

การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการ
การดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



ธณรัตน์ พลัฒาไชย

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการ
การดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



นายธณรัตน์ พลัปปลาไชย
ผู้ศึกษา



รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สิริรุ่งวงศ์,
พย.ด.
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์รุ่งนภา ภาณิตรตัน,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไทร,
พย.ด.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการ
การดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2555

.....

นายธณรัตน์ พลัฒาไชย

ผู้ศึกษา

.....

รองศาสตราจารย์อัญญาพร สีหิรัญวงศ์,

พย.ค.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิริธมมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

นายประยุทธ์ เสรีเสถียร,

พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์รุ่งนภา ภาณิตรรัตน์,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์พองคำ ติลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก
รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สิริหิรัญวงศ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณิตรีตัน อาจารย์
ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบ และช่วยปรับแก้ข้อบกพร่องต่างๆ
ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล และอาจารย์ น.พ.
ประยุทธ์ เสรีเสถียร คณะกรรมการสอบสารนิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ต่อ
ความสมบูรณ์ในการเขียนสารนิพนธ์

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิตที่ได้สนับสนุนทุนการศึกษาในหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผนก ภาคพิเศษ

ขอขอบพระคุณครอบครัว พลัฒลาไชย ที่เป็นกำลังใจเสมอมา ตลอดจนให้การ
สนับสนุนช่วยเหลือในหลายๆด้าน จนทำให้ผู้ศึกษาได้สำเร็จการศึกษาตามเป้าหมายในครั้งนี้

ขอน้อมน้อมสการคุณแห่งพระสัมมาสัมพุทธเจ้า พระธรรม พระอริยสงฆ์ ผู้ชี้แนวทาง
แห่งการพ้นทุกข์ด้วยการเจริญสติแก่สรรพชีวิตทั้งปวง

ธณารัตน์ พลัฒลาไชย

การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

MINDFULNESS BASED INTERVENTION FOR REDUCTION OF STRESS REACTIVITY IN PATIENTS
WITH ALCOHOL DEPENDENCE : EVIDENCE-BASED NURSING

ธณารัตน์ พลัฒาไชย 5236524 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อัจฉราพร สิริหิรัญวงศ์, พย.ด., รุ่งนภา ผาณิตรัตน์, Ph.D. (NURSING)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์ หลังจากสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบ PICO แล้วนำมาประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ พบหลักฐานจำนวน 4 เรื่อง เป็น Randomized Controlled Trials 2 เรื่อง เป็น Controlled non randomized trials 1 เรื่อง และเป็น Prospective case series 1 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ สรุปเป็นข้อแนะนำดังนี้ ผู้ที่เหมาะสมรับการบำบัดเป็นผู้ได้รับการวินิจฉัย ภาวะติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 18 ปี และผ่านการบำบัดตามโปรแกรมมาตรฐานมาก่อน การบำบัดเป็นแบบกลุ่ม 8-10 ครั้ง สมาชิกกลุ่มไม่เกิน 8 คน บำบัดสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง โดยการบำบัดประกอบด้วย 12 หัวข้อดังนี้ 1) การรู้จักความคิดอัตโนมัติที่นำไปสู่ความอยากดื่ม 2) การมีสติและทักษะในการจัดการความอยากดื่ม 3) การเจริญสติในชีวิตประจำวัน 4) ความสัมพันธ์ของปฏิกิริยาของความเครียด ความรู้สึกอยากดื่มและผลของการดื่มและฝึกปฏิบัติการเจริญสติเพื่อจัดการกับความเครียด ความรู้สึกอยากดื่ม 5) การยอมรับความคิดและความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้น และจัดการด้วยวิธีที่ต่างไปจากเดิม 6) แบบแผนความคิดและการกลับใช้ซ้ำ 7) แนวทางในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม 8) แนวทางในการวางแผนเพื่อป้องกันการกลับใช้ซ้ำ 9) การรับรู้ถึงอันตรายของแอลกอฮอล์ต่อร่างกาย 10) การพึ่งพาซึ่งกันและกัน การให้ความหมายและจิตวิญญาณ 11) การใช้เทคนิคความรักความเมตตาเพื่อจัดการกับอารมณ์ที่ยุ่งยาก 12) การฝึกเจริญสตินอกชั้นเรียน ประเมินผลใช้แบบประเมินอาการของความเครียด (SOSI) และแบบประเมินการรับรู้ความเครียด (PSS)

ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้คือ ควรทำการศึกษาวิจัยนำร่อง (pilot study) ถึงความเหมาะสมในการนำไปใช้ และควรมีการเตรียมความพร้อมของผู้ให้การบำบัดโดยฝึกฝนให้มีประสบการณ์ในการเจริญสติ และมีประสบการณ์เป็นครูฝึกสอนเจริญสติ

คำสำคัญ: ผู้ติดแอลกอฮอล์ / ความเครียด / การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน / การพยาบาลตามหลักฐาน
เชิงประจักษ์

MINDFULNESS BASED INTERVENTION FOR REDUCTION OF STRESS REACTIVITY IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE: EVIDENCE-BASED NURSING

THANARAT PLUBPLACHAI 5236524 NSMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ACHARAPORN
SEEHERUNWONG, D.N.S., RUNGNAPA PANITRAT, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The present study aimed at investigating the use of mindfulness-based intervention to reduce stress reactivity in patients with alcohol dependence. Research-based evidence was searched using the PICO Framework was selected and evaluated to determine its quality and strength. There were four research studies on the topic. Of these, two were randomized controlled trials, one was a controlled non-randomized trial, and one was a prospective case series. The selected studies were analyzed and synthesized with the following recommendations: The persons who should receive the therapy are those who have been diagnosed with alcohol dependence, are 18 years old or over, and had previously undergone standard therapy. The therapy was conducted on a group basis for eight to ten times, with no more than eight members in one group. The therapy was conducted once a week, with each session lasting one to two hours. The therapy consisted of 12 topics as follows: 1) knowing automatic thoughts leading to the craving, 2) having mindfulness and skills to manage the craving, 3) being mindful in daily life, 4) relationship between stress reactivity, craving, and effects of alcohol drinking and mindfulness to manage stress, 5) acceptance of thoughts and ideas and using different management strategies, 6) patterns of thinking and relapses, 7) guidelines on appropriate self-care, 8) guidelines on planning to prevent relapses, 9) acknowledgement of danger of alcohol, 10) interdependence, giving meaning and spirituality, 11) use of the loving kindness technique to manage complicated emotions, and 12) practice of mindfulness outside classrooms. The assessment was conducted using the Symptoms of Stress Inventory (SOSI) and the Perceived Stress Scale (PSS).

The recommendations from this study are that a pilot study should be conducted to determine the appropriateness of implementation and therapists should be prepared by gaining experience in practicing mindfulness and teaching mindfulness.

KEY WORDS: ALCOHOL DEPENDENCE / STRESS REACTIVITY /
MINDFULNESS BASED INTERVENTION /
EVIDENCE-BASED NURSING

139 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	19
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	21
1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	21
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการ	22
2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	22
2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	23
บทที่ 3 ผลการดำเนินงาน	27
3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น	27
3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	28
3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	48
3.4 ข้อเสนอแนะ	56
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	62
4.1 สรุปการศึกษา	62
4.2 ข้อเสนอแนะ	63
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	65
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	76

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
รายการอ้างอิง	88
ภาคผนวก	93
ประวัติผู้ศึกษา	139



สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
3.1 ตารางแสดงผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	27
3.2 ตารางแสดงผลการประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์	31
3.3 ตารางแสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)	32
3.4 ตารางแสดงคุณลักษณะของการบำบัดแบบใช้การเจริญสติเป็นฐานจากหลักฐาน เชิงประจักษ์ที่นำมาสังเคราะห์	42

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมที่อยู่คู่กับมนุษย์มานาน เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต ประเพณี ธรรมเนียมปฏิบัติ รวมไปถึงพิธีกรรม นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังเป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมาย ได้รับการยอมรับจากสังคม การบริโภคแอลกอฮอล์นี้จึงไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในพิธีกรรม ช่วงเทศกาล หรือโอกาสพิเศษเท่านั้น การดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดผลในทางบวก คือ มีความสุข คลายเครียด มีเพื่อนมาก ในขณะที่เดียวกันการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมากและต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเอง เช่น อุบัติเหตุ ความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆและผลเสียต่อคนอื่น เช่น การทำร้ายร่างกาย ความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น โดย World Health Organization (WHO) ได้ประมาณการว่า 76.3 ล้านคนทั่วโลก ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ alcohol use disorder และในแต่ละประเทศใช้งบประมาณ 1- 5% สำหรับการป้องกันรักษา การออกกฎหมาย การควบคุมการผลิต นอกจากนี้การใช้แอลกอฮอล์อย่างมากและเป็นเวลานานมีผลเสียต่อสุขภาพตามมาและเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคมามากกว่า 60 ชนิด และ WHO ยังรายงานว่ประมาณ 9.2% ของภาระโรคเกิดจากแอลกอฮอล์ โรคที่เป็นผลโดยตรงจากแอลกอฮอล์ เช่น มะเร็ง ความดันโลหิตสูง และโรคระบบหลอดเลือดหัวใจ โรคตับและโรคทางจิตเวช (WHO, 2004 อ้างใน Witkiewitz, and Marlatt, 2006)

จากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า แอลกอฮอล์และบุหรี่เป็นสารเสพติดที่ใช้มากที่สุดในโลก พบความชุกของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 1.7 (ชายร้อยละ 2.8 และหญิงร้อยละ 0.5) และแอลกอฮอล์ถือเป็นสาเหตุสำคัญในการก่อให้เกิดภาระโรค (burden of disease) คิดเป็นร้อยละ 1.5 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และร้อยละ 3.5 ของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years [DALYs]) (हत्यชนनी नुणुजरीणु, 2549) และจากการรายงานของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศถึงผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปและคลินิกแบบผู้ป่วยนอกในต่างประเทศนั้น พบผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorder) มากกว่าร้อยละ 20 ส่วนผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยใน เป็นชายพบสูงถึงร้อยละ 30 และเป็นหญิงพบร้อยละ 8 ส่วนผู้ป่วยที่มารับบริการหน่วยฉุกเฉิน พบว่ามาด้วยปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 29 (สมชาย จักรพันธุ์, 2549)

ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีระดับที่เพิ่มมากขึ้น จากการศึกษา สถานการณ์ความชุกของการใช้แอลกอฮอล์ในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ.2542 ของกลุ่มตัวอย่างที่สุ่ม จาก 12 เขตสาธารณสุขทั่วประเทศที่มีอายุระหว่าง 17-87 ปี พบว่าอยู่ในเกณฑ์ติดแอลกอฮอล์ ร้อยละ 9.3 และเข้าข่ายสงสัยจะติดแอลกอฮอล์ ร้อยละ 8.3 (ปริทรรศ ศิลปะกิจ, และ คณะ, 2542) เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2546 ที่สำรวจความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทยระดับชาติ ที่ศึกษาจากกลุ่ม ประชากรทุกภาคของประเทศยกเว้นกรุงเทพฯ พบว่า ความชุกของปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder) เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 28.5 แบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 46.08 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 9.96 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, และ คณะ, 2547) นอกจากนี้การศึกษาในปี 2549 ที่ศึกษาจาก ฐานข้อมูลขององค์การอนามัยโลกได้ ระบุข้อมูลถึงปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ของประเทศ ต่างๆ ซึ่งรวมทั้งประเทศไทยโดยเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ.2504 กับปี พ.ศ.2547 พบว่า คนไทยดื่ม แอลกอฮอล์ 0.26 ลิตร/คน/ปี จากที่ศึกษาในปี พ.ศ.2504 และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึง 8.47 ลิตร/คน/ปี ในปี พ.ศ.2547 นั่นคือ เพิ่มขึ้น 33 เท่า ในระยะเวลา 43 ปี (บัณฑิต ศรีไพศาล, และ คณะ, 2549)

นอกจากนั้นแล้วผลการศึกษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาใน โรงพยาบาลที่แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมชาย พบความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ค่อนข้างมาก ซึ่งจากการศึกษาในโรงพยาบาลลำพูน จำนวน 322 ราย ด้วยแบบประเมิน CAGE (Cut down Annoyed Guilty Eye-opener) ซึ่งเป็นแบบสอบถามเพื่อใช้วินิจฉัยภาวะติดแอลกอฮอล์ โดยถือเอา ระดับคะแนน >2 เป็นเกณฑ์วินิจฉัยภาวะติดแอลกอฮอล์ร่วมกับเกณฑ์ DSM-IV ในการวินิจฉัยภาวะ ติดแอลกอฮอล์ พบจำนวนผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์เข้าเกณฑ์ของ DSM-IV และ CAGE Score >2 คิด เป็นร้อยละ 51.71 และ 54.97 ตามลำดับ (วิวัฒน์ เชวงชัยวง, และ นิสานาถ โชคเกิด, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของการดื่มแบบเสี่ยง แบบอันตราย และภาวะติดแอลกอฮอล์ ใน ผู้ป่วยชายที่รับรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูกและข้อ และหอผู้ป่วย อุบัติเหตุ ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เท่ากับร้อยละ 10-13 โดยใช้แบบสอบถาม AUDIT เป็น เครื่องมือคัดกรอง (สุมาลี วัฒนหนู, และ ศาวิตรี อัยฉนงค์กรชัย, 2537)

นอกจากนี้ผลการศึกษาของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ด้าน ดัชนีปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability- Adjusted Life Years-DALYs) เป็น การวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวม ที่วัดภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพ โดยแสดงถึง จำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) รวมกับจำนวนปีที่มิชีวิตอยู่กับความ บกพร่องทางสุขภาพ (YLD) พบว่า DALYs ในปี 2550 สุราจัดอยู่ในอันดับที่ 4 ในชาย โดยคิดเป็น ร้อยละ 5.8 ของภาระโรคทั้งหมด และเมื่อเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลปี 2542 ในปัญหาการดื่ม

แอลกอฮอล์มีค่า DALYs จัดอยู่ในอันดับที่ 11 จะพบว่าปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์รุนแรงขึ้นอย่างมาก (สมชาย จักรพันธุ์, 2549; บัณฑิต ศรไพศาล, และ คณะ, 2550)

จากการศึกษาข้างต้นในสถานการณ์ความรุนแรงของการใช้แอลกอฮอล์ที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น มีความชุกมากขึ้น ส่งผลให้พบจำนวนผู้ใช้แอลกอฮอล์เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นจำนวนที่สูงขึ้นด้วย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลจิตเวช เห็นได้จากสถิติของผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) ซึ่งเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า ทั้งผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยที่กลับมารักษามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2543–2547 ผู้ป่วยรายใหม่ มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 123 รายในปี พ.ศ. 2543 เป็น 271 ราย ในปี พ.ศ. 2547 ส่วนผู้ป่วยที่กลับมารักษามีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 641 รายในปี พ.ศ. 2543 เป็น 1,163 ราย ในปี พ.ศ. 2547 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2548 อ้างใน อัจฉรารพี จำปา, 2550) สอดคล้องกับสถานการณ์ในจังหวัดสระแก้วที่พบว่า ผู้มีปัญหาความผิดปกติที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol-Related Disorder) มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน จากข้อมูลโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ พบว่า ผู้ที่เข้าใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกโดยได้รับการวินิจฉัย โรคในกลุ่ม F10 Mental and behavioural disorders due to use of alcohol ในปี 2550 มีจำนวน 1,327 ราย ปี 2551 จำนวน 1,392 ราย ปี 2552 จำนวน 1,408 ราย และ ปี 2553 จำนวน 1,510 รายตามลำดับ อันแสดงให้เห็นถึงจำนวนที่เพิ่มขึ้น (ฝ่ายแผนงาน รพ.จิตเวชสระแก้วฯ, 2553)

สาเหตุที่ทำให้คนดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติดมีหลายสาเหตุ เช่น เพิ่มความสุข (feel high) เพิ่มความมั่นใจ (enhance self-confidence) ลดความตึงเครียดหรือวิตกกังวล (reduce tension or anxiety) เพิ่มการยอมรับทางสังคม (enhance social relations) (Sue, Sue, & Sue, 2010) การใช้สารเสพติดนั้นจะมีผลโดยตรงต่อสมอง 2 ส่วนคือ 1) สมองส่วนนอกที่เป็นส่วนคิด (Cerebral Cortex) และ 2) สมองชั้นใน (Limbic system) ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และความอยาก สมองส่วนคิดทำหน้าที่ในการควบคุมสติปัญญา การใช้เหตุผล ขณะที่สมองส่วนนอกเป็นส่วนที่ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก โดยที่กลไกการเสพติดเป็นสิ่งเร้าหรือกระตุ้นความพอใจของคน สารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องคือ Dopamine ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์/สารเสพติด จะมุ่งเข้าไปที่ศูนย์สมองส่วนควบคุมความพอใจ หลัง Dopamine ออกมามากเกินกว่าปกติ ผู้เสพจึงรู้สึกเป็นสุข เป็นสาเหตุให้ต้องการใช้อีก เกิดการเสพติด (Marlatt, 2002)

พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) ได้อธิบายกลไกการเสพติดแอลกอฮอล์ด้วยทฤษฎีพฤติกรรมว่า เป็นการวางเงื่อนไข (Classical conditioning) โดยมีพื้นฐานมาจากความสัมพันธ์ของตัวกระตุ้นและการตอบสนอง ในกรณีของการติดแอลกอฮอล์นั้น นอกจากแอลกอฮอล์จะเป็นตัวกระตุ้นที่แรงที่สุดแล้ว สภาพแวดล้อม บุคคลและสภาพอารมณ์ของบุคคลนั้นๆที่เกี่ยวข้องกับการ

ดื่ม ล้วนสามารถทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์ เกิดอาการอยากดื่มและกลับไปดื่มซ้ำได้ ซึ่งแต่เดิมนั้น สถานะที่ บุคคล หรืออารมณ์ความรู้สึก ไม่สามารถทำให้คนทั่วไปเกิดอาการอยากดื่มได้ คือ เป็น neutral stimulus แต่อาการอยากดื่มจากแอลกอฮอล์เป็นตัวกระตุ้นตามธรรมชาติ (Unconditioned stimulus) แต่เมื่อทั้งสองเกิดพร้อมกัน สมรรถนะของผู้ป่วยจะถูกวางเงื่อนไขทำให้เกิดเงื่อนไขว่า เมื่อมี สถานะที่ บุคคล หรืออารมณ์ความรู้สึก จะตามมาด้วยการดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นความคาดหวังว่าจะ ได้รับแอลกอฮอล์จึงเกิดโดยอัตโนมัติ ผลคือ เกิดอาการอยากดื่มในที่สุด neutral stimulus จะ กลายเป็น conditioned stimulus จึงกระตุ้นให้เกิดอาการได้เช่นเดียวกับ unconditioned stimulus ดังนั้นแม้ผู้ป่วยหยุดดื่มไปเป็นเวลานาน เมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า จึงมักจะกลับไปดื่มซ้ำอีก นอกจากนี้ สถานะที่ บุคคล หรืออารมณ์ความรู้สึกแล้ว อาการอยากดื่ม (craving) ยังสามารถถูกกระตุ้นจาก ความรู้สึกภายใน เรียกว่า “internal cues” เช่น ความหิว ความโกรธ ความเศร้า อารมณ์ว่าเหว ความเครียด เป็นต้น

สำหรับประเด็นของความเครียดกับความอยากแอลกอฮอล์นั้น Brewer, และ คณะ (2009) ได้อธิบายว่า การเผชิญกับความเครียดจะเพิ่มการกระตุ้นการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะ ความเครียดเฉียบพลัน ก่อให้เกิดการตอบสนองเปลี่ยนความอยากมาเป็นพฤติกรรมค้นหา และการ ใช้สารเสพติด ความเครียดและทุกข์ทรมานทางจิตใจ มักใช้อ้างเป็นเหตุผลของการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำในหมู่บุคคลที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติด ข้อมูลเหล่านี้สนับสนุนสมมุติฐานว่า กลไกที่เกี่ยวข้องกับความเครียดมีความสำคัญในการก่อให้เกิดการเสพติดและความเรื้อรัง สอดคล้อง กับ Garland, Boettiger, and Howard (2011) ที่ได้อธิบายว่า ห่วงโซ่ความเสี่ยงหลักของความเครียด (The central risk chain of stress) ก่อให้เกิดการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด การติดแอลกอฮอล์ และการกลับไปใช้ซ้ำ โดยสัมพันธ์กับกลไกของความคิด อารมณ์ ภายใต้อารมณ์ของ จีวจิตสังคม (biopsychosocial) เมื่อประเมินความเครียดควบคู่ไปกับการขาดแหล่งสนับสนุนในการจัดการปัญหา จะส่งผลต่อปฏิกิริยาของจิตสรีรวิทยา ความคิด และอารมณ์ด้านลบ จนกลายมาเป็นตัวกระตุ้น อัตโนมัติ (trigger automatized schemata) ทำให้เกิดของกระบวนการทางความคิด-พฤติกรรมที่ บกพร่องซึ่งเป็นผลให้เกิดการดื่มแอลกอฮอล์ เช่นเดียวกับ Becker (2008) ได้อธิบายว่า ในผู้ใช้ แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด (Alcohol abuse) โดยไม่เข้ากับเกณฑ์ของภาวะติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence) จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอันเป็นผลจากการดื่มอย่างต่อเนื่อง จากที่ สามารถควบคุมการดื่มได้ เมื่อดื่มต่อไปเรื่อยๆกลายเป็นการดื่มที่มากและหนักขึ้น จนไม่สามารถ ควบคุมการดื่มได้ นอกจากนี้พบว่าในผู้ที่ติดแอลกอฮอล์จะกลัวต่อภาวะถอนแอลกอฮอล์ที่จะเกิดขึ้น เมื่อหยุดดื่ม เป็นภาวะทุกข์ทรมานทางจิตใจ (psychological distress) และจะส่งผลทำให้มีการดื่ม อย่างต่อเนื่องกลายเป็นการติดแอลกอฮอล์ได้ ที่เรียกว่า ภาวะความวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับการถอน

แอลกอฮอล์ (Alcohol withdrawal-related anxiety) ซึ่งเป็นรูปแบบใช้ในการอธิบายถึงการใช้อัลกอฮอล์ หรือก่อให้เกิดการกลับไปใช้ซ้ำได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเมื่อความเครียดเกิดขึ้นเป็นลึกลงไปสู่การใช้อัลกอฮอล์จึงต้องจัดการกับความเครียดทั้งหลายเหล่านั้นเพื่อให้ความเครียดลดลงจนไม่สามารถนำไปสู่การใช้อัลกอฮอล์ได้นั่นเอง

