่มีวิธีการซับซ้อน ผู้บำบัดต้องได้รับการฝึกฝนจนเชี่ยวชาญจึงจะให้การบำบัดได้ ส่วนการบำบัดรูปแบบ Matrix Program แม้ช่วยให้ผู้ติดสุราปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราได้คงทนก็ตาม แต่จะเห็นได้ว่าเป็นการบำบัดในผู้ดื่มที่มีลักษณะติดสุรา Setting ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ใช้เวลาย่ำบักยาวนาน มีหลายกิจกรรม หากผู้รับบริการไม่สมัครใจก็ไม่สามารถช่วยให้ประสบผลสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราได้

สำหรับการบำบัดแบบ BI, Fast Model และรูปแบบอื่น ๆ แม้จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น และเป็นวิธีที่ง่ายต่อการนำไปประยุกต์ใช้ แต่ยังพบว่า การบำบัดรูปแบบ BI เหมาะสำหรับผู้ดื่มสุราในระดับเสี่ยงจนถึงระดับมีปัญหาเท่านั้น ส่วน FAST Model แม้จะเหมาะนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชน แบบกลุ่ม Setting ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน แต่มีระยะการบำบัดเป็นเวลานาน กิจกรรมซับซ้อน หากผู้รับการบำบัดไม่สมัครใจ อาจทำให้ประสบผลสำเร็จได้ยาก และสำหรับการบำบัดรูปแบบอื่น ๆ แม้จากการรายงานผลการศึกษาวิจัยจะแสดงให้เห็นว่าเป็นการบำบัดที่ช่วยปรับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราให้เป็นไปในทางที่ดีได้ เหมาะกับผู้ดื่มสุราหลายระดับ มี Setting หลากหลายทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยในชุมชน แต่ยังไม่พบว่ามีทางคลินิกที่เป็นการปฏิบัติจริงจะมีการนำเอารูปแบบการบำบัดเหล่านี้ไปใช้กันอย่างแพร่หลาย และยังมี การศึกษาวิจัยค่อนข้างน้อย จึงทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปใช้บำบัดผู้ติดสุราในประเทศไทย

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพของการบำบัดทั้ง 6 รูปแบบ ระหว่างการศึกษาในต่างประเทศและการศึกษาในประเทศไทยจะเห็นได้ว่า ถึงแม้การบำบัดผู้ติดสุราแบบต่าง ๆ ในประเทศไทยจะให้ผลลัพธ์การบำบัดที่คล้ายกับผลการบำบัดผู้ติดสุราในต่างประเทศกล่าวคือ มีผลช่วยลดร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก เพิ่มร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม ลดปริมาณการดื่มในวันที่ดื่มสุรา ช่วยให้ผู้ติดสุราเกิดความพร้อมในการลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง ผู้ติดสุราที่มีสุขภาพด้านร่างกายดีขึ้น มีการทำหน้าที่โดยรวมของเป็นไปในทางที่ดี เกิดความเปลี่ยนแปลงในคุณภาพชีวิต แต่ยังไม่พบว่ามีเรื่องของระยะการบำบัด ระยะการติดตามผล และความเข้มข้นของการออกแบบวิจัย ระหว่างต่างประเทศกับในประเทศไทยยังพบมีความแตกต่างกัน (Humphreys, 1999; Fleming, Barry, Manwell, Johnson & London, 1997; Fleming & Manwell, 1999; Moos, 2007)

อย่างไรก็ตาม จากหลักฐานการวิจัยทั้ง 40 เรื่อง แม้จะพบว่าผลลัพธ์ที่ได้ประสบผลสำเร็จสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดสุราให้เป็นไปในทางที่ดีได้ แต่ยังไม่พบงานวิจัยส่วนใหญ่ไม่มีการติดตามผลของการบำบัดในระยะยาว ดังนั้นควรมีการติดตามผลในระยะยาวก่อนนำ การบำบัดที่ช่วยลดพฤติกรรมการดื่มสุรามาทดลองใช้จริงในการบำบัดผู้ติดสุรา และประเมิน ประสิทธิภาพของการบำบัดต่อไป

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

ในการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย ในประเด็นเกี่ยวกับรูปแบบของการบำบัด และ ผลลัพธ์ของการบำบัด เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราที่เหมาะสมกับผู้ติดสุราในประเทศไทย ซึ่งงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทยที่นำมาศึกษามีทั้งหมด 40 เรื่อง เป็นงานวิจัยระดับ A (randomized controlled trials) จำนวน 7 เรื่อง เป็น Quasi experimental research ระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์ จำนวน 22 เรื่อง และระดับ B ที่เป็นการประเมินโครงการหรือติดตามผลการวิจัย จำนวน 11 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยทั้งหมด

ผลจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 40 เรื่อง สามารถสรุปสาระสำคัญในการใช้การบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย คือ ผู้บำบัด ผู้รับการบำบัด ระยะเวลาในการบำบัด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และผลลัพธ์ของการบำบัด โดยผลจากการวิเคราะห์พบว่า

รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทยสามารถสรุปการบำบัดได้เป็น 6 รูปแบบ ดังนี้

1. รูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET])

มีการศึกษาทั้งหมดจำนวน 10 เรื่อง ใน 40 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยระดับ A 4 เรื่อง (สายรัตน์ นกน้อย และคณะ, 2547; อรัญญา แพจุ้ย และคณะ, 2548; สุนทรี ศรีโกโสย และคณะ, 2551; ศิริณา ศรีทหาพิสิฐ และคณะ, 2551) ระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์ 4 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกโสย, 2548; ดอกกรัก พิทาคำ, 2549; สุนทรี ศรีโกโสย และคณะ, 2549; ทวี วิสาระพันธ์, 2551) และระดับ B ที่เป็นการประเมินโครงการหรือติดตามผลการวิจัย 2 เรื่อง (สุนันทา ปลั่งกลางและสุจิตตา สิงคะกุล, 2549; วิมาลา เจริญชัย และคณะ, 2551) สามารถสรุปองค์ประกอบได้ดังนี้

ผู้บำบัด ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมและฝึกทักษะในการให้คำปรึกษา รูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจ (อรัญญา แพทย์และคณะ, 2548; ศิริณา ศรัทธาพิสิฐและคณะ, 2551) เช่น จิตแพทย์ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น (สายรัตน์ นกน้อยและคณะ, 2547; วิมาลา เจริญชัยและคณะ, 2551) หรืออาจเป็นบุคลากรที่มีความสามารถในการปฏิบัติงานกับผู้ติดสุราและครอบครัวของผู้ติดสุราได้ (สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549; สุนันทา ปลั่งกลางและสุจิตดา สิงคะกุล, 2549; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551) หรือเป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผ่านการเรียนภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดในผู้ติดสุรามาแล้วเป็นอย่างดี (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; ดอกรัก พิทาคำ, 2549; ทวี วิจารณ์พันธ์

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ติดสุรา ผู้ดื่มสุราระดับผิปกติหรือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV หรือเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็น alcohol dependence หรือ F 10 - F 10.2 (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; ดอกรัก พิทาคำ, 2549; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549; ศิริณา ศรัทธาพิสิฐและคณะ, 2551) ไม่กำหนดเพศ อายุระหว่าง 15-65 ปี มีการหยุดดื่มสุรามาแล้ว และต้องไม่อยู่ในระยะถอนพิษสุราหรือมีคะแนนความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราน้อยกว่า 5 คะแนน

ระยะเวลาในการบำบัด ทำการบำบัดเป็นรายบุคคลจำนวน 2-8 ครั้ง ครั้งละ 15-60 นาที โดยอาจนัดทำการบำบัดทุกสัปดาห์หรือสัปดาห์เว้นสัปดาห์ รวมเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 3-12 สัปดาห์ ซึ่งสามารถปรับให้แตกต่างกันได้ ตามแต่ละหน่วยงาน และความสะดวกเหมาะสมในแต่ละสถานที่ที่จะนำไปใช้ แต่อย่างไรก็ตามในการประเมินผลและติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัดนั้น มักประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดรักษาทันที และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 2, 4, 8, 12, 16 และ 24 สัปดาห์

กิจกรรมการบำบัด เนื้อหาในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีเนื้อหาคล้าย ๆ กันทั้งใน Setting ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย การค้นหาพฤติกรรม การดื่มสุรา, ความรู้เรื่องสุราและผลกระทบจากการดื่มสุรา, การค้นหาช่องว่างระหว่างเป้าหมายชีวิตกับสิ่งที่อยู่ในปัจจุบัน (develop discrepancy) และแก้ไขอุปสรรคความลังเลใจ และความขัดแย้งภายในตนเอง, การเสริมสร้างแรงจูงใจตามด้วยย่อของ FRAMES, การตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ติดสุราพูดข้อความที่จูงใจตนเอง (self-motivational statement [SME]), การกำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะกลางในการลด/เลิกดื่มสุรา, การวิเคราะห์ ประสบการณ์ที่เคยได้รับคำแนะนำที่ควบคุมไม่ได้ Contamination , การวิเคราะห์การเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การหยุดดื่มสุรา, และการตระหนักถึงสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มซ้ำ และทักษะป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเลือกใช้เครื่องมือที่ใช้ใน

การเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละงานวิจัยจะมีหลากหลาย ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา และประเด็นความสนใจของผู้วิจัยในงานวิจัยนั้น ๆ อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่เครื่องมือที่นิยมนำมาใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการให้การบำบัดรูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจนั้น มักเป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อคัดเลือกร่วมตัวอย่างก่อนเข้าสู่การบำบัด และเครื่องมือที่ใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้รับบริการก่อนและหลังทำการบำบัด ซึ่งได้แก่ แบบประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A) แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา แบบประเมินการรับรู้และอาการทางสมอง Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment Function [GAF]) แบบประเมินลักษณะการดื่มสุรา แบบประเมินการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุรา แบบประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) แบบประเมินสภาพจิตใจ (Mental Status examination: MSE) แบบประเมินติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง แบบรายงานการประเมินพฤติกรรมทางสุขภาพ (Personalized Feedback Report [PFR]) และแบบสอบถาม Case Report Form ของโรงพยาบาลสวนปรุง แบบแบบทดสอบความเชื่อมั่นในการเลิกสุรา BSCQ (Brief Situational Confidence Questionnaire) แบบวัดผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ติดสุรา (Drinker Inventory of Consequence-2L [DrInC-2L]) ผล Gamma-glutamyl transferase (GGT) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) แบบบันทึกร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) และแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT])

ผลลัพธ์ของการบำบัด มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดื่มสุราไปในทางที่ดีขึ้น คือ ปริมาณการดื่มสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุรา (percent days abstinent) ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักลดลง มีการหยุดดื่มสุรา (Remission) เพิ่มขึ้น (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; ดอกรัก พิศาคำ, 2549; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549; สุนันทา ปลั่งกลางและสุจิตดา สิงคะกุล, 2549; วิมาลา เจริญชัยและคณะ, 2551; ทวี วิสาระพันธ์, 2551; ศิริณา ศรีททาทิสิฐและคณะ, 2551; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551) ผู้ติดสุรามีความพร้อมในการลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง สามารถพร้อมเข้าสู่ขั้นตอนการรักษามากขึ้น อัตราการออกจากการศึกษา (drop out) ลดลง (อริญญา แพจุ้ยและคณะ, 2548; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551) ซึ่งจากการเลิกดื่มสุราดังกล่าว เป็นผลส่งผลให้ผู้ติดสุรามีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ดับมีการทำหน้าที่ได้ดีขึ้น และสามารถปฏิบัติหน้าที่โดยรวมทั้งเรื่องส่วนตัวและสังคมได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคมดีขึ้น นอกจากนี้

ทางด้านจิตใจเมื่อผู้ติดสุราเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้ว ยังส่งผลให้ผู้ติดสุรามีความเชื่อมั่นต่อตนเองเพิ่มขึ้น

2. รูปแบบการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI])

มีการศึกษาทั้งหมด 3 เรื่อง ใน 40 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยระดับ A 1 เรื่อง (วิวัฒน์ เสงชัยขยง และคณะ, 2543) ระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์ 1 เรื่อง (กานต์พิชชา แสนนุดดา, 2551) และระดับ B ที่เป็นการประเมินโครงการหรือติดตามผลการวิจัย 1 เรื่อง (อัจฉรา พองคำ และคณะ, 2546) ซึ่งสามารถสรุปองค์ประกอบได้ดังนี้

ผู้บำบัด เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีพื้นฐานและผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น อย่างมีมาตรฐาน (วิวัฒน์ เสงชัยขยงและคณะ, 2543) หรือเป็นพยาบาลวิชาชีพที่กำลังศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผ่านการเรียนภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติทำกลุ่มบำบัดในผู้ติดสุรามาก่อน (กานต์พิชชา แสนนุดดา, 2551) หรือเป็นทั้งผู้ที่ปฏิบัติงานคลินิกสารเสพติดหรือสถานเอนกมัยในชุมชน โดยไม่ระบุสาขาอาชีพ (อัจฉรา พองคำและคณะ, 2546)

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ดื่มสุราในระดับผิดปกติ หรือได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV ว่าเป็นกลุ่ม alcohol disorder หรือได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็น F 10.2 โดยไม่ระบุเพศ มีอายุ 15-65 ปีขึ้นไป มีความตั้งใจในการเลิกสุราอยู่ในระดับสูง ไม่มีอาการทางจิตประสาท และต้องอยู่ในภาวะที่พร้อมในด้านร่างกาย ปราศจากอาการถอนพิษสุรา (วิวัฒน์ เสงชัยขยงและคณะ, 2543; อัจฉรา พองคำและคณะ, 2546; กานต์พิชชา แสนนุดดา, 2551)

ระยะเวลาในการบำบัด ทำการบำบัดเป็นรายบุคคลจำนวน 2-4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 15 นาที ห่างกันทุกสัปดาห์หรือสัปดาห์เว้นสัปดาห์ รวมระยะเวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์ แล้วจึงทำการประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และติดตามผลหลังบำบัดครบในเดือนที่ 1-6 หลังสิ้นสุดการบำบัด

กิจกรรมการบำบัด เนื้อหาในการบำบัดแบบสั้นมีเนื้อหาประกอบด้วย การสะท้อนผลการตรวจร่างกาย และผลการคัดกรองระดับการดื่มสุรา, ความรู้เรื่องการดื่มมาตรฐาน และวิธีคำนวณ และการดื่มสุราอย่างปลอดภัย, การสนับสนุนให้เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการลด/ เลิก (support self-efficacy) และการตั้งเป้าหมายในการเลิกสุรา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรูปแบบการบำบัดแบบสั้น พบว่าส่วนใหญ่นิยมการตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจวัดระดับ GGT ดูการเปลี่ยนแปลงของเอนไซม์ในตับของผู้รับบริการ เพื่อประเมินพฤติกรรม

การดื่มสุราก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด ร่วมกับการใช้แบบประเมินอื่น ๆ ที่สามารถบอกถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้รับบริการได้ เช่น ข้อมูลจากแฟ้มประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่แสดงลักษณะการดื่มสุรา การติดตามสัมภาษณ์เก็บข้อมูลการดื่มสุรา แบบสัมภาษณ์การดื่มสุรา (CAGE) แบบวัดปริมาณการดื่มสุรา แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา(The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES-8A]) เป็นต้น

ผลลัพธ์ของการบำบัด มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านพฤติกรรม (อัจฉรา ฟองคำและคณะ, 2546; กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551) และด้านสุขภาพของผู้รับบริการ โดยช่วยให้ผู้รับบริการมีการหยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้น ปริมาณ ความถี่ในการดื่มสุรา และจำนวนครั้งที่ดื่มหนักลดลง (วิวัฒน์ เชวงชัยยงและคณะ, 2543; อัจฉรา ฟองคำและคณะ, 2546) ส่งผลให้ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และมีความต้องการการรักษาต่อ และความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราเป็นไปในทางที่ดี (กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551)

3. การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs

มีการศึกษาทั้งหมด 3 เรื่อง ใน 40 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัย ระดับ B ที่เป็นการประเมินโครงการหรือติดตามผลการวิจัย ทั้งหมด (รัตนา สายพานิชย์และคณะ, 2546; ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550; นุชนภา ทองสังข์สุข, 2551) ซึ่งสามารถสรุปองค์ประกอบได้ดังนี้

ผู้บำบัด เป็นจิตแพทย์ พยาบาล และนักจิตวิทยาคลินิก รัตนา สายพานิชย์ และคณะ, 2546; ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550) หรือเป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการทำกลุ่มบำบัดโดยตรง (นุชนภา ทองสังข์สุข, 2551)

ผู้รับการบำบัด คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดสุรา ผ่านการบำบัดจนพ้นภาวะถอนพิษสุรามาก่อน และไม่มีการใช้สารเสพติดอื่นร่วมจึงจะสามารถเข้ารับการบำบัดได้ (รัตนา สายพานิชย์ และคณะ, 2546; ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550; นุชนภา ทองสังข์สุข, 2551)

ระยะเวลาในการบำบัด นิยมให้การบำบัดรายกลุ่ม ทั้งหมด 3-10 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมบำบัดทั้งหมด 2-32 ครั้ง หรือตามความเหมาะสมของแต่ละสถานบำบัดที่จะนำมาปรับใช้ให้เข้ากับสถานบำบัดของตน ทำการบำบัดครั้งละ 1-1 ชั่วโมงครั้ง ซึ่งอาจทำติดต่อกันทุกวัน ในแต่ละ 1-2 กิจกรรม หรือนัดห่างกัน 1-2 วัน หรือตามแต่ละแนวทางในการบำบัดของสถานบำบัด ใช้ระยะเวลาบำบัดทั้งสิ้นนาน 1-2 สัปดาห์ หรืออาจนานสุด 4 เดือน จากนั้นจึงจะทำการประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และติดตามผลเมื่อเวลาผ่านไป 1, 4, 8, 12 และ 24 เดือน อย่างไรก็ตามใน

เรื่องของระยะเวลาในการติดตามผลอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นอยู่กับความสนใจและความต้องการผลลัพธ์ในแต่ละการศึกษางานวิจัยนั้น ๆ

กิจกรรมการบำบัด การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs มีเนื้อหาประกอบด้วยทักษะการเลิกยาในระยะต้น (Early recovery), การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse prevention), ความรู้เกี่ยวกับสุราและการดูแลผู้ติดสุรา, การหยุดวงจรการดื่มสุรา, การสวมตนให้พอ/ ทำสมาธิ เพื่อความสงบสุขและเกิดปัญญา, การตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต, การสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุรา, การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกและภาวะซึมเศร้า, และการวิเคราะห์หาเหตุผลในการกลับไปดื่มสุรา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมของผู้รับบริการ เช่น แบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายเพื่อติดตามลักษณะการดื่มสุรา แบบประเมินและติดตามผลการรักษา แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment Function [GAF]) เพื่อประเมินความสามารถโดยรวม แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินทางจิตสังคม ได้แก่ แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพื่อวัดระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินและติดตามผลการรักษา

ผลลัพธ์ของการบำบัด การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs เป็นการบำบัดที่ส่งผลดีต่อผู้รับบริการหลายด้าน ทางด้านพฤติกรรมสามารถลดการกลับไปดื่มซ้ำ (Relapse) (รัตน สหายาณิษฐ์และคณะ, 2546; ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550) และการเผลอดื่ม (slip) ลง สามารถเพิ่มการไม่กลับไปดื่มสุรา (clean) ได้ (นุชนา ทองสังข์สุข, 2551) และทางด้านสุขภาพ การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs สามารถทำให้ผู้รับบริการมีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมได้ดี มีการจัดการสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน และสามารถประกอบอาชีพได้ดีขึ้น นอกจากนี้ทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เมื่อผู้รับบริการสามารถหยุดดื่มสุราได้แล้วและมีความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเองดีขึ้น จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ด้านสถานะทางกฎหมาย และความมีคุณค่าในตนเองดีขึ้นตามมา (รัตน สหายาณิษฐ์และคณะ, 2546)

4. รูปแบบการบำบัดแบบเข้มข้นทางสายไหม (FAST Model)

มีการศึกษาทั้งหมด 1 เรื่อง ใน 40 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์ (ผกามาศ เกื้อกิจ, 2548) ซึ่งสามารถสรุปองค์ประกอบได้ดังนี้

ผู้บำบัด เป็นพยาบาลวิชาชีพ หรือบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจ และมีความสามารถในการจัดกิจกรรมรูปแบบการบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่เป็นอย่างดี

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ป่วยเสพติดสุราที่อยู่ในระยะบำบัดด้วยยา ไม่มีอาการทางจิตเวช และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย สุขภาพแข็งแรง สามารถให้ข้อมูลอ่านออกและเขียนได้ มีสติสัมปชัญญะครบ และยินดีเข้ารับการบำบัด

ระยะเวลาในการบำบัด ทำการบำบัดแบบกลุ่ม และใช้ระยะเวลาครั้งละ 1 ชั่วโมงต่อ 1 กิจกรรม นาน 1-2 สัปดาห์ ตั้งแต่วันจันทร์ – วันศุกร์ ยกเว้นวันเสาร์และวันอาทิตย์ ทำการบำบัดนาน 9 ชั่วโมง – 4 เดือน และทำการติดตามผลหลังการดำเนินการบำบัดครบ 2 สัปดาห์ จากนั้นจึงติดตามผลต่อเป็นเวลา 1 ปี

กิจกรรมการบำบัด การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) มีเนื้อหาประกอบด้วย การทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง, การควบคุมตนเองให้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ การสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง และการยอมรับตนเองและมองเห็นคุณค่าของตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้รับบริการ ซึ่งได้แก่ ระยะเวลาในการเสพติดสุรา ลักษณะของการดื่มสุรา ปริมาณที่ดื่มต่อวัน และชนิดของสุราที่ดื่ม ร่วมกับการใช้แบบสอบถามการมีคุณค่าในตนเอง เพื่อประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้รับบริการหลังสิ้นสุดการบำบัด

ผลลัพธ์ของการบำบัด มีผลต่อการเพิ่มการมีคุณค่าในตนเองด้านการมีความสำคัญ และด้านการมีอำนาจของผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถปรับลักษณะของการดื่มสุรา ปริมาณที่ดื่มต่อวัน ชนิดของสุราที่ดื่มได้ และทำให้ด้านจิตใจของผู้รับบริการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้มีการรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองดีขึ้น และสามารถควบคุมตนเองพร้อมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองให้เป็นไปในทางที่ดีและเหมาะสมได้ในที่สุด

5. รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT])

มีการศึกษาทั้งหมด 9 เรื่อง ใน 40 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยระดับ A จำนวน 1 เรื่อง (ดรุณี ภู่งาว, 2545) ระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์ จำนวน 4 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549; สุธาสิณี นพัญญะ, 2551; กิรติ คำทอง, 2551) และระดับ B ที่เป็นการประเมินโครงการหรือติดตามผลการวิจัย จำนวน 4 เรื่อง (อิสระ เกียรติวิชัยบุญญา และคณะ, 2546; ศิริพร ทองบ่อ และคณะ,

2549; ชาญชัย ชงพานิช, 2550; สุนันทา ปลั่งกลาง และคณะ, 2550) ซึ่งสามารถสรุปองค์ประกอบได้ดังนี้

ผู้บำบัด เป็นพยาบาลที่ผ่านการฝึกทักษะในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) (ดรุณี ภูขาว, 2545; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) หรือเป็นพยาบาลวิชาชีพที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช (สุราสินี นพธัญญะ, 2551) และอาจเป็นได้ทั้งทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติด (อิสระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2546; ศิริพร ทองบ่อและคณะ, 2549; ชาญชัย ชงพานิช, 2550; สุนันทา ปลั่งกลางและคณะ, 2550; กิรติ คำทอง, 2551)

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ หรือเป็นผู้ติดสุรา ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 18 – 65 ปี หรือมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป (อิสระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2546; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Alcohol dependence ตามเกณฑ์ DSM-IV (ดรุณี ภูขาว, 2545; ศิริพร ทองบ่อและคณะ, 2549; ชาญชัย ชงพานิช, 2550; สุนันทา ปลั่งกลางและคณะ, 2550; กิรติ คำทอง, 2551; สุราสินี นพธัญญะ, 2551) และต้องไม่มีโรคทางกาย ไม่มีตาและผิวหนังอักเสบ (อิสระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2546) ไม่มีอาการทางจิตและอาการถอนพิษสุรา

ระยะเวลาในการบำบัด ทำการบำบัดได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม จำนวนทั้งหมด 5-15 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมงใน 1-4 สัปดาห์ (อิสระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2546) หรือห่างกันอย่างน้อย 1 วัน รวมทั้งสิ้น 1-4 สัปดาห์ แล้วจึงประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดครบ และติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัดครบในเดือนที่ 1, 2, 3, 6, 9 และ 12 หรือความเหมาะสมของแต่ละสถานบำบัด

กิจกรรมการบำบัด การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) มีเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องสุราและผลกระทบจากการดื่มสุรา, ความคาดหวังในการปรับตัวเรื่องการดื่มสุรา, การตั้งเป้าหมายในการลดหรือเลิกดื่มสุรา, การระบุสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มและการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น, การจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุรา, การสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลดหรือเลิกดื่มสุรา, การควบคุมพฤติกรรม การดื่มสุรา, กลยุทธ์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา, ทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และการฝึกเข้าใจการคิด การโต้แย้งความคิดที่ไม่มีเหตุผลให้มีเหตุผล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินที่เกี่ยวกับการประเมินพฤติกรรม การดื่มสุรา เพื่อวัดพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้รับบริการก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัด ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ส่วนใหญ่ มีดังนี้ แบบ

สัมภาษณ์เจตคติในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Controlled Drinking Self-Efficacy Scale [CDSSES]) แบบประเมินปัญหาทางความคิด (Mini-International neuropsychiatric Interview [M.I.N.I]) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) แบบประเมินความบกพร่องในด้านความคิด Mini-MSE แบบสอบถามขั้นบันไดเพื่อประเมินแรงจูงใจในการเลิกสุรา แบบสอบถามการตระหนักรู้ตนเอง แบบประเมินการยอมรับตนเอง แบบสัมภาษณ์ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (Timeline Follow Back Interview [TLFB]) แบบประเมินอาการขาดสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment scale for Alcohol revised [CIWA-Ar]) การซักประวัติและตรวจร่างกาย แบบประเมินแรงจูงใจในการรักษาตามวัฏจักรของการเปลี่ยนแปลง (The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES- 8A]) แบบสัมภาษณ์ทัศนคติที่มีต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (The process of change ใช้ Alcohol [POC-Alcohol]) แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการบำบัด (The Working Alliance Inventory [WAI]) แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจในการบำบัดแบบ BUMICBT (Participant Satisfaction with BUMICBT) แบบสัมภาษณ์แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Motivation for Change Ladder [MCL]) และแบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต (Quality of Life The World Health Organization Quality of life instrument [WHQOL])

ผลลัพธ์ของการบำบัด สามารถทำให้ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นไปในทางที่ดีขึ้น (ครุณี ภูขาว, 2545) คือ คุณภาพชีวิตที่ดี ปริมาณการดื่มสุราลดลง จำนวนวันที่หยุดดื่ม การหยุดดื่มสุรา (Remission) เพิ่มขึ้น การกลับดื่มซ้ำ และการคงดื่มสุราลดลง (อิสระ เจียววิญญูและคณะ, 2546; ศิริพร ทองบ่อและคณะ, 2549; ชาญชัย ชงพานิช, 2550) ซึ่งนอกเหนือจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีแล้ว ทางด้านจิตใจยังทำให้ผู้รับบริการเกิดความร่วมมือในการบำบัด พึงพอใจในการบำบัด และเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แรงจูงใจในการรักษา ความเชื่อมั่นในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มของตนเองได้อย่างยาวนานขึ้น มีความพึงพอใจในการบำบัดสูงขึ้น ตระหนักรู้ตนเองและมีการยอมรับตนเองเพิ่มมากขึ้นด้วย (ครุณี ภูขาว, 2545)

6. การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other)

มีการศึกษาทั้งหมด 14 เรื่อง ใน 40 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยระดับ A จำนวน 1 เรื่อง (รุ่งทิพา ใจจา, 2550) ระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์ จำนวน 12 เรื่อง (ศรีไพร โปธา, 2547; วรัญญา โลสุยะ, 2550; เพ็ญญา สุตาคำ, 2550; สมพิตร ทราชสมุทร, 2550; ปนัดดา ธีระเชื้อ, 2550; สุพรรณ ไชยวรรณ, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551; วราวรรณ ยศธรรมเสนี,

2551; วราภรณ์ บุนนาค, 2551; ปราณี ภาณุภาส และคณะ, 2551; สมควร จุลอักษร และคณะ, 2551) และระดับ B ที่เป็นการประเมินโครงการหรือติดตามผลการวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547) ซึ่งสามารถสรุปองค์ประกอบได้ดังนี้

ผู้บำบัด เป็นพยาบาลวิชาชีพที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช (ศรีไพร โปธา, 2547; รุ่งทิวา ใจจา, 2550; สมพิตร ทรายสมุทร, 2550; เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; สุพรรณ ไชยวรรณ, 2551; วราภรณ์ บุนนาค, 2551; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551) มีความสามารถในการเป็นผู้นำกลุ่ม และมีประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547; ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; วราภรณ์ บุนนาค, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551; สมควร จุลอักษร และคณะ, 2551) ยกเว้นการบำบัดรูปแบบ Logotherapy และ Buddhism จะต้องเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมมาโดยเฉพาะ (วรัญญา โลสุยะ, 2550; ปราณี ภาณุภาสและคณะ, 2551)

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ติดยาหรือผู้ป่วยโรคจิตจากสารที่มีอาการทางจิต ทุเลา มีพฤติกรรมดื้อแกล้งแบบเสี่ยง (เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; วราภรณ์ บุนนาค, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551; สมควร จุลอักษรและคณะ, 2551) หรือมีพฤติกรรมดื้อแกล้งแบบมีปัญหา (ศรีไพร โปธา, 2547; สุพรรณ ไชยวรรณ, 2551) และไม่มีอาการถอนพิษสุรา หรืออาจมีอาการถอนพิษสุราเล็กน้อย (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; วราภรณ์ บุนนาค, 2551; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551) ไม่มีอาการสมองเสื่อมและอาการทางจิต เสื่อม (รุ่งทิวา ใจจา, 2550; ปราณี ภาณุภาส และคณะ, 2551) รวมทั้งต้องไม่มีประวัติเป็นโรคจิตเภทมาก่อน ไม่มีพยาธิสภาพทางสมอง มีการรู้คิดปกติ (cognitive) มีความมุ่งหวังในชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ (วรัญญา โลสุยะ, 2550) หรือมีความสำนึกในคุณค่าแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547; สมพิตร ทรายสมุทร, 2550)

ระยะเวลาในการบำบัด ทำการบำบัดได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ในระยะเวลาช่วงสั้นๆ ประมาณ 2 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมการบำบัดประมาณ 5-10 ครั้ง ครั้งละ 30-120 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง แต่แต่ละครั้งบำบัดห่างกัน 1-2 วัน ใช้เวลาบำบัดทั้งสิ้นรวม 2-7 สัปดาห์ (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547; ศรีไพร โปธา, 2547; สมพิตร ทรายสมุทร, 2550; เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; รุ่งทิวา ใจจา, 2550; วราภรณ์ บุนนาค, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551; สุพรรณ ไชยวรรณ, 2551; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551) และอาจมากที่สุดถึง 9 เดือน (ปราณี ภาณุภาสและคณะ, 2551; สมควร จุลอักษรและคณะ, 2551) จากนั้นจึงจะทำการประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีหรือหลังบำบัดครบ 1 สัปดาห์ และติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 2 และ 4 สัปดาห์ หรือตามความสนใจ และบริบทของสถานบำบัดนั้น ๆ

กิจกรรมการบำบัด การบำบัดอื่น ๆ (Other) มีเนื้อหาที่คล้ายคลึงกันทั้ง Setting ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย การปฏิเสธการดื่ม, แนวทางการลด/เลิกแอลกอฮอล์และปัจจัยที่ทำให้สามารถปฏิเสธการดื่มสุรา, การปฏิเสธอารมณ์ ความรู้สึกในการดื่มสุรา, ความรู้เกี่ยวกับสุรา ผลกระทบจากการดื่มสุราและการเลิกดื่มสุรา, การจัดการกับอารมณ์ อารมณ์ พฤติกรรมการดื่มสุรา, การทบทวนเป้าหมายชีวิต, การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุราอย่างต่อเนื่อง, การควบคุมตนเองไม่ให้กลับไปดื่มสุราซ้ำ, ทักษะการแก้ปัญหา, การเสริมสร้างพลังอำนาจให้สามารถค้นพบสถานการณ์จริงของ, จิตวิญญาณ คุณค่าที่ยึดเหนี่ยว หรือเรื่องสัจธรรม ความรู้ตัว และการค้นหาคุณค่า สิ่งยึดเหนี่ยวที่เป็นแรงจูงใจหรือพลังใจ, การเสริมสร้างความเชื่อมั่นและความศรัทธาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง, การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา และการป้องกันและแก้ไขปัญหการดื่มสุราในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเครื่องมือเพื่อทำการประเมินผลลัพธ์ ทั้งทางด้านพฤติกรรม ทางด้านสุขภาพร่างกาย ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด และทางด้านจิตสังคม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ความถนัดและความสนใจของผู้วิจัยเป็นหลัก เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการบำบัดกลุ่มนี้ มีดังนี้คือ แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา AUDIT แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา แบบวัดความตั้งใจในการเลิกสุรา แบบประเมินความสามารถในการควบคุมอารมณ์ แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและการดำรงชีวิตประจำวัน แบบประเมินสภาพจิตใจ (Mental Status Examination: MSE) แบบวัดความมุ่งหวังในชีวิต (The Purpose in Life Test) แบบวัดความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction Index A) แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) การใช้บุคคลในการเก็บและรวบรวมข้อมูลพร้อมบันทึกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา แบบประเมินสมรรถภาพของสมอง (Mini Mental State Examination) แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุรา แบบสอบถามทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุรา และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรม A-I-C

ผลลัพธ์ของการบำบัด โดยปกติในการเลือกใช้การบำบัดแต่ละแบบ ขึ้นอยู่กับความสนใจและความถนัดของผู้วิจัย และบริบทของสถานบำบัด ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ก็นับคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ สามารถทำให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราลดลง (ศรีไพร โปธา, 2547; ปันดดา ธีระเชื้อ, 2550; เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; วรารณ ชยธรรมเสนี, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551; วรางคณา บุษผา, 2551; สุพรรณ ไชยวรรณะ, 2551) ระดับการดื่มสุราลดลงอยู่ในระดับที่ปลอดภัยขึ้น ปริมาณสุราที่ใช้ดื่มน้อยลง ระยะเวลาที่หยุดดื่มสุรานานขึ้น ความถี่ในการดื่มสุราน้อยลง (วรัญญา โลสุยะ, 2550) ความตั้งใจในการเลิกสุรา (รุ่งทิวา ใจจา, 2550)

ความสามารถในการควบคุมอารมณ์เพิ่มขึ้น (สมควร จุลอักษรและคณะ, 2547; ปราณี ภาณุภาสและคณะ, 2551) ความมุ่งมั่นในชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต และความสำนึกในคุณค่าแห่งตนสูงขึ้น (สมพิตร ทราษสมุท, 2550) ทักษะคิดต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในลดการดื่มสุรา ทักษะคิดต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในลดการดื่มสุราดีขึ้น (สมควร จุลอักษรและคณะ, 2551)

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 40 เรื่องนั้น การบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทยนั้นมีหลากหลาย สามารถจัดรูปแบบได้ 6 กลุ่ม ได้แก่ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) และการบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) ซึ่งทุกรูปแบบการบำบัดสามารถทำให้ผู้ที่ประสบปัญหาจากการดื่มสุรา หรือผู้ติดสุราในประเทศไทย ควบคุมและปรับพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองได้ดีขึ้น สามารถลดและหยุดดื่มสุราได้ ลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา และสามารถทำให้ผู้ติดสุรา มีคุณภาพทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เพียงแต่วิธีการบำบัดในรูปแบบของ BI และ MET นั้น มีวิธีการที่ปฏิบัติได้ง่าย มีขั้นตอนที่ชัดเจน และใช้ระยะเวลาไม่มาก ในการให้การบำบัด ผู้บำบัดสามารถเรียนรู้และฝึกฝนวิธีการบำบัดได้ง่าย ประหยัดค่าใช้จ่าย ทำได้ง่ายในสถานบริการระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลทั่วไป แตกต่างจากการบำบัดรูปแบบ CBT ที่มีวิธีการค่อนข้างซับซ้อน ผู้บำบัดต้องเชี่ยวชาญ ได้รับการอบรมหรือฝึกหัดเฉพาะมาก่อนจึงจะสามารถให้การบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนการบำบัดโดยรูปแบบ FAST Model และ Matrix Program นั้นถึงแม้จะสามารถทำให้ผู้ติดสุรา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นได้ก็ตาม แต่ยังคงพบว่าเป็นการบำบัดที่ใช้ระยะเวลาในการบำบัดค่อนข้างนาน มีวิธีการซับซ้อน และยังไม่เป็นที่แพร่หลาย โดยเฉพาะ Matrix Program ในประเทศไทย ที่พบว่ายังมีการบริการและผู้เชี่ยวชาญโดยรูปแบบนี้ค่อนข้างน้อย จึงทำให้มีข้อจำกัดในการนำไปใช้ และสำหรับการบำบัดโดยรูปแบบอื่น ๆ แม้ว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ติดสุราให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีได้ก็ตาม ก็ยังพบว่ามีข้อจำกัดในเรื่องการขาดคู่มือที่มีเนื้อหาชัดเจนในการบำบัดแต่ละรูปแบบ ร่วมกับการศึกษาวิจัยสนับสนุนค่อนข้างน้อย จึงอาจทำให้เป็นข้อจำกัดในการนำมาประยุกต์ใช้ได้

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการปฏิบัติการพยาบาล

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมดพบว่า การบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย ช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งจากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมดพบมีหลากหลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบก็มีกิจกรรมการบำบัดผลลัพธ์ที่คล้ายและแตกต่างกัน ดังนั้นการนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องเลือกให้เหมาะสมกับบริบทของสถาบันและคุณสมบัติของผู้บำบัด ดังนี้

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) พบว่าเป็นการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราที่มีรูปแบบที่เป็นมาตรฐานชัดเจนใช้ได้ทั้ง Setting ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในชุมชน ให้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพในผู้ดื่มสุรากลุ่มที่มีลักษณะดื่มแบบผิดปกติจนถึงขั้นติดสุรา สามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้นานประมาณ 3-4 เดือน รวมถึงช่วยลดการกลับไปดื่มสุราซ้ำและทำให้ผู้รับบริการมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น ส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลกับสังคม ตลอดจนทางด้านจิตใจของผู้รับบริการ ยังสามารถทำให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะนำพาตนเอง หรือปรับปรุงตนเองให้มีพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมเป็นไปในทางที่ดีและเหมาะสมได้ ดังนั้นจึงเป็นทางเลือกหนึ่งของพยาบาลจิตเวชทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนที่จะนำไปใช้ อย่างไรก็ตาม ผู้บำบัดต้องได้รับการฝึกอบรมและมีประสบการณ์ในการบำบัดด้วยวิธีนี้

การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) เป็นการบำบัดที่ใช้ระยะเวลาสั้นและปฏิบัติได้ง่าย มีรูปแบบที่ชัดเจน ประหยัดค่าใช้จ่าย ให้ผลลัพธ์กับผู้ดื่มสุรากลุ่มที่มีลักษณะดื่มแบบเสี่ยงสูงและแบบอันตราย ทำให้ผู้รับบริการเกิดความตระหนักถึงผลที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราของตน สามารถสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตั้งเป้าหมายของตนเองเพื่อลด ละ หรือเลิกดื่มสุราได้ มีขั้นตอนการปฏิบัติไม่ยุ่งยาก ผู้บำบัดสามารถนำไปใช้ได้หากได้รับการอบรมและมีความรู้ ความเข้าใจ ในการประเมินแรงจูงใจของผู้รับบริการ และตอบสนองผู้ป่วยให้สอดคล้องกับขั้นตอนหรือระดับแรงจูงใจนั้น ๆ ดังนั้น จึงเป็นการง่ายที่พยาบาลจิตเวชหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ในชุมชนจะนำการบำบัดแบบ BI ไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกัน หรือกระตุ้นเพื่อให้ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา หรือผู้ติดสุรา มีการปรับพฤติกรรมการดื่มที่เหมาะสมกับตนเองต่อไป

การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs เป็นการบำบัดเพื่อเสริมแรงจูงใจ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนแนวคิดพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ติดสุรา ให้ผลลัพธ์กับกลุ่มผู้ดื่มสุรากลุ่มที่มีลักษณะดื่มแบบติด ใช้เวลาในการบำบัดประมาณ 2 สัปดาห์ สามารถทำให้ผู้รับบริการเกิดความคิด และมีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเสพยา จนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่กลับไปดื่ม

สุรา และลดการกลับไปดื่มสุราซ้ำลง ทำให้ผู้ติดสุรามีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม และมีคุณภาพชีวิตทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมดีขึ้น การบำบัดมีประสิทธิภาพจากการติดตามและกระตุ้นการบำบัดซ้ำทั้งในระยะ 6 12 และ 24 เดือน มีขั้นตอนการบำบัดที่ชัดเจน ใช้เวลาในการบำบัดไม่นาน ซึ่งการบำบัดรูปแบบนี้พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ให้การบำบัดได้ จึงสามารถนำไปใช้ช่วยเหลือผู้รับบริการ เพื่อลด ละ เลิกพฤติกรรมการดื่มสุรา อย่างไรก็ตามการบำบัดรูปแบบ Matrix Programs เนื่องจากการบำบัดผู้ติดสุราที่ประยุกต์มาจากการบำบัดผู้ติดสารเสพติด ปัจจุบันยังมีการศึกษาวิจัยในผู้ติดสุราค่อนข้างน้อย พบได้ตามแหล่งการรักษาในระดับสถาบันเท่านั้น อีกทั้งยังไม่เป็นที่แพร่หลาย จึงทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปใช้บำบัดผู้ติดสุราในประเทศไทย

การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) เป็นการบำบัดแบบเข้มข้นในกลุ่มผู้ติดสุราแบบติด โดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวเข้ามามีบทบาทสำคัญ ใช้ได้ทั้ง Setting ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในชุมชน สามารถทำให้ผู้รับบริการมีคุณค่าในตนเอง และส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป ทำให้ผู้รับบริการเกิดการปรับลักษณะของการดื่มสุราปริมาณที่ดื่มต่อวัน ชนิดของสุราที่ดื่มได้ แต่เป็นการบำบัดที่ใช้ระยะเวลาค่อนข้างนานประมาณ 4 เดือน ผู้เข้ารับการบำบัดแบบนี้ต้องยินดีเข้าร่วมรับบริการ และได้รับความร่วมมือจากญาติ จึงจะเกิดประสิทธิผลสูงสุด

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) เป็นการบำบัดที่มีรูปแบบชัดเจน ให้การบำบัดแบบองค์รวมครอบคลุมกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ มีการฝึกทักษะทั้งด้านความคิดและทักษะทางพฤติกรรม เน้นปัญหาปัจจุบันของผู้รับบริการ ให้ผลลัพธ์เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำในกลุ่มผู้ติดสุราที่มีลักษณะดื่มแบบติด ช่วยทำให้ผู้รับบริการตระหนักถึงสถานการณ์หรือตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่มสุรา มีทักษะในการตระหนักรู้แก้ไขและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง เข้าใจสาเหตุการดื่มสุราของตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราให้เป็นไปอย่างเหมาะสม และรวมถึงการมีสุขภาพที่แข็งแรงขึ้น ส่งผลให้มีการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดเป็นผลดีต่อจิตใจและสัมพันธภาพทางสังคมของผู้รับบริการเอง แต่เนื่องจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นวิธีการบำบัดที่มีวิธีการค่อนข้างซับซ้อน ผู้บำบัดต้องได้รับการฝึกอบรมวิธีการบำบัดจากผู้เชี่ยวชาญ และฝึกฝนจนเชี่ยวชาญ จึงเป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่งในการนำรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในการบำบัดผู้ติดสุราในประเทศไทย

การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) พบมีการบำบัดหลายรูปแบบ (Self efficacy, Buddhism, Self control, Empowerment, Logotherapy, Reality และ Community participation) ที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราลงได้ ทำให้ผู้ติดสุราสามารถ

ปฏิบัติหน้าที่โดยรวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ผลลัพธ์กับผู้ดื่มสุราที่มีลักษณะการดื่มแบบเสี่ยงปานกลาง แบบอันตราย และดื่มจนถึงขั้นติดสุรา การเลือกนำรูปแบบการบำบัดไปใช้ขึ้นอยู่กับความสนใจและความถนัดของผู้บำบัด และลักษณะของสถานบำบัด ซึ่งอาจนำไปใช้ได้อย่างหลากหลาย ขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มผู้ดื่มสุรานั้น ๆ เป็นหลัก พยาบาลสามารถให้การบำบัดได้โดยไม่จำกัดเฉพาะบุคลากรที่ได้รับการอบรมหรือฝึกฝนเฉพาะ เพียงแต่มีความสนใจและมีความรู้ ความเข้าใจ เป็นอย่างดีเกี่ยวกับการบำบัดรูปแบบนั้น ก็สามารถนำรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้รับบริการไปใช้ปฏิบัติเพื่อลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทยได้