หลักฐานทางระบาดวิทยาได้แสดงถึงความเชื่อมโยงระหว่างความเครียดและพฤติกรรมการดื่ม จากการศึกษาของ Dawson, Grant, and Ruan (2005) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนและประเภทของประสบการณ์ภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในช่วงปีที่ผ่านมา กับ การดื่มแอลกอฮอล์ ดำเนินการศึกษาจากฐานข้อมูล the 2001–2002 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) กับกลุ่มตัวอย่างผู้ดื่มที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (N=26,946) สัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา แบบสอบถามประกอบด้วย 1) ภาวะเครียดด้านสุขภาพ (การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด, การเจ็บป่วยรุนแรงของตนเองหรือบุคคลใกล้ชิด) 2) ภาวะเครียดทางสังคม (การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ดำรงชีวิต, มีปัญหากับหัวหน้างาน/ผู้ร่วมงาน, การเปลี่ยนงานหน้าที่ความรับผิดชอบ, การแยกทาง/การหย่าร้าง, ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน/เพื่อน/บุคคลใกล้ชิด) 3) ภาวะเครียดทางการทำงาน (ออกจากงาน, ตกงาน) 4) ภาวะเครียดทางกฎหมาย (วิฤตทางการเงิน, ตนเองหรือบุคคลในครอบครัวถูกจับ, ตนเองหรือบุคคลในครอบครัวตกเป็นเหยื่ออาชญากรรม) ผลพบว่า ในกลุ่มผู้ดื่มแอลกอฮอล์ปีที่ผ่านมา รายงานถึงประสบการณ์ชีวิตที่มีภาวะเครียดอย่างน้อย 1 ครั้งจำนวน 24.0% มีภาวะเครียด 2 ครั้งในปีที่ผ่านมาจำนวน 21.2% มีภาวะความเครียด 3-5 ครั้งจำนวน 23.2% และมีภาวะเครียดเท่ากับหรือมากกว่า 6 ครั้ง จำนวน 4.2% โดยมีภาวะเครียดจากสุขภาพมากที่สุด 48.3% ตามมาด้วย ภาวะเครียดทางสังคม 43.9% ภาวะเครียดจากกฎหมาย 20.5% และภาวะเครียดจากงาน 12.75% ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างจำนวนครั้งของสถานการณ์ภาวะเครียดในช่วงปีที่ผ่านมา กับจำนวนการดื่มหนักโดยรวม พบว่ามีความถี่ของการดื่มหนักเพิ่มมากขึ้น (มากกว่า 5 ดื่มสำหรับชายและมากกว่า 4 ดื่มสำหรับหญิง) เป็นชาย 24% และหญิง 13%

สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Hammerbacher, and Lyvers (2006) ที่ศึกษาปัจจัยการกลับไปใช้อัลกอฮอล์ซ้ำ ในประชากรชาวออสเตรเลียจำนวน 104 คน (ชาย 59 คนและหญิง 45 คน) ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป (M=31.82 ปี, SD=9.2, range=18-55) เป็นกลุ่มของผู้ใช้อัลกอฮอล์เฮโรอีน แอมเฟตามีน ที่รับการบำบัดในสถานบำบัดสารเสพติด ใน Southeast Queensland ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2002 - มีนาคม 2003 พบว่าเหตุผลที่อ้างเพื่อกลับไปใช้ซ้ำ คือ สถานะอารมณ์ด้านลบ (61.5%) ตามมาด้วยแรงกดดันจากภายนอก (17.3%) อารมณ์ทางบวก (12.5%) และปัญหาทาง

สังคม/ครอบครัว (8.7%) ทั้งนี้ไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่มของแอลกอฮอล์ เฮโรอีน แอมเฟตามีน [χ^2 (6,n=99)=3.86,NS)] และในผู้ที่ได้รับการรักษาแล้ว จะพบว่าการกลับใช้ซ้ำตามมาด้วย โดยมีอัตราการฟื้นคืนสู่ภาวะปกติในอัตราที่ต่ำ

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า ความเครียดเป็นจุดเริ่มต้นความเสี่ยงและเป็นสาเหตุของภาวะติดแอลกอฮอล์ที่สำคัญมาก จากตอนที่การดื่มจะมีลักษณะเป็น multifactorial ที่เกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยต่างๆ เช่น ปัจจัยด้านพันธุกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยภายในบุคคลที่ส่งผลทำให้บุคคลใช้แอลกอฮอล์ หากเมื่อเวลาผ่านไปการบริโภคแอลกอฮอล์จะกลายเป็นพฤติกรรมอยากดื่มแบบอัตโนมัติ และกลายเป็นการใช้แอลกอฮอล์ด้วยความตั้งใจ เป็นพฤติกรรมหรือนิสัยที่ต้องดื่ม ซึ่งนำไปสู่การดื่มแบบหนัก (Heavy Drinking) แม้จะมีความตั้งใจหลีกเลี่ยงแต่ไม่เพียงพอต่อการป้องกันการดื่มซ้ำในผู้มีภาวะติดแอลกอฮอล์ ได้ (Garland, 2011)

การใช้แอลกอฮอล์นั้นจะพบว่ามีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้หลายรูปแบบ ลักษณะ และมีหลายมุมมองที่ต้องพิจารณาซึ่งในแต่ละรูปแบบการดื่มนั้นส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ ปัญหาทางสังคมที่แตกต่างกัน ในทางการแพทย์ได้มีการจัดแบ่งความผิดปกติที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol-Related Disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นการพิจารณาจากปัญหาการดื่มและผลต่อตนเอง ครอบครัว สังคม เรียกว่า Alcohol Use Disorders และกลุ่มที่ 2 เป็นการพิจารณาจากอาการที่เป็นผลจากการดื่มแอลกอฮอล์ เรียกว่า Alcohol-Induced Disorders ซึ่งในผู้ดื่มแอลกอฮอล์รายหนึ่งๆ อาจมีปัญหาจากภาวะใดภาวะหนึ่งหรือหลายภาวะจากทั้ง 2 กลุ่ม โรคได้ (American Psychiatric Association, 2000)

ภาวะติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence) จัดอยู่ในกลุ่ม Alcohol Use Disorders เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดและสมควรได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์ ผู้ดื่มติดแอลกอฮอล์จะมีการดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเกิดปัญหาพฤติกรรม สมรรถภาพ และร่างกาย อาการแสดงที่พบบ่อย เช่น คอแข็งมากขึ้น มีอาการขาดแอลกอฮอล์หากหยุดดื่ม มีความรู้สึกอยากดื่มอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ยังคงดื่มต่อแม้ทราบว่าเกิดผลเสียตามมา และดื่มจนละเลยกิจกรรมอื่นๆ หรือหน้าที่รับผิดชอบ เกณฑ์วินิจฉัยภาวะติดแอลกอฮอล์ตาม DSM-IV-TR ระบุว่าเป็นรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 3 อาการ(หรือมากกว่า) ในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (American Psychiatric Association, 2000) ดังนี้

1. มีการดื้อยา ซึ่งมีนิยามอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้

- a) มีความต้องการดื่มเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้เกิด intoxication หรือผลอื่นที่ต้องการ
- b) ได้รับผลจากการดื่มลดลงอย่างมากหากยังคงดื่มเท่าเดิม

2. มีอาการขาดยา ซึ่งมีนิยามอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้

- a) มีอาการขาดแอลกอฮอล์ (อาการถอนพิษแอลกอฮอล์)
- b) การดื่มแอลกอฮอล์ (หรือสารใกล้เคียง) สามารถลดหรือกำจัดการขาดแอลกอฮอล์ได้

3. มีการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก หรือเป็นเวลายาวนานกว่าที่ตั้งใจ

4. มีความต้องการดื่มอยู่ตลอด หรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มได้

5. ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อหาแอลกอฮอล์มาดื่ม ในการดื่มหรือในการฟื้นจากการเมาแอลกอฮอล์

6. ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงานหรือการห้อยใจอื่นๆ เนื่องจากการดื่ม

7. ยังคงดื่มอยู่ แม้จะทราบว่ามีโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น เช่น ยังคงดื่มแอลกอฮอล์แม้ทราบว่าแอลกอฮอล์จะทำให้แผลในกระเพาะเปื่อย

จากพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ในระยะแรกเพื่อสาเหตุทางสังคม เพื่อช่วยภาวะของอารมณ์ด้านลบ ต่อมากลายเป็นการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด เป็นการติดแอลกอฮอล์ หรือเป็นภาวะทางจิตจากแอลกอฮอล์ ถ้าหากตัวผู้ดื่มยังไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มของตนเองก็จะส่งให้เกิดผลกระทบจากการใช้แอลกอฮอล์ได้ทั้งผลระยะสั้นและผลระยะยาว รวมถึงผลด้านสุขภาพสังคมและเศรษฐกิจด้วย

ผลกระทบจากแอลกอฮอล์นั้นจะมีผลต่อสรีรวิทยาและจิตวิทยา โดยสามารถแบ่งออกได้เป็นผลระยะสั้นและผลระยะยาว (Sue, Sue, & Sue, 2010) ดังนี้

ผลระยะสั้น เมื่อเราดื่มแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์จะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดโดยไม่ผ่านการย่อย เข้าไปที่สมองโดยมีผลทางสรีรวิทยาในการลดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง และเมื่อปริมาณของความเข้มข้นแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดประมาณ 0.1 % จะทำให้สูญเสียการควบคุมกล้ามเนื้อ ทำให้เดินเซ พูดไม่ชัด และหากมีปริมาณของความเข้มข้นแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดประมาณ 0.5 % อาจทำให้หมดสติหรืออาจเสียชีวิตได้ และผลทางจิตวิทยาในระยะสั้นของแอลกอฮอล์คือ ทำให้มีความสุข แต่ก็ทำให้ระดับความสามารถในการตัดสินใจ และสมาธิลดลง นอกจากนี้จะมีผลให้เกิดอารมณ์ทางลบและความโกรธ

ผลระยะยาว ผลทางจิตวิทยาของการดื่มอย่างต่อเนื่อง พบว่าการดื่มในบางครั้งช่วยลดความตึงเครียด(relieves tensions) ดังนั้นผู้ที่ดื่มจึงมีการดื่มอย่างต่อเนื่องและกลายเป็นการดื่มที่บ่อยมากขึ้น ใช้ปริมาณที่มากขึ้นด้วย โดยเฉพาะความเครียด(stress) ลักษณะที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเพียงพอ ปัจจัยเสี่ยงทางชีววิทยาในการติดแอลกอฮอล์ ทำให้มีการดื่มในลักษณะที่รู้ว่ามีผลเสียแต่ก็ยังคงดื่มอยู่ ส่วนผลสรีรวิทยาในระยะยาว ประกอบด้วย เพิ่มความทนต่อการใช้อัลกอฮอล์ (tolerlence) จนการเป็นผู้ติดแอลกอฮอล์ มีความบกพร่องทางกายจากแอลกอฮอล์ มีความวิตกกังวล (anxiety) จนถึงมีอาการประสาทหลอนได้ ในผู้ที่ติดแอลกอฮอล์เรื้อรัง แอลกอฮอล์จะทำลายสมองและพบภาวะการขาดสารอาหารร่วมด้วย นอกจากนี้ผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมของแอลกอฮอล์จะก่อให้เกิดโรคต่างๆตามมาเกี่ยวกับโรคของตับ(liver diseases) เช่น ตับแข็ง(cirrhosis) ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) มะเร็งในปากและลำคอ (cancers of the mouth and throat) เป็นต้น

ผลกระทบต่อสุขภาพแบบฉับพลัน เช่น อุบัติเหตุ (Accidental injury) การฆ่าตัวตาย (Suicide) ความรุนแรงและการทำร้ายร่างกาย ข้อมูลจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ จากสถิติจราจรทางบกในพื้นที่ทั่วราชอาณาจักร พบว่า จำนวนคดีอุบัติเหตุที่มีสาเหตุจากการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากจำนวน 1,346 คดี ในปี 2542 เพิ่มขึ้น 9,279 คดี ในปี 2547 คิดเป็น 7 เท่าในเวลา 5 ปี สอดคล้องกับจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปี 2542 จำนวน 47,770 ราย เป็น 94,364 รายในปี 2548 (บัณฑิต ศรไพศาล, และคณะ, 2549)

ผลกระทบต่อสังคม การดื่มแอลกอฮอล์สัมพันธ์กับปัญหาความรุนแรงโดยเฉพาะความรุนแรงในครอบครัว ผู้รับผลกระทบส่วนใหญ่ คือ คู่สมรสหรือเด็กที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ผลการศึกษาการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัวไทย โดย ธนชัย คงสกนธ์ และณฤมล โพธิ์แจ่ม (2550) ได้ศึกษาแบบ Matched Case-Control Study เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายกับการเกิดความรุนแรงในครอบครัวไทย โดยเปรียบเทียบครอบครัวที่มีความรุนแรง100 ครอบครัว กับครอบครัวที่ไม่ใช้ความรุนแรง 100 ครอบครัว จาก 7 ชุมชน พบว่า ครอบครัวที่มีความรุนแรงมีการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายคิดเป็นร้อยละ 83 ส่วนครอบครัวที่ไม่มีความรุนแรงมีการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายร้อยละ 56 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างมีการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายกับความรุนแรงในครอบครัวได้ ODD Ratio เท่ากับ 3.84 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ในด้านเศรษฐกิจนั้นพบว่าก่อให้เกิดความเสียหายต่อระบบเศรษฐกิจเป็นจำนวนมาก จากการศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พบว่า ต้นทุนหรือความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจาก

การบริโภคแอลกอฮอล์ ในปี พ.ศ. 2549 มีมูลค่ารวมทั้งสิ้น 156,105.4 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 1.99 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) ประกอบด้วยต้นทุนทางอ้อมและต้นทุนทางตรง โดยต้นทุนทางอ้อมคิดเป็นมูลค่าสูงถึง 149,592.5 ล้านบาท (ประมาณร้อยละ 95.8) และต้นทุนทางตรงคิดเป็นมูลค่า 6,512.9 ล้านบาท (ร้อยละ 4.2 ของต้นทุนทั้งหมด) โดยส่วนของต้นทุนทางอ้อม จำแนกเป็นการสูญเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควร 104,128 ล้านบาท (ร้อยละ 66.7) การสูญเสียจากการขาดงาน และการขาดประสิทธิภาพขณะทำงาน 45,464.6 ล้านบาท (ร้อยละ 29.1) ส่วนต้นทุนทางตรงจำแนกเป็นค่ารักษาพยาบาล 5,491.2 ล้านบาท (ร้อยละ 3.5) ทรัพย์สินเสียหายที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรทางบก 779.4 ล้านบาท (ร้อยละ 0.5) และการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้องคดีความ 242.4 ล้านบาท (ร้อยละ 0.2) (มนตรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์, และคณะ, 2551)

แม้ผลกระทบที่เกิดโดยตรงจากแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพและต่อสังคม จิตใจ กับตัวผู้ใช้แอลกอฮอล์เอง ผู้ใกล้ชิด บุคคลในครอบครัว หรือสังคมจะมีความรุนแรง แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่า ประมาณร้อยละ 50 ของบุคคลที่มีภาวะติดแอลกอฮอล์และเข้ารับการบำบัดจะมีการกลับซ้ำใน 1 ปี (Zgierska, et al., 2008) ดังนั้นการรักษาภาวะติดแอลกอฮอล์จึงต้องเพิ่มความเข้มงวดของพฤติกรรมกรรมการหยุดดื่ม หรือดื่มแบบไม่ก่อให้เกิดปัญหา และลดการดื่มแอลกอฮอล์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อสุขภาพ ต่อสังคมต่อไป ซึ่งวิธีการบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์นั้นมีหลากหลายรูปแบบและหลากหลายแนวคิด โดยอาจจัดแบ่งได้เป็น 2 ด้านที่สำคัญคือ 1) การรักษาทางชีวภาพ (biological treatment) 2) การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment) โดยมีรายละเอียดดังนี้

การรักษาทางชีวภาพ (biological treatment)

เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมการดื่มหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ยาที่ใช้ควบคุมการดื่มหรือเพื่อให้หยุดดื่มแอลกอฮอล์ ในปัจจุบัน แบ่งเป็น 3 ประเภทคือ

1. ยาลดอาการอยากดื่มแอลกอฮอล์ (Anticraving drug for alcohol)
2. ยาเบื่อเหล้า
3. ยาอื่นๆ เช่น ยาด้านเศร้า

1. ยาลดอาการอยากดื่มแอลกอฮอล์ (Anticraving drug for alcohol) ได้แก่ นาลเทร็กซ์โซน (Naltrexone) อะแคมโพรเสต (Acamprosate) เป็นต้น

กลไกการออกฤทธิ์ของ นาลเทร็กซ์โซน มีฤทธิ์ไปยับยั้งการทำงานของ Endogenous opioid โดยมักจะไปแข่งจับกับ opioid receptors ในสมอง ทำให้เปลี่ยนแปลง Reinforcing effects ของแอลกอฮอล์ ทำให้ลดความอยากดื่ม และลดความพึงพอใจในการดื่มลง ขนาดในการรักษา 25-

50 mg /day (ลำช้า ลักษณะพิษเฉียบ, ทวีพร วิสุทธีมรรค, และ รสสุคนธ์ ธนธีระบรรจง, 2549; พิชัย แสงชัยชาญ, 2552; มานิต ศรีสุรภานนท์, 2552)

อะแคมโพรเสต เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งสารสื่อประสาท Glutamate และ GABA แต่กลไกยังไม่ทราบชัดเจน อะแคมโพรเสต จะไปช่วยควบคุมการทำงานของสารสื่อประสาท โดยเฉพาะ glutamate และ GABA มีผลในการลดอาการที่เกิดหลังจากการถอนพิษยา เช่น นอนไม่หลับ วิดกกังวลได้ ซึ่งอาการดังกล่าวเป็นผลจากการลดลงของ GABA และเป็นปัจจัยหนึ่งในการกลับไปใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดซ้ำ (ลำช้า ลักษณะพิษเฉียบ, ทวีพร วิสุทธีมรรค, และ รสสุคนธ์ ธนธีระบรรจง, 2549; พิชัย แสงชัยชาญ, 2552; มานิต ศรีสุรภานนท์, 2552)

2. ยาเบื่อเหล้า ยานำมาใช้ได้แก่ Disulfiram (DSF) หรือ ANTABUSE®

Disulfiram เป็นยาที่ยับยั้งการย่อยสลายแอลกอฮอล์ ทำให้ระดับ acetaldehyde สูงขึ้นก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ มีอาการไม่สุขสบายจากฤทธิ์ของยา เช่น ปวดศีรษะ ความดันต่ำลง คลื่นไส้ อาเจียน หน้าแดง ใจสั่น อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกลอยใจดื่มแอลกอฮอล์อีก ฤทธิ์ข้างเคียงที่พบได้บ่อยคือ ง่วงซึม หายใจไม่สะดวก คลื่นไส้และท้องผูก ขนาดยาที่ใช้ 250 mg / day หรือ 500 – 750 mg / dose 3 ครั้ง/สัปดาห์ (Arana, & Rosenbaum, 2000; พิชัย แสงชัยชาญ, 2552; มานิต ศรีสุรภานนท์, 2552)

3. ยาอื่นๆ ที่นำมาใช้กับผู้ติดแอลกอฮอล์ได้แก่ ยาด้านเศร้า ยากันชัก เป็นต้น (Arana, & Rosenbaum, 2000; พิชัย แสงชัยชาญ, 2552; มานิต ศรีสุรภานนท์, 2552)

ยาด้านเศร้า (antidepressant drugs) ยาในกลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) และกลุ่ม Tricyclics (TCA) เช่น Desipramine, Trazodone, Fluoxetine, Citalopram, Fluvoxamine เพื่อช่วยควบคุมการดื่มและลดการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้าร่วมด้วย

ยา Topiramate (TPR) เป็นยากันชักที่มีหลักฐานแสดงให้เห็นว่ามีประสิทธิภาพในการลดการดื่มหนักได้ดีกว่ายาควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และเริ่มให้ยา Topiramate ในขณะที่ผู้ป่วยหลายรายยังคงดื่มสุราอยู่ ในการศึกษา 14 สัปดาห์ ยา Topiramate เพิ่มอัตราการหยุดสุราได้อย่างต่อเนื่อง (28 วัน) ได้มากกว่ายาควบคุมอย่างมีนัยสำคัญจากการเทียบประสิทธิภาพแบบข้ามการทดลองผู้เข้าร่วมบางส่วนท่านมีความเห็นว่า ยา Topiramate เป็นยาที่มีหลักฐานค่อนข้างชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการรักษาผู้ติดสุรา ขนาดของอิทธิพล (effect size) ดังกล่าวจัดอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ยา Naltrexone และยา Acamprosate อยู่ในระดับต่ำ ยังนี้ผลต่อการรักษาส่วนใหญ่ยังอยู่ในระหว่างการศึกษา

การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment)

การรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์นอกจากจะใช้ยาเพื่อควบคุมการดื่มหรือเพื่อให้หยุดดื่มแอลกอฮอล์แล้วยังต้องให้การรักษาด้านจิตสังคมร่วมด้วย การรักษาด้านจิตสังคมสามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา ร่วมมือในการรักษาได้นานขึ้น และสิ่งสำคัญคือเป็นการช่วยผู้ป่วยให้จัดการกับปัญหาทางจิตสังคมที่เกิดตามมาหลังการดื่มจนติด โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม จากหลักฐานทางการแพทย์ในปัจจุบัน จิตสังคมบำบัดที่มีประสิทธิภาพสำหรับการรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ ได้แก่

1. การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA)
2. การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI)
3. กลุ่มบำบัด (Group Therapy)
4. พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy)
5. การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI and Motivational Enhancement Therapy: MET)
6. การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy: CBT)
7. การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน (mindfulness-based interventions)

1. การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA)

การให้คำแนะนำแบบสั้น เป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ดื่มเกี่ยวกับผลเสียของการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อสร้างความตระหนักถึงปัญหาที่ถูกมองข้ามและเกิดแรงจูงใจที่จะหยุดหรือลดการดื่มลง ใช้เวลาในการให้คำแนะนำประมาณ 5 – 10 นาที

การให้คำแนะนำแบบสั้น (BA) เหมาะสำหรับผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในระดับมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพเรื้อรังเนื่องจากการดื่มเป็นประจำมากเกินไป ประเมินด้วยแบบประเมิน AUDIT ค่าระหว่าง 8 – 15 คะแนนซึ่งถือเป็นกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous) โดยทั่วไปผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะยังไม่รับรู้ถึงผลเสียของการดื่มแอลกอฮอล์ หรือยังไม่มีแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัด การให้คำแนะนำแบบสั้น (BA) จึงมีความจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ และเกิดความตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามมาหากยังไม่เลิกหรือลดการดื่มลง (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548)

2. การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI)

การบำบัดแบบสั้น เป็นการให้ความช่วยเหลือผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบมีความเสี่ยงสูง (hazardous drinker) หรือผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย (harmful drinker) และผู้ที่มีภาวะติด

แอลกอฮอล์ (alcohol dependence) การให้การบำบัดแบบสั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ตนเอง วิธีการให้การบำบัดแบบสั้น สามารถทำได้โดยการให้การปรึกษาที่ใช้ระยะเวลาประมาณ 5 – 15 นาทีต่อครั้ง รวม 1-3 ครั้ง ซึ่งพบว่า BI มีประสิทธิภาพในการช่วยลดปริมาณการดื่มลงและทำให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548)

3. กลุ่มบำบัด (Group Therapy)

กลุ่มบำบัด เช่น การทำจิตบำบัดประคับประคอง (supportive psychotherapy) เพื่อลดความคับข้องใจ ความวิตกกังวล กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) เช่น กลุ่มผู้ติดสุรานินาม หรือ กลุ่มเอเอ (Alcoholics Anonymous: AA) เป็นต้น เพื่อให้ผู้ติดสุรามีโอกาสพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น อารมณ์ ความรู้สึก ร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างเลิกดื่มสุรา