ถึงแม้ว่าผลจากการสังเคราะห์งานวิจัยที่ได้ทั้ง 40 เรื่อง นี้ได้สรุปผลถึงประสิทธิภาพของการบำบัดทั้ง 6 รูปแบบ ว่าเป็นรูปแบบของการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยลดจำนวนการดื่มสุราได้อย่างมีนัยสำคัญในการศึกษาวิจัยแต่ละรูปแบบ โดยมากเป็นการศึกษาวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ จึงทำให้เกิดข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามผล มีระยะเวลาก่อนข้างน้อย คือ ใช้ระยะเวลาในการติดตามผลเพียง 2 สัปดาห์ ดังนั้นการนำไปใช้ควรที่จะติดตามประเมินผลการบำบัดให้ยาวนาน เพื่อประเมินความคงทนผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด อย่างไรก็ตามในการเลือกรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมผู้ติดสุราที่จะนำมาใช้บำบัดนั้นขึ้นอยู่กับกลุ่มเป้าหมาย มีการติดสุราอยู่ระดับใด รวมทั้งขึ้นอยู่กับความสนใจ ความถนัด และบริบทของการบำบัดแต่ละสถานที่ จึงจะให้การบำบัดผู้ติดสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาสมรรถนะของพยาบาล ในการบำบัดทางจิตสังคมผู้ติดสุรา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน สร้างความเข้าใจในการเพิ่มพูนองค์ความรู้ในการปฏิบัติให้ชัดเจน และนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ติดสุราในประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. เนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่นำมาทำการสังเคราะห์ครั้งนี้ มีรูปแบบของงานวิจัยระดับ RCT ก่อนข้างน้อย ดังนั้นจึงควรที่จะมีการทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมโดยใช้รูปแบบ RCT
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดรูปแบบ Matrix Program ในผู้ติดสุราเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผลดี พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ ประยุกต์มาจากการบำบัดผู้ติดสารเสพติด แต่ยังมีศึกษาในผู้ติดสุราก่อนข้างน้อย จึงทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปปฏิบัติจริง
4. ในการศึกษาการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ติดสุรานั้น ควรมีการประเมินสภาพร่างกาย สภาพจิต และประเมินการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 12 24 เดือน ซึ่งอาจติดตามโดยการนัดมาพบกับผู้บำบัด การใช้จดหมาย การติดตามทางโทรศัพท์ หรืออาจมีการพิจารณาให้การบำบัดซ้ำในช่วงติดตามประเมินนี้

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา
ในประเทศไทย

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON PSYCHOSOCIAL INTERVENTION FOR ALCOHOL
DEPENDENCE IN THAILAND

กิตติมาภรณ์ พรหมมาลุน 5036193 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: พชรินทร์ นันทจันทร์, Ph.D. (Nursing),
นพวรรณ เปียเชื้อ, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

การติดสุราในปัจจุบันนับเป็นปัญหาสำคัญที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างมาก อาจเป็นเพราะสุราเป็นสิ่งที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายมาเป็นเวลานาน และจากความเชื่อในกลุ่มนักดื่มบางกลุ่มที่เชื่อว่าสุราเป็นยาอายุวัฒนะ ทำให้อารมณ์แจ่มใส อึกเขม ใจกล้า สามารถลดความเครียดที่เกิดจากปัญหาในชีวิตประจำวันได้ (พันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2547) นอกจากนี้สุราจะถูกนำมาใช้เป็นเครื่องดื่มเพื่อกระตุ้นจิตใจแล้ว ในสังคมไทยสุรายังถูกนำมาใช้เป็นเครื่องดื่มเพื่อการเฉลิมฉลองในพิธีการต่าง ๆ เช่น การแต่งงาน การบวช เป็นต้น ปัญหาการดื่มสุราของประชาชนเป็นปัญหาสำคัญทั้งนี้อาจเพราะสุราเป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายและสังคมไทยยังมีค่านิยมว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องธรรมดา ดังนั้นจึงทำให้พบสถิติผู้ติดสุรามีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO, 2005) ระบุว่าคนไทยบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มจาก 7.71 ลิตร/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 8.47 ลิตร/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2547 คิดเป็นอันดับที่ 40 ของโลกในการบริโภคเครื่องดื่มทุกชนิดที่มีแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเภทเหล้ากลั่นดื่มมากเป็นอันดับ 5 ของโลก (บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ, 2550)

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2547 พบว่าคนไทยดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 18.61 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 35.5 ของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป โดยประชากรกลุ่มวัย

ทำงานอายุ 25-44 ปี (ดื่มร้อยละ 51.0) เป็นกลุ่มที่ดื่มมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มเยาวชนชาย อายุ 11-19 ปี (ดื่มร้อยละ 34.4) เมื่อนับรวมประชากรผู้ดื่มทั้งหมดแล้วจะพบ 1 ใน 5 ของผู้ชาย และ 1 ใน 10 ของผู้หญิงเป็นผู้ที่ติดสุรา นอกจากนี้การดื่มสุรายังเป็นสาเหตุของการตายและทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2005) พบว่า สุราเป็นสาเหตุลำดับที่ 4 (ทั่วโลก) ของความเจ็บป่วยและทุพพลภาพ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคต่าง ๆ เช่น โรคตับแข็ง โรคเบาหวาน โรคกระเพาะอาหารอักเสบ เป็นต้น

ปัญหาจากการบริโภคสุราของประชากรไทยที่เพิ่มขึ้นมีผลกระทบต่อตัวผู้ดื่มสุราเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ดังนี้ 1) *ผลกระทบต่อผู้ดื่ม* มีทั้งร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกายนั้น สุราส่งผลกระทบต่อระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ กระเพาะอาหาร และมีผลต่อดับอ่อนหัวใจ ต่อผู้ดื่มสุราทางด้านร่างกายนั้น ปวด และดับ ผู้ที่ดื่มสุราในปริมาณมากอาจทำให้เกิดอาการทางจิตได้เป็นระยะ ๆ (periodic psychosis) เกิดภาวะขาดน้ำตาลในเลือดได้เอง (spontaneous hypoglycemia) และเกิดโรคตับแข็ง (liver cirrhosis) (Robert, Leon, Byron, & Arther, 1995) ซึ่งจากการศึกษาของพิชัย แสงชาญชัยและคณะ (2549) ก็พบว่าร้อยละ 65 ของผู้ที่เสียชีวิตจากการดื่มสุราจะเสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี ส่วนผลกระทบต่อผู้ดื่มสุราทางจิตใจ ศรีสมบัติ วานิช และฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) พบว่า การดื่มสุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า กังวล ฟู้งซ่าน ขาดความสุขและมึนงงถ้าดื่มสุราเป็นเวลานาน เมื่อหยุดดื่มจะมีการขาดสุรา คือ หงุดหงิด อยู่ไม่สุข ฝันร้าย ประสาทหลอน และความจำเสื่อม 2) *ผลกระทบต่อครอบครัว* พบว่า ครอบครัวที่มีสมาชิกติดสุราจะมีผลกระทบต่อสมาชิกอื่นในครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากผู้ดื่มสุราบางรายดื่มจนขาดสติ อาจมีพฤติกรรมรุนแรง ไม่สามารถควบคุมได้ ก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาทในครอบครัวเกิดความรุนแรงและหย่าร้าง (Gelder, Mayou, & Comen, 1996) จากการศึกษาเชิงคุณภาพของมูลนิธิเพื่อนหญิง (2546) พบว่าค่าใช้จ่ายในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในครอบครัวผู้ที่ดื่มสุราสูงเฉลี่ยวันละ 100-300 บาท เมื่อพิจารณาจากจำนวนผู้ดื่มสุราขึ้นต่ำจำนวน 13 ล้านคน พบว่าเสียค่าใช้จ่ายถึง 4.68 หมื่นล้านบาทต่อปี บางรายการดื่มสุราทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ต้องออกจากงาน ไม่มีงานทำ ขาดรายได้จนเดือดร้อนครอบครัว ซึ่งส่งผลถึงปัญหาเศรษฐกิจของตนเองและครอบครัว และ 3) *ผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ* สุราทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ เนื่องจากผู้ที่ติดสุราส่วนใหญ่เป็นผู้ชายวัยทำงาน ทำให้ผลผลิตลดลง เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศ และรัฐต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเกี่ยวกับสุราสูงถึง 2,500 ล้านบาทต่อปี (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544) จากสถิติพบว่า ผู้ดื่มสุรามีระดับสุราในเลือดสูงกว่า 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะทำให้จำนวนอุบัติเหตุสูงขึ้น เพราะสุรามีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยจะทำให้การตอบสนองต่อสิ่งเร้าช้าลง การตัดสินใจช้าลง การคาดคะเน

ระยะทางผิดพลาด ประสิทธิภาพการเห็นและการได้ยินลดลงทำให้เกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ ทั้งการจราจรบนท้องถนนและการทำงาน (อิสระ เกียรติวิริยบุญญา, ชาญชัย ชงพานิช, และจันทร์เพ็ญ มุลศรี, 2546) ซึ่งการติดสุรานั้นก็เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายสาเหตุ

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้คนติดสุรามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ปัจจัยทางด้านชีวภาพ คือเรื่องของพันธุกรรมและสารชีวเคมี 2) ปัจจัยทางจิตวิทยาที่พบผู้ติดสุรามักมีบุคลิกภาพแบบพึ่งพิงหรือต่อต้านสังคม มีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม โรคและความเจ็บป่วยทางจิตเวชจึงทำให้เกิดการใช้สุราเพื่อควบคุมตนเอง และ 3) ปัจจัยทางสังคมที่ผู้ติดสุรามีความง่ายในการเข้าถึงสุรา มีการเลียนแบบ ต้องการการยอมรับ เป็นต้น ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยนี้ล้วนเป็นสาเหตุปัจจัยที่ทำให้บุคคลดื่มสุราทั้งสิ้น และหลังจากดื่มสุราไประยะหนึ่ง ผลของสุราจะส่งผลต่อสมองและกระบวนการเรียนรู้ ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเปลี่ยนจนก้าวสู่สถานะเป็นผู้ติดสุรา ซึ่งจะต้องได้รับการบำบัด (พิชัย แสงชาญชัยและคณะ, 2549; กรมสุขภาพจิต, 2551; NIAAA, 2003)

การให้การบำบัดผู้ติดสุรานั้นมีทั้งการบำบัดทางยา และการบำบัดทางจิตสังคม แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการเสริมทักษะให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเองได้ในการคงภาวะการหยุดสุรา (กรมสุขภาพจิต, 2551) ซึ่งการบำบัดดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญยิ่งในทีมการให้การบำบัดทุกรูปแบบ ในด้านการบำบัดทางยา พยาบาลมีบทบาทในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างถูกต้องเหมาะสมทุกขั้นตอนของการบำบัดรักษา เพื่อรักษาอาการขาดสุราและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (สาวิตรี อัยฉนังค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) ส่วนในด้านการบำบัดทางจิตสังคมนั้น มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการกลับดื่มซ้ำให้ได้ระยะยาวนานที่สุด รวมทั้งฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเตรียมพร้อมให้ผู้ติดสุราสามารถจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับเข้าสู่สภาพเดิมในสิ่งแวดล้อมและครอบครัวควบคุมตนเองได้และมีทักษะในการที่จะสามารถคงภาวะการหยุดดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำด้วยการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งจะทำให้ผู้ติดสุราเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือมีแรงจูงใจที่จะลดปริมาณการใช้สุราจนกระทั่งหยุดดื่มสุรา (กรมสุขภาพจิต, 2551) แนวทางการบำบัดทางจิตสังคมที่นำมาใช้กับผู้ติดสุราในประเทศไทยนั้นมีหลากหลาย เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy [CBT]) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement therapy [MET]) จิตบำบัดประคับประคอง กลุ่ม 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation [TSF]) และครอบครัวบำบัด เป็นต้น (สุนทรี ศรีโกไสย, ภัทราภรณ์ ทุ่งคำปิ่น และชาลินี สุวรรณยศ, 2549; กรมสุขภาพจิต, 2551; SIGN, 2003; NIAAA, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในต่างประเทศได้มีการศึกษาเปรียบเทียบวิธีการรักษาที่นิยมใช้บ่อยในประเทศสหรัฐอเมริกา 3 ชนิด คือ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy [CBT]) กลุ่ม 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation [TSF]) และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement therapy [MET]) พบว่าการรักษาทั้ง 3 ชนิดมีประสิทธิภาพในการรักษาไม่แตกต่างกัน (Project MATCH Research Group, 1997; 1998) กล่าวคือ CBT TSF และ MET สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราให้ดื่มสุราลดลงและหยุดดื่มสุราได้ รวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปดื่มสุราซ้ำอีก (Feeney et al., 2001; 2002; 2004; Marques & Formigoni, 2001; Shakeshaft et al., 2002; Ness & Oei, 2005 cited in ศรีวรรณ สรชนานนท์, 2552) แต่ MET มีความคุ้มค่ามากกว่า เนื่องจากใช้เวลาในการรักษาน้อยกว่า และเป็นการรักษาที่ทำการฝึกอบรมได้ง่ายกว่า (Project MATCH Research Group, 1997; 1998; Holder et al., 2000; UKATT, 2005)

ประเทศไทยซึ่งมีลักษณะความเป็นอยู่ สังคม และวัฒนธรรมที่แตกต่างไปจากกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาที่กล่าวมาแล้วนั้น จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมที่นำมาใช้บำบัดผู้ติดสุราในประเทศไทยมีค่อนข้างหลากหลาย เช่น การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) การบำบัดแนวพุทธศาสนา (Buddhism) การบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) เป็นต้น (วิวัฒน์ เสงชัยขยง, อัจฉรา พองคำและนิศานาถ โชคเกิด, 2543; รัตนา สายพานิชย์ และคณะ, 2546; ผกามาศ เกื้อกิจ, 2548; ปราณี ภาณุภาส, ดุษณีย์ ชาญปรีชาและนวลกนก อัมพาผล, 2551; สมควร จุลอักษรและคณะ, 2551) ผลที่ได้ก็เหมือนกันและแตกต่างกันไป และยังมีข้อสรุปที่แน่ชัดว่าวิธีใดที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีกรรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ติดสุราในสังคมไทย ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวชซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการดูแลผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช จึงมีความสนใจที่จะศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ติดสุราในประเทศไทย อันจะช่วยให้ผู้ศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้บำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย ในประเด็นรูปแบบของการบำบัดและประสิทธิภาพของการบำบัดแต่ละรูปแบบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ติดสุราในบริบทของสังคมไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำจำกัดความ

ผู้ติดสุรา หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision [DSM-IV-TR]) (American Psychiatric Association, 2000) หรือใช้การ Code แบบ International classification Diagnostic [ICD 10], 1992) ว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรามากและนานเรื้อรัง จนทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและการทำหน้าที่ในสังคม โดยที่ลักษณะของการเสพติดแสดงออกทางร่างกายที่แสดงถึงความต้องการเพิ่มปริมาณการดื่มสุราเพื่อให้ได้ผลจากฤทธิ์ของสุราหรือมีอาการแสดงของการขาดสุรารายใน 4-12 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม ไม่สามารถลดหรือควบคุมการหยุดดื่มได้ทำให้มีการดื่มอย่างต่อเนื่องทั้งที่ทราบว่ามีปัญหาเกี่ยวข้องกับการดื่ม (APA, 2000; SIGN, 2003; NIAAA, 2005; WHO, 2005)

การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ติดสุรา หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือทางด้านจิตใจและสังคม โดยผู้บำบัดใช้ทักษะในการบำบัดและการเตรียมพร้อมให้ผู้ติดสุรามีความเข้าใจ เกิดความตระหนักในปัญหาของตนเอง สามารถจัดการกับตัวกระตุ้นหรือสถานการณ์เสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับเข้าสู่สภาพเดิมในสิ่งแวดล้อมและครอบครัว การแก้ไขปัญหา การปรับความคิด การเสริมแรง การเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ให้สามารถควบคุมตนเองได้ และมีทักษะในการที่จะสามารถคงภาวะการหยุด/ เลิกดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่องให้นานที่สุดโดยไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำ (กรมสุขภาพจิต, 2551; SIGN, 2003; NIAAA, 2005)

พฤติกรรมการดื่มสุรา หมายถึง การดื่มสุราในปริมาณที่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น สามารถแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม โดยใช้แบบประเมินระดับปัญหาของการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Tests [AUDIT]) (WHO, 2005) แล้วพบ 1) คะแนน 0-7 คะแนน ถือว่ามีพฤติกรรมอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดสุราระดับต่ำ/ ไม่ดื่ม (Low-risk/ Abstinence) 2)

คะแนน 8-15 คะแนน ถือว่ามีพฤติกรรมอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดสุราระดับปานกลาง 3) คะแนน 16-19 คะแนน ถือว่ามีพฤติกรรมอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดสุราระดับสูงหรือดื่มสุราแบบอันตราย (Hazardous/ Harmful) 4) คะแนน 20-40 คะแนน ถือว่ามีพฤติกรรมอยู่ในกลุ่มดื่มสุราแบบติด (Dependence) (กรมสุขภาพจิต, 2551; APA, 2000; SIGN, 2003; NIAAA, 2003; WHO, 2005)

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย โดยประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน (Search for information sources)

1. แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source) แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นทรัพยากรสารสนเทศ (Information Resource) มาจากตำรา วารสารทางการแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาจากวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวด้วยตนเอง และจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) ดังนี้

1.1 สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศไทยจากฐานข้อมูลของห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (Mulinet) ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Lib.car.chula) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Lib.cmu) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น (Lib.kku) ห้องสมุดโรงพยาบาลศรีธัญญา (sty_lib.) ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) (cas.) กรมสุขภาพจิต (dmh.moph) ห้องสมุดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (jvkk.) ศูนย์กลางสารสนเทศงานวิจัยสุขภาพ (hric.) ห้องสมุดโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (ss.) และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย (ThaiLIS)

1.2 สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ โดยค้นคว้าด้วยตนเองจากห้องสมุดของมหาวิทยาลัยต่างๆ ได้แก่ ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต ห้องสมุดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ห้องสมุดโรงพยาบาลศรีธัญญา ห้องสมุดกรมการแพทย์ ห้องสมุดสถาบันรัชฎีรักษ์ ห้องสมุดโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ห้องสมุดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และห้องสมุดงานวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ นอกจากนี้ได้สืบค้นจากบรรณานุกรมท้ายบทของงานวิจัยแต่ละเรื่อง แล้วนำไปค้นหางานวิจัยฉบับเต็มต่อไป

2. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (Key word) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่สนใจ ได้แก่

- ผู้ติดสุรา หรือ ติดสุรา
- ผู้ติดสุรา และ การบำบัดทางจิตสังคม
- ผู้ติดสุรา และ การเสริมสร้างแรงจูงใจ
- ผู้ติดสุรา และ การบำบัดทางความคิด
- ผู้ติดสุรา หรือ การบำบัดผู้ติดสุรา
- ผู้ติดสุรา หรือ โรคพิษสุราเรื้อรัง
- ผู้ติดสุรา และ การบำบัด

3. เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยดังนี้

- 1) รูปแบบของการบำบัด ต้องเป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย
- 2) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาจากการคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ติดสุราในประเทศไทย
- 3) ชนิดหรือประเภทของหลักฐานหรืองานวิจัย พิจารณาจากงานวิจัยเดี่ยวที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Randomized Controlled Trials) และงานวิจัยที่เป็นเชิงทดลอง (Quasi-experimental research) หรือเป็นการประเมินผลการวิจัย
- 4) เป็นงานวิจัยที่สามารถหาฉบับเต็มได้

จากคำสำคัญที่กำหนด สามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลได้ด้วยการอ่านบทคัดย่อและนำชื่อเรื่องงานวิจัยบางส่วนที่มีแต่บทคัดย่อ (Abstract) มาค้นหาฉบับเต็ม (Full text) จากงานวิจัยและวรรณกรรมต่าง ๆ ภายในประเทศไทย เมื่อพิจารณาจากบทคัดย่อแล้วมีเรื่องที่เหมาะสมที่จะนำมารวบรวมจำนวน 105 เรื่อง คัดเรื่องที่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลออก มีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์และมีฉบับเต็มที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้ 40 เรื่อง

2. แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย มีงานวิจัยที่จะนำมาวิเคราะห์และเข้าเกณฑ์ 40 เรื่อง สำหรับแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

1. เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality)

ใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัย ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (Level of evidence) เป็น 4 ระดับ ดังนี้

Level A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น Randomized Controlled Trials (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled trials)

Level B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Randomized Controlled Trials) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม ได้แก่ non- randomized controlled trials, cohort study, case control study

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรืองานวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study)

Level D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (expert consensus)

2. การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data Extraction) ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบทั้ง 40 เรื่องนี้ ได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะดึงออกมาจากงานวิจัยดังนี้

- 2.1 ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (problem/purpose)
- 2.2 แบบการวิจัย (research design)
- 2.3 กลุ่มตัวอย่าง (sample)
- 2.4 สถานที่หรือแหล่งวิจัย (setting)
- 2.5 เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)
- 2.6 วิธีการวิจัยหรือแนวปฏิบัติการพยาบาล (method/intervention)
- 2.7 ผลการวิจัย (finding/result)
- 2.8 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (implication/implementation)

ผลการศึกษา

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานวิชาการ

การศึกษานี้มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้งหมด 40 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพพบว่าเป็นงานวิจัยระดับ A (randomized controlled trials) จำนวน 7 เรื่อง เป็น Quasi experimental research ระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์ จำนวน 22 เรื่อง และระดับ B ที่เป็นการประเมินโครงการหรือติดตามผลการวิจัย จำนวน 11 เรื่อง

2. รูปแบบและองค์ประกอบสำคัญของการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย

การวิเคราะห์ผลการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทยพบว่า จากงานวิจัยทั้ง 40 เรื่อง สามารถสรุปได้เป็น 6 รูปแบบ คือ 1) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) 2) การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) 3) การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs 4) การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) 5) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) และ 6) การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other)

2.1 รูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) มีการศึกษาทั้งหมดจำนวน 10 เรื่อง ใน 40 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยระดับ A 4 เรื่อง (สายรัตน์ นกน้อย และคณะ, 2547; อรัญญา แพทย์ และคณะ, 2548; สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ, 2551; ศิริณา ศรัทธาพิสิฐ และคณะ, 2551) ระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์ 4 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; ดอกกรัก พิทาคำ, 2549; สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ, 2549; ทวี วิสาระพันธ์, 2551) และระดับ B ที่เป็นการประเมินโครงการหรือติดตามผลการวิจัย 2 เรื่อง (สุนันทา ปลั่งกลาง และสุจิตดา สิงคะกุล, 2549; วิมาลา เจริญชัย และคณะ, 2551) สามารถสรุปองค์ประกอบได้ดังนี้