กลุ่มเอเอ คือ กลุ่มที่สร้างขึ้นโดยผู้ป่วยติดสุรา 2 คน คือ Bill Wilson และ Dr. Robert Smith เมื่อปี ค.ศ. 1935 จุดประสงค์ของกลุ่ม คือ เพื่อนที่เคยติดสุราแล้วเลิกได้ช่วยเพื่อนที่ติดสุราให้หยุดดื่ม กลุ่มนัดประชุมกันทุกสัปดาห์เล่าประสบการณ์และความรู้สึกของตนให้เพื่อนสมาชิกฟัง ทุกคนต่างให้กำลังใจไม่มีการตำหนิและเข้าใจกัน ต่างเสริมให้ตนเองละเลิกการดื่มสุรา การเข้าร่วมกลุ่มภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดสุรา ไม่เกี่ยวข้องกับศาสนา การเมืองหรือองค์กรสังคม ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐใด ๆ ทั้งสิ้น ซึ่งมี 12 ขั้นตอนเป็นหลักการที่สำคัญของกลุ่ม จนมาเป็นการส่งเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation: TSF) (พรรณนิภา แสนปัญญา, 2551; พิชัย แสงชัยชาญ, 2552)

4. พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy)

หลักของพฤติกรรมบำบัดมี 2 หลักสำคัญ ประกอบด้วย 1) Operant Conditioning และ 2) Classical Conditioning ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (พรรณนิภา แสนปัญญา, 2551)

1. Operant Conditioning ของ B.F. Skinner ปี 1953 เป็นทฤษฎีที่สำคัญเป็นการอธิบายการคงไว้ของการใช้สารเสพติดและอธิบายกลไกการติดสารเสพติดโดยเชื่อว่าสารใดก็ตามที่ทำให้เกิดแรงเสริมทางบวก เกิดความสุข หรือจัดสิ่งไม่พึงพอใจซึ่งเป็นแรงเสริมทางลบ สารนั้นจะอยู่ในความทรงจำส่วนลึก เมื่อความทรงจำถูกกระตุ้น จะทำให้บังคับใจตนเองไม่ได้จึงกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ แต่เมื่อพฤติกรรมใดที่ทำแล้วได้รับการลงโทษ พฤติกรรมนั้นก็จะเกิดน้อยลง ดังนั้นการบำบัดจึงเน้นให้เห็นผลทางลบของการดื่มแอลกอฮอล์และผลบวกของการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการให้แรงเสริมทางบวกเมื่อหยุดดื่มแอลกอฮอล์ได้

2. Classical Conditioning ของ Wikler ในปี 1973 พบว่าการติดสารเสพติดเป็นผลของสารเสพติดโดยตรงร่วมกับผลตรงข้ามของสารเสพติด (Counter- adaptive response เช่น อาการขาดยา) ในคนใช้สารเสพติด ขณะมีสิ่งกระตุ้นการใช้สารเสพติดจะเกิดจากผลของสารเสพติดโดยตรงใน

ระยะแรก แต่เมื่อไม่ได้ใช้สารเสพติดไประยะหนึ่งจะเกิดผลตรงข้ามของสารเสพติด (อาการขาดยา) ร่วมกับสิ่งกระตุ้น เมื่อเงื่อนไขดังกล่าวเกิดขึ้นนานพอสมควร จนคนนั้นเห็นเพียงสิ่งกระตุ้นก็จะเกิดอาการอันเป็นผลจากสารเสพติดหรือผลตรงข้ามของสารเสพติดขึ้นได้ ซึ่งสิ่งกระตุ้นนั้นอาจมาจากสิ่งกระตุ้นภายนอกหรือภายในร่างกายก็ได้ เช่น เงิน ขวดเหล้า ความหิว ความเหนื่อย ความเจ็บปวด ความเครียด เป็นต้น เมื่อเผชิญสิ่งกระตุ้นจึงทำให้เกิดอาการอยากสารเสพติดโดยอัตโนมัติ

ปัจจุบันได้มีรูปแบบพฤติกรรมบำบัดแบบต่างๆ เช่น การเสริมแรงทางบวกต่อพฤติกรรมเป้าหมาย(Positive Reinforcement) การบำบัดแบบ Behavioral Marital Therapy การบำบัดแบบ Community Reinforcement Approach (CRA) การบำบัดแบบ Community Reinforcement Approach and Family Training: (CRAFT) เป็นต้น (พิชัย แสงชัยชาญ, 2552)

5. การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI and Motivational Enhancement Therapy: MET) (พิชัย แสงชัยชาญ, 2552)

แนวทางการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ มีพื้นฐานมาจากองค์ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of change) ของ Prochaska & DiClemente และ Motivational Interviewing (MI) และ Motivational Enhancement Therapy (MET) ของ Miller และคณะ ในแต่ละขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะสะท้อนให้เห็นความพร้อมหรือแรงจูงใจของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย

ขั้นที่ 1 : ขั้นเมินเฉยหรือยังไม่สนใจปัญหา(Pre-contemplation)

ขั้นที่ 2 : ขั้นลังเลใจ (Contemplation)

ขั้นที่ 3 : ขั้นตัดสินใจ หรือเตรียมการ (Determination or Preparation)

ขั้นที่ 4 : ขั้นลงมือกระทำ (Action)

ขั้นที่ 5 : ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance)

ขั้นที่ 6 : ขั้นกลับไปดื้อซ้ำ (Relapse)

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) Miller & Rollnick ได้พัฒนาเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ตั้งแต่ปี 1991 จากทฤษฎี Stage of change ของ Prochaska & DiClemente MI เป็นแนวทางการบำบัดโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นการสนทนาเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (Self Perception Theory) ผู้ติดแอลกอฮอล์เข้าใจตนเองมากขึ้นจากการได้พูดกับตนเอง(Self talk) โดยผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ติดแอลกอฮอล์กล่าวข้อความจูงใจตนเอง ในการปรับเปลี่ยนตนเองและเมื่อกล่าวข้อความที่ดีแล้วผู้ติดแอลกอฮอล์ก็จะคิดแต่ในสิ่งที่ดีงามต่อการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) เป็นรูปแบบการบำบัดที่อาศัย Stage of change และ MI มาจัดเป็นชั่วโมงการบำบัด 1-4 ครั้ง เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ติดแอลกอฮอล์ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม การบำบัดแบบ MET ในโครงการวิจัย Project MATCH ของ National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) มีจำนวนชั่วโมงการบำบัดทั้งหมด 4 ครั้งในช่วง 12 สัปดาห์ ได้แก่ สัปดาห์ที่ 0, 1, 6 และ 12 ผู้วิจัยพบว่า MET มีประสิทธิภาพดีในการบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างจากจิตสังคมบำบัดมาตรฐาน อีก 2 วิธีคือ Twelve Steps Facilitation: TSF และ Cognitive-Behavioral Therapy: CBT

6. การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy: CBT)

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้และพฤติกรรมบำบัดในการรักษาผู้ติดสารเสพติดมีขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 โดยมีสมมติฐานว่า การติดสารเสพติดเป็นผลมาจากกระบวนการเรียนรู้และพฤติกรรมที่ซับซ้อนและสามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเกิดเป็นแนวทางบำบัดที่เรียกว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy: CBT) ซึ่ง CBT เป็นการบำบัดเพื่อส่งเสริมการควบคุมตนเองและฝึกทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการควบคุมการดื่มสุรา ผลลัพธ์ที่ดีของ CBT มักสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงศักยภาพสูงในตนเอง (self efficacy) และเป็นวิธีที่ใช้ในการแก้ปัญหามากกว่าการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ความเสี่ยง (สลิษา หลิมศิริรัตน์, 2551)

7. การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน (Mindfulness-based interventions)

การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน (mindfulness-based interventions) ต่างๆ นั้นได้เริ่มในปี 1982 โดย Kabat- Zinn ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของการเจริญสติซึ่งมีรากฐานมาจากพุทธศาสนา เป็นโปรแกรมการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียด Mindfulness Based Stress Reduction program (MBSR) (Chiesa, 2010) ซึ่งแต่เดิมพัฒนาขึ้นเพื่อจัดการกับความเครียดและความปวดเรื้อรัง MBSR เป็นการรักษาที่ให้ผลทางบวกที่หลากหลายในด้านสุขภาพจิตและกลุ่มอาการผิดปกติทางการแพทย์ รวมทั้ง anxiety disorders และความเครียด นอกจากนี้ในการศึกษาในบุคคลที่มีภาวะ recurrent depression พบว่ามีผลดีในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้วย (Zgierska, 2008) ในปี 1993 Linehan ได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัด Dialectic Behavioural Therapy (DBT) โดยใช้เพื่อลดพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสมในผู้ที่มีอาการ personality disorders ในปี 1999 Hayes, Strosahl, & Wilson ได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัด Acceptance and Commitment Therapy (ACT) โดยสำหรับกลุ่มผู้รับบริการในชุมชน ในปี 2000 Segal, Williams, และ Teasdale ได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัด Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) ใช้ร่วมกับ cognitive therapy

ต่อผู้มีภาวะซึมเศร้า และในปี 2005 Witkiewitz, Marlatt, และ Walker ได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัด Mindfulness-based relapse prevention (MBRP) สำหรับการบำบัดผู้มีภาวะ substance abuse ร่วมกับการหลักการ relapse prevention (Delgado, 2010) ที่คล้ายกับการบำบัดทางความคิดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) ซึ่งวิธีการบำบัด MBRP นี้เป็นการรวม Mindfulness-Based Stress Reduction กับ Cognitive Therapy เข้าด้วยกันโดยมีองค์ประกอบของการบำบัดทางความคิดแบบดั้งเดิม และได้พัฒนาสำหรับการป้องกันกลับใช้สารเสพติดซ้ำใน Substance Use Disorders (SUDs) โดยได้เสนอรูปแบบของการจัดการบนพื้นฐานของความคิดทางพุทธศาสนา นำไปใช้กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ที่เน้นถึงทักษะในการให้ความหมายทางความคิด (cognitive skillful means) ว่าเป็นการสังเกตและการยอมรับโดยไม่มีการวิเคราะห์ ตัดสินหรือมีปฏิกิริยาใดๆ (Marlatt, 2002)

จากการที่ผู้ศึกษาได้ศึกษา ทบทวนรูปแบบการบำบัดในผู้ที่มีภาวะติดแอลกอฮอล์จากข้อมูลต่างๆ ข้างต้น และเมื่อนำมาวิเคราะห์ถึงความเหมาะสมของ รูปแบบ วิธีการ ผลการบำบัด และความสนใจในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาพบว่าทำให้คำปรึกษารายบุคคล การให้สุขศึกษา เสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถใช้ได้ในทุกๆระยะของการบำบัด โดยทั่วไปบุคลากรสาธารณสุขสามารถทำได้โดยไม่ต้องใช้ทักษะทางจิตวิทยาขั้นสูง ยกเว้นจิตสังคมบางอย่างเช่น CBT ที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะ แต่ก็ยังไม่เป็นการบำบัดที่เฉพาะเจาะจง เหมาะกับการบำบัดเบื้องต้น การบำบัดแบบกลุ่มช่วยเหลือกันเอง หรือกลุ่มแอลกอฮอล์นิรนาม Alcohol Anonymous (AA) ที่พบว่าให้ผลการบำบัดที่ดี ได้มีการนำเข้ามาในประเทศไทยเฉพาะตามเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพฯ เชียงใหม่ แต่เนื่องจากรูปแบบยังไม่เป็นที่เหมาะสมกับลักษณะของคนไทย ทำให้ไม่เป็นที่นิยมในไทยเท่าใดนัก สำหรับ CBT เป็นวิธีการบำบัดเพื่อส่งเสริมการควบคุมตนเองและฝึกทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการควบคุมการดื่มสุรา เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อแก้ไขความคิดที่ไม่เหมาะสม (cognitive errors) ให้มีวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม (adaptive coping style) และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เอื้อต่อการเลิกสุรา (balanced daily life-style) CBT สามารถใช้ได้ทั้งแบบรายบุคคล แบบกลุ่ม หรือใช้เป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดอื่นๆ แต่การบำบัดแบบ CBT เป็นการมุ่งที่จะเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วเฉพาะหน้าต่อสถานการณ์นั้น และยังไม่มียุทธวิธีชัดเจนเมื่อเผชิญกับความเครียดที่มีผลต่อการกลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำ

หลังจากทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการศึกษาต่างๆ ที่กล่าวมานั้นพบว่า ยังไม่มีรูปแบบการบำบัดใดที่เน้นจัดการเฉพาะกับปฏิกิริยาทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นเมื่อมีความอยากใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด นอกจากการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน (mindfulness-based interventions) ในผู้ติดแอลกอฮอล์และสารเสพติดเท่านั้นที่พบว่า สามารถใช้ได้ผลที่ดีโดยเฉพาะกับ

ปฏิกิริยาทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นเมื่อมีความเครียดหรืออยากดื่มเกิดขึ้น อันเป็นจุดเด่นที่สำคัญของการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงให้ความสนใจมุ่งเน้นศึกษารูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ เพื่อใช้เป็นการบำบัดทางเลือกสำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์ มุ่งเน้นในการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาของสรีระและจิตวิทยาต่อภาวะหยุดดื่มแอลกอฮอล์หรือภาวะติดแอลกอฮอล์ และหากพิจารณาให้ลึกซึ้ง การเจริญสติเป็นรูปแบบการบำบัดที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยที่เกี่ยวข้องกับหลักพระพุทธศาสนา ซึ่งเน้นทั้งความศรัทธาและปัญญา การพัฒนาตนให้เกิดสติและปัญญาเห็นสิ่งต่างๆ ตามที่เป็นจริงและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างสอดคล้องกับธรรมชาติ ละวางจากสิ่งที่ไม่ดีได้ และประสบกับความสงบสุขที่แท้ในที่สุด

การเจริญสติกับความเครียดที่เกิดจากความต้องการดื่ม

การใช้หลักธรรมเพื่อใช้บำบัดปัญหาสุขภาพ จำเป็นจะต้องมีความรู้อย่างแจ่มชัดตามความเป็นจริงในเรื่องของความทุกข์ที่พระพุทธเจ้าตรัสสอน ซึ่งล้วนแล้วเป็นเรื่องของความทุกข์ทางจิตใจเป็นหลัก และรวมถึงความทุกข์ทางร่างกายที่เกิดขึ้นสืบเนื่องมาจากความทุกข์ทางจิตใจด้วย จุฬารัตน์ เขาประเสริฐ (2549) ได้อธิบายการใช้หลักธรรมเพื่อบำบัดปัญหาสุขภาพ ดังนี้ หลักธรรมในอริยสัจ 4 กล่าวถึงเรื่องทุกข์ว่า เกิดขึ้นจากการใช้ข้อมูลด้านกิเลสที่มีอยู่ในความจำ (อาสวะ) มาประกอบการคิดและพิจารณาเรื่องต่างๆ รวมทั้งคิดปรุงแต่งด้วยกิเลสเพิ่มขึ้นมาอีก ซึ่งอาจจะเป็นการคิดอย่างมีสติ หรือคิดฟุ้งซ่านก็ได้ ความทุกข์ในทางพุทธศาสนาจำแนกออกได้มี 5 ประเภทได้แก่ 1. โสกะ (ความเศร้าโศกใจ) 2. ปริเทวะ (ความคร่ำครวญ ความรำไรรำพัน) 3. ทุกขะ (ความทุกข์ทางร่างกาย) 4. โทมนัส (ความเสียใจ) 5. อุปายาสะ (ความคับแค้นใจ) เมื่อตั้งใจพิจารณาเรื่องของความทุกข์ต่างๆ ที่เคยเกิดขึ้นในจิตใจของตนเองก็พบว่า ความทุกข์ดังกล่าวนี้ มีสาเหตุมาจากความคิดที่เป็นกิเลส จะด้วยเจตนาคิด (ตั้งใจคิดหรือคิดอย่างมีสติ) หรือไม่ได้มีเจตนาคิด (คิดฟุ้งซ่านหรือคิดอย่างไม่มีสติ) ก็ตาม และความทุกข์ต่างๆ เหล่านี้ เป็นความทุกข์ที่ท่านสามารถใช้วิชาความรู้ในพระพุทธศาสนา (อริยสัจ 4 หรือวิชา) ทำการดับได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากองค์ความรู้ในทางพุทธศาสนาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความทุกข์และเหตุแห่งทุกข์ตามพุทธศาสนานั้นเป็นสาเหตุที่สอดคล้องกับหลักทางการแพทย์ที่เป็นสาเหตุของการดื่มแอลกอฮอล์หรือการกลับใช้แอลกอฮอล์ซ้ำได้เป็นอย่างดี

ความหมายของการเจริญสติ และประเภทของการเจริญสติ

พระพรหมญาณ มหาวิโร (2553) ให้ความหมายของ การเจริญสติ และประเภทของการเจริญสติไว้ดังนี้

การเจริญสติ หมายถึง การฝึกสติหรือสร้างสติ คือความระลึกถึงในปัจจุบันขณะ ความรู้สึกตัวทั่วพร้อม ความไม่ประมาท ความใส่ใจ ความตระหนักรู้ การกำหนดรู้ ให้เกิดขึ้นบ่อยๆ ให้มีขึ้นทุกขณะ และให้เจริญงอกงามเพิ่มพูนมากยิ่งขึ้น ตามมรรควิธีที่จะกำจัดเหตุแห่งทุกข์ให้หมดสิ้นไป

ประเภทของการเจริญสติ

การเจริญสติ (practising mindfulness) หรือการเจริญจิตภาวนา (mental development or meditation) ตามหลักคำ สอนในทางพระพุทธศาสนา ซึ่งมีอยู่ 2 อย่าง คือ 1. การเจริญสมถะกรรมฐาน (concentration meditation) และ 2. การเจริญวิปัสสนากรรมฐาน (insight meditation) ดังนี้

สมถกรรมฐาน

คำว่า สมถะ แปลว่า สมาธิ (Concentration) หรือความสงบ (Tranquillity) หมายถึง หลักหรือวิธีปฏิบัติเพื่อให้เกิดความสงบทางจิต หรือการทำจิตให้สงบเป็นสมาธิ ให้แน่วแน่ มั่นคง ดังนั้น การเจริญสมถกรรมฐาน (Concentration meditation) จึงหมายถึง การฝึกอบรมจิตให้เกิดความสงบจากนิวรณ์ จนตั้งมั่นเป็นสมาธิถึงขั้นได้ฌานระดับต่างๆ โดยจุดมุ่งหมายของสมถะคือสมาธิ “หลักการของสมถะ คือ กำหนดใจไว้กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (ที่เรียกว่าอารมณ์) ให้แน่วแน่นอนจิตนิ่งอยู่ในสิ่งนั้นสิ่งเดียว”

วิปัสสนากรรมฐาน

วิปัสสนา (Insight) แปลว่า การเห็นแจ้ง หรือวิธีทำให้เกิดการเห็นแจ้ง ดังนั้น การเจริญวิปัสสนากรรมฐาน (Insight meditation) หมายถึง การฝึกฝนอบรมจิตให้มีสติสัมปชัญญะจนเกิดปัญญาญาณ รู้แจ้งเห็นแจ้งในสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง กล่าวคือการเห็นแจ้งในขั้น 5 หรือรูปนาม ที่มาปรากฏทางทวารทั้ง 6 โดยความเป็นไตรลักษณ์ ว่าไม่เที่ยง ไม่ทน ไม่ใช่ตัวตน เรา เขา จนถอดถอนรากเหง้าของอวิชชา ความหลงผิด รู้ผิด ความยึดติดในสิ่งทั้งหลายออกไปจากจิตได้ นั่นคือการน้อมนำจิตเข้าสู่วิมุตติ คือความหลุดพ้นเป็นอิสระที่แท้จริง

กล่าวโดยสรุป จุดมุ่งหมายของสมถะตามหลักพระพุทธศาสนาก็คือ ฌานหรือการสร้างสมาธิเพื่อเป็นบาทฐานในการยกจิตขึ้นสู่วิปัสสนา ส่วนจุดมุ่งหมายของวิปัสสนา ก็คือจุดมุ่งหมาย

สูงสุดในพระพุทธศาสนา นั่นคือการได้ญาณหรือวิชา อันนำไปสู่วิมุตติ คือการหลุดพ้นโดยเบ็ดเสร็จเด็ดขาดจากอสังขารกิเลสทั้งหลาย หรือการดับกิเลสดับทุกข์ทั้งปวงได้อย่างสิ้นเชิง

เมื่อความเครียดมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการใช้แอลกอฮอล์ และการเจริญสติเองก็สามารถช่วยลดปัญหาดังกล่าวนี้ได้ ดังนั้นรูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานนั้นจึงมีประสิทธิภาพในการลดความเครียดจากความต้องการการดื่มแอลกอฮอล์ ลดการรับรู้ความเครียด และยังช่วยในการช่วยก่อให้เกิดการหลีกเลี่ยงความรู้สึกต่อสถานะอารมณ์ทางลบ หรือความรู้สึกร่วมกับภาวะติดแอลกอฮอล์ได้ เป็นผลดีต่อพฤติกรรมกรรมการใช้แอลกอฮอล์ หรือการติดแอลกอฮอล์ที่เกิดจากกลไกความคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเครียด และอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้

ผลการศึกษารูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานในกลุ่มผู้ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด

จากผลการศึกษาจำนวนมากในผลของการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน ได้แสดงหลักฐานเบื้องต้นถึงความสามารถในการรักษาการใช้นิโคติน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความผิดปกติของการใช้สารเสพติด ดังนี้

Bowen และคณะ (2006) ได้ศึกษาแบบ Controlled non randomized trials ในบุคคลผู้ใช้สารเสพติดที่เป็นผู้ต้องขังในเรือนจำที่จำนวน 63 คน ที่เข้ารับการบำบัดแบบ Mindfulness meditation (vipassana meditation+ standard of care) 10 วัน เมื่อเทียบกับผู้ที่ได้รับการรักษาตามปกติ (standard of care) พบว่ามีการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดหลังจากออกจากเรือนจำลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อติดตาม 3 เดือนหลังบำบัด ($p<0.05$)

Margolin และคณะ (2007) ได้ศึกษาแบบ Controlled non randomized trials ในบุคคลผู้ใช้สารเสพติด (opiate dependence) และมีภาวะ HIV positive โดยได้รับการรักษาร่วมกับยา methadone จำนวน 21 คนที่เข้ารับการบำบัดแบบ Mindfulness meditation เทียบกับผู้ที่ได้รับการรักษาตามปกติ (standard of care) ประเมินผลที่ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่ามีการปรับปรุงที่ดีขึ้นในด้าน impulsivity, spirituality และแรงจูงใจในการหยุดใช้สารเสพติด ($p<0.05$)

Altner (2002) ได้ศึกษาแบบ Controlled non randomized trials ในกลุ่มผู้ติดนิโคตินที่เป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลในผู้ที่เข้ารับการบำบัดแบบ Mindfulness meditation (nicotine replacement therapy + Mindfulness-Based Stress Reduction) จำนวน 49 ราย เทียบกับผู้ที่ได้รับการรักษา nicotine replacement therapy อย่างเดียว ที่ 15 สัปดาห์ ผลว่า กลุ่ม MM เทียบกับกลุ่มควบคุม รายงานอัตราการหยุดนิโคตินเป็น 32.6% ต่อ 24.6% [ARR 8%, NNT 12.5] อัตราการของการลด

ปริมาณการสูบบุหรี่เป็น 42.3% ต่อ 26.2%, อัตราการสูบบุหรี่ต่อเนื่องหลังการบำบัดเป็น 22.4% ต่อ 46.2% ตามลำดับ

สรุป

จากทฤษฎีของความเครียดและการตอบสนองของสรีรวิทยาต่อความเครียด ที่เกิดขึ้นกับผู้ติดแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะในภาวะ Alcohol withdrawal-related anxiety และ dysphoria ที่ก่อให้เกิดความอยากใช้แอลกอฮอล์หรือก่อให้เกิดการกลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำได้ ประกอบกับการบำบัดของทางโรงพยาบาลในปัจจุบันเป็นการบำบัดแบบจิตสังคม ที่เน้นในเรื่องการปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรมในการเผชิญกับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งต่างกับกลไกการทำหน้าที่ของการเจริญสติ ที่มุ่งเน้นในการลดการกระตุ้นความเครียด และการตอบสนองของสรีรวิทยาต่อความเครียดดังกล่าวด้วยการวางเฉย ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มากระทบทั้งจากภายในและภายนอก ร่างกาย ซึ่งสามารถใช้ได้ผลดีโดยเฉพาะกับปฏิกิริยาทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นเมื่อมีความเครียดหรืออยากดื่มเกิดขึ้น อันเป็นจุดเด่นที่สำคัญของการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานนี้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษารูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อใช้ในการบำบัดทางเลือกอีกทางสำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์ต่อไป

1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ สังกัดกรมสุขภาพจิต เปิดให้บริการบำบัดผู้ติดสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในปี 2543 และแบบผู้ป่วยในตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2545 โดยใช้แนวทางบำบัดตามคู่มือ การให้บริการจิตสังคมบำบัดผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยใน ของกรมสุขภาพจิต และพัฒนารูปแบบการบำบัดขึ้นใหม่เป็นจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยในด้วยโปรแกรมประยุกต์ HAPPY PROGRAME ซึ่งได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาบางส่วนโดยมีกลุ่มจิตสังคมบำบัดเป็นหลัก มีการเพิ่มเวลากลุ่มนันทนาการเพื่อไม่ให้เกิดความเบื่อหน่ายและยังมีระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ขึ้นมาเพื่อให้การดูแลผู้รับการบำบัดได้ดีขึ้น รวมทั้งให้ผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วมกิจกรรมมากขึ้น โดยใช้ระยะเวลาการบำบัด 3 สัปดาห์

ศิริศักดิ์ ธิติฉัตรนัย (2547) ได้ทำการศึกษาผลการบำบัดผู้ติดสารเสพติด ด้วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยาบ้า HAPPY PROGRAME ในกลุ่มผู้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน ที่จำหน่ายระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2545- 30 เมษายน 2546 และติดตามผลหลังการจำหน่าย

ที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่ระยะเวลา 1 เดือน 2 เดือน 4 เดือนหลังสิ้นสุดการบำบัดแบบผู้ป่วยใน จำนวน 43 คน พบว่า มีผู้ไม่กลับไปใช้ซ้ำ หลังจากรับการบำบัดครบ 4 เดือน จำนวน 34 คน (ร้อยละ 79.1) และคุณภาพชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดรักษาในระยะติดตามผลอยู่ในเกณฑ์ ดีถึงดีมาก ทุกๆด้าน เห็นได้ว่ารูปแบบ การบำบัด HAPPY PROGRAME สามารถใช้ได้ผลสำหรับการบำบัดผู้ติดสารเสพติด ยาบ้า

ในปี 2549 ได้ปรับรูปแบบโปรแกรมจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยาบ้า เป็นการบำบัดผู้ติดสารเสพติดทุกประเภทภายใต้ชื่อโปรแกรม M-HAPPY PROGRAME ได้ใช้มาจนถึงปัจจุบัน ผู้ศึกษาได้ติดตามผลการบำบัดของโปรแกรมดังกล่าวหลังจากที่มีการปรับรูปแบบ ด้วยวิธีการสอบถามข้อมูลจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์พบว่า ในช่วงปี 2552 -2553 จำนวนผู้ติดแอลกอฮอล์และผ่านการบำบัดแล้ว เมื่อมาตรวจตามนัดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 50 ไม่สามารถเลิกหรือลดแอลกอฮอล์ได้ โดยมีพฤติกรรมการดื่มที่ไม่แตกต่างจากช่วงก่อนมาโรงพยาบาล นอกจากนั้นผู้ศึกษาได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ติดแอลกอฮอล์ ในผู้ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ จำนวน 10 ราย ในช่วงวันที่ 1-13 เมษายน 2554 เป็นผู้ป่วยรายเก่าที่กลับมารับการบำบัดซ้ำจากการที่กลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำซึ่งนำมาด้วยอาการถอนสุรา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สถานภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้าง ระยะเวลาที่ดื่มมากกว่า 10 ปี โดยดื่มมากกว่า 3 วัน/สัปดาห์ เวลาที่ดื่มเป็นช่วงเย็น สาเหตุที่ดื่มซ้ำคือ เพื่อนชวน และคิดว่าตนเองไม่ติดแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาที่เกิดจากความอยากดื่มเกิดขึ้นทำให้ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ต้องกลับไปดื่มซ้ำ(ผู้ป่วยบอกว่า “ถ้าไม่กินเหล้ามันจะมึน สิ้น กินแล้วมันก็หายสิ้น หรือ “มันหงุดหงิด พอได้กินแล้วอารมณ์ดี ทำงานดี) และปัญหาความเครียดจากครอบครัว เศรษฐกิจ และใช้การดื่มเป็นการเผชิญความเครียด (ผู้ป่วยบอกว่า “กินเหล้าแล้วมันหายเครียด” เป็นต้น) ตามด้วยปัญหาอารมณ์ซึมเศร้า (ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกเบื่อชีวิต” “ทำอะไรก็ไม่ประสบความสำเร็จ” “ทำดีก็ไม่มีใครสนใจ”) สำหรับสถานที่นำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์ส่วนใหญ่บอกว่าเป็นที่บ้าน ตามมาด้วยร้านค้า และที่ทำงาน โดยทั้งหมดพูดตรงกันว่าในชุมชนมีแหล่งจำหน่ายแอลกอฮอล์ทำให้สามารถซื้อได้ง่าย ในจำนวนนี้ 2 รายบอกว่าบ้านตนเองเป็นร้านค้าที่จำหน่ายด้วย จากสถิติและข้อมูลดังกล่าวทำให้พบว่า ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์และการไม่สามารถหยุดดื่มได้ยังคงมีส่วนสัมพันธ์กับความเครียดอย่างเห็นได้ชัด ผู้ศึกษาจึงสนใจค้นคว้าหาแนวทางการบำบัดที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผลต่อการลดความเครียดในผู้ติดแอลกอฮอล์เพื่อนำไปปรับใช้ในคลินิกต่อไป

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า รูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานนั้นสามารถลดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด มีการรับรู้ความเครียดลดลง (Garland et al., 2010; Zgierska et al., 2008) และช่วยในการจัดการกับอารมณ์ทางลบที่เกิดร่วมกับภาวะติดแอลกอฮอล์ได้ เป็นผลดีต่อพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ หรือการติดแอลกอฮอล์ที่เกิดจากกลไกความคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความคิด และอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ ผู้ศึกษาจึงทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางและข้อเสนอแนะ (Recommendations) การปฏิบัติกับผู้ติดแอลกอฮอล์ต่อไปในอนาคต

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาแนวทางการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์ตามหลักฐานเชิงประจักษ์

1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในรูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์
2. หน่วยงานสามารถใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์ ให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในทางที่ดีขึ้น

บทที่ 2

วิธีดำเนินการ

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

วิธีการที่ใช้ในการสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิด PICO (PICO Framework) ตามรายละเอียดดังนี้ (Craig & Smyth, 2002 อ้างใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549)

P (Patient Population or Problem) หมายถึง ผู้ที่มีภาวะ Alcohol Dependence

I (Intervention or Area of Interest) หมายถึง mindfulness-based interventions ประกอบด้วย Vipassana meditation, Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP), Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)

C (Comparison Intervention) ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีการเปรียบเทียบกับโปรแกรมหรือกิจกรรมการช่วยเหลือใด

O (Outcome) หมายถึง stress reactivity, stress

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นได้แก่ :

alcohol or drinking behaviors or alcoholics or problem drinking or alcohol dependence **and** Mindfulness Meditations (MM) or Vipassana meditation **and** stress reactivity, stress

แหล่งสืบค้น

1. สืบค้นจากระบบฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่

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

- ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ Blackwell synergy, CINAHL, Science Direct, OVID, MEDLINE, PubMed

2. จากการสืบค้นด้วยมือ (Hand search)

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

- การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง(Reference list) ของบทความ/งานวิจัย

กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ สำหรับการศึกษา วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในรูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้

1. เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องในรูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะติดสุรา (Alcohol Dependence) วัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีในระดับของงานวิจัยที่ I-IV
3. เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000-2011
4. เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ฉบับสมบูรณ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2.1 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แล้วนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มา สกัด เนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตารางการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มตัวอย่าง สถานที่เก็บข้อมูล ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของหลักฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา รูปแบบการบำบัด วิธีการดำเนินการวิจัย และผลการศึกษาวิจัย หลังจากนั้นจึงนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปประเมินผลโดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความตรงของงานวิจัย (Validity of the research) (2) สรุปผลการวิจัย (conclusion of the result/finding) และ (3) ความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ (implementation feasibility of research) (Grace, 2009) ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 3 ด้าน มีรายละเอียดของการประเมินดังนี้

2.2.1.1 รูปแบบงานวิจัย Systematic reviews การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้

1) ผลการวิจัยมีความตรงหรือไม่ มีการบอกวัตถุประสงค์ในการ Review อย่างชัดเจนหรือไม่ มีการรายงานถึงขั้นตอนการค้นหางานวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อหางานวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่ มีการอธิบายเกณฑ์ในการคัดเลือก และคัดออกหรือไม่ ใช้เกณฑ์อะไรในการตัดสินใจ เป็นเหตุเป็นผลที่เหมาะสมหรือไม่ ผู้เขียนบอกถึงการประเมินงานวิจัยที่รวบรวมไว้หรือไม่ และเกณฑ์ในการประเมินเหมาะสมหรือไม่ มีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยแต่ละเรื่องอย่างเพียงพอหรือไม่ ควรมีการบอกถึงจุดประสงค์ของงานวิจัย ขนาดของกลุ่มทดลอง คำอธิบายเกี่ยวกับการรักษา ด้านผลลัพธ์มีการเปรียบเทียบความคล้ายคลึงของกลุ่มตัวอย่างกับผู้ป่วยในคลินิก คุณภาพของงานวิจัยที่เลือกมา มีขั้นตอนการสกัด และการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร

2) ผลการวิจัยเป็นอย่างไร การประมวลผลรวมของการศึกษามีความเหมาะสมหรือไม่ งานวิจัยที่รวบรวมมีความคล้ายคลึงกันเพียงพอที่จะนำผลมารวมกันหรือไม่ ผลรวมของ Systematic reviews สรุปผลว่าอะไร ต้องมีผลสรุปของงานวิจัยที่มีการให้น้ำหนักความสำคัญของงานวิจัย มีการพิจารณาผลลัพธ์ที่มีความสำคัญทุกตัวหรือไม่ ไม่ควรละเลยผลลัพธ์บางตัวแม้ไม่มีอยู่ในงานวิจัย ผลลัพธ์มีความคุ้มค่ากับการลงทุนและความเสี่ยงหรือไม่ พิจารณาความแตกต่างในกลุ่มย่อย

3) ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่ ผลการวิจัยนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยขึ้นกับผู้ปฏิบัติที่จะพิจารณาว่าผลการวิจัยที่มี Statistically significant หรือ Non-significant มีความสำคัญทางคลินิก (Clinically significant)

2.2.1.2 รูปแบบงานวิจัย Randomized Controlled Trial (RCT) การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้

1) ความตรงของงานวิจัย พิจารณางานวิจัยมีคุณภาพตอบโจทย์การวิจัยได้ชัดเจนถูกต้องหรือไม่โดยพิจารณาจากความชัดเจนของคำถามการวิจัย การกำหนดประชากรที่ศึกษา การบำบัด และตัวแปรตามตรงกับปัญหาทางคลินิกที่กำหนดหรือไม่ ประเภทของงานวิจัยมีการใช้ระเบียบวิธีวิจัยและการวิเคราะห์ผลการวิจัยที่เหมาะสมในการหาคำตอบการวิจัยหรือไม่ จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีเพียงพอและการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเหมาะสมหรือไม่ มีการสุ่มหรือไม่ การบำบัดที่ได้รับมีการปฏิบัติเหมือนกันในกลุ่มตัวอย่างหรือไม่ มีการติดตามและการประเมินผลเหมือนกันหรือไม่อย่างไร

2) ผลการวิจัยที่ได้ พิจารณาจากผลการวิจัยสรุปได้ว่าอย่างไร ประสิทธิภาพของการบำบัดเป็นอย่างไร ในกรณี Categorical outcomes : ค่า Risk reduction , Relative risk , Absolute risk reduction เป็นอย่างไร และในกรณี Continuous outcomes : ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นเท่าไร มีความสำคัญทางสถิติ และมีความสำคัญทางคลินิกหรือไม่

อย่างไร ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและผลลัพธ์ ค่า Risk reduction Odds ratio ระหว่างกลุ่มเป็นอย่างไร ความถูกต้องของการประมาณค่า Treatment effect ค่า Confidence intervals หรือ P- values เป็นอย่างไร ค่า Confidence intervals มีค่าที่แสดงว่าไม่มีความสำคัญทางคลินิกที่อยู่ในช่วงคะแนนหรือไม่

3) ความเหมาะสมของผลงานวิจัยนำไปใช้ในการปฏิบัติ โดยพิจารณาความคล้ายของลักษณะกลุ่มตัวอย่างกับผู้ป่วยที่สนใจศึกษา ผู้ป่วยในคลินิกตรงกับเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยหรือไม่ ถ้าไม่ตรงมีข้อจำกัด หรือเหตุผลที่ไม่สามารถนำวิธีการบำบัดไปใช้ในหน่วยงานหรือไม่ ลักษณะหน่วยงานเหมือนกับงานวิจัยและสามารถใช้วิธีการบำบัดนี้ในหน่วยงานได้หรือไม่ การเปรียบเทียบระหว่างความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost benefit ratio) เมื่อมีการนำไปใช้เกิดความเสียหายหรืออันตรายกับผู้ป่วย เกิดประโยชน์ด้านใดกับผู้ป่วย การยอมรับในการนำไปใช้ของผู้ที่เกี่ยวข้อง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการบำบัด เป็นอย่างไร

2.2.2 การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

ประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์การประเมิน Evidence based Practice in Nursing Healthcare ของ Melnyk and Fineout-Overholt (2005) มีรายละเอียด ดังนี้

Level I: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือ การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่มาจากงานวิจัย RCTs หรือเป็นหลักฐานจากแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการทบทวนงานวิจัย RCTs อย่างเป็นระบบ

Level II: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยอย่างน้อยที่สุด 1 เรื่อง และมาจากงานวิจัยที่เป็น RCTs

Level III: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ออกแบบงานวิจัยอย่างดี (Well-Designed Controlled Trials) แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Level IV: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case-control และ Cohort Studies ที่มีการออกแบบงานวิจัยมาเป็นอย่างดี

Level V: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยแบบพรรณนา บรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยแบบพรรณนา บรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 งาน

Level VII: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็น ทศนะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ หรือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

2.2.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพของหลักฐาน ผู้ศึกษาจึงนำผลจากการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาที่สำคัญและสรุปใจความสำคัญนำเสนอเป็นตาราง (Collective table) แล้วจึงนำข้อมูลเหล่านั้นมาเปรียบเทียบเสนอเป็นข้อแนะนำ (Recommendation) รูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานในผู้ติดแอลกอฮอล์ เพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์ ซึ่งผลการดำเนินการสืบค้น การสกัดเนื้อหา การวิเคราะห์และการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จะนำเสนอในบทต่อไป

สรุป

วิธีการดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษากำหนดกรอบการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้หลักการของ PICO Framework โดยกำหนดประชากร คือ ผู้ที่มีภาวะติดแอลกอฮอล์ การบำบัดคือ การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานในผู้ติดแอลกอฮอล์ โดยไม่มีการเปรียบเทียบ ผลของการบำบัดคือ ลดความเครียดจากความต้องการการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์ หลังจากสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว นำมาประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ และผลการสืบค้นจะนำเสนอในบทต่อไป

บทที่ 3

ผลการดำเนินงาน

จากขั้นตอนของการดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์ เพื่อตอบปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา มีผลการดำเนินการดังนี้

3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น

ผลการดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์ โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้ Cochrane , PUBMED, CINAHL, OVID, Blackwell-Synergy, Science Direct, MEDLINE, Joannabriggs, ProQuest และการสืบค้นด้วยมือ โดยใช้คำค้นดังนี้ คือ : alcohol or drinking behaviors or alcoholics or problem drink or alcohol dependence **and** Mindfulness Meditations (MM) **and** stress reactivity, stress

ตาราง 3.1 แสดงผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

แหล่งสืบค้น	คำค้น	พบหลักฐานเบื้องต้น	คัดกรอง	เรื่องที่ได้
Cochrane	alcohol or drinking behaviors or alcoholics or problem drink or alcohol dependence and Mindfulness Meditations (MM) or Vipassana meditation and stress reactivity, stress.	2	0	0
PUBMED		24	4	3
CINAHL		35	0	0
OVID		122	0	0
Blackwell-Synergy		57	0	0
Science Direct		221	5	1
MEDLINE		63	0	0
Joannabriggs		45	0	0
ProQuest		67	0	0

เมื่อนำมางานวิจัยฉบับเต็มทั้ง 9 เรื่องมาดำเนินการวิเคราะห์ตามเกณฑ์การคัดงานเข้า และเกณฑ์การคัดงานออก ได้พิจารณาคัดงานวิจัยออกจำนวน 5 เรื่อง คงเหลือจำนวน 4 เรื่อง

3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์พบงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดที่สามารถนำมาศึกษารูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์ เพื่อใช้เป็นการบำบัดทางเลือกอีกทางสำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์ จำนวน 9 เรื่อง คัดออก 5 เรื่อง ดังนี้

เรื่องที่คัดออก

1. Alterman, A. I., Koppenhayer, J. M., Mulholland, E., Ladden, L. J., & Baime M. J. (2004). Pilot trial of effectiveness of mindfulness meditation for substance abuse patients. *Journal of Substance Use*, 9(6), 259–268.

คัดออกเนื่องจาก เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนำร่องและผลการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ ไม่ได้แสดงถึงประสิทธิภาพอย่างชัดเจนในการบำบัด

2. Bowena, S., Witkiewitzb, K., Dillworthc, T. M., & Marlattd, G. A. (2007). The role of thought suppression in the relation between mindfulness meditation and alcohol use. *Journal of Addictive Behavior*, 32(10), 2324–2328.

- คัดออกเนื่องจากแม้เป็นการศึกษาโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานในกลุ่มผู้ใช้แอลกอฮอล์ แต่เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ใช้แอลกอฮอล์ที่ถูกคุมขัง ซึ่งอยู่ในบริเวณที่ถูกจำกัดโดยสภาพแวดล้อมที่ไม่สามารถหาแอลกอฮอล์มาดื่มได้อยู่แล้ว ย่อมเป็นการยากที่จะแสดงถึงผลโดยตรงที่ได้รับจากการบำบัด

3. Chiesa, A. (2010). Vipassana Meditation: Systematic Review of Current Evidence. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(1), 37–46.

- คัดออกเนื่องจากเป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นในด้าน การทำงานของระบบประสาทชีวเคมี ทั้งในบุคคลปกติ และกลุ่มโรคเรื้อรังทั่วไป ไม่ได้มุ่งเน้นกลุ่มผู้ใช้แอลกอฮอล์โดยเฉพาะซึ่งค่อนข้างกว้าง จึงไม่แสดงถึงผลโดยตรงที่ได้รับจากการบำบัดที่ไม่เฉพาะเจาะจง

4. Chiesa, A., & Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Journal of Psychological Medicine*, 40, 1239–1252.

- คัดออกเนื่องจากเป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นในด้าน การทำงานของระบบประสาทชีวเคมี ทั้งในบุคคลปกติ และกลุ่มโรคเรื้อรังทั่วไป ไม่ได้มุ่งเน้นกลุ่มผู้ใช้แอลกอฮอล์โดยเฉพาะซึ่งค่อนข้างกว้าง จึงไม่แสดงถึงผลโดยตรงที่ได้รับจากการบำบัดที่ไม่เฉพาะเจาะจง

5. Zgierska, A. (2009). Mindfulness Meditation for Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Journal of Substance Abuse*, 30(4), 266–294.

- คัดออกเนื่องจากแม้งานเรื่องนี้เป็นงานแบบ Systematic Review แต่เมื่อพิจารณาถึงคุณภาพงานวิจัยและเรื่องที่น่าสนใจพบว่าเป็นลักษณะงานที่มีความหลากหลายของงานที่น่าสนใจ แต่ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยกลุ่มตัวอย่างคนทั่วไป และไม่ได้แสดงผลลัพธ์ที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ใช้แอลกอฮอล์

งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลที่กำหนดและผ่านการประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานแล้ว พบงานวิจัยที่เป็นต้นฉบับสมบูรณ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน เรื่อง เป็น Randomized Controlled Trial 2 เรื่อง เป็น Controlled non randomized trials 1 เรื่อง และเป็น Prospective case series 1 เรื่อง รวมทั้งสิ้น 4 เรื่องดังนี้

1. Randomized Controlled Trial 2 เรื่อง (Level II)

1.1 Brewer, A. B., Sinha, R., Chen, J. A., Michalsen, R. N., Babuscio, T. A., Nich, C., et al. (2009). Mindfulness Training and Stress Reactivity in Substance Abuse: Results from A Randomized, Controlled Stage I Pilot Study. *Journal of Substance Abuse*, 30(4), 306–317.

1.2 Garland, L E., Gaylord, A. S., Boettiger, A. C., & Howard, O. M. (2010). Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: Results of a randomized controlled pilot trial. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2010 ; 42(2): 177–192.

2. Controlled non randomized trials 1 เรื่อง (Level III)

- Marcus, T. M., Schmitz, J., Moeller, G., Liehr, P., Cron, G. S., Swank, P. (2009). Mindfulness-Based Stress Reduction in Therapeutic Community Treatment: A Stage 1 Trial. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35, 103–108.

3. Prospective case series 1 เรื่อง (Level IV)

- Zgierska, A., Rabago, D., Zuelsdorff, M., Coe, C., Miller, M., Fleming, M. (2008). Mindfulness Meditation for Alcohol Relapse Prevention: A Feasibility Pilot Study, *Journal of Addiction Medicine*, 2(3), 165-173.