ผู้บำบัด ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมและฝึกทักษะในการให้คำปรึกษา รูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจ (อรัญญา แพทย์และคณะ, 2548; ศิริณา ศรัทธาพิสิฐและคณะ, 2551) เช่น จิตแพทย์ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น (สายรัตน์ นกน้อยและคณะ, 2547; วิมาลา เจริญชัยและคณะ, 2551) หรืออาจเป็นบุคลากรที่มีความสามารถในการปฏิบัติงานกับผู้ติดสุราและครอบครัวของผู้ติดสุราได้ (สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549; สุนันทา ปลั่งกลางและสุจิตดา สิงคะกุล, 2549; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551) หรือเป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผ่านการเรียนภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดในผู้ติดสุรามาแล้วเป็นอย่างดี (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; ดอกกรัก พิทาคำ, 2549; ทวี วิสาระพันธ์

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ติดสุรา ผู้ดื่มสุราระดับผิดปกติหรือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV หรือเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็น alcohol dependence หรือ F 10 - F 10.2 (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; คอกรัก พิทาคำ, 2549; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549; ศิริณา ศรีทธา พิสิฐและคณะ, 2551) ไม่กำหนดเพศ อายุระหว่าง 15-65 ปี มีการหยุดดื่มสุรามาแล้ว และต้องไม่อยู่ในระยะถอนพิษสุราหรือมีคะแนนความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราน้อยกว่า 5 คะแนน

ระยะเวลาในการบำบัด ทำการบำบัดเป็นรายบุคคลจำนวน 2-8 ครั้ง ครั้งละ 15-60 นาที โดยอาจนัดทำการบำบัดทุกสัปดาห์หรือสัปดาห์เว้นสัปดาห์ รวมเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 3-12 สัปดาห์ ซึ่งสามารถปรับให้แตกต่างกันได้ ตามแต่ละหน่วยงาน และความสะดวกเหมาะสมในแต่ละสถานที่ที่จะนำไปใช้ แต่อย่างไรก็ตามในการประเมินผลและติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัดนั้น มักประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดรักษาทันที และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 2, 4, 8, 12, 16 และ 24 สัปดาห์

กิจกรรมการบำบัด เนื้อหาในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีเนื้อหาคล้าย ๆ กันทั้งใน Setting ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย การค้นหาพฤติกรรมติดสุรา, ความรู้เรื่องสุราและผลกระทบจากการติดสุรา, การค้นหาช่องว่างระหว่างเป้าหมายชีวิตกับสิ่งที่อยู่ในปัจจุบัน (develop discrepancy) และแก้ไขอุปสรรคความลังเลใจ และความขัดแย้งภายในตนเอง, การเสริมสร้างแรงจูงใจตามตัวย่อของ FRAMES, การตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ติดสุราพูดข้อความที่จูงใจตนเอง (self-motivational statement [SME]), การกำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะกลางในการลด/เลิกดื่มสุรา, การวิเคราะห์ ประสบการณ์ที่เคยได้รับคำแนะนำที่ควบคุมไม่ได้ Contamination , การวิเคราะห์การเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติดสุรา, และการตระหนักถึงสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มซ้ำ และทักษะป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเลือกใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละงานวิจัยจะมีหลากหลาย ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา และประเด็นความสนใจของผู้วิจัยในงานวิจัยนั้น ๆ อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่เครื่องมือที่นิยมนำมาใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการให้การบำบัดรูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจนั้น มักเป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อคัดเลือกร่วมตัวอย่างก่อนเข้าสู่การบำบัด และเครื่องมือที่ใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมติดสุราของผู้รับบริการก่อนและหลังทำการบำบัด ซึ่งได้แก่ แบบประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A) แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา แบบประเมินการรับรู้และอาการทางสมอง Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) แบบประเมิน

ความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment Function [GAF]) แบบประเมินลักษณะการดื่มสุรา แบบประเมินการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุรา แบบประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) แบบประเมินสภาพจิตใจ (Mental Status examination: MSE) แบบประเมินติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง แบบรายงานการประเมินพฤติกรรมทางสุขภาพ (Personalized Feedback Report [PFR]) และแบบสอบถาม Case Report Form ของโรงพยาบาลสวนปรุง แบบแบบทดสอบความเชื่อมั่นในการเลิกสุรา BSCQ (Brief Situational Confidence Questionnaire) แบบวัดผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ติดสุรา (Drinker Interventory of Consequence-2L [DrInC-2L]) ผลิต Gamma-glutamyl transferase (GGT) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) แบบบันทึกร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) และแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT])

ผลลัพธ์ของการบำบัด มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดื่มสุราไปในทางที่ดีขึ้น คือ ปริมาณการดื่มสุรา ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุรา (percent days abstinent) ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักลดลง มีการหยุดดื่มสุรา (Remission) เพิ่มขึ้น (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; ดอกกรัก พิทักษ์, 2549; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549; สุนันทา ปลั่งกลางและสุจิตดา สิงคะกุล, 2549; วิมาลา เจริญชัยและคณะ, 2551; ทวี วิสาระพันธ์, 2551; ศิริณา ศรทราพิสิฐและคณะ, 2551; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551) ผู้ติดสุรามีความพร้อมในการลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดื่มสุราของตนเอง สามารถพร้อมเข้าสู่ขั้นตอนการรักษามากขึ้น อัตราการออกจากการศึกษา (drop out) ลดลง (อรัญญา แพจุ้ยและคณะ, 2548; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2549; สุนทรี ศรีโกไสยและคณะ, 2551) ซึ่งจากการเลิกดื่มสุราดังกล่าว เป็นผลส่งผลให้ผู้ติดสุรามีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ดับมีการทำหน้าที่ได้ดีขึ้น และสามารถปฏิบัติหน้าที่โดยรวมทั้งเรื่องส่วนตัวและสังคมได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคมดีขึ้น นอกจากนี้ทางด้านจิตใจเมื่อผู้ติดสุราเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้ว ยังส่งผลให้ผู้ติดสุรามีความเชื่อมั่นต่อตนเองเพิ่มขึ้น

2. รูปแบบการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI])

มีการศึกษาทั้งหมด 3 เรื่อง ใน 40 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยระดับ A 1 เรื่อง (วิวัฒน์ เชาวชัยยง และคณะ, 2543) ระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์ 1 เรื่อง (กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551) และระดับ B ที่เป็นการประเมินโครงการหรือติดตามผลการวิจัย 1 เรื่อง (อัจฉรา ฟองคำ และคณะ, 2546) ซึ่งสามารถสรุปองค์ประกอบได้ดังนี้

ผู้บำบัด เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีพื้นฐานและผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น อย่างมีมาตรฐาน (วิวัฒน์ เสงชัยขยงและคณะ, 2543) หรือเป็นพยาบาลวิชาชีพที่กำลังศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผ่านการเรียนภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติทำกลุ่มบำบัดในผู้ติดสุรามาก่อน (กานต์พิชชา แสนนุดดา, 2551) หรือเป็นทั้งผู้ที่ปฏิบัติงานคลินิกสารเสพติดหรือสถานเอนกนามัยในชุมชน โดยไม่ระบุสาขาอาชีพ (อัจฉรา ฟองคำและคณะ, 2546)

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ดื่มสุราในระดับผิดปกติ หรือได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV ว่าเป็นกลุ่ม alcohol disorder หรือได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็น F 10.2 โดยไม่ระบุเพศ มีอายุ 15-65 ปีขึ้นไป มีความตั้งใจในการเลิกสุราอยู่ในระดับสูง ไม่มีอาการทางจิตประสาท และต้องอยู่ในภาวะที่พร้อมในด้านร่างกาย ปราศจากอาการถอนพิษสุรา (วิวัฒน์ เสงชัยขยงและคณะ, 2543; อัจฉรา ฟองคำและคณะ, 2546; กานต์พิชชา แสนนุดดา, 2551)

ระยะเวลาในการบำบัด ทำการบำบัดเป็นรายบุคคลจำนวน 2-4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 15 นาที ห่างกันทุกสัปดาห์หรือสัปดาห์เว้นสัปดาห์ รวมระยะเวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์ แล้วจึงทำการประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และติดตามผลหลังบำบัดครบในเดือนที่ 1-6 หลังสิ้นสุดการบำบัด

กิจกรรมการบำบัด เนื้อหาในการบำบัดแบบสั้นมีเนื้อหาประกอบด้วย การสะท้อนผลการตรวจร่างกาย และผลการคัดกรองระดับการดื่มสุรา, ความรู้เรื่องการดื่มมาตรฐาน และวิธีคำนวณ และการดื่มสุราอย่างปลอดภัย, การสนับสนุนให้เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ต่อการลด/ เลิก (support self-efficacy) และการตั้งเป้าหมายในการเลิกสุรา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรูปแบบการบำบัดแบบสั้น พบว่าส่วนใหญ่นิยมการตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจวัดระดับ GGT ดูการเปลี่ยนแปลงของเอนไซม์ในตับของผู้รับบริการ เพื่อประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด ร่วมกับการใช้แบบประเมินอื่น ๆ ที่สามารถบอกถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้รับบริการได้ เช่น ข้อมูลจากแฟ้มประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่แสดงลักษณะการดื่มสุรา การติดตามสัมภาษณ์เก็บข้อมูลการดื่มสุรา แบบสัมภาษณ์การดื่มสุรา (CAGE) แบบวัดปริมาณการดื่มสุรา แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES-8A]) เป็นต้น

ผลลัพธ์ของการบำบัด มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านพฤติกรรม (อัจฉรา ฟองคำและคณะ, 2546; กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551) และด้านสุขภาพของผู้รับบริการ โดยช่วยให้ผู้รับบริการมีการหยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้น ปริมาณ ความถี่ในการดื่มสุรา และจำนวนครั้งที่ดื่มหนักลดลง (วิวัฒน์ เสงชัยขยงและคณะ, 2543; อัจฉรา ฟองคำและคณะ, 2546) ส่งผลให้ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และมีความต้องการการรักษาต่อ และความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราเป็นไปในทางที่ดี (กานต์พิชชา แสนบุคดา, 2551)

3. การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs

มีการศึกษาทั้งหมด 3 เรื่อง ใน 40 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัย ระดับ B ที่เป็นการประเมินโครงการหรือติดตามผลการวิจัย ทั้งหมด (รัตนา สายพานิชย์ และคณะ, 2546; ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550; นุชนภา ทองสังข์สุข, 2551) ซึ่งสามารถสรุปองค์ประกอบได้ดังนี้

ผู้บำบัด เป็นจิตแพทย์ พยาบาล และนักจิตวิทยาคลินิก รัตนา สายพานิชย์ และคณะ, 2546; ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550) หรือเป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการทำกลุ่มบำบัดโดยตรง (นุชนภา ทองสังข์สุข, 2551)

ผู้รับการบำบัด คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดสุรา ผ่านการบำบัดจนพ้นภาวะถอนพิษสุรามาก่อน และไม่มีการใช้สารเสพติดอื่นร่วมจึงจะสามารถเข้ารับการบำบัดได้ (รัตนา สายพานิชย์ และคณะ, 2546; ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550; นุชนภา ทองสังข์สุข, 2551)

ระยะเวลาในการบำบัด นิยมให้การบำบัดรายกลุ่ม ทั้งหมด 3-10 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมบำบัดทั้งหมด 2-32 ครั้ง หรือตามความเหมาะสมของแต่ละสถานบำบัดที่จะนำมาปรับใช้ให้เข้ากับสถานบำบัดของตน ทำการบำบัดครั้งละ 1-1 ชั่วโมงครั้ง ซึ่งอาจทำติดต่อกันทุกวัน ในแต่ละ 1-2 กิจกรรม หรือนัดห่างกัน 1-2 วัน หรือตามแต่ละแนวทางในการบำบัดของสถานบำบัด ใช้ระยะเวลาบำบัดทั้งสิ้นนาน 1-2 สัปดาห์ หรืออาจนานสุด 4 เดือน จากนั้นจึงจะทำการประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และติดตามผลเมื่อเวลาผ่านไป 1, 4, 8, 12 และ 24 เดือน อย่างไรก็ตามในเรื่องของระยะเวลาในการติดตามผลอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นอยู่กับความสนใจและความต้องการผลลัพธ์ในแต่ละการศึกษางานวิจัยนั้น ๆ

กิจกรรมการบำบัด การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs มีเนื้อหาประกอบด้วยทักษะการเลิกยาในระยะต้น (Early recovery), การป้องกันการกลับไปเสพยา (Relapse prevention), ความรู้เกี่ยวกับสุรา และการดูแลผู้ติดสุรา, การหยุดวงจรการดื่มสุรา, การสวมมณฑิให้

พระ/ ทำสมาธิ เพื่อความสงบสุขและเกิดปัญญา, การตั้งเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต, การสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุรา, การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกและภาวะซึมเศร้า, และการวิเคราะห์หาเหตุผลในการกลับไปดื่มสุรา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมของผู้รับบริการ เช่น แบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายเพื่อติดตามลักษณะการดื่มสุรา แบบประเมินและติดตามผลการรักษา แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment Function [GAF]) เพื่อประเมินความสามารถโดยรวม แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินทางจิตสังคม ได้แก่ แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพื่อวัดระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินและติดตามผลการรักษา

ผลลัพธ์ของการบำบัด การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs เป็นการบำบัดที่ส่งผลดีต่อผู้รับบริการหลายด้าน ทางด้านพฤติกรรมสามารถลดการกลับไปดื่มซ้ำ (Relapse) (รัตน สหายาณิษฐ์และคณะ, 2546; ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, 2550) และการเผลอดื่ม (slip) ลง สามารถเพิ่มการไม่กลับไปดื่มสุรา (clean) ได้ (นุชนภา ทองสังข์สุข, 2551) และทางด้านสุขภาพ การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs สามารถทำให้ผู้รับบริการมีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมได้ดี มีการจัดการสิ่งต่างๆ ในชีวิตประจำวัน และสามารถประกอบอาชีพได้ดีขึ้น นอกจากนี้ทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เมื่อผู้รับบริการสามารถหยุดดื่มสุราได้แล้วและมีความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเองดีขึ้น จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ด้านสถานะทางกฎหมาย และความมีคุณค่าในตนเองดีขึ้น (รัตน สหายาณิษฐ์และคณะ, 2546)

4. รูปแบบการบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)

มีการศึกษาทั้งหมด 1 เรื่อง ใน 40 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์ (ผกามาศ เกื้อกิจ, 2548) ซึ่งสามารถสรุปองค์ประกอบได้ดังนี้

ผู้บำบัด เป็นพยาบาลวิชาชีพ หรือนุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจ และมีความสามารถในการจัดกิจกรรมรูปแบบการบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่เป็นอย่างดี

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ป่วยเสพติดสุราที่อยู่ในระยะบำบัดด้วยยา ไม่มีอาการทางจิตเวช และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย สุขภาพแข็งแรง สามารถให้ข้อมูลอ่านออกและเขียนได้ มีสติสัมปชัญญะครบ และยินดีเข้ารับการบำบัด

ระยะเวลาในการบำบัด ทำการบำบัดแบบกลุ่ม และใช้ระยะเวลาครั้งละ 1 ชั่วโมงต่อ 1 กิจกรรม นาน 1-2 สัปดาห์ ตั้งแต่วันจันทร์ – วันศุกร์ ยกเว้นวันเสาร์และวันอาทิตย์ ทำการบำบัดนาน 9 ชั่วโมง – 4 เดือน และทำการติดตามผลหลังการดำเนินการบำบัดครบ 2 สัปดาห์ จากนั้นจึงติดตามผลต่อเป็นเวลา 1 ปี

กิจกรรมการบำบัด การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายไหม (FAST Model) มีเนื้อหาประกอบด้วย การทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง, การควบคุมตนเองให้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ การสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง และการยอมรับตนเองและมองเห็นคุณค่าของตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้รับบริการ ซึ่งได้แก่ ระยะเวลาในการเสพติดสุรา ลักษณะของการดื่มสุรา ปริมาณที่ดื่มต่อวัน และชนิดของสุราที่ดื่ม ร่วมกับการใช้แบบสอบถามการมีคุณค่าในตนเอง เพื่อประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้รับบริการหลังสิ้นสุดการบำบัด

ผลลัพธ์ของการบำบัด มีผลต่อการเพิ่มการมีคุณค่าในตนเองด้านการมีความสำคัญ และด้านการมีอำนาจของผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการเกิดการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถปรับลักษณะของการดื่มสุรา ปริมาณที่ดื่มต่อวัน ชนิดของสุราที่ดื่มได้ และทำให้ด้านจิตใจของผู้รับบริการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้มีการรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองดีขึ้น และสามารถควบคุมตนเองพร้อมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองให้เป็นไปในทางที่ดีและเหมาะสมได้ในที่สุด

5. รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT])

มีการศึกษาทั้งหมด 9 เรื่อง ใน 40 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยระดับ A จำนวน 1 เรื่อง (ครุณี ภู่อว, 2545) ระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์ จำนวน 4 เรื่อง (นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549; สุราสินี นพัญญู, 2551; กิรติ คำทอง, 2551) และระดับ B ที่เป็นการประเมินโครงการหรือติดตามผลการวิจัย จำนวน 4 เรื่อง (อิสระ เจียวิริยบุญญา และคณะ, 2546; ศิริพร ทองบ่อ และคณะ, 2549; ชาญชัย ชงพานิช, 2550; สุนันทา ปลั่งกลาง และคณะ, 2550) ซึ่งสามารถสรุปองค์ประกอบได้ดังนี้

ผู้บำบัด เป็นพยาบาลที่ผ่านการฝึกทักษะในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) (ครุณี ภู่อว, 2545; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) หรือเป็น

พยาบาลวิชาชีพที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช (สุราสินี นพธัญญะ, 2551) และอาจเป็นได้ทั้งทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติด (อิสระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2546; ศิริพร ทองบ่อและคณะ, 2549; ชานูชัย ชงพานิช, 2550; สุนันทา ปลั่งกลางและคณะ, 2550; กิรติ คำทอง, 2551)

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ หรือเป็นผู้ติดสุรา ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 18 – 65 ปี หรือมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป (อิสระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2546; นิชนันท์ คำล้าน, 2547; นิमित แก้วอาจ, 2549) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Alcohol dependence ตามเกณฑ์ DSM-IV (ดรุณี ภูขาว, 2545; ศิริพร ทองบ่อและคณะ, 2549; ชานูชัย ชงพานิช, 2550; สุนันทา ปลั่งกลางและคณะ, 2550; กิรติ คำทอง, 2551; สุราสินี นพธัญญะ, 2551) และต้องไม่มีโรคทางกาย ไม่มีตาและตัวเหลือง (อิสระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2546) ไม่มีอาการทางจิตและอาการถอนพิษสุรา

ระยะเวลาในการบำบัด ทำการบำบัดได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม จำนวนทั้งหมด 5-15 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมงใน 1-4 สัปดาห์ (อิสระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2546) หรือห่างกันอย่างน้อย 1 วัน รวมทั้งสิ้น 1-4 สัปดาห์ แล้วจึงประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดครบ และติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัดครบในเดือนที่ 1, 2, 3, 6, 9 และ 12 หรือความเหมาะสมของแต่ละสถานบำบัด

กิจกรรมการบำบัด การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) มีเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องสุราและผลกระทบจากการดื่มสุรา, ความคาดหวังในการปรับตัวเรื่องการดื่มสุรา, การตั้งเป้าหมายในการลดหรือเลิกดื่มสุรา, การระบุสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มและการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น, การจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา, การสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลดหรือเลิกดื่มสุรา, การควบคุมพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา, กลยุทธ์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา, ทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และการฝึกเข้าใจการคิด การโต้แย้งความคิดที่ไม่มีเหตุผลให้มีเหตุผล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินที่เกี่ยวกับการประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เพื่อวัดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้รับบริการก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัด ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ส่วนใหญ่ มีดังนี้ แบบสัมภาษณ์เจตคติในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Controlled Drinking Self-Efficacy Scale [CDSSES]) แบบประเมินปัญหาทางความคิด (Mini-International neuropsychiatric Interview [M.I.N.I]) แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test

[AUDIT]) แบบประเมินความบกพร่องในด้านความคิด Mini-MSE แบบสอบถามขั้นบันไดเพื่อประเมินแรงจูงใจในการเลิกสุรา แบบสอบถามการตระหนักรู้ตนเอง แบบประเมินการยอมรับตนเอง แบบสัมภาษณ์ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (Timeline Follow Back Interview [TLFB]) แบบประเมินอาการขาดสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment scale for Alcohol revised [CIWA-Ar]) การชักประวัติและตรวจร่างกาย แบบประเมินแรงจูงใจในการรักษาตามวัฏจักรของการเปลี่ยนแปลง (The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES- 8A]) แบบสัมภาษณ์ทัศนคติที่มีต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (The process of change ใช้ Alcohol [POC-Alcohol]) แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการบำบัด (The Working Alliance Inventory [WAI]) แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจในการบำบัดแบบ BUMICBT (Participant Satisfaction with BUMICBT) แบบสัมภาษณ์แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Motivation for Change Ladder [MCL]) และแบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต (Quality of Life The World Health Organization Quality of life instrument [WHQOL])

ผลลัพธ์ของการบำบัด สามารถทำให้ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นไปในทางที่ดีขึ้น (ดรุณี ภูขาว, 2545) คือ คุณภาพชีวิตที่ดี ปริมาณการดื่มสุราลดลง จำนวนวันที่หยุดดื่ม การหยุดดื่มสุรา (Remission) เพิ่มขึ้น การกลับดื่มซ้ำ และการคงดื่มสุราลดลง (อิสระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2546; ศิริพร ทองบ่อและคณะ, 2549; ชัญชัย ชงพานิช, 2550) ซึ่งนอกเหนือจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีแล้ว ทางด้านจิตใจยังทำให้ผู้รับบริการเกิดความร่วมมือในการบำบัด พึงพอใจในการบำบัด และเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แรงจูงใจในการรักษา ความเชื่อมั่นในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มของตนเองได้อย่างยาวนานขึ้น มีความพึงพอใจในการบำบัดสูงขึ้น ตระหนักรู้ตนเองและมีการยอมรับตนเองเพิ่มมากขึ้นด้วย (ดรุณี ภูขาว, 2545)

6. การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other)