ตาราง 3.2 แสดงผลการประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

ลำดับ	ชื่อผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	ประเภท/ระดับ ของงานวิจัย
1	Brewer, A. B., Sinha, R., Chen, J. A., Michalsen, R. N., Babuscio, T. A., Nich, C., et al. (2009). Mindfulness Training and Stress Reactivity in Substance Abuse: Results from A Randomized, Controlled Stage I Pilot Study. <i>Journal of Substance Abuse</i> , 30(4), 306–317.	Randomized Controlled Trial (Level II)
2	Garland, L E., Gaylord, A. S., Boettiger, A. C., & Howard, O. M. (2010). Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: Results of a randomized controlled pilot trial. <i>Journal of Psychoactive Drugs</i> . 2010 ; 42(2): 177–192	Randomized Controlled Trial (Level II)
3	Marcus, T. M., Schmitz, J., Moeller, G., Liehr, P., Cron, G. S., Swank, P. (2009). Mindfulness-Based Stress Reduction in Therapeutic Community Treatment: A Stage 1 Trial. <i>The American Journal of Drug and Alcohol Abuse</i> , 35, 103–108.	Controlled non randomized trials (Level III)
4	Zgierska, A., Rabago, D., Zuelsdorff, M., Coe, C., Miller, M., Fleming, M. (2008). Mindfulness Meditation for Alcohol Relapse Prevention: A Feasibility Pilot Study, <i>Journal of Addiction Medicine</i> , 2(3), 165-173.	Prospective case series (Level IV)

ตาราง 3.3 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)

คุณลักษณะ	เรื่องที่ 1 Brewer, et al. (2009) Mindfulness Training	เรื่องที่ 2 Garland, et al. (2010) Mindfulness oriented recovery enhancement (MORE)	เรื่องที่ 3 Marcus, et al. (2009) Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC)	เรื่องที่ 4 Zgierska, et al. (2008) Mindfulness-Based Relapse Prevention
วัตถุประสงค์	1.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปฏิริยาตอบสนองต่อความเครียดระหว่างการฝึกเจริญสติ (Mindfulness Training)กับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) และ 2.เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำการฝึกเจริญสติไปใช้ ในผู้ติดสารเสพติด	1.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดแบบ Alcohol support group (ASG) และการบำบัดแบบ Mindfulness oriented recovery enhancement (MORE) ที่มีผลต่อการลดการรับรู้ความเครียด การยับยั้งการตอบสนองต่อแอลกอฮอล์ที่บกพร่องไป ความอยาก แอลกอฮอล์ อาการทางจิตเวช การเก็บกตความคิด 2.เพื่อศึกษาระดับการเจริญสติ และ Heart rate variability (HRV) ในระยะกลับเข้าสู่ภาวะปกติหลังจากกระตุ้นด้วยความเครียดอันนำไปสู่การดื่มแอลกอฮอล์	เพื่อเปรียบเทียบความเหมาะสมของรูปแบบการบำบัดระหว่าง Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC) กับการรักษาตามปกติ (Treatment As Usual: TAU) ในผู้ที่มีความผิดปกติการใช้สารเสพติด (substance use disorders) ในชุมชนเพื่อการบำบัด	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการฝึกเจริญสติเพื่อป้องกันการกลับใช้ซ้ำ(Mindfulness-Based Relapse Prevention) ร่วมกับการบำบัดมาตรฐานที่ใช้อยู่ในผู้ที่มีความเสี่ยงแอลกอฮอล์

ตาราง 3.3 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)

คุณลักษณะ	เรื่องที่ 1 Brewer, et al. (2009) Mindfulness Training	เรื่องที่ 2 Garland, et al. (2010) Mindfulness oriented recovery enhancement (MORE)	เรื่องที่ 3 Marcus, et al. (2009) Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC)	เรื่องที่ 4 Zgierska, et al. (2008) Mindfulness-Based Relapse Prevention
วัตถุประสงค์(ต่อ)		3.เพื่อศึกษาผลของการเจริญสติที่มีต่อการลดการเกิด Alcohol attentional bias (alcohol AB) ซึ่งเป็นกลไกก่อนที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิก		
ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	เกณฑ์คัดเข้า 1.ได้รับการวินิจฉัยโรค alcohol และ/หรือ cocaine abuse หรือ dependence ตามเกณฑ์ของ DSM-IV ในปีที่ผ่านมา 2.มีอายุ 18 ปีขึ้นไป	เกณฑ์คัดเข้า 1.ได้รับการวินิจฉัยโรคติดสุรา ตามเกณฑ์ของ DSM-IV 2.มีอายุ 18 ปีหรือมากกว่า 3.เป็นผู้ที่พำนักอาศัยอยู่ใน Therapeutic Community (TC) เป็นเวลานาน 18 เดือนหรือมากกว่า	เกณฑ์คัดเข้า 1.ได้รับการวินิจฉัยติดสารเสพติด ตามเกณฑ์ของ DSM-IV 2.เป็นผู้ที่เข้ารับการรักษาใน Therapeutic Community (TC) เป็นเวลานาน 18 เดือนหรือมากกว่า เพื่อรักษาการใช้สารเสพติด	เกณฑ์คัดเข้า 1.ได้รับการวินิจฉัยโรคติดสุรา ตามเกณฑ์ของ DSM-IV 2.เป็นผู้มีอายุ 18 ปีหรือมากกว่า 3.เป็นผู้ที่ผ่านการบำบัดด้วยโปรแกรม Intensive Outpatient Treatment Programmes (IOPs) แล้วเป็นระยะเวลา 2 ถึง 4 สัปดาห์ ของโปรแกรม

ตาราง 3.3 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)

คุณลักษณะ	เรื่องที่ 1 Brewer, et al. (2009) Mindfulness Training	เรื่องที่ 2 Garland, et al. (2010) Mindfulness oriented recovery enhancement (MORE)	เรื่องที่ 3 Marcus, et al. (2009) Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC)	เรื่องที่ 4 Zgierska, et al. (2008) Mindfulness-Based Relapse Prevention
ลักษณะกลุ่ม ตัวอย่าง(ต่อ)	เกณฑ์คัดออก 1. เป็นผู้มีอายุต่ำกว่า 18 ปี 2. เป็นผู้มีความเสี่ยงอย่างมี นัยสำคัญทางคลินิกสำหรับการ ฆ่าตัวตายหรือเหตุการณ์ใน ปัจจุบัน 3. เป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตใน ปัจจุบัน (ประเมินโดยจิตแพทย์) 4. เป็นผู้มีความคิดบกพร่อง (cognitive impairment) จนไม่ สามารถเข้าร่วมในกิจกรรม เกี่ยวข้องกับการศึกษา 5. เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาใน กลุ่ม beta-blocker ในปัจจุบัน	เกณฑ์คัดออก 1. เป็นผู้ใช้แอลกอฮอล์ที่ประเมินด้วย แบบประเมิน AUDIT ซึ่งมีคะแนน เท่ากับหรือต่ำกว่า 16 คะแนน 2. เป็นผู้มีอาการโรคจิตในระยะ active หรือมีภาวะฆ่าตัวตาย (suicidality)	เกณฑ์คัดออก -งานวิจัยไม่ได้อธิบายไว้	เกณฑ์คัดออก 1. เป็นผู้อยู่ในระยะใช้สารเสพติด ในทางที่ผิดหรือติดสารเสพติด แบบ active 2. เป็นผู้มีอาการของโรค bipolar, manic หรือ delusional disorder มาก่อน 3. เป็นผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมใน กิจกรรมการศึกษาได้ 5. เป็นผู้ที่มีการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน

ตาราง 3.3 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)

คุณลักษณะ	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4
	Brewer, et al. (2009) Mindfulness Training	Garland, et al. (2010) Mindfulness oriented recovery enhancement (MORE)	Marcus, et al. (2009) Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC)	Zgierska, et al. (2008) Mindfulness-Based Relapse Prevention
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	-กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 14 คน แบ่งเป็น	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 53 คน	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 459 คน	กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 19 คน
กลุ่มทดลอง	- Mindfulness Training (MT) จำนวน 9 คน	- Mindfulness oriented recovery enhancement (MORE) จำนวน 27 คน	- Mindfulness-Based Stress Reduction in Therapeutic Community (MBTC) จำนวน 295 คน	- Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) จำนวน 19 คน
กลุ่มควบคุม	- Cognitive Behavioral Therapy (CBT) จำนวน 5 คน	- Alcohol Support Group (ASG) จำนวน 26 คน	- Treatment As Usual (TAU) จำนวน 164 คน	- ไม่มีกลุ่มควบคุม

ตาราง 3.3 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)

คุณลักษณะ	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4
	Brewer, et al. (2009) Mindfulness Training	Garland, et al. (2010) Mindfulness oriented recovery enhancement (MORE)	Marcus, et al. (2009) Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC)	Zgierska, et al. (2008) Mindfulness-Based Relapse Prevention
การบำบัด	การบำบัดแบบ MT ใช้แนวทางของการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อป้องกันการกลับใช้ซ้ำ (Zgierska, et al., 2008 และ Witkewitz et al., 2005 อ้างใน Brewer, et al., 2009)	การบำบัดแบบ MORE ที่ปรับจากรูปแบบการบำบัด Mindfulness - Based Cognitive Therapy ที่ ออกแบบมาใช้ในการบำบัดด้วย การเจริญสติเพื่อป้องกันการกลับซ้ำ ของ ก ว ะ ชี ม เ ศ ร ี า (Segal, Williams, & Teasdale, 2002 อ้างใน Garland, et al. (2010)	Mindfulness-Based Stress Reduction in Therapeutic Community (MBTC) ได้ปรับจาก จะโปรแกรม MBSR ตามแนวทาง คู่มือการรักษาด้วย ของ the Stress Reduction and Relaxation Clinic at the University of Massachusetts Medical Center	1.การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อป้องกันการกลับใช้ซ้ำ- Mindfulness Based Relapse Prevention (S. Bowen et al, 2007 อ้างใน Zgierska, et al., 2008) 2. การบำบัดภาวะติดแอลกอฮอล์จากหน่วยบริการ Intensive Outpatient Treatment Programs (IOPs) (Motivational Enhancement Therapy, Relapse Prevention และ 12-Step Facilitation strategies) โดยปฏิบัติตามคู่มือ best-practice -ใช้เวลา 8 สัปดาห์
ระยะเวลา/จำนวนครั้ง	- ระยะเวลา 9 สัปดาห์	- มีจำนวน 10 บทเรียน	-จำนวน 8 บทเรียน	

ตาราง 3.3 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)

คุณลักษณะ	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4
กลุ่ม เปรียบเทียบ	Brewer, et al. (2009) Mindfulness Training	Garland, et al. (2010) Mindfulness oriented recovery enhancement (MORE)	Marcus, et al. (2009) Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC)	Zgierska, et al. (2008) Mindfulness-Based Relapse Prevention
	-การบำบัดแบบ CBT ตาม รูปแบบของ the National Institute on Drug Abuse CBT manual ระยะเวลา 12 สัปดาห์	-การบำบัดแบบ ASG ตามรูปแบบ การบำบัดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ในคู่มือการบำบัดแบบ Matrix ใน ผู้ป่วยนอกแบบเข้ม (Rawson & McCam, 2006 อ้างใน Garland, et al., 2010) มีจำนวน 10 บทเรียน	-การรักษาตามปกติ Treatment As Usual: TAU เป็นการบำบัดในสถาน บำบัด Cemikor เป็นโปรแกรมการ บำบัดระยะยาว 18 เดือน ใช้ มาตรฐานการบำบัดที่ออกแบบ สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ใน TC ซึ่ง แบ่งเป็นการบำบัด 6 ชั่วโมงต่อ สัปดาห์	ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ
การวัดผลลัพธ์ ทางจิตสังคม	1. The Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) 2. The Differential Emotion Scale (DES)	1.The Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) 2. Alcohol attentional bias 3.The Impaired Alcohol Response Inhibition Scale (IRISA) 4.The White Bear Suppression Inventory (WBSI)	-	1.The Mindful Attention Awareness Scale (MAAs)

ตาราง 3.3 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)

คุณลักษณะ	เรื่องที่ 1 Brewer, et al. (2009) Mindfulness Training	เรื่องที่ 2 Garland, et al. (2010) Mindfulness oriented recovery enhancement (MORE)	เรื่องที่ 3 Marcus, et al. (2009) Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC)	เรื่องที่ 4 Zgierska, et al. (2008) Mindfulness-Based Relapse Prevention
การวัดผลลัพธ์ ทางสรีรวิทยา	-The stress and neutral- relaxing imagery- -Biopac MP100 system running AcqKnowledge 3.9 software	1. The Brief Symptom Inventory (BSI) 2. The Penn Alcohol Craving Scale (PACS) 3. The Perceived Stress Scale (PASS) 4. Cue-Reactivity (ECG, aversive photographs, R-R intervals)	1. The Symptoms of Stress Inventory (SOSI)	1. The Symptom Checklist-90R (SCL-90R) 2. The Perceived Stress Scale (PSS) 3. The Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS)
การวัดผลลัพธ์ ทางชีววิทยา	-	-	1. Salivary cortisol	1. serum interleukin-6 (IL-6) 2. salivary cortisol 3. liver enzymes 3.1 aspartate aminotransferase (AST) 3.2 alanine aminotransferase (ALT) 3.3 gamma glutamyl transpeptidase (GGT)

ตาราง 3.3 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)

คุณลักษณะ	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4
การวัดผล พฤติกรรม การดื่ม/ใช้ สารเสพติด	Brewer, et al. (2009) Mindfulness Training -The Substance Use Calendar	Garland, et al. (2010) Mindfulness oriented recovery enhancement (MORE) -	Marcus, et al. (2009) Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC) -	Zgierska, et al. (2008) Mindfulness-Based Relapse Prevention การดื่ม Alcohol consumption -Percent Days Abstinent (PDA) -Heavy Drinking Days (HDD) -Total Drinks
ระยะเวลาการ ติดตาม ประเมินผล	1. ทุกสัปดาห์ระหว่างการบำบัด 2. หลังการบำบัดทันที(9 สัปดาห์ใน MT, 12 สัปดาห์ใน CBT)	1. ระหว่างการบำบัดที่ 5 สัปดาห์ 2. หลังการบำบัด ที่10 สัปดาห์	1.SOSI ที่ระยะเวลาเดือนที่ 0,1,3,6,9 2. Salivary cortisol determinations หลังตื่นนอนเป็นเวลา 0,15,30,45 นาที ของระยะเวลาในเดือนที่ 0,1,3,6,9	ที่ระยะเวลาสัปดาห์ที่ 0,4,8,12,16

ตาราง 3.3 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)

คุณลักษณะ	เรื่องที่ 1 Brewer, et al. (2009) Mindfulness Training	เรื่องที่ 2 Garland, et al. (2010) Mindfulness oriented recovery enhancement (MORE)	เรื่องที่ 3 Marcus, et al. (2009) Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC)	เรื่องที่ 4 Zgierska, et al. (2008) Mindfulness-Based Relapse Prevention
ผลการศึกษา	1. พบว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมการบำบัดแบบ MT มีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จากแบบประเมิน anxiety Likert scales และ DES anxious subscale scores เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการดูภาพ Stress และ neutral imagery 2. พบว่า ไม่มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นหัวใจในระดับสูงในกลุ่ม MT ต่อสถานการณ์เครียด แต่พบการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นหัวใจในระดับสูงในกลุ่ม CBT ภายหลังเผชิญกับ Stress และ neutral situations	1. ผู้เข้าร่วมบำบัดแบบ MORE มีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญตามการรับรู้ตลอดช่วงเวลา 2. ผู้เข้าร่วมบำบัดแบบ MORE มีการรับรู้ความเครียดลดลงตลอดช่วงระยะเวลา 10 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญ 3. ผู้เข้าร่วมบำบัดแบบ MORE มีความสามารถในขั้นของการตอบสนองต่อแอลกอฮอล์ 4. ผู้เข้าร่วมบำบัดแบบ MORE มีความทุกข์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อมีการเผชิญกับสิ่งกระตุ้นอันนำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์ได้ถึงช่วงระยะเวลา	1. ผู้เข้าร่วมบำบัดแบบ MBTC มีคะแนน SOSI ในด้านย่อยของความพึงพอใจของกล้านเนื้อและอารมณ์หงุดหงิด ที่ต่ำลงในช่วงเวลาเดือนที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญเทียบกับกับกลุ่มควบคุม 2. ผู้เข้าร่วมบำบัดแบบ MBTC มีระดับคะแนนรวมเฉลี่ย SOSI สูงขึ้นสัมพันธ์กับระดับ cortisol ที่สูงขึ้นด้วย ($p < 0.01$) ในลักษณะความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งที่สุดที่เกิดขึ้น ในช่วงเวลา 9 เดือน ($p < 0.01$)	1. ผู้เข้าร่วมการบำบัดแบบ MBRP พบว่าระดับ IL - 6 ลดลง ที่ระยะเวลา 16 สัปดาห์ ($P = 0.052$, t tests) เมื่อเทียบกับเริ่มต้นพื้นฐานและเอ็นไซม์ที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับต่ำ ($N = 12$) อย่างมีนัยสำคัญ 2. ผู้เข้าร่วมการบำบัดแบบ MBRP พบว่าค่า PDA และ HDD มีแนวโน้มดีขึ้นระหว่างการศึกษา 3. ผู้เข้าร่วมการบำบัดแบบ MBRP พบว่า Total Drinks ลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระยะเวลา 4 และ 8 สัปดาห์เมื่อเปรียบเทียบกับพื้นฐานเริ่มต้น

ตาราง 3.3 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)

คุณลักษณะ	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4
ผลการศึกษา (ต่อ)	Brewer, et al. (2009) Mindfulness Training 3. พบว่า บุคคลที่รับการบำบัดแบบ MT มีอัตราการเต้นของหัวใจsympathetic/vagal ratios ที่ลดลง เมื่อเทียบกับบุคคลที่รับการบำบัดแบบ CBT ภายหลังเผชิญกับ Stress และ neutral situations	Garland, et al. (2010) Mindfulness oriented recovery enhancement -	Marcus, et al. (2009) Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC) 3. ผู้เข้ารับบำบัดแบบ MBTC มีระดับ cortisol ลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลา 9 เดือนของการศึกษา ในขณะที่กลุ่มควบคุมแสดงรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของระดับ cortisol ที่ผิดปกติ โดยรวมแล้วในกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มที่จะมีค่าระดับ cortisol ที่สูงกว่าระดับระดับ cortisol ในกลุ่มผู้เข้ารับบำบัดแบบ MBTC ($p = <.01$)	Zgierska, et al. (2008) Mindfulness-Based Relapse Prevention 4. ผู้เข้าร่วมการบำบัดแบบ MBRP พบว่า หยุดดื่มสุรา 94.5% ในช่วง 16 สัปดาห์ที่ศึกษา (SD=7.4) และมีการรายงานถึงการเลิกสุราที่สมบูรณ์ 47% (N=7) และมีการรายงานว่ามีการดื่มอย่าง HDD 1 ครั้งหรือมากกว่า 47% 5. ผู้เข้าร่วมการบำบัดแบบ MBRP พบว่า ความรุนแรงของตัวกระตุ้นการกลับไปใช้ซ้ำ : ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด และความอยาก ลดลงในช่วงการศึกษา

ตาราง 3.4 แสดงคุณลักษณะของการบำบัดแบบใช้การเจริญสติเป็นฐานจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาสังเคราะห์

แนวคิด การบำบัด	เรื่องที่ 1 Brewer, et al. (2009) Mindfulness Training	เรื่องที่ 2 Garland, et al. (2010) Mindfulness oriented recovery enhancement (MORE)	เรื่องที่ 3 Marcus, et al. (2009) Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC)	เรื่องที่ 4 Zgierska, et al. (2008) Mindfulness-Based Relapse Prevention
1 การรู้จักความคิด อัตโนมัติที่ นำไปสู่ความ อยากดื่ม	✓ ครั้งที่ 1 การทดลองนำร่องของ การทำแบบอัตโนมัติและ ความสัมพันธ์กับความอยากดื่ม (Automatic pilot and its relation to craving)	✓ ครั้งที่ 1 สันทนาการเกี่ยวกับการเจริญสติและ การดื่มอย่างอัตโนมัติ การมีสติเมื่อรู้สึก อยากดื่ม การมีสติอยู่กับลมหายใจและการ นำสติไปใช้ร่างกาย (Discussion of mindfulness and automatic drinking; mindfulness of craving; mindful breathing and body scan)	✓ ครั้งที่ 1 บทนำสู่การเจริญสติ การค้นรู้ ต่อชีวิตเพื่อลดแนวโน้มการกระทำแบบ อัตโนมัติ (Introduction to Mindfulness Reawakening to Life- Reducing the tendency to operate on automatic pilot, becoming awake)	✓ ครั้งที่ 1 การทดลองนำร่องของการทำ แบบอัตโนมัติและความสัมพันธ์กับ ความอยากดื่ม (Automatic pilot and its relation to craving)
2 การมีสติและ ทักษะในการ จัดการความ อยากดื่ม	✓ ครั้งที่ 2 อุปสรรคของการเจริญ สติและทักษะที่ตอบสนองต่อ การกระตุ้นความอยากดื่ม (Barriers to mindful, skillful response to situational cues)	✓ ครั้งที่ 2 สันทนาการเกี่ยวกับการประเมินตัดสิน การรู้คิด, การฝึกเจริญสติลดความหยาบ ตัวตน, การฝึกเจริญสติกำหนดลมหายใจ (Discussion of cognitive reappraisal; practice of mindful decentering and mindful breathing)	✓ ครั้งที่ 2 การรับรู้และผลของการ รับรู้ต่อความสามารถในการตอบสนอง อย่างสร้างสรรค์และเข้าใจธรรมชาติ ของจิต อิทธิพลของความคิดต่อ ประสบการณ์ ความรู้สึกเป็นชุมชน (Perceptions and Their Effect on the Ability to Respond Creatively -The universality of the wandering mind, how thoughts influence experience, sense of community)	✓ ครั้งที่ 2 อุปสรรคของการเจริญสติและ ทักษะที่ตอบสนองต่อการกระตุ้นความ อยากดื่ม (Barriers to mindful, skillful response to situational cues)

ตาราง 3.4 แสดงคุณลักษณะของการบำบัดแบบใช้การเจริญสติเป็นฐานจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่ามาสังเคราะห์

แนวคิด การบำบัด	เรื่องที่ 1 Brewer, et al. (2009) Mindfulness Training	เรื่องที่ 2 Garland, et al. (2010) Mindfulness oriented recovery enhancement (MORE)	เรื่องที่ 3 Marcus, et al. (2009) Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC)	เรื่องที่ 4 Zgierska, et al. (2008) Mindfulness-Based Relapse Prevention
3 การเจริญสติใน ชีวิตประจำวัน	✓ ครั้งที่ 3 การเจริญสติใน ชีวิตประจำวัน(Mindfulness in everyday life) การเจริญสติ แบบสั้น (mini-meditation) และการเดินจงกรม หรือการ เดิน อย่าง มี สติ (walking meditation)	✓ ครั้งที่ 3 สันทนาการเกี่ยวกับการใส่ใจกับสิ่งที่ กำลังเกิดขึ้น (re-orienting) ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้ใน การเผชิญกับอารมณ์ทางลบและความอยาก ดื่ม การฝึกเจริญสติโดยกำหนดลมหายใจ การมีสติอยู่กับการรับรู้และการรับสัมผัส (Discussion of attentional re-orienting as means of coping with negative emotions and craving; mindful breathing; mindfulness of perceptions & sensations)	✓ ครั้งที่ 3 ปลูกฝังความรู้สึกลงสยใจให้ และชื่นชมกับชีวิตด้วยการเจริญสติให้ อยู่กับปัจจุบันเพื่อตระหนักรู้ในสิ่งที่ เกิดขึ้น(Cultivating a Sense of Wonder and Appreciation in Life Through Mindfulness -Bringing awareness to the sense of wonder developed through being present to our experience)	✓ ครั้งที่ 3 การเจริญสติในชีวิตประจำวัน (Mindfulness in everyday life) การเจริญ สติแบบสั้น (mini-meditation) และการเดิน จงกรม หรือการเดินอย่างมีสติ(walking meditation)

ตาราง 3.4 แสดงคุณลักษณะของการบำบัดแบบใช้การเจริญสติเป็นฐานจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาสังเคราะห์