มีการศึกษาทั้งหมด 14 เรื่อง ใน 40 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยระดับ A จำนวน 1 เรื่อง (รุ่งทิพา ใจจา, 2550) ระดับ B ที่เป็นวิทยานิพนธ์ จำนวน 12 เรื่อง (ศรีไพร โพธา, 2547; วรรณญา โสสุยะ, 2550; เพ็ญญา สุตาคำ, 2550; สมพิตร ทราชมุท, 2550; ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; สุพรรณ ไชยวรรณ, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551; วราวรรณ ยศธรรมเสนี, 2551; วรางคณา นุบผา, 2551; ปราณี ภาณุภาส และคณะ, 2551; สมควร จุลอักษร และคณะ, 2551) และระดับ B ที่เป็นการประเมินโครงการหรือติดตามผลการวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547) ซึ่งสามารถสรุปองค์ประกอบได้ดังนี้

ผู้บำบัด เป็นพยาบาลวิชาชีพที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช (ศรีไพร โปธา, 2547; รุ่งทิวา ใจจา, 2550; สมพิตร ทรายสมุทร, 2550; เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; สุพรรณ ไชยวรรณะ, 2551; วรางคณา บุนผา, 2551; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551) มีความสามารถในการเป็นผู้นำกลุ่ม และมีประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547; ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; วรารณ ชยธรรมเสนี, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551; สมควร จุลอักษรและคณะ, 2551) ยกเว้นการบำบัดรูปแบบ Logotherapy และ Buddhism จะต้องเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมมาโดยเฉพาะ (วรัญญา โลสุยะ, 2550; ปราณี ภาณุภาสและคณะ, 2551)

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ติดสุราหรือผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่มีอาการทางจิตทุเลา มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง (เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; วรางคณา บุนผา, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551; สมควร จุลอักษรและคณะ, 2551) หรือมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา (ศรีไพร โปธา, 2547; สุพรรณ ไชยวรรณะ, 2551) และไม่มีอาการถอนพิษสุรา หรืออาจมีอาการถอนพิษสุราเล็กน้อย (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550; วรารณ ชยธรรมเสนี, 2551; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551) ไม่มีอาการสมองเสื่อมและอาการทางจิต เสื่อม (รุ่งทิวา ใจจา, 2550; ปราณี ภาณุภาสและคณะ, 2551) รวมทั้งต้องไม่มีประวัติเป็นโรคจิตเภทมาก่อน ไม่มีพยาธิสภาพทางสมอง มีการรู้คิดปกติ (cognitive) มีความมุ่งหวังในชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ (วรัญญา โลสุยะ, 2550) หรือมีความสำนึกในคุณค่าแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547; สมพิตร ทรายสมุทร, 2550)

ระยะเวลาในการบำบัด ทำการบำบัดได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ในระยะเวลาช่วงสั้นๆ ประมาณ 2 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมการบำบัดประมาณ 5-10 ครั้ง ครั้งละ 30-120 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง แต่แต่ละครั้งบำบัดห่างกัน 1-2 วัน ใช้เวลาบำบัดทั้งสิ้นรวม 2-7 สัปดาห์ (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547; ศรีไพร โปธา, 2547; สมพิตร ทรายสมุทร, 2550; เพ็ญภา สุตาคำ, 2550; รุ่งทิวา ใจจา, 2550; วรางคณา บุนผา, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551; สุพรรณ ไชยวรรณะ, 2551; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551) และอาจมากที่สุดถึง 9 เดือน (ปราณี ภาณุภาสและคณะ, 2551; สมควร จุลอักษรและคณะ, 2551) จากนั้นจึงจะทำการประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีหรือหลังบำบัดครบ 1 สัปดาห์ และติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1, 2 และ 4 สัปดาห์ หรือตามความสนใจ และบริบทของสถานบำบัดนั้น ๆ

กิจกรรมการบำบัด การบำบัดอื่น ๆ (Other) มีเนื้อหาที่คล้ายคลึงกันทั้ง Setting ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย การฝึกเสริมการดื่ม, แนวทางการ

ลด/เลิกแอลกอฮอล์และปัจจัยที่ทำให้สามารถปฏิเสธการดื่มสุรา, การปฏิเสธอารมณ์ ความรู้สึกในการดื่มสุรา, ความรู้เกี่ยวกับสุรา ผลกระทบจากการดื่มสุราและการเลิกดื่มสุรา, การจัดการกับอารมณ์ อารมณ์ พฤติกรรมการดื่มสุรา, การทบทวนเป้าหมายชีวิต, การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุราอย่างต่อเนื่อง, การควบคุมตนเองไม่ให้กลับไปดื่มสุราซ้ำ, ทักษะการแก้ปัญหา, การเสริมสร้างพลังอำนาจให้สามารถค้นพบสถานการณ์จริงของ, จิตวิญญาณ คุณค่าที่ยึดเหนี่ยว หรือเรื่องสัจธรรม ความรู้ตัว และการค้นหาคุณค่า สิ่งยึดเหนี่ยวที่เป็นแรงจูงใจหรือพลังใจ, การเสริมสร้างความเชื่อมั่นและความศรัทธาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง, การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา และการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการดื่มสุราในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเครื่องมือเพื่อทำการประเมินผลลัพธ์ ทั้งทางด้านพฤติกรรม ทางด้านสุขภาพร่างกาย ทางด้านความร่วมมือในการบำบัด และทางด้านจิตสังคม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ความถนัดและความสนใจของผู้วิจัยเป็นหลัก เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการบำบัดกลุ่มนี้ มีดังนี้คือ แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา AUDIT แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา แบบวัดความตั้งใจในการเลิกสุรา แบบประเมินความสามารถในการควบคุมอารมณ์ แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและการดำรงชีวิตประจำวัน แบบประเมินสภาพจิตใจ (Mental Status Examination: MSE) แบบวัดความมุ่งหวังในชีวิต (The Purpose in Life Test) แบบวัดความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction Index A) แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) การใช้บุคคลในการเก็บและรวบรวมข้อมูลพร้อมบันทึกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา แบบประเมินสมรรถภาพของสมอง (Mini Mental State Examination) แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุรา แบบสอบถามทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุรา และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรม A-I-C

ผลลัพธ์ของการบำบัด

โดยปกติในการเลือกใช้การบำบัดแต่ละแบบ ขึ้นอยู่กับความสนใจและความถนัดของผู้วิจัย และบริบทของสถานบำบัด ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้นั้น คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ สามารถทำให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราลดลง (ศรีไพร โพธา, 2547; ปนัดดา ธีระเชื้อ, 2550; เพ็ญญา สุตาคำ, 2550; วรารณ ขศธรรมเสนี, 2551; อ่อนศรี นวนเกตุ, 2551; ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551; วรางคณา บุปผา, 2551; สุพรรณ ไชยวรรณะ, 2551) ระดับการดื่มสุราลดลงอยู่ในระดับที่ปลอดภัยขึ้น ปริมาณสุราที่ใช้ดื่มน้อยลง ระยะเวลาที่หยุดดื่มสุรานานขึ้น ความถี่ในการดื่มน้อยลง (วรัญญา โลสุยะ, 2550) ความตั้งใจในการเลิกสุรา (รุ่งทิพา ใจจา, 2550) ความสามารถในการควบคุมอารมณ์เพิ่มขึ้น (สมควร จุลอักษรและคณะ, 2547; ปราณี ภาณุภาสและคณะ, 2551) ความมุ่งหวังในชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต และความสำนึกในคุณค่าแห่งตนสูงขึ้น (สม

พิตร ทราษสมุทร, 2550) ทศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในลดการดื่มสุรา ทศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในลดการดื่มสุราดีขึ้น (สมควร จุลอักษรและคณะ, 2551)

สรุป จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 40 เรื่องนั้น การบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทยนั้นมีหลากหลาย สามารถจัดรูปแบบได้ 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) 2) การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) 3) การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs 4) การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) 5) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) และ 6) การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) ซึ่งทุกรูปแบบการบำบัดสามารถทำให้ผู้ที่ประสบปัญหาจากการดื่มสุรา หรือผู้ติดสุราในประเทศไทย ควบคุมและปรับพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองได้ดีขึ้น สามารถลดและหยุดดื่มสุราได้ ลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา และสามารถทำให้ผู้ติดสุรามีคุณภาพทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เพียงแต่วิธีการบำบัดในรูปแบบของ BI และ MET นั้น มีวิธีการที่ปฏิบัติได้ง่าย มีขั้นตอนที่ชัดเจน และใช้ระยะเวลาไม่มากในการให้การบำบัด ผู้บำบัดสามารถเรียนรู้และฝึกฝนวิธีการบำบัดได้ง่าย ประหยัดค่าใช้จ่าย ทำได้ง่ายในสถานบริการระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลทั่วไป แตกต่างจากการบำบัดรูปแบบ CBT ที่มีวิธีการค่อนข้างซับซ้อน ผู้บำบัดต้องเชี่ยวชาญ ได้รับการอบรมหรือฝึกหัดเฉพาะมาก่อนจึงจะสามารถให้การบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนการบำบัดโดยรูปแบบ FAST Model และ Matrix Program นั้นถึงแม้จะสามารถทำให้ผู้ติดสุรามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นได้ก็ตาม แต่ยังพบว่าเป็นการบำบัดที่ใช้ระยะเวลาในการบำบัดค่อนข้างนาน มีวิธีการซับซ้อน และยังไม่เป็นที่แพร่หลาย โดยเฉพาะ Matrix Program ในประเทศไทย ที่พบว่ายังมีการบริการและผู้เชี่ยวชาญโดยรูปแบบนี้ค่อนข้างน้อย จึงทำให้มีข้อจำกัดในการนำไปใช้ และสำหรับการบำบัดโดยรูปแบบอื่น ๆ แม้ว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ติดสุราให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีได้ก็ตาม ก็ยังพบว่ามีข้อจำกัดในเรื่องการขาดคู่มือที่มีเนื้อหาชัดเจนในการบำบัดแต่ละรูปแบบ ร่วมกับการศึกษาวิจัยสนับสนุนค่อนข้างน้อย จึงอาจทำให้เป็นข้อจำกัดในการนำมาประยุกต์ใช้ได้

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการปฏิบัติการพยาบาล

สำหรับทางการพยาบาล จากการสังเคราะห์ผลการศึกษากการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทยพบว่า เป็นรูปแบบของการบำบัดทางจิตสังคมที่

พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ได้ มีรูปแบบการบำบัดอยู่ 6 กลุ่ม ซึ่งการที่จะเลือกนำมาปฏิบัติและนำไปใช้กับผู้ติดสุรานั้นควรเป็นแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย เหมาะสมกับบริบทของสถานบำบัดและลักษณะของผู้ติดสุรา ผู้ให้การบำบัดมีความถนัดและเข้าใจอย่างลึกซึ้งในการบำบัดรูปแบบนั้น ๆ จึงจะสามารถนำรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมไปใช้กับผู้ติดสุราในประเทศไทยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา หรือมีพฤติกรรมติดสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมดพบว่า การบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทย ช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งจากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมดพบมีหลากหลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบก็มีกิจกรรมการบำบัดผลลัพธ์ที่คล้ายและแตกต่างกัน ดังนั้นการนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องเลือกให้เหมาะสมกับบริบทของสถาบันและคุณสมบัติของผู้บำบัด ดังนี้

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) พบว่าเป็นการบำบัดทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราที่มีรูปแบบที่เป็นมาตรฐานชัดเจนใช้ได้ทั้ง Setting ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในชุมชน ให้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพในผู้ดื่มสุรากลุ่มที่มีลักษณะดื่มแบบผัดปกดิจนถึงขั้นติดสุรา สามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้นานประมาณ 3-4 เดือน รวมถึงช่วยลดการกลับไปดื่มสุราซ้ำและทำให้ผู้รับบริการมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น ส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลกับสังคม ตลอดจนทางด้านจิตใจของผู้รับบริการ ยังสามารถทำให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะนำพาตนเอง หรือปรับปรุงตนเองให้มีพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมเป็นไปในทางที่ดีและเหมาะสมได้ ดังนั้นจึงเป็นทางเลือกหนึ่งของพยาบาลจิตเวชทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนที่จะนำไปใช้ อย่างไรก็ตาม ผู้บำบัดต้องได้รับการฝึกอบรมและมีประสบการณ์ในการบำบัดด้วยวิธีนี้

การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention [BI]) เป็นการบำบัดที่ใช้ระยะเวลาสั้นและปฏิบัติได้ง่าย มีรูปแบบที่ชัดเจน ประหยัดค่าใช้จ่าย ให้ผลลัพธ์กับผู้ดื่มสุรากลุ่มที่มีลักษณะดื่มแบบเสี่ยงสูงและแบบอันตราย ทำให้ผู้รับบริการเกิดความตระหนักถึงผลที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราของตน สามารถสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตั้งเป้าหมายของตนเองเพื่อลด ละ หรือเลิกดื่มสุราได้ มีขั้นตอนการปฏิบัติไม่ยุ่งยาก ผู้บำบัดสามารถนำไปใช้ได้หากได้รับการอบรมและมีความรู้ ความเข้าใจ ในการประเมินแรงจูงใจของผู้รับบริการ และตอบสนองผู้ป่วยให้สอดคล้องกับขั้นตอนหรือระดับแรงจูงใจนั้น ๆ ดังนั้น จึงเป็นการง่ายที่พยาบาลจิตเวชหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ในชุมชนจะนำการบำบัดแบบ BI ไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกัน หรือกระตุ้นเพื่อให้ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา หรือผู้ติดสุรา มีการปรับพฤติกรรมการดื่มที่เหมาะสมกับตนเองต่อไป

การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs เป็นการบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนแนวคิดพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ติดสุรา ให้ผลลัพธ์กับกลุ่มผู้ดื่มสุราลักษณะ ดื่มแบบติด ใช้เวลาในการบำบัดประมาณ 2 สัปดาห์ สามารถทำให้ผู้รับบริการเกิดความคิด และมีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเสพสุรา จนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่กลับไปดื่มสุรา และลดการกลับไปดื่มสุราซ้ำลง ทำให้ผู้ติดสุรามีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม และมีความคุณภาพชีวิตทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมดีขึ้น การบำบัดมีประสิทธิภาพจากการติดตามและ กระตุ้นการบำบัดซ้ำทั้งในระยะ 6, 12 และ 24 เดือน มีขั้นตอนการบำบัดที่ชัดเจน ใช้เวลาในการบำบัดไม่นาน ซึ่งการบำบัดรูปแบบนี้พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ให้การบำบัดได้ จึงสามารถนำไปใช้ช่วยเหลือผู้รับบริการ เพื่อลด ละ เลิกพฤติกรรมการดื่มสุรา อย่างไรก็ตามการบำบัดรูปแบบ Matrix Programs เนื่องจากเป็นการบำบัดผู้ติดสุราที่ประยุกต์มาจากการบำบัดผู้ติดสารเสพติด ปัจจุบันยังมีการศึกษาวิจัยในผู้ติดสุราก่อนข้างน้อย พบได้ตามแหล่งการรักษาในระดับสถาบันเท่านั้น อีกทั้งยังไม่เป็นที่แพร่หลาย จึงทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปใช้บำบัดผู้ติดสุราในประเทศไทย

การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) เป็นการบำบัดแบบเข้มข้นในกลุ่มผู้ดื่มสุราแบบติด โดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวเข้ามามีบทบาทสำคัญ ใช้ได้ทั้ง Setting ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในชุมชน สามารถทำให้ผู้รับบริการมีคุณค่าในตนเอง และส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป ทำให้ผู้รับบริการเกิดการปรับลักษณะของการดื่มสุรา ปริมาณที่ดื่มต่อวัน ชนิดของสุราที่ดื่มได้ แต่เป็นการบำบัดที่ใช้ระยะเวลาค่อนข้างนานประมาณ 4 เดือน ผู้เข้ารับการบำบัดแบบนี้อาจยินดีเข้าร่วมรับบริการ และได้รับความร่วมมือจากญาติ จึงจะเกิดประสิทธิผลสูงสุด

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]) เป็นการบำบัดที่มีรูปแบบชัดเจน ให้การบำบัดแบบองค์รวมครอบคลุมกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ มีการฝึกทักษะทั้งด้านความคิดและทักษะทางพฤติกรรม เน้นปัญหาปัจจุบันของผู้รับบริการ ให้ผลลัพธ์เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำในกลุ่มผู้ดื่มสุราที่มีลักษณะดื่มแบบติด ช่วยทำให้ผู้รับบริการตระหนักถึงสถานการณ์หรือตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่มสุรา มีทักษะในการตระหนักรู้ แก้อาสาและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง เข้าใจสาเหตุการดื่มสุราของตนเอง และปรับพฤติกรรมการดื่มสุราให้เป็นไปอย่างเหมาะสม และรวมถึงการมีสุขภาพที่แข็งแรงขึ้น ส่งผลให้มีการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดเป็นผลดีต่อจิตใจและสัมพันธภาพทางสังคมของผู้รับบริการเอง แต่เนื่องจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นวิธีการบำบัดที่มีวิธีการค่อนข้างซับซ้อน ผู้บำบัดต้องได้รับการฝึกอบรมวิธีการบำบัดจากผู้เชี่ยวชาญ และฝึกฝนจนเชี่ยวชาญ

จึงเป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่งในการนำรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในการบำบัดผู้ติดสุราในประเทศไทย

การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (Other) พบมีการบำบัดหลายรูปแบบที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราลงได้ ทำให้ผู้ติดสุราสามารถปฏิบัติหน้าที่โดยรวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ผลลัพธ์กับผู้ดื่มสุราที่มีลักษณะการดื่มแบบเสี่ยงปานกลาง แบบอันตราย และดื่มจนถึงขั้นติดสุรา การเลือกนำรูปแบบการบำบัดไปใช้ขึ้นอยู่กับความสนใจและความถนัดของผู้บำบัด และลักษณะของสถานบำบัด ซึ่งอาจนำไปใช้ได้อย่างหลากหลายขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มผู้ดื่มสุรานั้น ๆ เป็นหลัก พยาบาลสามารถให้การบำบัดได้โดยไม่จำกัดเฉพาะบุคลากรที่ได้รับการอบรมหรือฝึกฝนเฉพาะ เพียงแต่มีความสนใจและมีความรู้ ความเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับการบำบัดรูปแบบนั้น ก็สามารถนำรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้รับบริการไปใช้ปฏิบัติเพื่อลดพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ติดสุราในประเทศไทยได้

ถึงแม้ว่าผลจากการสังเคราะห์งานวิจัยที่ได้ทั้ง 40 เรื่อง นี้ได้สรุปผลถึงประสิทธิภาพของการบำบัดทั้ง 6 รูปแบบ ว่าเป็นรูปแบบของการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยลดจำนวนการดื่มสุราได้อย่างมีนัยสำคัญในการศึกษาวิจัยแต่ละรูปแบบ โดยมากเป็นการศึกษาวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ จึงทำให้เกิดข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามผล มีระยะเวลาค่อนข้างน้อย คือ ใช้ระยะเวลาในการติดตามผลเพียง 2 สัปดาห์ ดังนั้นการนำไปใช้ควรที่จะติดตามประเมินผลการบำบัดให้ยาวนาน เพื่อประเมินความคงทนผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด อย่างไรก็ตามในการเลือกรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมผู้ติดสุราที่จะนำมาใช้บำบัดนั้นขึ้นอยู่กับกลุ่มเป้าหมายว่ามีการติดสุราอยู่ระดับใด รวมทั้งขึ้นอยู่กับความสนใจ ความถนัด และบริบทของการบำบัดแต่ละสถานที่ จึงจะให้การบำบัดผู้ติดสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการวิจัย

1) ควรมีการศึกษาสมรรถนะของพยาบาล ในการบำบัดทางจิตสังคมผู้ติดสุรา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน สร้างความเข้าใจในการเสริมสร้างองค์ความรู้ในการปฏิบัติให้ชัดเจน และนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ติดสุราในประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2) เนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่นำมาทำการสังเคราะห์ครั้งนี้ มีรูปแบบของงานวิจัยระดับ RCT ค่อนข้างน้อย ดังนั้นจึงควรที่จะมีการทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมโดยใช้รูปแบบ RCT

3) ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดรูปแบบ Matrix Program ในผู้ติดสุราเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผลดี พยาบาลสามารถปฏิบัติได้

ประยุคต์มาจากการบำบัดผู้ติดสารเสพติด แต่ยังมีการศึกษาในผู้ติดสุราค่อนข้างน้อย จึงทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปปฏิบัติจริง

4) ในการศึกษาการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ติดสุรานั้น ควรมีการประเมินสภาพร่างกาย สภาพจิต และประเมินการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 12 24 เดือน ซึ่งอาจติดตามโดยการนัดมาพบกับผู้บำบัด การใช้จดหมาย การติดตามทางโทรศัพท์ หรืออาจมีการพิจารณาให้การบำบัดซ้ำในช่วงติดตามประเมินนี้



A SYNTHESIS OF RESEARCH ON PSYCHOSOCIAL INTERVENTION FOR ALCOHOL DEPENDENCE IN THAILAND

KITTIMAPORN PROMMALUN 5036193 RAMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D.(NURSING), NOPPAWAN PEASUEA, Ph.D.(NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

At present, alcohol dependence is a major problem that has continued to increase in its severity. This may be because alcohol has been widely and popularly consumed for a long period of time, and because some groups of drinkers believe that alcohol is rejuvenation that lifts the drinkers' spirit, puts them in a good mood, and helps them relieve their stress from problems in their everyday life (Pannapa Kittiratpaiboon, B.E. 2547). In addition to stimulating the mind of the drinkers, alcohol is also used to celebrate different occasions in Thai society such as wedding, ordination, etc. Problems caused by alcohol drinking are considered important problems, and as alcohol is a legal and acceptable kind of addictive substance in the Thai society, which believes that alcohol drinking is a common occurrence, it has been found that the number of persons with alcohol dependence has continued to increase every year. According to the World Health Organization (WHO, 2005), Thai people consume 7.1 liters of alcohol per person per year in 2000, and this increased to 8.47 liters per person per year in 2004, ranking the 40th in the world when it comes to overall alcohol consumption and the fifth when it comes to consumption of whiskey (Bundit Sornpaisal et al., B.E. 2550). A survey conducted by the Office of National Statistics has shown that in 2004 approximately 18.61 million Thai people drank

alcohol, accounting for 35.5% of the total population aged 11 years and older. People in the working group aged 25 to 44 years make up the largest group of drinkers, followed by youths aged between 11 and 19 years. When considering the total population of the country, it has been discovered that one in five males and one in ten females are dependent on alcohol. In general, alcohol drinking is harmful, and it is also one of the major causes of mortality and hospitalization. A report on the alcohol situation in 2008 (Bundit Sornpaisal et al., B.E. 2551) has revealed that the prevalence of alcohol drinking in a period of 11 years was equal to 31.5% in 1996, which rose to 32.6% and 32.7% in 2001 and 2004, respectively, before dropping to 31.5% in 2006 and 2007. The decline in alcohol consumption may have resulted from an effort to control problems of alcohol consumption which has been in place since 2002. However, it is worth noting that even though the overall rate of alcohol consumption has reduced to be equal to the rate in 2006, the number of habitual drinkers has remained the same.