แนวคิด การบำบัด	เรื่องที่ 1 Brewer, et al. (2009) Mindfulness Training	เรื่องที่ 2 Garland, et al. (2010) Mindfulness oriented recovery enhancement (MORE)	เรื่องที่ 3 Marcus, et al. (2009) Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC)	เรื่องที่ 4 Zgierska, et al. (2008) Mindfulness-Based Relapse Prevention
4 ความสัมพัทธ์ ของปฏิริยาของ ความเครียด ความรู้สึกลอย ล้าและผลของ การดื่มและฝึก ปฏิบัติการใช้ สติเพื่อจัดการ กับความเครียด ความรู้สึกลอย ล้า	✓ ครั้งที่ 4 การคงอยู่กับปัจจุบัน โดยเฉพาะในสถานการณ์ เสี่ยงสูง (Staying “present” especially in high-risk situations)	✓ ครั้งที่ 4 สนทนากับความรู้สึกอยาก ดื่ม, ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีสติรู้ความ อยากดื่ม ความทุกข์จากสิ่งกระตุ้น และการ พิจารณาถึงผลทางลบภายหลังการดื่ม จินตนาการการเผชิญกับสิ่งช่วย แอลกอฮอล์ (Discussion of craving; practice of “urge surfing,” mindfulness of craving, and contemplation of negative consequences of drinking; imaginal alcohol cue-exposure; mindful breathing) ครั้งที่ 5 สนทนากับความสัมพันธ์การ ตอบสนองต่อความเครียดด้วยความรู้สึกลอย ล้า จินตนาการการเผชิญกับสิ่งช่วย แอลกอฮอล์ การใช้สติโดยการทำหนด ลมหายใจ (Discussion of the relationship of the stress response to craving; imaginal stress exposure; mindful breathing)	✓ ครั้งที่ 4 ปฏิริยาของความเครียด และโอกาส ในการตอบสนองที่แตกต่าง เพื่อแสดงว่า ร่างกายมีการตอบสนองต่อความเครียด อย่างไร ความคิดมีผลต่อปฏิริยาความเครียด และพฤติกรรมอย่างไร และจัดการ ความเครียดอย่างไร (Stress Reactivity and Opportunities for Responding Differently- Noticing how the body responds to stress, how thoughts affect stress reactions and behaviors, and how to handle stress)	✓ ครั้งที่ 4 การคงอยู่กับปัจจุบัน โดยเฉพาะใน สถานการณ์เสี่ยงสูง (Staying “present” especially in high-risk situations)

ตาราง 3.4 แสดงคุณลักษณะของการบำบัดแบบใช้การเจริญสติเป็นฐานจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาสังเคราะห์

แนวคิด การบำบัด	เรื่องที่ 1 Brewer, et al. (2009) Mindfulness Training	เรื่องที่ 2 Garland, et al. (2010) Mindfulness oriented recovery enhancement (MORE)	เรื่องที่ 3 Marcus, et al. (2009) Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC)	เรื่องที่ 4 Zgierska, et al. (2008) Mindfulness-Based Relapse Prevention
5 การยอมรับ ความรู้สึกต่างๆ และความคิดที่ เกิดขึ้น และ จัดการด้วยวิธีที่ ต่างไปจากเดิม	✓ ครั้งที่ 5 สมดุลของการยอมรับ และการเปลี่ยนแปลง (Balancing acceptance and change)	✓ ครั้งที่ 6 สนทนากับการเก็บกด ความคิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ และการยึด ติด การศึกษาปฏิบัติเพื่อการเก็บกดความคิด ที่ไร้ประโยชน์ (exercise in the futility of thought suppression) การฝึกเจริญสติโดย กำหนดลมหายใจ และยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น (Discussion of thought suppression, aversion, and attachment; exercise in the futility of thought suppression; mindful breathing and acceptance)	✓ ครั้งที่ 5 การยอมรับอารมณ์และปล่อยวาง อารมณ์ด้วยการเจริญสติ เพื่อเป็นมิตรกับ อารมณ์ของตนเอง การยอมรับและ จัดการด้วยวิธีที่แตกต่าง (Allowing and Letting Be Handling Emotions with Mindfulness-Befriending one's emotions and handling them in a different way, acceptance)	✓ ครั้งที่ 5 สมดุลของการยอมรับและการ เปลี่ยนแปลง(Balancing acceptance and change)
6 แบบความคิด และการกลับใช้ ซ้ำ	✓ ครั้งที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่าง แบบแผนความคิดของบุคคลกับ การกลับใช้ซ้ำ (Relationship between one's thought patterns and relapse)	✓ ครั้งที่ 8 สนทนาลึกถึงความสัมพันธ์ของ ตัวกระตุ้นการกลับใช้ซ้ำ การสื่อสารอย่าง มีสติ(mindful community) การนั่งสมาธิ อย่างมีศรัทธา (Discussion of relational triggers for relapse; mindful communication; compassion meditation)	-	✓ ครั้งที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผน ความคิดของบุคคลกับการกลับใช้ซ้ำ (Relationship between one's thought patterns and relapse)

ตาราง 3.4 แสดงคุณลักษณะของการบำบัดแบบใช้การเจริญสติเป็นฐานจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาสังเคราะห์

แนวคิด การบำบัด	เรื่องที่ 1 Brewer, et al. (2009) Mindfulness Training	เรื่องที่ 2 Garland, et al. (2010) Mindfulness oriented recovery enhancement (MORE)	เรื่องที่ 3 Marcus, et al. (2009) Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC)	เรื่องที่ 4 Zgierska, et al. (2008) Mindfulness-Based Relapse Prevention
7 แนวทางในการ ดูแลตนเองอย่าง เหมาะสม	✓ ครั้งที่ 7 ฉันจะดูแลตัวเองดีที่สุดใน ได้อย่างไร (How can I best take care of myself....?)	-	-	✓ ครั้งที่ 7 ฉันจะดูแลตัวเองดีที่สุดใน ได้อย่างไร (How can I best take care of myself....?)
8 แนวทางในการ วางแผนเพื่อ ป้องกันการกลับ ใช้ซ้ำ	✓ ครั้งที่ 8 ความสมดุลของการมี ชีวิตอยู่และสิ่งที่ได้เรียนรู้แล้ว (Balanced living and what has been learned)	✓ ครั้งที่ 10 ทบทวน การสนทนาถึงวิธีการ ซึ่งการฝึกเจริญสติ การวางแผนป้องกันการ กลับดื่มซ้ำโดยใช้การมีสติ, การชักชวนถึง การป้องกันการดื่มซ้ำด้วยการเจริญสติโดย การจินตนาการ การฝึกเจริญสติโดยกำหนด ลมหายใจ (Review; discussion of how to maintain mindfulness practice; development of mindful relapse prevention plan; imaginal rehearsal of mindful relapse prevention; mindful breathing)	✓ ครั้งที่ 6 ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง เน้นความสำคัญ ของการฝึกเจริญสติด้วยตนเอง (Making the Practice Your Own- Emphasizing the importance of taking responsibility for one's own mindfulness practice)	✓ ครั้งที่ 8 ความสมดุลของการมีชีวิตอยู่และ สิ่งที่ได้เรียนรู้แล้ว (Balanced living and what has been learned)

ตาราง 3.4 แสดงคุณลักษณะของการบำบัดแบบใช้การเจริญสติเป็นฐานจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาสังเคราะห์

แนวคิด การบำบัด	เรื่องที่ 1 Brewer, et al. (2009) Mindfulness Training	เรื่องที่ 2 Garland, et al. (2010) Mindfulness oriented recovery enhancement (MORE)	เรื่องที่ 3 Marcus, et al. (2009) Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC)	เรื่องที่ 4 Zgierska, et al. (2008) Mindfulness-Based Relapse Prevention
9 การรับรู้ถึง อันตรายของ แอลกอฮอล์ต่อ ร่างกาย	-	ครั้งที่ 7 สันทนาการเกี่ยวกับผลอันตรายของ แอลกอฮอล์ต่อร่างกาย คือการตระหนักรู้ถึง กระตุ้นที่เกิดขึ้นภายในด้วยการเจริญสติ,ฝึก เจริญสติโดยการเดิน (Discussion of the deleterious effects of alcohol on the body; mindful interoceptive awareness; mindful walking)	-	-
10 การพึ่งพาซึ่งกัน และกัน การให้ ความหมายและ จิตวิญญาณ	-	ครั้งที่ 9 การสนทนาระหว่างผู้เข้าร่วมและ กัน การให้ความหมายและจิตวิญญาณ การ นั่งสมาธิอย่างพึ่งพาซึ่งกันและกัน การฝึก เจริญสติโดยการกำหนดลมหายใจ (Discussion of interdependence, meaning, and spirituality; meditation on interdependence; mindful breathing)	-	-

ตาราง 3.4 แสดงคุณลักษณะของการบำบัดแบบใช้การเจริญสติเป็นฐานจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาสังเคราะห์

แนวคิด การบำบัด	เรื่องที่ 1 Brewer, et al. (2009) Mindfulness Training	เรื่องที่ 2 Garland, et al. (2010) Mindfulness oriented recovery enhancement (MORE)	เรื่องที่ 3 Marcus, et al. (2009) Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC)	เรื่องที่ 4 Zgierska, et al. (2008) Mindfulness-Based Relapse Prevention
11 การใช้เทคนิค ความรักความ เมตตาเพื่อ จัดการกับ อารมณ์ที่ยุ่งยาก	✓ การใช้เทคนิคความรักความเมตตา เพื่อจัดการกับอารมณ์ที่ยุ่งยาก (instruction for using loving- kindness techniques to facilitate working with difficult emotions)	-	-	-
12 การฝึกเจริญสติ นอกชั้นเรียน	-	✓ ฝึกเจริญสติทุกวัน วันละ 15 นาที	✓ ให้ฝึกเจริญสติ 45 นาที/วัน เป็นระยะเวลา 6 วัน/สัปดาห์	✓ ได้รับการฝึกเจริญสติที่บ้าน (30 นาที / วัน เป็นเวลา 6 วัน / สัปดาห์)

3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

สรุปประเด็นจากหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 4 เรื่อง เป็น Randomized Controlled trials 2 เรื่อง เป็น Controlled non randomized trials 1 เรื่อง และเป็น Prospective case series 1 เรื่อง เกี่ยวกับการใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมการบำบัด

ผู้เข้าร่วมการบำบัดจากงานวิจัยทั้ง 4 เรื่อง สามารถสรุปได้ ดังนี้

1.1 ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ alcohol dependence ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM – IV (Garland et al., 2010; level II, Zgierska et al., 2008; level IV) แต่ก็พบว่ามีกลุ่มสารเสพติด cocaine (Brewer et al., 2009; level II) และสารเสพติดอื่นๆ Substance Dependence รวมอยู่ด้วย (Marcus et al., 2009; level III)

1.2 ผู้เข้าร่วมการบำบัดทั้งหมดเป็นผู้ที่มีอายุเท่ากับ 18 ปีหรือมากกว่า (Brewer et al., 2009; level II, Garland et al., 2010; level II, Marcus et al., 2009; level III, Zgierska et al., 2008; level IV)

1.3 ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตจากการใช้สารเสพติดร่วมด้วย (comorbid substance use disorders) สามารถเข้าร่วมการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานได้ โดยผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมิน Brief Symptom Inventory ก่อนที่จะเข้าร่วมการบำบัด (Garland et al., 2010; level II)

1.4 ผู้ที่ได้รับการบำบัดภาวะติดแอลกอฮอล์มาแล้วและอาการถอนพิษจากแอลกอฮอล์ทุเลาลง โดยถ้าเป็นผู้ป่วยนอก ควรผ่านการบำบัดด้วยโปรแกรมของผู้ป่วยนอกหน่วยนั้นๆ ก่อนเพื่อให้มีความพร้อมในการเข้าโปรแกรมการบำบัด (Zgierska et al., 2008; level IV) หรือถ้าเป็นผู้ที่เข้ารับการบำบัดแบบ Therapeutic Community (TC) ต้องผ่านการบำบัดเป็นเวลาเท่ากับหรือมากกว่า 18 เดือน เพื่อให้มีความพร้อมในการเข้าโปรแกรมการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน (Garland et al., 2010; level II, Marcus et al., 2009; level III)

1.5 ผู้ไม่เหมาะสมจะเข้ารับการบำบัด ได้แก่

1.5.1 ผู้มีความผิดปกติทางจิตในปัจจุบันหรือพบอาการของโรคจิตในระยะ active (Brewer et al., 2009; level II, Garland et al., 2010; level II)

1.5.2 ผู้มีความเสี่ยงทางคลินิกสำหรับ การฆ่าตัวตายหรือการฆาตกรรมในปัจจุบัน (Brewer et al., 2009; level II, Garland et al., 2010; level II)

1.5.3 เป็นผู้อยู่ในระยะใช้สารเสพติดในทางที่ผิดหรือติดสารเสพติดแบบ active (active drug abuse or Dependence) (Zgierska et al., 2008; level IV)

1.5.4 ผู้มีประวัติป่วยด้วยโรค bipolar, manic หรือ delusional disorder (Zgierska et al., 2008; level IV)

1.5.5 ผู้มีความรู้คิดบกพร่องไม่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมได้ (Brewer et al., 2009; level II)

1.5.6 เป็นผู้ใช้แอลกอฮอล์ที่ประเมินด้วยแบบประเมิน AUDIT ซึ่งมีคะแนนเท่ากับหรือต่ำกว่า 16 คะแนน (Garland et al., 2010; level II) ซึ่งหมายถึงไม่อยู่ในภาวะติดแอลกอฮอล์

2. คุณสมบัติของผู้บำบัด

จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์คุณสมบัติของผู้บำบัด มีลักษณะดังนี้

2.1 เป็นผู้ที่มีประสบการณ์เจริญสติ และมีประสบการณ์เป็นครูผู้สอนฝึกสมาธิ (Brewer et al., 2009; level II; Zgierska et al., 2008; level IV)

2.2 เป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ติดสารเสพติด เช่น การรักษาแบบ cognitive-behavioral therapy การบำบัดแบบ therapeutic community เป็นต้น (Garland et al., 2010; level II; Marcus et al., 2009; level III)

3. รูปแบบการบำบัด

จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 4 เรื่อง พบว่ารูปแบบการบำบัดทั้งหมดดำเนินการบนพื้นฐานของการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานทั้งสิ้น (Brewer et al., 2009; level II, Garland et al., 2010; level II, Marcus et al., 2009; level III, Zgierska et al., 2008; level IV) มีจำนวน 3 รูปแบบ ได้แก่ 1. การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อป้องกันการกลับใช้ซ้ำ Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) (Brewer et al., 2009; level II, Zgierska et al., 2008; level IV) 2. การบำบัดแบบ Mindfulness oriented recovery enhancement (MORE) (Garland et al., 2010; level II) และ 3. Mindfulness-Based Stress Reduction in Therapeutic Community (MBTC) (Marcus et al., 2009; level III) โดยมีรายละเอียดดังนี้

รูปแบบที่ 1 การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานที่ใช้กับผู้รับการบำบัดแบบผู้ป่วย

นอก

การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานที่ใช้กับผู้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทำการศึกษารูปแบบการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานเพื่อป้องกันการกลับใช้ซ้ำ Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) จำนวน 2 เรื่อง ดังนี้ (Brewer et al., 2009; level II, Zgierska et al., 2008; level IV)

หลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 1 ได้ทำการศึกษารูปแบบการบำบัด MBRP และรายงานผลการศึกษาในปี ค.ศ. 2009 (จากรูปแบบการบำบัด Mindfulness-Based Relapse Prevention ของ Boven et al., 2007; unpublished observations อ้างใน Brewer et al., 2009) ในกลุ่มผู้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) และเป็นผู้ที่ผ่านการบำบัดด้วยโปรแกรม Intensive Outpatient Treatment Programmes (IOPs) แล้วเป็นระยะเวลา 2 ถึง 4 สัปดาห์ และเริ่มต้นบำบัดแบบ MBRP หลังจากนั้นเป็นเวลา 1 ถึง 2 สัปดาห์ (Zgierska et al., 2008) ซึ่งได้ปรับให้เข้ากับความต้องการเฉพาะในบุคคลที่ติดแอลกอฮอล์มากขึ้น จากเดิมที่ใช้สำหรับการบำบัด chronic depression โดยให้การบำบัดรวมกับการบำบัดในรูปแบบเดิมของสถานบำบัด ตามคู่มือแนววิธีปฏิบัติ best-practice เช่น Motivational Enhancement Therapy, Relapse Prevention และ 12-Step Facilitation strategies การบำบัดแบบ MBRP ครั้งนี้นอกจากการฝึกเจริญสติในห้องเรียนแล้ว ผู้เข้าร่วมศึกษาจะต้องฝึกเจริญสติที่บ้านเป็นเวลา 30 นาที / วัน จำนวน 6 วัน / สัปดาห์ และบันทึกระยะเวลาที่ปฏิบัติ จำนวนวันที่ปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับชีตแนะนำการฝึกเจริญสติ เบาะรองนั่งสำหรับฝึก และเอกสารประกอบคำบรรยายเพื่อการฝึกเจริญสติด้วย การบำบัดใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

หลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 2 ทำการศึกษารูปแบบการบำบัดแบบ MBRP (ตามรูปแบบของ Zgierska, et al. 2008, Witkiewitz et al. 2005) และรายงานผลการศึกษาในปี ค.ศ. 2009 (Brewer et al., 2009; level II) โดยพัฒนาเป็นการบำบัดรูปแบบ Mindfulness Training (MT) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ alcohol และ/หรือ cocaine abuse หรือ dependence ในปีที่ผ่านมาโดยใช้ระยะเวลามบำบัด 9 สัปดาห์ หลังจากเรียนช่วงบทนำแล้ว ในบทเรียนอีก 8 บทต่อมา จะแบ่งออกเป็น 2 Module แต่ละ Module ใช้เวลา 4 สัปดาห์ บทเรียนในแต่ละสัปดาห์ใช้เวลา 1 ชั่วโมง จำนวน 8 ครั้ง เปรียบเทียบกับการบำบัดแบบ Cognitive behavioral therapy (CBT) ของ the National Institute on Drug Abuse CBT manual ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งพบว่าสามารถใช้ได้ผลการบำบัด MT ที่ใช้เวลาสั้นลงกว่า MT แบบดั้งเดิม เพียงพอในการก่อให้เกิดผลในการบำบัด และใช้การบำบัดแบบแยกส่วนเป็นทางเลือกได้

การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานที่ใช้กับผู้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกทั้งสองเรื่องนี้ มีความเหมือนกันคือต้องใช้รูปแบบ Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) เป็นพื้นฐานในการบำบัดแต่ได้นำมาปรับให้มีลักษณะเฉพาะมากขึ้น เช่น เรื่องแรกมีปรับเปลี่ยนคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งผิดกฎหมาย ยาเสพติด และ แอลกอฮอล์ หลักสูตรประกอบด้วย 2 ส่วนประกอบ : 1) การฝึกเจริญสติและ 2) การป้องกันการกลับใช้ซ้ำ / การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมให้มีความเฉพาะกับผู้ติดแอลกอฮอล์มากขึ้น ส่วนเรื่องที่สองได้ปรับการบำบัดจากที่ต้องบำบัดกลุ่มแบบเรียงลำดับ ได้ปรับโดยจัดแบ่งออกเป็น 2 Module แต่ละ Module ซึ่งสามารถบำบัดกลุ่มใดก่อนก็ได้ มีการปรับเวลาด้านลงเป็นประมาณ 1 ชั่วโมงจากเดิมประมาณ 2 ชั่วโมง เป็นต้น

รูปแบบที่ 2 การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานที่ใช้กับผู้รับการบำบัดในชุมชนเพื่อการบำบัด (Therapeutic Community: TC)

การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานที่ใช้กับผู้รับการบำบัดในชุมชนเพื่อการบำบัดพบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทำการศึกษารูปแบบดังกล่าวนี้จำนวน 2 เรื่อง 1) การบำบัดแบบ Mindfulness Oriented Recovery Enhancement (MORE) (Garland et al., 2010; level II) และ 2) Mindfulness-Based Stress Reduction in Therapeutic Community (MBTC) (Marcus et al., 2009; level III) โดยมีรายละเอียดดังนี้

หลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 1 ศึกษาแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานที่ใช้กับผู้รับการบำบัดในชุมชนเพื่อการบำบัดแบบ Mindfulness oriented recovery enhancement (MORE) และรายงานผลการศึกษาในปีค.ศ. 2010 (Garland et al., 2010; level II) ในผู้รับการบำบัดที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดสุราและเป็นผู้ที่รับการบำบัดแบบ Therapeutic Community (TC) มาแล้วเป็นเวลานานเท่ากับหรือมากกว่า 18 เดือน เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดแบบ Mindfulness Oriented Recovery Enhancement (MORE) และการบำบัดแบบ Alcohol Support Group (ASG) ซึ่งการบำบัดแบบ MORE นี้มีจำนวน 10 บทเรียน ดัดแปลงมาจาก รูปแบบการบำบัด Mindfulness - Based Cognitive Therapy สำหรับการบำบัดภาวะติดแอลกอฮอล์ ที่ออกแบบมาใช้บำบัดเพื่อป้องกันการกลับซ้ำของภาวะซึมเศร้า (Segal, Williams, & Teasdale, 2002 อ้างใน Garland et al., 2010) การบำบัดแบบ MORE นี้ประกอบด้วย การเจริญสติด้วยการกำหนดลมหายใจ เจริญสติด้วยการเดินจงกรม ร่วมกับการจัดการปัญหาที่เฉพาะกับสารเสพติด เช่น ตัวกระตุ้นการกลับใช้ซ้ำ ความอยาก การระงับความคิด ความเครียดและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดโดยจิตไร้สำนึก

หลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 2 ศึกษาแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานที่ใช้กับผู้รับการบำบัดในชุมชนแบบ Mindfulness-Based Stress Reduction in Therapeutic Community

(MBTC) และรายงานผลการศึกษาในปี ค.ศ. 2009 (Marcus et al., 2009; level III) โดยทำการศึกษาผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด และเป็นผู้ที่ได้รับการบำบัดแบบ Therapeutic Community (TC) เป็นเวลานาน 18 เดือนหรือมากกว่า เพื่อเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการบำบัด Mindfulness-Based Stress Reduction in Therapeutic Community (MBTC) กับรูปแบบการบำบัดตามปกติ (Treatment As Usual: TAU) โดยการบำบัดแบบ MBTC นี้ได้ปรับจากจะโปรแกรม Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) ตามแนวทางคู่มือการรักษาของ the Stress Reduction and Relaxation Clinic at the University of Massachusetts Medical Center จำนวน 8 บทเรียน เริ่มต้นทุกสองสัปดาห์ นอกจากการเรียนอย่างเป็นทางการแล้ว ผู้เข้าร่วมศึกษาจะได้รับการส่งเสริมให้ฝึกเจริญสติ 45 นาที/วัน เป็นระยะเวลา 6 วัน/สัปดาห์ โดยสมุดงานที่มอบหมายให้มีการจดบันทึก และให้เข้าฝึกสมาธิในห้องฝึกที่มีแผ่นเสียงคอมแพคดิสก์บอกแนวทางในการทำสมาธิ นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมศึกษาจะได้รับสนับสนุนให้ฝึกเจริญสตินอกเหนือจากการปฏิบัติอย่างเป็นทางการในห้อง เมื่อพวกเขาได้เผชิญกับสถานการณ์ที่รับรู้ความเครียดในชีวิตประจำวันด้วย

หลักฐานเชิงประจักษ์ของการบำบัดแบบ MORE และการบำบัดแบบ MBTC พบว่ามีความเหมือนกันที่พัฒนาจากพื้นฐานของโปรแกรม Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) ที่แต่เดิมใช้ในการบำบัดโรคซึมเศร้าและผู้เข้ารับการบำบัดต้องเป็นผู้ที่ได้รับการบำบัดแบบ Therapeutic Community (TC) เป็นเวลานาน 18 เดือนหรือมากกว่ามาก่อนเข้าร่วมการบำบัดในรูปแบบนี้ และได้รับการส่งเสริมให้มีการฝึกเจริญสติด้วยตนเองเป็นประจำนอกชั้นเรียนด้วย เช่น การเจริญสติด้วยการเดิน การเจริญสติด้วยลมหายใจ เป็นต้น

4. การประเมินผลลัพธ์หลัก

ผลลัพธ์ที่สนใจ คือ ความเครียดจากความต้องการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถแบ่งการประเมินผลทางด้านจิตสังคม ด้านชีววิทยา ซึ่งสามารถใช้เครื่องมือในการประเมินได้ดังนี้

4.1 ประเมินผลทางด้านจิตสังคม

4.1.1 แบบประเมินการแยกแยะอารมณ์ (The Differential Emotion Scale: DES) ใช้ระหว่างช่วงการฝึกเจริญสติ เพื่อประเมินแบบแผนอารมณ์หลังจากมีการช่วยทำให้เกิดความอยากดื่ม (Brewer et al., 2009; level II)

4.1.2 แบบประเมินอาการความทุกข์ฉบับย่อ (The Brief Symptom Inventory: BSI) ใช้ประเมินความทุกข์จากอาการทางจิตเวชในปัจจุบัน แบ่งเป็น 5 ระดับ (0 = ไม่มีเลย, 4 = มากที่สุด) จำนวนทั้งสิ้น 53 ข้อ ประกอบด้วยข้อต่างๆ เช่น “ความรู้สึกหวาดกลัว (Feeling fearful)” และ “ความรู้สึกผิด (Feelings of guilt)” เป็นต้น (Garland et al., 2010; level II)

4.1.3 แบบประเมินการรับรู้ความเครียด (The Perceived Stress Scale: PSS) ใช้ประเมินการรับรู้ความเครียดในช่วงเดือนที่ผ่านมาของผู้เข้าร่วมศึกษา แบบสอบถามทั้งสิ้น 10 ข้อ มี 5 ระดับคะแนน (0= ไม่เคย, 4 = เคยมีบ่อยมาก) ตัวอย่างคำถาม เช่น "คุณรู้สึกตื่นเต้นและเครียดบ่อยแค่ไหน? (How often have you felt nervous and 'stressed'?)" และ "คุณรู้สึกว่าตนเองอยู่ในจุดสูงสุดของสิ่งใดๆบ่อยแค่ไหน? (How often have you felt that you were on top of things?)" เป็นต้น (Garland et al., 2010; level II)

4.1.4 แบบประเมินอาการของความเครียด (The Symptoms of Stress Inventory: SOSI) ใช้ประเมินการตอบสนองทางกายภาพ จิตวิทยาและพฤติกรรม ต่อความเครียด ประกอบด้วยการตอบสนองต่อความเครียด 10 ด้าน : ได้แก่ 1.อาการของอวัยวะส่วนปลาย (Peripheral Manifestations) 2.อาการของระบบปอดและหัวใจ (การตื่นเต้นและอาการของระบบหายใจส่วนบน) [Cardiopulmonary Symptoms ได้แก่ (Arousal and Upper Respiratory Symptoms)] 3.อาการระบบประสาทส่วนกลาง (Central Neurological Symptoms) 4.อาการของระบบกระเพาะและลำไส้ (Gastrointestinal Symptoms) 5.ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle Tension) 6.ลักษณะนิสัย (Habitual Patterns) 7.ภาวะซึมเศร้า (Depression) 8.ภาวะเครียด/กลัว Anxiety/Fear 9.ความผิดปกติของอารมณ์ (Emotional Irritability) 10.ความผิดปกติของความคิด (Cognitive Disorganization) แบ่งเป็น 5 ระดับคะแนน จาก “ไม่มี” ถึง “บ่อยมาก” (Marcus et al., 2009; level III)

4.1.5 แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล วัดจากคะแนนของ subscales ในมิติภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ของแบบประเมิน the Symptom Checklist-90R (SCL-90R) ใช้วัดการเปลี่ยนแปลงของอาการในระหว่างบำบัดได้ โดยมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน เริ่มจาก “ไม่มีเลย” ถึง “มากที่สุด” (Zgierska et al., 2008; level IV)

4.2 ประเมินผลทางด้านชีววิทยา ประกอบด้วย 1) การประเมินระดับ cortisol 2) การประเมินระดับ Serum interleukin-6 (IL-6) และ 3) liver enzymes [(aspartate aminotransferase (AST); alanine aminotransferase (ALT); gamma glutamyl transpeptidase (GGT)] รายละเอียดดังนี้

4.2.1 การประเมินระดับ cortisol (Salivary cortisol determinations) การตรวจสอบระดับ cortisol ในน้ำลายใช้ประเมินการตอบสนองต่อความเครียดทางสรีรวิทยา ตัวอย่างน้ำลายจะถูกเก็บที่ระยะเวลา ที่ 0, 15, 30, และ 45 นาทีหลังจากตื่นนอน ในแต่ละช่วงเวลาของการศึกษารวม 5 ครั้ง โดยใช้เครื่องมือ the Salivette sampling device (Sarstedt, Inc.) และวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรม Cortisol RIA (ICN Diagnostics, Inc.) (Marcus et al., 2009; level III)

4.2.2 การประเมินระดับ Serum interleukin-6 (IL-6); liver enzymes ได้แก่ (aspartate aminotransferase (AST); alanine aminotransferase (ALT); gamma glutamyl

transpeptidase (GGT) การเก็บตัวอย่างตัวชี้วัดทางชีวภาพจะเก็บตอนเริ่มต้นพื้นฐานและเก็บซ้ำอีกครั้งที่ระยะเวลา 16 สัปดาห์ ระดับความเข้มข้นของเซรัม IL - 6 จะได้รับการศึกษาซ้ำโดยอัสยเอนไซม์ที่เชื่อมโยงกับ Immunoassay ด้วยชุดทดสอบที่มีความไวต่ำ 1 pg / ml (R & D Systems, Minneapolis, MN) (Zgierska et al., 2008; level IV)

4.3 ประเมินผลทางด้านพฤติกรรมการดื่ม

4.3.1 ปฏิทินการใช้สารเสพติด (The Substance Use Calendar) เป็นแบบประเมินที่ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่พื้นฐานเริ่มต้น (ในเดือนที่ผ่านมา) และเก็บข้อมูลรายสัปดาห์ระหว่างการบำบัด และวัดปริมาณการบริโภค ในแบบเดิมมาตรฐาน (1 oz) / วัน สำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ แบบกรัม / วัน สำหรับโคเคน โดยผู้เข้าร่วมศึกษาจะรายงานด้วยตนเอง และตรวจสอบโดยการสุ่มตรวจวัดแอลกอฮอล์ในลมหายใจ (breathalyzer -วิเคราะห์ความเมาจากอากาศที่หายใจออกสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) และตรวจสอบในปัสสาวะสำหรับการใช้สารเสพติดอื่น (สุ่มตรวจประมาณทุกสองสัปดาห์) (Brewer et al., 2009; level II)

4.3.2 การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol consumption) ประเมินโดยใช้

- **Percent Days Abstinent (PDA,** จำนวนวันที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ หารด้วยจำนวนวันที่ดื่มแบบเสี่ยง) (Zgierska et al., 2008; level IV)

- **Heavy Drinking Days (HDD,** วันที่มีการดื่มหนัก กำหนดเป็น ≥ 5 ดื่มมาตรฐาน / วัน สำหรับผู้ชายและ ≥ 4 ดื่มมาตรฐาน / วัน สำหรับผู้หญิง) (Zgierska et al., 2008; level V)

- **The Timeline Follow-Back method (TLFB)** Total Drinks จำนวนรวมของการดื่มมาตรฐานในระหว่างระยะเวลาที่ประเมิน 28 วัน ติดต่อกัน) ข้อมูลเกี่ยวกับความถี่และปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (จำนวนดื่มมาตรฐานต่อวัน) จาก 20 สัปดาห์ก่อนเข้ารับการบำบัดและติดตามที่ระยะเวลา 4 สัปดาห์หลังเสร็จการบำบัด (Zgierska et al., 2008; level IV)

5. การประเมินผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง

ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การตอบสนองทางร่างกายต่อการกระตุ้นความเครียดด้วยภาพ ความอยากดื่ม ความสามารถในการยับยั้งตัวกระตุ้นความอยากใช้แอลกอฮอล์ ความสามารถในการหยุดความคิดในระยะยาว ความบกพร่องในการปรับตัว และความสามารถหลีกเลี่ยงหรือการควบคุมความคิดและอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา สามารถทำการประเมินได้ด้วยแบบประเมินดังนี้

5.1 Neutral-relaxing and stress imagery conditions: เป็นการประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อภาพที่เป็นกลางและภาพกระตุ้นความเครียด ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้ซอฟต์แวร์ ePrime (Psychology Software Tools Inc. USA) หลังจากให้เห็นภาพแต่ละภาพแล้ว จะให้ผู้เข้าร่วมศึกษาให้คะแนนโดยมีระดับคะแนนแบ่งเป็น 10-point Likert scale (Brewer et al., 2009; level II)

5.2 การประเมินระดับความรุนแรงและความอยากแอลกอฮอล์

5.2.1 แบบประเมินความอยากแอลกอฮอล์ (The Penn Alcohol Craving Scale: PACS) ใช้ประเมินความถี่ และความรุนแรงความอยากแอลกอฮอล์ (Garland et al., 2010; level II)

5.2.2 แบบประเมินระดับความรุนแรงของความอยากแอลกอฮอล์ (the Obsessive Compulsive Drinking Scale: OCDS) ใช้ประเมินความอยากในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นลักษณะคำถามจำนวน 14 ข้อ เกี่ยวกับลักษณะและปริมาณการดื่มที่เกี่ยวข้องกับสิ่งกระตุ้นและความสามารถในการต้านทานต่อสิ่งกระตุ้นในผู้ติดแอลกอฮอล์ (Zgierska et al., 2008; level IV)

5.3 แบบประเมินความบกพร่องในการยับยั้งความอยากใช้แอลกอฮอล์ (The Impaired Alcohol Response Inhibition Scale: IRISA) เป็นแบบรายงานด้วยตนเอง มีทั้งสิ้น 14 ข้อ แบ่งเป็น 4 ระดับคะแนน เพื่อประเมินความสามารถในการยับยั้งความอยากใช้แอลกอฮอล์จากสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา เช่น "เมื่อฉันได้ตัดสินใจที่จะไม่ดื่มแล้ว ฉันพบว่ามันไม่ง่ายเลย (When I have decided not to drink, I find it easy not to)" และ "ถ้าฉันคิดถึงการดื่ม ฉันคิดว่าฉันสามารถจะยับยั้งได้ (If I thought about the possibility of drinking I think I could have resisted)" เป็นต้น (Garland et al., 2010; level II)

5.4 แบบประเมินความสามารถในการเก็บกดความคิด (The White Bear Suppression Inventory: WBSI) เป็นแบบประเมินความสามารถในการเก็บกดความคิด ความบกพร่องในการปรับตัวและการหลีกเลี่ยง หรือการเก็บกดความคิดและอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา เป็นข้อคำถามทั้งสิ้น 15 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับคะแนน ตัวอย่างคำถาม เช่น "ฉันพยายามที่จะเอาปัญหาออกจากใจของฉันเสมอ" และ "ฉันมักจะทำอะไรเพื่อเบี่ยงเบนความคิดของฉันเสมอ" เป็นต้น (Garland et al., 2010; level II)

5.5 แบบประเมินการเจริญสติ 5 ด้าน (The Five Facet Mindfulness Questionnaire :FFMQ) ประกอบด้วยข้อคำถาม 39 ข้อ แบ่งระดับคะแนนตาม Likert scale ใช้วัดการเจริญสติด้วยการรายงานตนเอง ทั้งนี้แบบประเมิน FFMQ ประกอบด้วย คะแนนรวมทั้งหมด และคะแนนการเจริญสตรายด้าน 5 ด้าน ที่เป็นปัจจัยภายในที่สอดคล้องกันในแต่ละด้านของการเจริญสติ เช่นการไม่

ตอบสนองต่อประสบการณ์ภายในตนเอง (เช่น "ฉันเฝ้าดูความรู้สึกของฉันโดยไม่ได้อำนาจจากซึ่งความรู้สึกเหล่านั้น (I watch my feelings without getting lost in them) การสังเกตและอยู่ร่วมกับประสบการณ์ ("ฉันให้ความสนใจกับความรู้สึกของฉัน เช่น สายลมในเส้นผมของฉัน หรือแสงดวงอาทิตย์บนหน้าของฉัน (I pay attention to sensations, such as the wind in my hair or the sun on my face") อธิบายและจำแนกประสบการณ์ทางอารมณ์ ("ฉันรู้สึกดีที่จะหาคำอธิบายความรู้สึกของฉัน (I'm good at finding words to describe my feelings") การไม่ตัดสินประสบการณ์ ("ฉันบอกกับตัวเองว่า ฉันไม่ควรรู้สึกเช่นวิถีทางที่ฉันกำลังรู้สึก (I tell myself I shouldn't be feeling the way that I am feeling") และกระทำอย่างมีสติ ("ฉันพบว่าตัวฉันเองทำโดยไม่ใช้ความสนใจ (I find myself doing things without paying attention") (Garland et al., 2010; level II)

6. การติดตามผล

ในการติดตามประเมินการบำบัด จะมีการติดตามเป็นระยะ เช่น การติดตามผลระยะสั้น ติดตามประเมินผลทุกสัปดาห์ระหว่างการบำบัด หลังการบำบัดทันที (Brewer et al., 2009; level II) การติดตามผลระหว่างกลางของระยะเวลาที่ให้การบำบัด 5 สัปดาห์และหลังสิ้นสุดการบำบัดที่ 10 สัปดาห์ (Garland et al., 2010; level II) การติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ ในช่วงของการบำบัด สัปดาห์ที่ 0,4,8,12,16 (Zgierska et al., 2008; level IV) หรือติดตามในเดือนที่ 0,1,3,6,9 (Marcus et al., 2009; level III)

3.4 ข้อเสนอแนะ(Recommendations) ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้

ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์ ในการปฏิบัติควรคำนึงถึงลักษณะของผู้ป่วยและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ซึ่งมีแนวทางการบำบัด ดังต่อไปนี้

คุณสมบัติของผู้ที่เหมาะสมจะเข้ารับการบำบัด (Brewer et al., 2009; level II, Garland et al., 2010; level II)

1. ผู้ที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 18 ปี
2. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM – IV ว่ามีภาวะติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence)
3. ผู้ที่ได้รับการบำบัดภาวะติดแอลกอฮอล์มาแล้วและอาการถอนพิษจากแอลกอฮอล์ทุเลาลง โดยถ้าเป็นผู้ป่วยนอก ควรผ่านการบำบัดด้วยโปรแกรมของผู้ป่วยนอกหน่วยนั้นๆ ก่อนเพื่อให้มีความพร้อมในการเข้าโปรแกรมการบำบัด หรือถ้าเป็นผู้ที่เข้ารับการบำบัดแบบ Therapeutic

Community (TC) ต้องผ่านการบำบัดเป็นเวลาเท่ากับหรือมากกว่า 18 เดือน เพื่อให้มีความพร้อมในการเข้าโปรแกรมการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน

4. ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตจากการใช้สารเสพติดร่วมด้วย (comorbid substance use disorders) สามารถเข้าร่วมการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานได้ โดยผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมิน Brief Symptom Inventory ก่อนที่จะเข้าร่วมการบำบัด

คุณสมบัติของผู้ไม่เหมาะสมจะได้รับการบำบัด (Brewer et al., 2009; level II, Garland et al., 2010; level II)

1. ผู้ที่ยังไม่มีภาวะติดแอลกอฮอล์ จากการประเมินด้วยแบบประเมิน AUDIT ซึ่งมีคะแนนเท่ากับหรือต่ำกว่า 16 คะแนน
2. ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในปัจจุบันหรือพบอาการของโรคจิตในระยะ active หรือมีความเสี่ยงทางคลินิกสำหรับ การฆ่าตัวตายหรือการฆาตกรรมในปัจจุบัน
3. ผู้ที่อยู่ในระยะใช้สารเสพติดในทางที่ผิดหรือติดสารเสพติดแบบ active (active drug abuse or Dependence)
4. ผู้มีประวัติป่วยด้วยโรค bipolar, manic หรือ delusional disorder
5. ผู้มีความรู้คิดบกพร่องจนไม่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมได้

คุณสมบัติของผู้บำบัด

1. ผู้มีประสบการณ์เจริญสติ และมีประสบการณ์เป็นครูผู้สอนฝึกเจริญสติ (Brewer et al., 2009; level II)
2. ผู้ผ่านการฝึกอบรมการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ติดสารเสพติด เช่น การรักษาแบบ cognitive-behavioral therapy การบำบัดแบบ therapeutic community เป็นต้น (Garland et al., 2010; level II)

วิธีการบำบัด

ลักษณะการบำบัดเป็นแบบกลุ่มบำบัด มีสมาชิกกลุ่มไม่ควรเกิน 8 คน จำนวนครั้งในการบำบัดอยู่ระหว่าง 8-10 ครั้ง โดยบำบัดสัปดาห์ละครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง (Brewer et al., 2009; level II, Garland et al., 2010; level II)

สถานที่ในการบำบัด

สถานที่ที่เหมาะสมบำบัดควรเป็นแผนกผู้ป่วยนอก (Brewer et al., 2009; level II) หรือในชุมชนเพื่อการบำบัด (Therapeutic Community:TC) สำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์ (Garland et al., 2010; level II)

การบำบัดประกอบด้วย 12 หัวข้อดังนี้ (Brewer et al., 2009; level II, Garland et al., 2010; level II)

1. การรู้จักความคิดอัตโนมัติที่นำไปสู่ความอยากดื่ม

การสนทนาเกี่ยวกับการเจริญสติและการดื่มอย่างอัตโนมัติ และความสัมพันธ์กับความอยากดื่ม การมีสติเมื่อรู้สึกอยากดื่ม การตื่นรู้ต่อชีวิตเพื่อลดแนวโน้มการกระทำแบบอัตโนมัติ ร่วมกับการมีสติอยู่กับลมหายใจและการนำสติไปรูปร่างกาย

2. การมีสติและทักษะในการจัดการความอยากดื่ม

สนทนาเกี่ยวกับการประเมินตัดสินการรู้คิด การรับรู้และผลของการรับรู้ต่อความสามารถในการตอบสนองอย่างสร้างสรรค์และเข้าใจธรรมชาติของจิต อิทธิพลของความคิดต่อประสบการณ์ อุปสรรคของการเจริญสติและทักษะที่ใช้ตอบสนองต่อการกระตุ้นความอยากดื่ม ร่วมกับการฝึกเจริญสติเพื่อลดการยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง การฝึกเจริญสติกำหนดลมหายใจ

3. การเจริญสติในชีวิตประจำวัน

การสนทนาเกี่ยวกับการใส่ใจกับสิ่งที่กำลังเกิดขึ้น (re-orienting) ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้ในการเผชิญกับอารมณ์ทางลบและความอยากดื่ม การเจริญสติในชีวิตประจำวัน (Mindfulness in everyday life) การทำสมาธิแบบใช้เวลาไม่นาน (mini-meditation) มุ่งเน้นปลูกฝังความรู้สึกสงสัยใคร่รู้และชื่นชมกับชีวิตด้วยการเจริญสติ ให้อยู่กับปัจจุบันเพื่อตระหนักรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้น ร่วมกับการฝึกเจริญสติ โดยกำหนดลมหายใจ การมีสติอยู่กับการรับรู้และการรับสัมผัส และการเดินจงกรม หรือการเดินอย่างมีสติ

4. ความสัมพันธ์ของปฏิกิริยาของความเครียด ความรู้สึกลอยตัวและผลของการดื่ม และฝึกเจริญสติเพื่อจัดการกับความเครียด ความรู้สึกลอยตัว

เป็นการสนทนาเกี่ยวกับความรู้สึกลอยตัว, ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีสติรู้ความอยากดื่ม ความทุกข์จากสิ่งกระตุ้น และการพิจารณาถึงผลทางลบภายหลังการดื่ม ฝึกจินตนาการการเผชิญกับสิ่งชั่วร้ายแอลกอฮอล์ โดยมุ่งเน้นการคงอยู่กับปัจจุบัน โดยเฉพาะในสถานการณ์เสี่ยงสูง การรับรู้ถึงปฏิกิริยาของความเครียด และโอกาสในการตอบสนองที่แตกต่าง เพื่อแสดงว่าร่างกายมีการตอบสนองต่อความเครียดอย่างไร ความคิดมีผลต่อปฏิกิริยาความเครียดและพฤติกรรมอย่างไร และจัดการความเครียดอย่างไร ร่วมกับการฝึกเจริญสติกำหนดลมหายใจ

5. การยอมรับความคิดและความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้น และจัดการด้วยวิธีที่ต่างไปจากเดิม

การสนทนาเกี่ยวกับการเก็บกดความคิด ความรู้สึกไม่พึงพอใจ และการยึดติด การฝึกปฏิบัติเพื่อรู้การเก็บกดความคิดที่ไร้ประโยชน์ (exercise in the futility of thought suppression) การยอมรับอารมณ์และปล่อยวางอารมณ์ด้วยการเจริญสติ เพื่อเป็นมิตรกับอารมณ์ของตนเองด้วยวิธีที่แตกต่าง ร่วมกับการฝึกเจริญสติโดยกำหนดลมหายใจ

6. แบบแผนความคิดและการกลับใช้ซ้ำ

การเรียนรู้ถึงรูปแบบความคิดของแต่ละคน และจดจำความคิดที่เกิดขึ้นบ่อยนั้น อันเป็นตัวกระตุ้นอัตโนมัติ เรียนรู้ความสัมพันธ์การตอบสนองต่อความเครียดด้วยความอยากดื่ม และเรียนรู้รูปแบบของความคิดอันนำไปสู่การกลับใช้ซ้ำว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร

7. แนวทางในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

การสนทนาที่มุ่งเน้นหาแนวทางในการดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบันเพื่อการมีสุขภาพดี โดยเฉพาะการดูแลตนเองให้ห่างไกลจากแอลกอฮอล์

8. แนวทางในการวางแผนเพื่อป้องกันการกลับใช้ซ้ำ

การทบทวน การสนทนาถึงวิธีการคงไว้ซึ่งการฝึกเจริญสติ การวางแผนป้องกันการกลับดื่มซ้ำโดยใช้การมีสติ, การชักซ้อมถึงการป้องกันการดื่มซ้ำด้วยการเจริญสติโดยการจินตนาการ การฝึกเจริญสติโดยกำหนดลมหายใจ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง

9. การรับรู้ถึงอันตรายของแอลกอฮอล์ต่อร่างกาย

การสนทนาเกี่ยวกับผลอันตรายของแอลกอฮอล์ต่อร่างกาย ฝึกการตระหนักรู้ถึงกระตุ้นที่เกิดขึ้นภายในด้วยการเจริญสติ ร่วมกับการฝึกเจริญสติโดยการเดิน

10. การฟังพียงกันและกัน การให้ความหมายและจิตวิญญาณ

การสนทนาถึงการฟังพียงกันและกัน การให้ความหมายและจิตวิญญาณ การนั่งสมาธิ โดยการพิจารณาถึงการฟังพียงกันและกัน ร่วมกับการฝึกเจริญสติโดยการกำหนดลมหายใจ

11. การใช้เทคนิคความรักความเมตตาเพื่อจัดการกับอารมณ์ที่ยุ่งยาก

การสนทนาถึงการใช้เทคนิคความรักความเมตตาเพื่อจัดการกับอารมณ์ที่ยุ่งยาก

12. การฝึกเจริญสตินอกชั้นเรียน

นอกจากการฝึกเจริญสติในชั้นเรียนแล้ว ส่งเสริมให้ฝึกเจริญสติ อย่างน้อย 15-45 นาที/วัน เป็นระยะเวลา 6 วัน/สัปดาห์

การประเมินผลลัพธ์

ผลลัพธ์ด้านความเครียดจากความต้องการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์ สามารถประเมินด้วยเครื่องมือดังนี้