According to a survey carried out by the World Health Organization (WHO, 2005), alcohol consumption is the fourth leading cause of morbidity and disability all over the world. Pichai Sangcharnchai et al. (B.E. 2549) point out that 65% of those who died because of alcohol consumption died before the age of 60. There are numerous effects of alcohol consumption. The drinkers may suffer from cirrhosis, neurological and cerebral diseases, cancer, hypertension, and hemorrhage in the gastrointestinal tract. In addition, alcohol consumption can lead to mental health problems including anxiety, insomnia, and delusion, which may makes the drinkers harmful to not only themselves but also others. When this happens, the family of the drinkers will be adversely affected. In particular, if the persons who are alcohol dependent are males who are leaders of the family, the family will suffer even more. Michael, Denis, Richard, and Phillip (1996, cited in Tawee Visarapan, B.E. 2551) have reported that when a family member is severely addicted to alcohol, the family relationship will be affected as the person will be less responsible for his or her own roles in the family, and this can lead to conflicts or violence with the spouse or children. As a result, the spouse may suffer from anxiety, depression, and social isolation, and the couple may have to be divorced. Furthermore, violence in the family may put the children at risk of developing abnormal emotional status and

antisocial behaviors. When there is a lack of warmth and happiness in the family, and when the children develop behavioral problems, society and the country will then be negatively affected. Problems with manpower may arise as some jobs require workers with special skills, so if the persons have become addicted to alcohol, a loss of valuable human resources will take place. Thus, the economic regression may arise, and the government will have to pay for treatment of alcohol dependence. Moreover, society will lack peace and happiness, and more social problems caused by crime and accidents will take place. This is because individuals who are dependent on alcohol will not be able to work with efficiency or may not be able to work at all. When they are unable to earn money to buy alcohol, they may turn to negative means such as stealing or robbing other people, hence disruption of peace and happiness on the overall society.

As previously discussed, the increase in the number of alcohol drinkers and a young age in which drinkers start drinking may easily lead to problems with alcohol dependence. Most importantly, most of the individuals who are alcohol dependent tend to think that they are not dependent on alcohol because they do not have to drink everyday or they do not drink until they become drunk and are still able to work. For this reasons, these individuals tend to seek healthcare services for other reasons related to alcohol. After they have passed the withdrawal period and undergone initial psychosocial therapy, they may be able to stop drinking or reduce the amount of alcohol consumption to a certain extent. However, after that, they are likely to experience relapses and resume their drinking habits and cause further problems. A survey conducted by the Office of the Alcohol Beverage (B.E. 2549) has shown that after undergoing therapy, 75% of the patients resumed their drinking habits. The causes of relapses include individual factors such as personality problems, deviated behaviors, and lack of mental strength, so they experience craving that makes them resume the habit. Some drinkers may suffer from irritability, listlessness, anxiety, faster heart rate, insomnia, and depression, while others may experience delusion that causes them great suffering (Pichai Sangcharnchai et al., B.E. 2549). It is also possible that some drinkers lack motive to stop drinking (Kagan & Havemann, 1968), or they may lack skills to cope with different risky situations such as hanging out with friends who are active drinkers or hearing a seller or drinker talk about alcohol. Other

drinkers may find themselves being tempted after being in a place where alcohol is sold and drunk such as a pub or a nightclub, or being in a situation which is similar to the situation in which they used to drink alcohol in the past, so they are unable to refrain from drinking (Robins, Helzer, & Davis, 1975). Therefore, if individuals who have undergone a therapy are not prepared to cope with different situations in their daily life, they may resume their drinking habits. In addition, social support is important to enable individuals to stay away from alcohol consumption, especially social support from the family or spouse. This may be the most important factor to prevent individuals from resuming their drinking habits because when individuals have someone who share spiritual and emotional attachment with them, who are willing to listen to their problems, and who have sympathy and compassion for them, they will be enabled to develop mental strength and stability, hence the ability to continue living in society without being dependent on alcohol. On the other hand, if these individuals lack support from their family, society, or healthcare team members, they may drink alcohol more and eventually become alcohol dependent (Umaporn Trangkasombat, B.E. 2544).

Therapy for alcohol dependence consists of pharmacological therapy to enable patients to control their drinking or to stop drinking, as well as to treat symptoms of alcohol withdrawal. Psychosocial therapy for alcohol dependence is a form of therapy that can be divided into cognitive behavioral therapy (CBT), motivational enhancement therapy (MET), twelve steps facilitation (TSF), and family therapy, etc. (Soontharee Srikosai, B.E. 2549; Department of Mental Health, B.E. 2551; SIGN, 2003; NIAAA, 2005).

The three most commonly used types of therapy in the United States are cognitive behavioral therapy (CBT), motivational enhancement therapy (MET), and twelve steps facilitation (TSF), and study findings have suggested that all three types of therapy are equally effective (Project MATCH Research Group, 1997; Project MATCH Research Group, 1998). That is, CBT, MET, and TSF are able to change drinking behaviors of individuals. In other words, CBT, MET, and TSF can make individuals reduce the amount of alcohol consumption, quit drinking, and prevent relapses (Feeney et al., 2001; Feeney et al., 2002; Feeney et al., 2004; Marques & Formigoni, 2001; Ness & Oei, 2005; Shakeshaft et al., 2002, cited in Sriwan

Sorachananon, B.E. 2552). However, MET is more cost-effective than the other types of therapy as it takes a shorter time to implement, and it is also a type of therapy that can be easily trained (Project MATCH Research Group, 1997; Project MATCH Research Group, 1998; Holder et al., 2000; UKATT, 2005).

As for Thailand, different forms of psychosocial therapy have been used to treat alcohol dependence such as brief intervention (BI), matrix programs, FAST model, Buddhism therapy, community participation therapy, etc. (Vivat Chawengchaiyong et al., B.E. 2543; Rattana Saipanich et al., B.E. 2546; Pakamas Kuakij, B.E. 2548; Pranee Panupas et al., B.E. 2551; Somkuan Julaksorn et al., B.E. 2551). However, a review of literature has shown that there is no compilation, analysis, and synthesis of research on psychosocial therapy for alcohol dependence in Thailand.

The researcher, a psychiatric nurse directly responsible for promotion and prevention of alcohol problems, was interested in reviewing, analyzing, and synthesizing research on psychosocial therapy for alcohol dependence in Thailand. It was anticipated that the findings of the study can be used to provide therapy to more effectively adjust alcohol drinking behaviors of patients.

Objective of the Study

To synthesize research on psychosocial therapy for alcohol dependence in Thailand, especially the characteristics and efficacy of each type of therapy.

Expected Outcomes and Benefits

The findings of this study will lead to a new body of knowledge that can be beneficially implemented to more effectively provide psychosocial therapy for alcohol dependence in Thailand.

Definition of Terms

Alcohol dependent refers to individuals who have been diagnosed based on the criteria of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition (DSM-IV) or the International Classification Diagnostic (ICD-10) as persons with

chronic and heavy drinking that affects their physical health, mental health, economic status, and social functioning. The dependence is characterized by physical expressions indicating the needs for an increase in the amount of alcohol intake to maintain the effects of alcohol or appearance of withdrawal symptoms within four to 12 hours after stopping drinking. Also, they are unable to reduce the amount of alcohol intake or completely stop drinking, so they have to continue drinking even though they are well aware that there are problems with their drinking (American Psychiatric Association, 1994; Cook, 1998; NIAAA, 2003; World Health Organization, 2005).

Psychosocial therapy for alcohol dependence refers to the process which offers psychological and social assistance to individuals who are dependent on alcohol. The therapists use the skills to prepare alcohol dependent patients to develop understanding and awareness of their own problems and enable them to cope with arousals or risky situations that may cause relapses after they have returned to their family and old environment. They also enable alcohol dependent patients to solve problems, adjust their thinking, adopt reinforcement, learn new self-control behaviors, and practice skills that will help them stop drinking alcohol completely or refrain from drinking for as long as possible (Department of Mental Health, B.E. 2551; SIGN, 2003; NIAAA, 2005).

Drinking behavior refers to the amount of drinking can cause and their impact on others. Can be divided into 4 groups by using an assessment level of problem drinking (Alcohol Use Disorder Identification Tests [AUDIT]) (WHO, 2005) was found 1), 0-7 score in behavioral scores are considered to be high-risk groups. low alcohol / not drinking (Low-risk / Abstinence) 2) Points Points 8-15 are considered at risk behavior among the alcoholic medium 3) is considered a behavior score 16-19 score in the risk of contact. high spirits or drinking a hazardous (Hazardous / Harmful) 4) score is considered a 20-40 score in the group drinking behavior built (Dependence) (Department of Mental Health, 2551; APA, 2000; SIGN, 2003; NIAAA, 2003; WHO, 2005).

Research Methodology

The present study aimed at analyzing and synthesizing research studies related to psychosocial therapy for alcohol dependence in Thailand. The steps involved in the study are as follows (Polit and Hungler, 2004):

1. Compilation of research studies and research-based evidence for a review

1.1 The information resources used in this study were academic texts, nursing journals, and journals in related fields which were selected from the following databases:

1.1.1 Academic reports and research-based evidence published in Thailand were searched for from the databases of the libraries of Mahidol University (Mulinet), Chulalongkorn University (Lib.car.chula), Chiang Mai University (Lib.cmu), Khon Kaen University (Lib.kku), Srithanya Hospital (sty_lib.), Center for Alcohol Studies (cas.), Department of Mental Health (dmh.moph), Khon Kaen Rajanagrindra Psychiatric Hospital (jvkk.), Health Research Information Center (hric.), Suan Sranrom Hospital (ss.), and Thai Thesis Database (ThaiLis).

1.1.2 Academic reports and research-based evidence published in Thailand were also searched manually from the library of Mahidol University, Department of Mental Health, Thammasat University, Srithanya Hospital, Department of Medicine, Thanyarak Institute, Phra Mongkutklao Hospital, Somdet Chaopraya Institute of Psychology, and Office of National Research. In addition, a search was conducted with the bibliography of each research report, and a full report was subsequently searched.

1.2 The keywords used in the search were as follows:

- alcohol dependence or alcohol dependent
- alcohol dependence and psychosocial therapy
- alcohol dependence and reinforcement
- alcohol dependence and cognitive therapy
- alcohol dependence or alcohol dependence therapy
- alcohol dependence or alcoholism
- alcohol dependence and therapy

1.3 The selection criteria of related research were as follows:

1.3.1 The studies had to be related to psychosocial therapy for alcohol dependence in Thailand.

1.3.2 The study sample had to be patients with alcohol dependence who lived in Thailand.

1.3.3 They had to be experimental studies, quasi-experimental studies, or descriptive research studies.

1.3.4 The full text of the research had to be available.

Based on the specified keywords, a total of 1,297 research studies were selected from related databases. However, after considering the research titles and abstracts and after excluding the research that appeared in more than one database, the total number of research studies that met the selection criteria with the full text available for evaluation was reduced to 40.

2. Guidelines in analyzing and synthesizing the research and academic evidence

2.1 The evaluation of research quality was conducted based on the criteria of the Royal College of Physicians of Thailand (B.E. 2544) which divide the levels of evidence into the following four levels:

Level A refers to evidence derived from a meta-analysis of randomized controlled trials (RCT) or a single experimental research study with randomized controlled trials.

Level B refers to evidence derived from a meta-analysis of at least one experimental research study with randomized controlled trials or evidence derived from carefully designed research studies including non-randomized controlled trials, cohort studies, or case-control studies.

Level C refers to evidence derived from correlational research or descriptive research.

Level D refers to evidence derived from expert consensus.

2.2 As for data extraction, in the present systematic review of 40 research studies, the scope of the data to be extracted was as follows:

- 1) Research problems/purposes
- 2) Research design
- 3) Sample

- 4) Research setting
- 5) Instruments and data collection
- 6) Methods/interventions
- 7) Findings/results
- 8) Implications/implementations

Findings

1. Quality and sufficiency of research and academic evidence

In this study, 40 research studies were analyzed and synthesized. Of these, seven were randomized controlled trials categorized under Level A, 22 were quasi-experimental studies categorized under Level B, and 11 were assessment or follow-up research studies categorized under Level B.

2. Types and components of psychosocial therapy for alcohol dependence in Thailand

An analysis of the 40 research studies on psychosocial therapy for alcohol dependence in Thailand revealed that the types of psychosocial therapy could be categorized into six types: 1) motivational enhancement therapy (MET), 2) brief intervention (BI), 3) matrix programs, 4) FAST model, 5) cognitive-behavioral therapy (CBT), and 6) others.

2.1 Motivational Enhancement Therapy (MET)

There were ten studies from the total of 40 selected studies that were related to motivational enhancement therapy. Of these, four were categorized under Level A (Sairat Noknoi et al., B.E. 2547; Aranya Paejui et al., B.E. 2548; Soontaree Srikosai et al., B.E. 2551; Sirina Sathapisit et al., B.E. 2551), four were categorized under Level B (Soontaree Srikosai, B.E. 2548; Dokrak Pitakam, B.E. 2549; Soontaree Srikosai et al., B.E. 2549; Tawee Visarapan, B.E. 2551), and two were categorized under Level C (Sunanta Plangklang and Sujitta Singkakul, B.E. 2549; Vimala Charoenchai et al., B.E. 2551). The components of motivational enhancement therapy could be summarized as follows:

Therapists: The therapists in these studies were those who had undergone training and skill practices to carry out motivational enhancement therapy (Aranya Paejui et al., B.E. 2548; Sirina Sathapisit et al., B.E. 2551) such as

psychiatrists, physicians, nurses, and public health officials (Sairat Noknoi et al., B.E. 2547; Vimala Charoenchai et al., B.E. 2551). Otherwise, they could be personnel who were able to work with patients with alcohol dependence and their family (Soontaree Srikosai et al., B.E. 2549; Sunanta Plangklang and Sujitta Singkakul, B.E. 2549; Soontaree Srikosai et al., B.E. 2551), or graduate students in the field of psychiatric nursing who had undergone theoretical and practical training and had accumulated experience in conducting motivational enhancement therapy (Soontaree Srikosai et al., B.E. 2548; Dokrak Pitakam, B.E. 2549; Tawee Visarapan, B.E. 2551).

Clients: The clients who received motivational enhancement therapy were patients with alcoholism, patients who drank alcohol at an abnormally high quantity, or patients who had been diagnosed with alcohol dependence or F10 – F10.2 based on the criteria DSM-IV or ICD-10 (Soontaree Srikosai et al., B.E. 2548; Dokrak Pitakam, B.E. 2549; Soontaree Srikosai et al., B.E. 2549; Sirina Sathapisit et al., B.E. 2551). They could be of any gender, were between 15 and 65 years of age, and had quit drinking alcohol. More importantly, they were not in the withdrawal period, or had the scores of severity of alcohol withdrawal lower than five points.

Duration of therapy: The therapy was given on an individual basis two to eight times, each lasting 15 to 60 minutes. The therapy sessions could take place every week or every other week, totaling three to 12 weeks, which could vary depending on the policy of the hospital or convenience in terms of availability of the settings. However, the evaluation and follow-up were usually conducted immediately after the therapy was completed and at weeks 2, 4, 8, 12, 16, and 24 after the completion of the therapy sessions.

Therapy activities: The contents of the motivational enhancement therapy were rather similar regardless of the settings where the therapy sessions were organized—outpatient departments, inpatient departments, or in the community. The activities included searching for alcohol drinking activities; disseminating knowledge of alcohol and effects of alcohol drinking; developing discrepancy, overcoming obstacles with hesitance, and internal conflicts; enhancing motivation based on the abbreviation FRAMES; asking questions for self-motivational statements (SME); setting short-term and middle goals to reduce/stop drinking; analyzing experiences with contamination; analyzing behavioral changes in drinking

cessation; raising awareness of situations leading to relapses; and skill-practicing to prevent relapses.

Data collection instruments: The instruments used in these selected studies varied depending on study objectives and issues under study of the researchers. However, the instruments which were popularly used to collect data regarding motivational enhancement therapy could be divided into sample selection instruments and instruments to evaluate drinking behaviors of the clients before and after the therapy including the readiness for change and need for treatment scale (SOCRATES-8A), alcohol withdrawal symptoms scale Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), Global Assessment Function Scale (GAF), alcohol drinking scale, practice of alcohol drinking cessation scale, stage of change scale, mental status examination scale (MSE), Suanprung Hospital follow-up of treatment of alcohol dependence scale, personalized feedback report (PFR) and case report form of Suanprung Hospital, brief situational confidence questionnaire (BSCQ), drinker inventory of consequence-2L (DrInC-2L), Gamma-glutamyl transferase (GGT), percent heavy drinking days form, percent days abstinent form, and alcohol use disorders identification test (AUDIT).

Therapy outcomes: The patients had positive changes when it came to alcohol drinking. As regards amount of alcohol drinking, the percent days abstinent increased, percent heavy drinking days decreased, and remission increased (Soontaree Srikosai, B.E. 2548; Dokrak Pitakam, B.E. 2549; Soontaree Srikosai et al., B.E. 2549; Sunanta Plangklang and Sujitta Singkakul, B.E. 2549; Vimala Charoenchai et al., B.E. 2551; Tawee Visarapan, B.E. 2551; Sirina Sathapisit et al., B.E. 2551; Soontaree Srikosai et al., B.E. 2551). In addition, patients with alcohol dependence were able to adjust their drinking behaviors and to become more ready to enter the treatment processes. The drop out rated decreased as well (Aranya Paejui et al., B.E. 2548; Soontaree Srikosai et al., B.E. 2549; Soontaree Srikosai et al., B.E. 2551). Cessation of alcohol drinking enabled patients with alcohol dependence to improve their health, their liver functions improved, and they were able to appropriately fulfill their personal and social duties and responsibilities, hence better interpersonal and social relationships. As regards their psychological condition, not only were the

patients with alcohol dependence motivated to have behavioral adjustments, but they also had more self-confidence.

2.2 Brief Intervention (BI)

There were altogether three studies on brief intervention out of the total 40 selected studies. Of these, one was a research study categorized under Level A (Vivat Chawengchaiyong et al., B.E. 2543), one was categorized under Level B (Kanpitcha Sanbudda, B.E. 2551), and 1 were assessment or follow-up research studies categorized under Level B. (Achara Fongkam et al., B.E. 2546), which could be summarized as follows:

Therapists: The therapists were professional nurses who had basic knowledge and had undergone training on provision of brief intervention (Vivat Chawengchaiyong et al., B.E. 2543), professional nurses who were pursuing their master's degree in psychiatric nursing and had experience in both theoretical and practical training on how to conduct brief intervention (Kanpitcha Sanbudda, B.E. 2551), or personnel working at drug abuse clinics or community health stations without clearly specified their profession (Achara Fongkam et al., B.E. 2546).

Clients: The clients were abnormally heavy drinkers or those who were diagnosed as having alcohol disorder based on the DSM-IV or F 10.2 based on the ICD-10. They could be of any gender, and they were between 15 and 65 years old. In addition, they had a high level of hesitation to quit drinking, had no mental or neurological symptoms, and were physically ready with no withdrawal symptoms (Vivat Chawengchaiyong et al., B.E. 2543; Kanpitcha Sanbudda, B.E. 2551; Achara Fongkam et al., B.E. 2546).

Duration of therapy: The individual therapy was conducted two to four times, each lasting 15 minutes, every week or every other week, totaling two weeks. The evaluation was conducted immediately after the therapy was completed, and the effects of the therapy were followed up one to six months after the completion of the therapy.

Therapy activities: The contents of the therapy consisted of the reflection of physical examinations and screening of levels of drinking, knowledge of

standard drinking and calculation of safe alcohol drinking, support of self-efficacy, and goal setting for drinking cessation.

Data collection instruments: It has been found that laboratory tests were popularly used to determine the level of GGT, as well as to detect the changes in enzymes in the liver of the clients to estimate drinking behaviors before and after participation in the therapy sessions. Other instruments which could indicate the changes in drinking behaviors of the patients were also used such as the medical records kept at the Office of the Registrar of the hospital which showed patterns of alcohol drinking, follow-up interviews on drinking, alcohol drinking scale (CAGE), amount of alcohol consumption measurement scale, the stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES-8A), etc.

Therapy outcomes: The therapy had effects on clients' behavioral changes (Achara Fongkam et al., B.E. 2546; Kanpitcha Sanbudda, B.E. 2551) and on the health status of clients. To further explain, it helped extend the percent days abstinent and reduced the amount, frequency, and number of times the clients drank alcohol (Viwat Chawengchaiyong et al., B.E. 2543; Achara Fongkam et al., B.E. 2546), thus the clients had improved physical conditions and had an intention to continue the treatment. Also, the hesitation to stop drinking changed in a positive light (Kanpitcha Sanbudda, B.E. 2551).

2.3 Matrix programs

There were three out of 40 studies that dealt with the matrix programs, all of which were assessment or follow-up research studies categorized under Level B. (Rattana Saipanich et al., B.E. 2546; Chatchawal Silpakit and Roongtip Prasertchai, B.E. 2550; Nuchnapa Thongsangsuk, B.E. 2551), which can be summarized as follows:

Therapists: They were psychiatrists, nurses, and clinical psychologists (Rattana Saipanich et al., B.E. 2546; Chatchawal Silpakit and Roongtip Prasertchai, B.E. 2550), or they could be nurses working in the ward who were directly responsible for group therapy for the patients (Nuchnapa Thongsangsuk, B.E. 2551).

Clients: The clients were patients who had been diagnosed with alcohol dependence and had undergone therapy until they had passed the withdrawal stage and who had no other history of substance abuse (Rattana Saipanich et al., B.E. 2546; Chatchawal Silpakit and Roongtip Prasertchai, B.E. 2550; Nuchnapa Thongsangsuk, B.E. 2551).

Duration of therapy: The therapy was popularly conducted in groups, consisting of three to 10 activities, totaling two to 32 sessions or as appropriate depending on the settings available. Each therapy session lasted one to one and a half hour, which could be done on a daily basis, with one to two activities completed each day. Or, the sessions may be arranged with a one-to-two-day interval, or as deemed appropriate by each setting. The total duration of the therapy was one to two weeks, or it could be as long as four months. The outcomes were evaluated immediately after the therapy sessions were completed, and follow-ups were then carried out after one, four, eight, 12, and 24 months, which could vary depending on the interests and the outcomes needed in each study.

Therapy activities: The therapy in the matrix programs consisted of early recovery, relapse prevention, knowledge about alcohol and care of persons with alcohol dependence, termination of drinking cycles, praying and meditation for peace of mind and wisdom, goal setting and values in life, motivation for abstinence, management of emotions, feelings, and depression, and analysis of reasons for relapses.

Data collection instruments: Most of the instruments used to collect data were used to assess the behaviors of the clients including the follow-up form after discharge to determine patterns of drinking, the evaluation and follow-up form, the global assessment function (GAF) to assess overall efficacy, the demographic characteristics questionnaire, as well as psychosocial scales such as the self-esteem scale and the evaluation and follow-up form.

Therapy outcomes: The matrix programs yielded several benefits to clients. As for the behavioral aspect, it could reduce relapse (Rattana Saipanich et al., B.E. 2546; Chatchawal Silpakit and Roongtip Prasertchai, B.E. 2550) and slips, thus enabling clients to become clean (Nuchnapa Thongsangsuk, B.E. 2551). With regard to health, the matrix programs enabled the clients to fulfill their overall

functioning, perform daily living activities, and improve their work. As regards the social and environmental aspect, once the clients were able to quit drinking, they were better able to perform their roles, so their family relationships, legal status, and sense of self-esteem were improved (Rattana Saipanich et al., B.E. 2546).

2.4 The FAST Model

There was only one study regarding the FAST model which was categorized under Level B (Phakamas Kuakit, B.E. 2548), which could be summarized as follows:

Therapists: The therapists were professional nurses or individuals who had knowledge, understanding, and ability to effectively carry out the FAST model.

Clients: They were patients with alcohol dependence who were receiving pharmacological treatment, had no psychiatric symptoms or physical complications, were healthy, were able to read and write in the Thai language, were fully conscious, and were willing to participate in the study.

Duration of the therapy: Each activity of the group therapy lasted one hour, from Monday to Friday, lasting one to two weeks. The entire therapy lasted from nine hours to four months. The follow-ups were conducted after the sessions had been carried out for two weeks. After that, the follow-ups were conducted for one more year.

Therapy activities: The contents of the FAST model consisted of creating self-pride, establishing self-control to reach the desired goals, and establishing self-acceptance and raising awareness of ones' self-esteem.

Data collection instruments: The instruments used included the general information form which elicited data related to alcohol drinking behaviors of clients such as duration of alcohol dependence, type of alcohol drinking, amount of alcohol drinking per day, and type of alcohol, as well as the self-esteem scale to assess the clients' sense of self-esteem after the completion of the therapy.

Therapy outcomes: The therapy had an effect on an increase in sense of self-esteem in the significance and the empowering aspects, making the clients able to adjust their behaviors, their drinking patterns, the amount of alcohol

consumer per day, and the type of alcohol. As for the psychological aspect, the FAST model was able to stimulate clients' sense of self-esteem, make them realize their roles and functions, and enable them to gain control of themselves and to change their alcohol drinking behavior in a more positive and appropriate manner.

2.5 Cognitive behavior therapy (CBT)

Of the 40 selected studies, there were nine studies which were related to cognitive behavioral therapy (CBT). One was categorized under Level A (Darunee Phukhao, B.E. 2545), four were categorized under Level B (Nitchanan Kamlan, B.E. 2547; Nimit Kaewart, B.E. 2549; Suthasinee Nopthanya, B.E. 2551; Keerati Kamthong, B.E. 2551), and four were assessment or follow-up research studies categorized under Level B. (Isra Jiaviriyaboonya et al., B.E. 2546; Siriporn Thongbor et al., B.E. 2549; Chanchai Thongpanich, B.E. 2550; Sunanta Plangklang et al., B.E. 2550), which could be summarized as follows:

Therapists: They were nurses who had undergone skill training to provide cognitive behavioral therapy (Darunee Phukhao, B.E. 2545; Nitchanan Kamlan, B.E. 2547; Nimit Kaewart, B.E. 2549), professional nurses who were pursuing a master's degree in psychiatric nursing (Suthasinee Nopthanya, B.E. 2551), or the multidisciplinary team members who were working at a drugs rehabilitation center (Keerati Kamthong, B.E. 2551; Isra Jiaviriyaboonya et al., B.E. 2546; Siriporn Thongbor et al., B.E. 2549; Chanchai Thongpanich, B.E. 2550; Sunanta Plangklang et al., B.E. 2550).

Clients: They were individuals who had problem with alcohol drinking or were dependent on alcohol. They could be either male or female, and their age ranged from 18 to 65 years, or they may be 20 years old and older (Isra Jiaviriyaboonya et al., B.E. 2546; Nitchanan Kamlan, B.E. 2547; Nimit Kaewart, B.E. 2549), were diagnosed with alcohol dependence based on the DSM-IV criteria (Darunee Phukhao, B.E. 2545; Siriporn Thongbor et al., B.E. 2549; Chanchai Thongpanich, B.E. 2550; Sunanta Plangklang et al., B.E. 2550; Keerati Kamthong, B.E. 2551; Suthasinee Nopthanya, B.E. 2551). They did not have any physical illness or jaundice (Isra Jiaviriyaboonya et al., B.E. 2546), and they did not have any mental symptoms and withdrawal symptoms. They had problems from alcohol drinking, or

were alcohol dependent. They could be male or female, and their age was between 18 and 65 years, or they were 20 years old and older (Isra Jiaviriyaboonya et al., B.E. 2546; Nitchanan Kamlan, B.E. 2547; Nimit Kaewart, B.E. 2549). In addition, they had been diagnosed with alcohol dependence based on the DSM-IV criteria (Darunee Phukhao, B.E. 2545; Siriporn Thongbor et al., B.E. 2549; Chanchai Thongpanich, B.E. 2550; Sunanta Plangklang et al., B.E. 2550; Keerati Kamthong, B.E. 2551; Suthasinee Nophanya, B.E. 2551). Finally, they did not have any physical disease, jaundice (Isra Jiaviriyaboonya et al., B.E. 2546), and no mental or withdrawal symptoms.

Duration of therapy: The therapy could be done on either an individual or group basis, for five to 15 times, each lasting one to two hours, within one to four weeks (Isra Jiaviriyaboonya et al., B.E. 2546), or with one-day intervals for one to four weeks. The evaluation was conducted after the therapy sessions were completed, and the follow-ups were conducted one, two, three, six, nine, and 12 months after the completion of the therapy or as seen appropriate in each setting.

Therapy activities: The contents of cognitive behavioral therapy consisted of knowledge of alcohol and impacts of alcohol, expectation of adjustment to alcohol drinking, reduction or abstinence goal setting, identification of risky situations and avoidance of arousals, management of factors related to drinking behavior, support and assistance for abstinence, control of drinking behavior, strategies in changing drinking behavior, relapse prevention skills, and practice of reasoning.

Data collection instruments: The instruments used in these studies were composed of the alcohol drinking behavior assessment scales to assess the clients' behavior before and after the therapy including the controlled drinking self-efficacy scale (CDSES), mini-international europsychiatric interview (M.I.N.I.), alcohol use disorders identification test (AUDIT), mini-MSE scale, motivation of drinking cessation questionnaire, self-awareness questionnaire, self-acceptance questionnaire, timeline follow back interview (TLFB), clinical institute withdrawal assessment scale for alcohol revised (CIWA-Ar), the stage of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES-8A), the process of change-alcohol (POC-alcohol), the working alliance inventory [WAI]) (participant satisfaction with

BUMICBT), the motivation for change ladder [MCL]), and the quality of life the World Health Organization quality of life instrument (WHQQOL).

Therapy outcomes: The clients were able to change their behavior in a positive way (Darunee Phukhao, B.E. 2545). That is, there had better quality of life, they drank less alcohol, they were able to increase percent days abstinent, they were able to prolong remission, and their relapses were reduced (Isra Jiaviriyaboonya et al., B.E. 2546; Siriporn Thongbor et al., B.E. 2549; Chanchai Thongpanich, B.E. 2550). In addition to improved behavior, the clients also showed positive changes psychologically. For example, they were cooperative with the therapy, had satisfaction with the therapy, and had motivation to change their behavior. Moreover, they were confident in their ability to control their own drinking, and they had more self-awareness and self-acceptance (Darunee Phukhao, B.E. 2545).

2.6 Treatment using other theories

There were altogether 14 studies that used other forms of therapy. Of these, one was categorized under Level A (Roongtiva Jaija, B.E. 2550), 12 were categorized under Level B (Sriprai Potha, B.E. 2547; Varanya Losuya, B.E. 2550; Pennapa Sutakam, B.E. 2550; Sompit Saisamut, B.E. 2550; Panadda Theeracheu, B.E. 2550; Supan Chaiwanna, B.E. 2551; Onsri Nuankate, B.E. 2551; Duangduan Natekrajang, B.E. 2551; Pranee Panumas et al., B.E. 2551; Warawan Yosthammasene, B.E. 2551; Warangkana Bubpha, B.E. 2551; Somkuan Julaksorn et al., B.E. 2551), and one was assessment or follow-up research studies categorized under Level B. (Somkuan Julaksorn et al., B.E. 2547), which could be summarized as follows:

Therapists: They were professional nurses who were pursuing their master's degree in psychiatric nursing (Roongtiva Jaija, B.E. 2550; Sriprai Potha, B.E. 2547; Pennapa Sutakam, B.E. 2550; Sompit Saisamut, B.E. 2550; Supan Chaiwanna, B.E. 2551; Warangkana Bubpha, B.E. 2551; Duangduan Natekrajang, B.E. 2551). They were able to act as group leaders and had experience conducting therapy for psychiatric patients at a psychiatric hospital (Somkuan Julaksorn et al., B.E. 2547; Panadda Theeracheu, B.E. 2550; Onsri Nuankate, B.E. 2551; Somkuan Julaksorn et al., B.E. 2551) except for logotherapy and Buddhism. Or, they had to

undergo specific training (Varanya Losuya, B.E. 2550; Pranee Panumas et al., B.E. 2551).

Clients: The clients were patients with alcohol dependence or psychiatric patients whose condition was caused by alcohol dependence whose symptoms had been relieved, and they had risk behaviors when it came to alcohol drinking (Pennapa Sutakam, B.E. 2550; Warangkana Bubpha, B.E. 2551; Onsri Nuankate, B.E. 2551; Somkuan Julaksorn et al., B.E. 2551). Otherwise, they were patients with problematic alcohol drinking behavior (Sriprai Potha, B.E. 2547; Supan Chaiwanna, B.E. 2551), and they did not have withdrawal symptoms or had only slightly withdrawal symptoms (Panadda Theeracheu, B.E. 2550; Duangduan Natekrajang, B.E. 2551; Warawan Yosthammasene, B.E. 2551). They did not have Alzheimer's disease or deteriorated mental condition (Roongtiva Jaija, B.E. 2550; Pranee Panumas et al., B.E. 2551), and had no history of schizophrenia or no pathology of the brain, and had normal cognition. Finally, they had low or moderate hopefulness in life (Varanya Losuya, B.E. 2550) or had a low level of sense of self-esteem (Sompit Saisamut, B.E. 2550; Somkuan Julaksorn et al., B.E. 2547).

Duration of the therapy: The therapy could be given on an individual and a group basis in a short period of time, lasting for approximately two weeks. There were five to ten sessions of the therapy, each lasting 30 to 120 minutes, once or twice a week with a one-to-two-day interval. The total duration of the therapy was two to seven weeks (Somkuan Julaksorn et al., B.E. 2547; Sriprai Potha, B.E. 2547; Pennapa Sutakam, B.E. 2550; Sompit Saisamut, B.E. 2550; Warangkana Bubpha, B.E. 2551; Roongtiva Jaija, B.E. 2550; Onsri Nuankate, B.E. 2551; Duangduan Natekrajang, B.E. 2551; Supan Chaiwanna, B.E. 2551). The therapy sessions could last for as long as nine months (Pranee Panumas et al., B.E. 2551; Somkuan Julaksorn et al., B.E. 2551). The evaluation was conducted immediately or one week after the completion of the therapy. The follow-ups could be carried out one, two, or four weeks after the therapy ended, or as deemed appropriate in each context.

Therapy activities: Other forms of therapy were similar in terms of settings including outpatient departments, inpatient department, and the community. The activities included in the other forms of therapy consisted of drinking

refusal, ways to reduce or stop drinking and factors enabling drinking refusal, emotional rejection, feeling about drinking, knowledge about alcohol and impacts of drinking and abstinence, management of drinking emotions and behaviors, review of life goals, reinforcing motivation for remission, self-control to prevent relapses, problem-solving skills, empowering to discover spiritual or value and self-awareness that could be motivation or spiritual power, promotion of confidence and faith in one's changed behavior, analysis of problems caused by drinking, and prevention of drinking in the community and solution to problems caused by drinking in the community.

Data collection instruments: The instruments used to collect data to evaluate behavioral outcomes, physical outcomes, cooperation with therapy outcomes, and psychosocial outcomes depended mainly on the research objectives and expertise and interest of the researchers. The instruments used in these studies included the drinking behavior assessment scale (AUDIT), withdrawal symptom assessment scale, drinking cessation intention scale, emotional control ability scale, alcohol drinking and daily living assessment scale, mental status examination (MSE), purpose in life test, life satisfaction index A, self-esteem scale, mental symptom assessment scale (BPRS), mini mental state examination, knowledge and understanding of drinking impacts questionnaire, attitudes toward community participation to reduce alcohol drinking questionnaire, and satisfaction with A-I-C activity questionnaire.

Therapy outcomes: The forms of therapy selected in these studies depended on the interest and expertise of the researchers and the context of the settings. However, it could be seen that these forms of therapy yielded rather similar outcomes. That is, the clients were able to reduce their alcohol drinking (Sripai Potha, B.E. 2547; Panadda Theeracheu, B.E. 2550; Pennapa Sutakam, B.E. 2550; Sompit Saisamut, B.E. 2550; Panadda Theeracheu, B.E. 2550; Warawan Yosthammasene, B.E. 2551; Onsri Nuankate, B.E. 2551; Duangduan Natekrajang, B.E. 2551; Supan Chaiwanna, B.E. 2551). Furthermore, the drinking level reduced to a safer level, the amount of alcohol consumption was decreased, the duration of remission was longer, and the frequency of alcohol drinking was also reduced (Varanya Losuya, B.E. 2550). In addition, the clients also developed intention to quit

drinking (Roongtiva Jaija, B.E. 2550), they were better able to control themselves (Somkuan Julaksorn et al., B.E. 2547; Pranee Panumas et al., B.E. 2551), and they had more purposes in life and more self-esteem (Sompit Saisamut, B.E. 2550). Finally, the community had better attitudes toward remission and participation in activities to reduce alcohol consumption (Somkuan Julaksorn et al., B.E. 2551).

Summary

According to the study findings derived from the analysis and synthesis of the selected 40 studies, psychosocial intervention for alcohol dependence in Thailand can be divided into six types: 1) motivational enhancement therapy, 2) brief intervention, 3) matrix programs, 4) FAST model, 5) cognitive-behavioral therapy, and 6) treatment using other theories. All types of therapy is able to make patients with alcohol dependence in Thailand able to control and adjust their drinking behaviors, reduce or quit drinking, and save medical expenses required for treatment of alcohol dependence. In addition, these different types of therapy enable patients with alcohol dependence to have better quality of life—physically, psychologically, and socially. However, it has been found that the brief intervention (BI) and motivational enhancement therapy (MET) involve steps that are clear and easy to carry out and do not take a long time to complete. Furthermore, the therapists can learn and develop skills necessary in providing these two types of therapy within a short period of time. They also help save money, and they can be carried out easily at a primary healthcare centers and general hospitals. On the other hand, the cognitive behavioral therapy (CBT) is rather complicated, and the therapists have to have expertise derived from special training before they are able to provide cognitive behavior therapy effectively.

Besides this, the FAST model and the matrix program, even though both of them are able to create positive changes in the drinking behavior of the clients, they take a longer time to complete. Moreover, they are rather complicated and have not yet been widely used in Thailand, particularly the matrix program, which is currently used in a rather limited circle by a small group of experts. Therefore, there are certain constraints in the implementation of the matrix program. As for other forms of therapy, even though they are able to adjust drinking behavior of patients with alcohol

dependence in a positive way, there are still some limitations in their application such as a lack of clear and comprehensive manuals. Also, there is little research to support the effectiveness of these other forms of therapy, hence further limitations in their implementation.

However, the selection of the form of psychosocial therapy for alcohol dependence depends on the severity of dependence of the target group, as well as the interest and expertise of the therapists and the suitability for the context of the settings. These factors need to be taken into careful consideration so as to provide psychosocial therapy for alcohol dependence efficiently and effectively.

Recommendations

1. *Recommendations for nursing practice*

The synthesis of psychosocial therapy for alcohol dependence in Thailand has revealed that there are six types of psychosocial therapy for alcohol dependence that can be used by psychiatric nurses. However, the forms of therapy to be chosen need to be easy to carry out and suitable for the context of each therapy setting and the characteristics of patients with alcohol dependence. The therapists also need to have thorough understanding of the forms of therapy selected, so as to be able to provide psychosocial therapy for alcohol dependence efficiently and effectively.

According to the study findings, psychosocial therapy for alcohol dependence in Thailand is able to make patients with alcohol dependence change their behaviors in a positive way. The study findings have shown that there are different forms of therapy, each of which has its own activities and outcomes that can be either similar or different. Therefore, when selecting the forms of psychosocial therapy for alcohol dependence to be used, nurses need to take the context of the setting and the characteristics of the clients into account as follows:

Motivational enhancement therapy (MET) is a type of psychosocial therapy for alcohol dependence with a standardized pattern. It can be used in all types of setting—inpatient department, outpatient department, and the community. It yields effective outcomes in persons with abnormally heavy drinking as well as patients with alcohol dependence. It results in remission lasting three to four months, and it can prevent relapses, so the clients have better physical health. It

also promotes interpersonal relationships and social relationships of the clients, and enables the clients to develop self-confidence to adjust their behaviors to achieve better health outcomes and improved social functioning. Therefore, motivational enhancement therapy offers itself as a form of therapy that can be used by psychiatric nurses at the hospital and in the community to implement after they have undergone training.

Brief intervention (BI) is a short-term therapy that is easy to implement. It has a clear pattern and can save money. It is effective with high-risk drinkers and dangerous drinkers, making them aware of the impacts of their own drinking. Brief intervention can be used to create motivation leading to behavioral changes and to set goals to reduce or quit drinking. It involves easy steps that the therapists can implement after they have undergone training and developed knowledge and understanding to assess the motivation of the clients and to respond to the clients in accordance with their motivation in each stage. Therefore, it is easy for nurses or public health officials in the community to implement brief intervention therapy to stimulate patients with drinking problems or with alcohol dependence to adjust their drinking behavior.

The matrix program is a form of therapy that aims at promoting motivation while adjusting thinking and behaviors persons with alcohol dependence. It is effective with addicted drinkers. The duration of the therapy is about two weeks, and it is able to equip persons with alcohol dependence with knowledge and understanding of impacts of drinking, hence a change in their behavior, remission, and prevention of relapses. In addition, it enables persons with alcohol dependence to improve their overall functioning and quality of social life. The therapy is effective, with the follow-ups conducted six, 12, and 24 months after its completion. The steps involved in the therapy are clear, and it does not take long to complete all the steps. The matrix program can be implemented by psychiatric nurses, so nurses can utilize the matrix program to enable patients with alcohol dependence to reduce or quit drinking. However, it is worth noting that since the matrix program has been adapted from a therapy for drug addicts, there is little research on the effectiveness of the matrix program in alcohol dependence. It is rather limitedly used

only in institutional healthcare settings, so there are certain constraints in applying the matrix program with persons with alcohol dependence in Thailand.

The FAST model is an intensive therapy for persons who are addicted to alcohol. Family participation plays a major role in this form of therapy. It can be used in all types of setting—inpatient department, outpatient department, and the community, making persons with alcohol dependence able to develop sense of self-esteem and adjust their behavior accordingly. In other words, the FAST model is able to make clients adjust their drinking patterns, reduce the amount of drinking, and adjust the type of alcohol. However, it takes a rather long time to complete, generally lasting for approximately four months. Besides this, the clients need to have willingness to participate in the program and their family members need to cooperate in the therapy so as to maximize the effectiveness of the FAST model.

Cognitive-behavioral therapy (CBI) is a clear-cut form of therapy which holistically covers the clients' physical, psychological, social, and spiritual conditions. It involves skill practice—cognitively and behaviorally, and it emphasizes current problems of clients. Cognitive behavioral therapy is effective to prevent relapses in clients who are addicted to alcohol, making them become aware of the situation or arousal that leads to drinking. Furthermore, it equips clients with the skills to solve or change their drinking behaviors, understand the causes of their drinking, and appropriately adjust their behaviors accordingly. As a result, the clients will have better physical and mental health, so they are able to effectively fulfill their duties and responsibilities, hence positive psychological outcomes and improved social relationships. However, cognitive behavioral therapy is rather complex, and the therapists need to undergo training from specialists until they have the expertise to provide this form of therapy. Thus, this is one of the limitations in implementing cognitive behavioral therapy for alcohol dependence in Thailand.

As for other forms of therapy, there are other forms of therapy which enable clients to reduce their drinking behavior and enable them to fulfill their overall functions effectively. They are suitable for drinkers who have a moderately risky behavior, dangerous drinkers, and drinkers who are alcohol dependence. The use of these forms of therapy depends on the interest and expertise of the therapists, as well as the nature of the settings. They can be used variably depending mainly on the

characteristics of the persons with alcohol dependence. Not only trained personnel but also nurses are able to provide the therapy, but they need to have interest and good knowledge and understanding of the forms of the therapy selected with persons with alcohol dependence in Thailand.

2. Recommendations for further research

1. Studies should be conducted to investigate the efficiency of nurses to perform psychosocial therapy for alcohol dependence so as to derive at baseline data that can be used to promote knowledge and understanding of the body of knowledge necessary for effectively taking care of persons with alcohol dependence in Thailand.

2. Because most studies that led to this synthesis. Form of relatively small RCT research level, so that should be studied further research using the form RCT.

3. Studies should also be carried out to further explore the effectiveness of the matrix program for alcohol dependence as it has proved to be an effective means of psychosocial therapy for drug addicts that can be easily conducted by nurses, but there are very few existing research studies on the use of matrix programs with patients with alcohol dependence, so there are certain limitations in actual application of the matrix programs.

4. When conducting a study to examine psychosocial therapy for alcohol dependence, physical condition, mental condition, and drinking status of patients should be continuously evaluated for at least every six, 12, or 24 months to reduce rates of relapses and to enable patients to refrain from drinking as long as possible. The follow-ups may be done by means of personal appointments, written letters, or telephone calls.

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2547). *แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- กรมสุขภาพจิต. (2549). *แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน*. เชียงใหม่: พลอยการพิมพ์.
- กรมสุขภาพจิต. (2551). *คู่มือแนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราในโรงพยาบาลจิตเวช*. นนทบุรี, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา นิ่มสุนทร. (2551). *การประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วมเพื่อสังเคราะห์แนวทางการป้องกันการดื่มสุรากลุ่มวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กานต์พิชชา แสนบุคคา. (2551). *ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดแบบย่อดต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยโรคติดสุราโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์*. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กิริติ คำทอง. (2551). *การใช้กลุ่มให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ดื่มสุรา ในตึกศัลยกรรมชายโรงพยาบาลยโสธร*. วารสารโรงพยาบาลยโสธร, 10(2), 395-400.
- เกสร สายธนู. (2552). *ครอบครัวบำบัดในผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของซาเทียร์*. รายงานการศึกษาอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จุริย์ อุสาหะและเสริมชัย จุฬาสรีกุล. (2548). *สถานการณ์บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย*. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 14(1), 1-7.
- ชาญชัย ธงพานิช. (2550). *ผลการรักษาผู้ป่วยติดสุราด้วยโปรแกรมการบำบัดแบบผู้ป่วยใน โดยใช้ระบบการจัดการรายกรณี (Case management)*.
- ชัชวาล ศิลปกิจและรุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย. (2550). *การใช้กลุ่มบำบัดแบบ Matrix model ในผู้ป่วยติดสุรา: ติดตามผล 2 ปี*. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 15(3), 170-178.

- ดอกรัก พิทาคำ. (2549). ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในคลินิกสารเสพติดโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงเดือน เนตรกระจ่าง. (2551). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราโรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ครุณี ภูขาว. (2545). การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับสภาพสังคมไทยที่ใช้ในการบำบัดผู้ที่ประสบปัญหาที่เกี่ยวข้องจากการดื่มแอลกอฮอล์, นูมิมี ซึบิที. ควีนส์แลนด์, มหาวิทยาลัย Queensland.
- ครุณี ภูขาว. (2547). รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญห สุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์. รายงานการทบทวนองค์ความรู้ชุดที่ 2. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, กรมสุขภาพจิต : ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- เดมชัย ไชยวุฒิ & ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล. (2541). โรคตับและทางเดินน้ำดี. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ (2548). สู...ชีวิตไร้พิษสุรา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ทวี วิจารณ์พนธ์. (2551). การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากแอลกอฮอล์. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทิพาดี เอมะวรรณะ. (2545). จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ, โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธรณินทร์ กองสุข. (2547). สถานการณ์สุขภาพจิตของคนไทยในกลุ่มงานพัฒนาบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (บรรณาธิการ). สุขภาพจิตนานาชาติ. การประชุมวิชาการประจำปี 2547 ครั้งที่ 3; 25-27 สิงหาคม, 2547. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- นิพนธ์ คำล้าน (2547). การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิด. ขอนแก่น, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- นิมิต แก้วอาจ. (2549). การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยที่เสพยาในโรงพยาบาลจิตเวช. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นุชนา ทองสังข์สุข. (2551). ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในผู้ป่วยติดสุรา หอผู้ป่วยชาย 3 โรงพยาบาลศรีธัญญา. เอกสารรายงานวิจัย. ม.ป.ท.
- บัณฑิต ศรีไพศาลและคณะ. (2550). รายงานสถานการณ์สุราประจำปี 2550. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส). กรุงเทพฯ: โฆดาสตูดิโอโอริเอชั่น แอนด์พับลิชชิ่ง.
- บัณฑิต ศรีไพศาลและคณะ. (2551). รายงานสถานการณ์สุราประจำปี 2551. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส). กรุงเทพฯ: โฆดาสตูดิโอโอริเอชั่น แอนด์พับลิชชิ่ง.
- ประไพ ทยานุท (2545). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา. รายงานการศึกษาอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปราณี ภาณุภาส, ดุษณีษ์ ชานุปริชาและนวลทนก อัมพาผล. (2551). ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราด้วยแนวพุทธศาสนา. (2551). สถาบันธัญญารักษ์.
- ปริทรรศ ศิลปะกิจ, พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ & วณิดา พุ่มไพศาล. (2542). ความสุขและสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ปนัดดา ชีระเชื้อ. (2550). ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุราในโรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พกามาศ เกื้อกิจ. (2548). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมบำบัดเพื่อเพิ่มการมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเสพยาในสถาบันธัญญารักษ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต เทคโนโลยีการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พงศธร เนตราคม (2549). ประชาชนวิทย์ของโรคติดสารเสพติด. ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด. พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม and นวพร พิธีวิวัฒน์กุล. กรุงเทพฯ: 37-43.
- พรรณิกา แสนปัญญา. (2551). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา. สารนิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พรพิมล พงษ์พัฒนอำไพ. (2546). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โทษของสิ่งเสพติดของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามจังหวัดมหาสารคาม. มหาสารคาม : วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม.
- พระมหาสว ญาณวิโร. (2546). สมดุลธรรม ประมวลธรรมปฏิบัติสายวิปัสสนาญาณ. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์สวย จำกัด.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2547). การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ. เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ. ณ โรงพยาบาลสวนปรุง. (เอกสารอัดสำเนา).
- พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคมและนพพร พิรุณวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ). (2549). ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ป.ป.ส.
- เพ็ญภา สุตาคำ. (2550). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พันธ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2547). ภาวะฆ่าตัวตายในผู้ติดสารเสพติดและสุรา. วารสารสวนปรุง, 21(1), 9-17.
- ไพฑูรย์ แสงพุ่มและธนรัชต์ นามผลดี. (2550). ปกิณกะสาระเส้นทางชีวิตผู้ติดยาเสพติด. สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด, กรุงเทพฯ.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2548). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- มุลนิธิเพื่อนหญิง. (2546). ผลกระทบของสุราในฐานะปัจจัยร่วมการเกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว. รายงานการวิจัย.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คำแนะนำการสร้าง “แนวทางเวชปฏิบัติ” Clinical Peactice Guidelines. สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 18(6).
- รัตนา สายพานิชย์, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, ชัชวาล ศิลปะกิจ, อัญชลี จุมพฏจามิกร, อุไร บุรณพิเชษฐ์, และเพียงใจ ทองพวง. (2546). เปรียบเทียบประสิทธิภาพของการรักษาตัวด้วยกลุ่มบำบัดรูปแบบ matrix program ในผู้ป่วยติดสุรากับผู้ป่วยติดแอมเฟตามีน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 49(1), 3-13.

- รุ่งทิwa ใจจา. (2550). ผลของการบำบัดตามโปรแกรมการผสานหลักทางพระพุทธศาสนากับเทคนิคการเรียนรู้ทางจิตวิทยาต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยเสพติดสุรา. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรารณา นุบผา. (2551). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลพรหมพิรามจังหวัดพิษณุโลก. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรารณ ษชรรณเสนี. ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรัญญา โลสุยะ. (2550). ผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนว Logotherapy ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิวัฒน์ เชวงชัยขง, อัจฉรา ฟองคำ, และนิศานาถ โชคเกิด. (2543). การศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยในที่ติดสุราในระดับฝึกปฏิบัติ โรงพยาบาลลำพูน. วารสารกรมการแพทย์, 25(2), 87-95.
- วิมาลา เจริญชัย, อัมพร สีลากุล, จวิรัช สีลาและนุสรุ พูนเพิ่ม. (2551). การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยติดสุราที่มารับบริการคลินิกอดสุรา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- ศิริณา ศรัทธาพิสิฐ. (2551). การใช้สื่อร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดผู้ติดสุรา วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 53(2): 151-164.
- ศิริพร ทองบ่อ, นิमित แก้วอาจ, ธิดา รัตนสมบัติและสุดใจ เหล่าสมบัติ. (2549). ผลการทำกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยติดสุรา. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น.
- ศรีสมบัติ วานิชและฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด ในฉวีวรรณ สัตยธรรม (บรรณาธิการ). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการ สบช.

- ศรีไพร โปธา (2547). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน. รายงานการศึกษาอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรียรรณ สรชนานนท์. (2552). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราเรื้อรัง. สารนิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมควร จุลอักษร, ถนอมศรี อินทนนท์และบุญวดี เพชรรัตน์. (2547). ผลการใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา. วารสารกรมสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 15(3), 199-204.
- สมควร จุลอักษร, สมสุข โถวเจริญ, ปลดดา เหมโลหะ, พรทิพย์ โพธิ์ครูประเสริฐ, ดรุณี ตันติเจริญ วิวัฒน์, อารณีย์ สุวรรณเจษฎาเลิศ และผ่องพิศ อินทวิเศษ. (2551). ผลการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการลดการดื่มสุรา ณ ชุมชนคลองไทร อำเภอกำแพง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). ยาเสพติดอันตรายที่ป้องกันได้. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2544). ตำราจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมพิตร ทรายสมุทร. (2550). ผลของการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันธัญญารักษ์. (2546). สงครามยาเสพติด: บุรณาการพลังแผ่นดินเพื่อชัยชนะที่ยั่งยืน. ประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติ ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สถาบันธัญญารักษ์. (2547). คู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST MODEL). กรุงเทพฯ, โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สลิษา หลิมศิริรัตน์. (2551). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างแรงงูใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยติดสุรา. สารนิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สาวิตรี อัยณงค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2543). รายงานทบทวนองค์ความรู้เรื่องมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากแอลกอฮอล์. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุพรรณ ไชยวรรณ. (2551). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการฝึกเสริมการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่ดื่มแบบมีปัญหามีปัญหาที่มารับบริการในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรธานี นพัญญะ. (2551). ผลของโปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดเชิงพฤติกรรมและการรู้การคิดต่อการตระหนักรู้ตนเองกับการยอมรับตนเองของผู้ติดสุรา. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สายรัตน์ นกน้อย, พิชัย แสงชาญชัย, อุษา ตันติแพทยากร, และราม รั้งสินธุ์. (2547). การศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษากับผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ. เอกสารรายงานการวิจัย.
- สุกมา แสงเดือนฉาย. (2547). การศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุรา สภาพแวดล้อมทางครอบครัวและสังคม ผลกระทบจากการดื่มสุราและเจตคติต่อการดื่มสุราของผู้ป่วยสุรา. สถาบันชัยภูมิรักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปทุมธานี.
- สุนทรี ศรีโกไสย (2548). ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มารับบริการโรงพยาบาลสวนปรง. รายงานการศึกษาอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนทรี ศรีโกไสย, ภัทราภรณ์ หุ่นคำปิ่นและชาลินี สุวรรณยศ. (2549). ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มารับบริการโรงพยาบาลสวนปรง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 51(2), 178-188.
- สุนทรี ศรีโกไสย, ลัดดาวัลย์ พิบูลย์ศรี, วงเดือน สุนันทา, เขมา ตั้งใจมั่น, อังคณา สารคำ และอรอุมา ภูโสภาก. (2551). ประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการติดตามทุก 2 และทุก 4 สัปดาห์. โรงพยาบาลสวนปรง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุนันทา ปลั่งกลางและสุจิตตา สิงคะกุล. (2549). ผลการบำบัดโดยการสร้างแรงจูงใจในการรักษาผู้ป่วยในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น.

- สุนันทา ปลั่งกลาง. (2550). ผลการบำบัดผู้ป่วยติดสุราโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดอันตรายจากการดื่มสุรา. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น.
- สำนักงานพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด และสำนักงานป้องกันและปราบปราม ยาเสพติด. (2547). รูปแบบการบำบัดรักษายาเสพติด. กรุงเทพฯ: ศูนย์ลาดพร้าว.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). สรุปผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของ ประชากร. เมื่อ 20 มีนาคม 2551, จาก http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm.
- สัมพันธ์ พันธ์. (2551). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้าง แรงใจในผู้ติดสุรา. สารนิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรัญญา แพทย์, มานิต ศรีสุภานนท์, บังอร สุปรีดา, ชีรรัตน์ บริพันธ์กุล, ลลิตา ศรีธรรมชาติ, มณฑิรา เมธาและสังวร สมบัติใหม่. (2548). การให้คำปรึกษาโดยการสร้างแรงใจ ในการรักษาผู้ติดสุรา. รายงานการวิจัย. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่: เอ็นสแควร์ กราฟฟิค/พรินท์.
- อวิศา จันทรแสนตอ. (2541). ปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการเสพติดสุราของสตรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อิสระ เจียวิริยบุญญา, ชาญชัย ชงพานิช, และจันทรเพ็ง มูลศรี. (2546). ผลการรักษาผู้ป่วยติดสุราด้วย โปรแกรมการบำบัดแบบผู้ป่วยใน. วารสารกรมการแพทย์, 29(3), 127-133.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวทางการปฏิบัติตาม พยาธิสภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสาร จำกัด.
- อุมพร ตรังคสมบัติ. (2544). จัดบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว. (พิมพ์ครั้งที่5). กรุงเทพฯ: ชันดำการพิมพ์.
- อ่อนศรี นวนเกตุ. (2551). ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของ ผู้ที่ดื่มแบบเสี่ยง โรงพยาบาลเสริมงาม จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญา พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อจรรยา ฟองคำ. (2546). ผลของการให้การศึกษาแบบสั้นในการบำบัดผู้ติดสุราที่คลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลลำพูน. รายงานการศึกษอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชา สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

โรงพยาบาลสวนปรุง. (2545). *แบบประเมินติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของ*
โรงพยาบาลสวนปรุง. โรงพยาบาลสวนปรุง.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Allsop, S., Saunders, B., Phillips, M., & Carr, A. (1997). A trial of relapse prevention with severely dependent male problem drinkers. *Addiction*, 92(1), 61-74.

Burtscheidt, W., Wolwer, W., Schwarz, R., Strauss, W., & Gaebel, W. (2002). Out-patient behavior therapy in alcoholism: treatment outcome after 2 ear. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(3), 227-232.

Chabda, V. (2005). *Substance Abuse: Global Burden let to be solved*. National Conference Alcohol Consumption and Related Problems in Thailand. Bangkok: Center for Alcohol Studies.

Cook, T.H. (1998). The effectiveness of Inpatient Case Management: Fact or Fiction, *Journal of Nursing Administration*, 28, 36-46..

Deborah, L., & Finfgeld, A.P. (1999). *Use of brief intervention with drinking problems*. Missuori: Columbia.

Dench, S., & Bennett, G. (2000). *The impact of Brief motivational intervention at the start of an outpatient day programme for alcohol dependence*. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 28, 121-130.

Diclemente, C.C., Bellino, L.E., & Neavins, T.M. (1999). *Motivation for Change and Alcoholism Treatment*. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 86-91.

Dimeff, L., Marlatt, G. (1998). Preventing relapse and maintaining change in addictive behaviors. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 513-525.

Fauman, M. A. (2002). *Study guide to DSM-IV-TR*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Feeney, G.F., Young, R.M., Connor, J.P., Tucker, J., McPherson, A. (2002). Cognitive behavioral therapy combined with the relapse-prevention medication acamprosate: are short-term treatment outcomes for alcohol dependence improved?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 36, 622-628.

- Feeney, G.F., Connor, J.P., Young, R.M., Tucker, J., McPherson, A. (2004). Alcohol dependence; the impact of cognitive behavioral therapy with or without naltrexone on subjective health status. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 38, 842-848.
- Frances, R. J., & Franklin, J. E. (1989). *Primary prevention psychiatry: State of the art*. Washington D C: American Psychiatric Association.
- Fleming M.F., Barry, K.L., Manwell, L.B., Johnson, K., & London, R. (1997). Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community based primary care practices. *JAMA*, 277(13), 1039-1045.
- Fleming, M.F., & Manwell, L.B. (1999). Brief intervention in primary care setting. A primary treatment method for at risk, Problem and dependent drinkers. *Alcohol Research Health*, 23(2), 128-137.
- Fowler, T., Shelton, K., Lifford, K., Rice, F., McBride, A., & Nikolov, I., et al, (2007). Genetic and environmental influences on the relationship between peer alcohol use and own alcohol use in adolescents, *Addiction*. 102. 89-903. Retrieved January 08, 2008, From <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/1360-0443.2007.01824.x>.
- Gelder, M., Mayou, R., & Comen, P. (1996). *Psychiatry* (3thed.). New York: Great Britain. Gelder, M., Mayou, R., & Cowen, P. (2001). The misuse of alcohol and drugs. In G. Michael, M Richard, & C. Philip (Eds.), *Textbook of psychiatry*, (5th ed., pp. 536-579). Arthens: Oxford University Press.
- Gibson, C. H. (1993). *A study of empowerment in mothers of chronically ill children*. Unpublished doctoral dissertation. Boston College: Boston.
- Halgin, R. P. & Whitebourne, S. K. (2000). *Abnormal psychology: clinical perspectives on psychological disorders* (3rd ed.). USA: McGraw-Hill.
- Heather, N., & Stockwell, T. (2004). *The Essential Handbook of Treatment and Prevention of alcohol Problems*. England: John Wiley & Sons.
- Heinz, A., Wilwer, M., & Mann, K. (2003). Therapy and supportive care of alcoholics: guidelines for practitioners. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 17(4), 695-708.

- Holder, D. W., Cisler, A. R., Longabaugh, R., Stout, L. R., Treno J.A., & Zweben, A. (2000). Alcoholism treatment and medical care costs from Project Match. *Addiction*, 95(7), 999-1013.
- Humphreys, K. (1999). Professional interventions that facilitate 12-step self-help group involvement. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 93-98.
- Johnson, B. A., Koob, G. F., Schuckit, M. A., Mason, B.J. & Ait-Daoud, N. (2006). Understanding and treatment alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30(3), 567-584.
- Loeber, S., Croissant, B., & Heinz, A. (2006). Cue exposure in the treatment of alcohol dependence: effects on drinking outcome, craving and self-efficacy. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 511-529.
- Marques, A.C., & Formigoni, M.L. (2001). Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction* 96, 835-846.
- Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Retrieved February 14, 2008, from <http://casaa.umn.edu/projects/mimet.html>
- Miller, W. R., & Sanche, V. C. (1993). Motivation young adult for treatment and lifestyle change. In G. Howard (ED.). *Issues in alcohol use and misuse by young adults*. (pp. 55-82). Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press. Retrieved February 14, 2008, from <http://www.niaaa.nih.gov/publications/social/module6motivation&treatment>
- Miller, W.R. (1997). Toward a motivational definition and under standing of addiction. *Motivational Interviewing Newsletter for Trainers*, 5(3), 2-6.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people for chang* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Moos, H. R. (2007). Theory-Based Active Ingredients of Effective Treatments for Substance Use Disorders. *Drug & Alcohol Dependence*, 88, 190-121.

- Monti, P.M., Abrams, D.B., Kedden, R.M., & Cooney, N.L. (1989). *Introduction and Theoretical Rational: Treating alcohol dependence*. New York: The Guildford press.
- Murray, B.R., & Zentner, P.J. (1997). Nursing assessment and health promotion strategies though the life span. 5th ed. U.S.A.: Appleland. Australia.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. (2003). *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers*. (2nd ed.). In J. P. Allen, & V. B. Wilson (Eds.), NIH Publication.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. (2005). *Alcoholic liver disease*. Retrieve January, 2008. From <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa64/aa64.htm>
- Phukao, D., Saunders, B. J., & Varghese, T.F. (2003). Updating the processes and pathways involved in drinking behavioral changes and the psychosocial treatment of alcohol use disorders. *Journal of Psychiatric Association Thailand*, 49(1), 27-41.
- Polit, D. F., & Beck, C. K. (2004). *Nursing research: Principles and Methods* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Project MATCH Research Group. (1997). Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction*, 92(12), 1671-1698.
- Project MATCH Research Group. (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project MATCH three-year drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(6), 1300-1311.
- Roberts, D., Leon, E., Byron, G., & Arthur, k. (1995). Substance abuse. In *World mental health: Problems and priorities in low-income countries*. (pp 87-115). New York: Oxford University Press.
- Rohsenow, D. & Malley, S.O. (1999). Outcome measures for alcohol abuse and dependence. In *Consensus statement on evaluation of outcome of pharmacotherapy for substance abuse/dependence*. (pp.6-12). Report from a NIDA/CPDD Meeting in Washington, DC. April 23-24, 1999.
- Rosow, I. (2000). Suicide, violence and child abuse: a review of the impact of alcohol consumption on social problems. [On-line]. *Alcohol and Public Policy*. 27, 397-433.

- Rumpf, H., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (1999). Motivation to change drinking behavior: Comparison of alcohol dependent individuals in a general hospital and a general population sample. *General Hospital Psychiatry*, 21(1), 348-358.
- Rubak, S., Sandback, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2003). Motivation interviewing: A systemic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, April 2005: 305-310.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Synosis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins.
- Saunders, J. B. (2004). Alcohol use, Hazardous use and dependence. Centre for Drug and Alcohol Studies, Department of Psychiatry, School of Medicine, University of Queensland, Australia.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2003). *The management of harmful drinking and dependence in primary care*. A national clinical guideline. Scotland.
- Shakeshaft, A.P., Bowman, J.A., Burrows, S., Doran, C.M., & Sanson-Fisher, R.W. (2002). Community-based alcohol counseling: a randomized clinical trial. *Addiction*, 97(11), 1449-1463.
- Suhuckit, M. A. (2006). Resent developments in the genetics of alcohol dependence. In Johnson, B. A., Koob, G. F., Schuckit, M. A., Mason, B. J. & Ait-Daoud, N. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 30(3), 570-571.
- UKATT Research Team. (2005). *Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomized UK alcohol treatment trial*. Retrieved September 10, 2005, from <http://www.bmj.com/cgi/content/full/331/7516/547>.
- Wedding, D. (1999). *Movies & Mental illness: using films to understand psychopathology: Substance use disorders*. New york: Mc Graw-Hill.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorder: Clinical description and Diagnostic Guidelines*. Geneva.: WHO. Technical Report Series.
- World Health Organization. (2000). Stop narcotics alcohol depression. Newletters WHO-searo, New Delth, India. *Mental health & substance dependence*, 1-2.

World Health Organization Geneva. (2001). *Global status report on alcohol*. August 15, 2002, <http://www.who.int/substance-abuse/pub-alcohol.htm>.

World Health Organization. (2005). *General description of the drinking patterns data*. Retrieved January 13, 2005, From http://www.who.int/whosis/alcohol/alcohol_patterns_general.cfm?path=w.



ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ – สกุล

นางสาวกิตติมาภรณ์ พรหมมาลุน

วัน เดือน ปีเกิด

9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2524

สถานที่เกิด

จังหวัดอุดรธานี ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พ.ศ. 2542-2546

ที่อยู่ปัจจุบัน

ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

บ้านเลขที่ 523/ 2 หมู่ 1 ถ. นิตโย

ต. หมาแข้ง อ. เมือง จ. อุดรธานี

โทรศัพท์ 042-323284, 085-8136239

E-mail : kittimaporn_eaew@yahoo.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลศรีบุญญา

หอผู้ป่วยประสาทวิทยา จังหวัดนนทบุรี

โทรศัพท์ 02-5252333 ต่อ 2153