1. แบบประเมินการรับรู้ความเครียด (The Perceived Stress Scale: PSS) เป็นข้อคำถามทั้งสิ้น 10 ข้อ มี 5 ระดับคะแนน (0= ไม่เคย, 4 = เคยมีบ่อยมาก) ใช้ประเมินการรับรู้ความเครียดในช่วงเดือนที่ผ่านมาว่าชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างไร ตัวอย่างคำถาม เช่น "คุณรู้สึกตื่นเต้นและเครียดบ่อยแค่ไหน? (How often have you felt nervous and 'stressed'?)" และ "คุณรู้สึกว่าตนเองอยู่ในจุดที่สูงของสิ่งใดๆบ่อยแค่ไหน? (How often have you felt that you were on top of things?)" เป็นต้น (Garland et al., 2010; level II)

2. แบบประเมินอาการของความเครียด (The Symptoms of Stress Inventory: SOSI) ใช้ประเมินการตอบสนองทางกายภาพ, จิตวิทยาและพฤติกรรม ต่อความเครียด ประกอบด้วย การตอบสนองต่อความเครียด 10 ด้าน : ได้แก่ 1.อาการของอวัยวะส่วนปลาย (Peripheral Manifestations) 2.อาการของระบบปอดและหัวใจ (การตื่นเต้นและอาการของระบบหายใจส่วนบน) [Cardiopulmonary Symptoms (Arousal and Upper Respiratory Symptoms)] 3.อาการระบบประสาทส่วนกลาง (Central Neurological Symptoms) 4.อาการของระบบกระเพาะและลำไส้ (Gastrointestinal Symptoms) 5.ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle Tension) 6.ลักษณะนิสัย (Habitual Patterns) 7.ภาวะซึมเศร้า (Depression) 8.ภาวะเครียด/กลัว Anxiety/Fear 9.ความผิดปกติของอารมณ์ (Emotional Irritability) 10.ความผิดปกติของความคิด (Cognitive Disorganization) แบ่งเป็น 5 ระดับคะแนน จาก “ไม่มี” ถึง “บ่อยมาก” (Marcus et al., 2009; level III)

3. แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล วัดจากคะแนนของ subscales ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ของแบบประเมิน the Symptom Checklist-90R (SCL-90R) คะแนน 0-4 คะแนนโดยเริ่มจาก “ไม่มีเลย” ถึง “มากที่สุด” (Zgierska et al., 2008; level IV)

4. แบบประเมินอาการความทุกข์ฉบับย่อ (The Brief Symptom Inventory: BSI) ใช้ประเมินความทุกข์จากอาการทางจิตเวชในปัจจุบัน แบ่งเป็น 5 ระดับ (0 =ไม่มีเลย, 4 = มากที่สุด) จำนวนทั้งสิ้น 53 ข้อ ประกอบด้วยข้อต่างๆ เช่น “ความรู้สึกหวาดกลัว (Feeling fearful)” และ “ความรู้สึกผิด (Feelings of guilt)” เป็นต้น (Garland et al., 2010; level II)

5. การประเมินระดับ Salivary cortisol การตรวจสอบระดับ cortisol ในน้ำลายใช้ประเมินการตอบสนองต่อความเครียดทางสรีรวิทยา ตัวอย่างน้ำลายจะถูกเก็บที่ระยะเวลา ที่ 0, 15, 30, และ 45 นาทีหลังจากตื่นนอน ในแต่ละช่วงเวลารวม 5 ครั้ง โดยใช้เครื่องมือ the Salivette

sampling device (Sarstedt, Inc.) และวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรม Cortisol RIA (ICN Diagnostics, Inc.) (Marcus et al., 2009; level III)

การติดตามผล

ในการติดตามประเมินการบำบัด จะมีการติดตามเป็นระยะ เช่น การติดตามผลระยะสั้น ติดตามประเมินผลทุกสัปดาห์ระหว่างการบำบัด (Brewer et al., 2009; level II) หรือการติดตามผลระหว่างกลางของระยะเวลาที่ให้การบำบัด 5 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีที่ 10 สัปดาห์ (Garland et al., 2010; level II)



บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

4.1 สรุปการศึกษา

การดื่มแอลกอฮอล์เป็นความต้องการทางจิตใจ ไม่ใช่ร่างกายต้องการแอลกอฮอล์มาแต่เดิม แต่หากดื่มจนติด จึงเป็นว่าร่างกายติดแอลกอฮอล์ เมื่อไม่ได้ดื่มจึงเกิดตอบสนองทางกายตามมาจนต้องกลับไปดื่มซ้ำในที่สุด และเหตุผลที่ทำให้บุคคลดื่มแอลกอฮอล์นั้น แม้จะดูเหมือนเป็นพฤติกรรมสังคม เช่น การอยากมีเพื่อน การอย่างแสดงศักยภาพของตนเองต่อสังคมก็ตาม แต่ความเป็นจริงก็คือ บุคคลส่วนใหญ่ที่ดื่มมีปัญหาเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง เมื่อหาหนทางแก้ไม่ได้ ก็หวังพึ่งแอลกอฮอล์เพื่อดับความทุกข์นั้น ในการตอบสนองต่อความเครียด ความคิดเพื่อการดื่มที่รุนแรงขึ้น และควบคู่ไปกับความทุกข์ทาง psychobiological เป็นแรงกระตุ้นที่จะบริโภคแอลกอฮอล์ที่จะทำให้ลดความสามารถในการเผชิญปัญหา ส่งผลทำให้สูญเสียอำนาจการควบคุมตัวเอง นำไปสู่การกลับใช้แอลกอฮอล์ซ้ำ จากองค์ความรู้ในทางพุทธศาสนาจะเห็นได้ว่า ความทุกข์และเหตุแห่งทุกข์ตามพุทธศาสนานั้น เป็นสาเหตุที่สอดคล้องกับสาเหตุของการดื่มแอลกอฮอล์ หรือการกลับใช้แอลกอฮอล์ซ้ำได้เป็นอย่างดี ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาได้ให้ความสนใจการใช้กระบวนการทางปัญญาในการแก้ไขปัญหาทั้งปวงโดยใช้หลักการทางพุทธศาสนา ในรูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์ สำหรับเป็นการบำบัดทางเลือกสำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์ ให้บุคลากรและหน่วยงานมีรูปแบบที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพ และเป็นการพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ทางคลินิกและนโยบายของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ติดแอลกอฮอล์และสารเสพติด

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยผู้ศึกษาดำเนินการโดยสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่กำลังศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิด PICO (PICO Framework) (Craig & Smyth 2002, อ้างใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) เป็นแนวทางในการสืบค้นและใช้คำสำคัญในการสืบค้น กำหนดขอบเขตในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ กำหนดประเภทของหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเมินความเข้มแข็งและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้โดยการสกัด

เนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตารางมีประเด็นสำคัญประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง สถานที่เก็บข้อมูล ระเบียบวิธีวิจัย /ระดับของงานวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา วิเคราะห์ผลการศึกษา ผลการศึกษา ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ ผลการศึกษามีความตรงหรือไม่ ผลการศึกษาเป็นอย่างไร สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ได้หรือไม่ อย่างไร

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์พบหลักฐานจำนวน 4 เรื่อง ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์แบบ RCT 2 เรื่อง เป็น Controlled non randomized trials 1 เรื่อง และเป็น Prospective case series 1 เรื่อง นำมาสรุปวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นโดยการสกัดประเด็นสำคัญลงในตาราง collective table สรุปเป็นประเด็นเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะ (Recommendations) ในการนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาในทางคลินิกดังกล่าว โดยมีหัวข้อครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้ 1) คุณสมบัติของผู้รับการบำบัด 2) คุณสมบัติของผู้ให้การบำบัด 3) วิธีการบำบัด 4) การประเมินผลลัพธ์ ซึ่งพบว่าการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานมีจำนวน สองรูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1 การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานที่ใช้กับผู้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ได้แก่ 1. การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อป้องกันการกลับใช้ซ้ำ Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) และรูปแบบที่ 2 การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานที่ใช้กับผู้รับการบำบัดในชุมชน ประกอบด้วย 1. การบำบัดแบบ Mindfulness oriented recovery enhancement (MORE) และ 2. Mindfulness-Based Stress Reduction in Therapeutic Community (MBTC) ซึ่งทั้งสองรูปแบบนี้พบว่า สามารถลดความเครียดจากความต้องการการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์ได้

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบว่า การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานนั้นสามารถลดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด และช่วยในการจัดการกับอารมณ์ทางลบที่เกิดร่วมกับภาวะติดแอลกอฮอล์ได้ เป็นผลดีต่อพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์หรือการติดแอลกอฮอล์ที่เกิดจากกลไกความคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความคิดและอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสรุปเป็นข้อเสนอแนะ (Suggestion) ในการนำไปใช้เพื่อการปฏิบัติงานกับผู้ติดแอลกอฮอล์ต่อไปในอนาคต

4.2 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) ในการนำไปใช้เพื่อการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบทางการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์ ไปใช้ในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์หรือสถานบำบัดอื่นที่มีลักษณะผู้ป่วยและบุคลากรใกล้เคียงกับโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ ดังนี้

1. หน่วยงานควรมีการพัฒนาคู่มือการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื่มน้ำในผู้ติดแอลกอฮอล์ และฝึกอบรมพยาบาลให้สามารถปฏิบัติได้จริง รวมทั้งติดตามนิเทศอย่างเป็นระบบ
2. ควรทำการศึกษาวิจัยนำร่อง (pilot study) ศึกษารูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื่มน้ำในผู้ติดแอลกอฮอล์ ถึงความเหมาะสมในการนำไปใช้ รวมถึงความพึงพอใจของผู้รับการบำบัด ผู้ให้ความบำบัด ปรับปรุงก่อนขยายข้อแนะนำไปใช้กับหน่วยงานอื่น
3. ควรมีการเตรียมความพร้อมของผู้ให้การบำบัด เช่น พยาบาลควรมีการฝึกฝนให้มีประสบการณ์ในการเจริญสติสมาธิ และมีประสบการณ์เป็นครูฝึกสอนเจริญสติ และฝึกอบรมการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ติดสารเสพติด เช่น การรักษาแบบ cognitive-behavioral therapy การบำบัดแบบ therapeutic community เป็นต้น
4. ควรมีการเผยแพร่รูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื่มน้ำในผู้ติดแอลกอฮอล์ กับบุคลากรในทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อให้มีการศึกษาและพัฒนาารูปแบบการบำบัดให้เป็นแนวปฏิบัติที่มีมาตรฐานต่อไป โดยผ่านทางการประชุมวิชาการ การตีพิมพ์ในวารสารและสิ่งพิมพ์อื่นๆ เป็นต้น

การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์ : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

MINDFULNESS BASED INTERVENTION FOR REDUCTION OF STRESS REACTIVITY
IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE: EVIDENCE-BASED NURSING

ธณรัตน์ พลัฒาไชย 5236524 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : อัจฉราพร สิริวิทยวงศ์, พย.ค., รุ่งนภา ผาณิตรัตน์, Ph.D.
(NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ

ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีระดับเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาสถานการณ์ความชุกของการใช้แอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้นในประเทศไทย ในปี พ.ศ.2542 ของกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มจาก 12 เขตสาธารณสุขทั่วประเทศที่มีอายุระหว่าง 17-87 ปี พบว่าอยู่ในเกณฑ์ติดแอลกอฮอล์ ร้อยละ 9.3 และเข้าข่ายสงสัยจะติดแอลกอฮอล์ ร้อยละ 8.3 (ปริทรรศ ศิลปะกิจ, และคณะ, 2542) เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2546 ที่สำรวจความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทยระดับชาติ ที่ศึกษาจากกลุ่มประชากรทุกภาคของประเทศยกเว้นกรุงเทพฯ พบว่า ความชุกของปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder) เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 28.5 แบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 46.08 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 9.96 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, และ คณะ, 2547)

หลักฐานทางระบาดวิทยาได้แสดงถึงความเชื่อมโยงระหว่างความเครียดและพฤติกรรมการดื่ม จากการศึกษาของ Dawson, Grant, and Ruan (2005) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนและประเภทของประสบการณ์ภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในช่วงปีที่ผ่านมา กับการดื่มแอลกอฮอล์ ดำเนินการศึกษาจากฐานข้อมูล the 2001–2002 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) กับกลุ่มตัวอย่างผู้ดื่มที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีการดื่ม

แอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (N=26,946) สัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา แบบสอบถามประกอบด้วย 1) ภาวะเครียดด้านสุขภาพ (การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด, การเจ็บป่วยรุนแรงของตนเองหรือบุคคลใกล้ชิด) 2) ภาวะเครียดทางสังคม (การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ดำรงชีวิต, มีปัญหากับหัวหน้างาน/ผู้ร่วมงาน, การเปลี่ยนงานหน้าที่ความรับผิดชอบ, การแยกทาง/การหย่าร้าง, ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน/เพื่อน/บุคคลใกล้ชิด) 3) ภาวะเครียดทางการทำงาน (ออกจากงาน, ตกงาน) 4) ภาวะเครียดทางกฎหมาย (วิกฤตทางการเงิน, ตนเองหรือบุคคลในครอบครัวถูกจับ, ตนเองหรือบุคคลในครอบครัวตกเป็นเหยื่ออาชญากรรม) ผลพบว่า ในกลุ่มผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านมา รายงานถึงประสบการณ์ชีวิตที่มีภาวะเครียดอย่างน้อย 1 ครั้งจำนวน 24.0% มีภาวะเครียด 2 ครั้งในปีที่ผ่านมาจำนวน 21.2% มีภาวะความเครียด 3-5 ครั้งจำนวน 23.2% และมีภาวะเครียดเท่ากับหรือมากกว่า 6 ครั้ง จำนวน 4.2% โดยมีภาวะเครียดจากสุขภาพมากที่สุด 48.3% ตามมาด้วย ภาวะเครียดทางสังคม 43.9% ภาวะเครียดจากกฎหมาย 20.5% และภาวะเครียดจากงาน 12.75% ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างจำนวนครั้งของสถานการณ์ภาวะเครียดในช่วงปีที่ผ่านมา กับจำนวนการดื่มหนักโดยรวม พบว่ามีความถี่ของการดื่มหนักเพิ่มมากขึ้น (มากกว่า 5 ดื่มสำหรับชายและมากกว่า 4 ดื่มสำหรับหญิง) เป็นชาย 24% และหญิง 13%

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า ความเครียดเป็นจุดเริ่มต้นความเสี่ยงและเป็นสาเหตุความผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์ที่สำคัญมาก จากตอนแรกการดื่มจะมีลักษณะเป็น multifactorial ที่เกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยต่างๆ เช่น ปัจจัยด้านพันธุกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยภายในบุคคลที่ส่งผลทำให้บุคคลใช้แอลกอฮอล์ หากเมื่อเวลาผ่านไปการบริโภคแอลกอฮอล์จะกลายเป็นพฤติกรรมอยากดื่มแบบอัตโนมัติ และกลายเป็นการใช้แอลกอฮอล์ด้วยความตั้งใจ เป็นพฤติกรรมหรือนิสัยที่ต้องดื่มซึ่งนำไปสู่การดื่มแบบหนัก (Heavy Drinking) เกิดขึ้น แม้จะมีความตั้งใจหลีกเลี่ยงแต่ไม่เพียงพอต่อการป้องกันการดื่มในผู้ที่มีภาวะติดแอลกอฮอล์ได้ (Garland, 2011)

สำหรับวิธีการบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์นั้นมีหลากหลายรูปแบบและหลากหลายแนวคิด โดยอาจจัดแบ่งได้เป็น 2 ด้านที่สำคัญคือ 1) การรักษาทางชีวภาพ (biological treatment) เช่น การใช้ยานาลเทร็กซ์โซน (Naltrexone) อะแคมโปรเสต (Acamprosate) เพื่อลดอาการอยากดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น และ 2) การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment) เช่น การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI) กลุ่มบำบัด (Group Therapy) เป็นต้น จากทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการศึกษาต่างๆ ที่กล่าวมานั้นพบว่า ยังไม่มีรูปแบบการบำบัดใดที่เน้นจัดการเฉพาะกับปฏิกิริยาทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นเมื่อมีความอยากใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด นอกจากการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน (mindfulness-based

interventions) ในผู้ติดแอลกอฮอล์และสารเสพติดเท่านั้นที่พบว่า สามารถใช้ได้ผลที่ดีโดยเฉพาะกับ ปฏิกริยาทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นเมื่อมีความเครียดหรืออยากดื่มเกิดขึ้น อันเป็นจุดเด่นที่สำคัญของ การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงให้ความสนใจมุ่งเน้นรูปแบบการบำบัด โดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์ เพื่อใช้เป็นการ บำบัดทางเลือกสำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์ มุ่งเน้นในการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจาก ปฏิกริยาของสรีระและจิตวิทยาต่อภาวะหยุดดื่มแอลกอฮอล์หรือภาวะติดแอลกอฮอล์ และหาก พิจารณาให้ลึกซึ้งการเจริญสติเป็นรูปแบบการบำบัดที่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทยที่เกี่ยวข้องกับ หลักพระพุทธศาสนา ซึ่งเน้นทั้งความสรีระและปัญญา การพัฒนาตนให้เกิดสติและปัญญาเห็นสิ่ง ต่างๆ ตามที่เป็นจริงและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างสอดคล้องกับธรรมชาติ ละวางจากสิ่งที่ไม่ดีได้ และประสบกับความสงบสุขที่แท้ในที่สุด

จากการที่ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วยชายพฤษภ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ซึ่งให้การบำบัดผู้ติดสารเสพติดและแอลกอฮอล์โดยใช้ โปรแกรมจิตสังคมบำบัด M-HAPPY PROGRAME และได้ติดตามผลการบำบัดของโปรแกรม ดังกล่าว ด้วยวิธีการสอบถามข้อมูลจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช สระแก้วราชนครินทร์พบว่า ในช่วงปี 2552 -2553 จำนวนผู้ติดแอลกอฮอล์และผ่านการบำบัดแล้ว เมื่อมาตรวจตามนัดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 50 ไม่สามารถเลิก หรือลดแอลกอฮอล์ได้ โดยมีพฤติกรรมการดื่มที่ไม่แตกต่างจากช่วงก่อนมาโรงพยาบาล นอกจากนั้นผู้ศึกษาได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ติดแอลกอฮอล์ ในผู้ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จำนวน 10 ราย ในช่วงวันที่ 1-13 เมษายน 2554 เป็นผู้ป่วย รายเก่าที่กลับมารับการบำบัดซ้ำจากการที่กลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำซึ่งนำมาด้วยอาการถอนสุรา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สถานภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาระดับ ประถมศึกษา อาชีพรับจ้าง ระยะเวลาที่ดื่มมากกว่า 10 ปี โดยดื่มมากกว่า 3 วัน/สัปดาห์ เวลาที่ดื่ม เป็นช่วงเย็น สาเหตุที่ดื่มซ้ำคือ เพื่อนชวน และคิดว่าตนเองไม่ติดแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ยังพบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาที่เกิดจากความอยากดื่มเกิดขึ้นทำให้ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ต้องกลับไปดื่ม ซ้ำ(ผู้ป่วยบอกว่า “ถ้าไม่กินเหล้ามันจะมีอัน สิ้น กินแล้วมันก็หายสั้น หรือ “มันหงุดหงิด พอได้กินแล้ว อารมณ์ดี ทำงานดี) และปัญหาความเครียดจากครอบครัว เศรษฐกิจ และใช้การดื่มเป็นการเผชิญ ความเครียด (ผู้ป่วยบอกว่า “กินเหล้าแล้วมันหายเครียด” เป็นต้น) ตามด้วยปัญหาอารมณ์ซึมเศร้า (ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกเบื่อชีวิต” “ทำอะไรก็ไม่ประสบความสำเร็จ” “ทำดีก็ไม่มีใครสนใจ”) สำหรับ สถานที่นำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์ส่วนใหญ่บอกว่าที่บ้าน ตามมาด้วยร้านค้า และที่ทำงาน โดย ทั้งหมดพูดตรงกันว่าในชุมชนมีแหล่งจำหน่ายแอลกอฮอล์ทำให้สามารถซื้อได้ง่าย ในจำนวนนี้ 2

รายบอกว่าบ้านตนเองเป็นร้านค้าที่จำหน่ายด้วย จากสถิติและข้อมูลดังกล่าวทำให้พบว่า ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์และการไม่สามารถหยุดดื่มได้ยังคงมีส่วนสัมพันธ์กับความเครียดอย่างเห็นได้ชัด ผู้ศึกษาจึงสนใจค้นคว้าหาแนวทางการบำบัดที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผลต่อการลดความเครียดในผู้ติดแอลกอฮอล์เพื่อนำไปปรับใช้ในคลินิกต่อไป

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า รูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานนั้นสามารถลดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด มีการรับรู้ความเครียดลดลง (Garland et al., 2010; Zgierska et al., 2008) และช่วยในการช่วยจัดการกับอารมณ์ทางลบที่เกิดร่วมกับภาวะติดแอลกอฮอล์ได้ เป็นผลดีต่อพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ หรือการติดแอลกอฮอล์ที่เกิดจากกลไกความคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความคิด และอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าว เพื่อหาแนวทางและข้อเสนอแนะ (Recommendations) การปฏิบัติกับผู้ติดแอลกอฮอล์ต่อไปในอนาคต

2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวทางการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์ตามหลักฐานเชิงประจักษ์

3. ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในรูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์
2. หน่วยงานสามารถใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์ ให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดแอลกอฮอล์ในทางที่ดีขึ้น

4. วิธีดำเนินการ

4.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

วิธีการที่ใช้ในการสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิด PICO (PICO Framework) ตามรายละเอียดดังนี้ (Craig & Smyth, 2002 อ้างใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

P (Patient Population or Problem) หมายถึง ผู้ที่มีภาวะ Alcohol Dependence

I (Intervention or Area of Interest) หมายถึง mindfulness-based interventions ประกอบด้วย Vipassana meditation, Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP), Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR),

C (Comparison Intervention) ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีการเปรียบเทียบกับ การโปรแกรมหรือกิจกรรมการช่วยเหลือใด

O (Outcome) หมายถึง stress reactivity, stress

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นได้แก่ :

alcohol or drinking behaviors or alcoholics or problem drinking or alcohol dependence **and** Mindfulness Meditations (MM) or Vipassana meditation **and** stress reactivity, stress

แหล่งสืบค้น

1. สืบค้นจากระบบฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่
 - ฐานข้อมูลที่เป็น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ได้แก่ www.Cochrane.org , www.Joannabriggs.edu.au
 - ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ Blackwell synergy, CINAHL, Science Direct, OVID, MEDLINE, PubMed
2. จากการสืบค้นด้วยมือ (Hand search)

4.2 วิธีที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

4.2.1 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มาสกัด เนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตารางการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มตัวอย่าง สถานที่เก็บข้อมูล ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของหลักฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา รูปแบบการบำบัด วิธีการดำเนินการวิจัย และผลการศึกษาวิจัย หลังจากนั้นจึงนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปประเมินผลโดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความตรงของงานวิจัย (Validity of the research) (2) สรุปผลการวิจัย (conclusion of the result/finding) และ (3) ความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ (implementation feasibility of research) (Grace, 2009)

4.2.2 การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์

ประเมินคุณภาพและจัดลำดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามระบบของ Melnyk and Fineout-Overholt (2005) ซึ่งมีการแบ่งระดับของหลักฐาน (level of evidence) เป็น 7 ระดับ

4.2.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่าน

การประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาที่สำคัญและสรุปเป็นข้อแนะนำ (Recommendation) รูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์

5. ผลการดำเนินการ

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์พบงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดที่สามารถนำมาศึกษารูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน จำนวน 4 เรื่อง เป็น Randomized Controlled Trial (Level II) 2 เรื่อง เป็น Controlled non randomized trials 1 เรื่อง (Level III) และเป็น Prospective case series 1 เรื่อง (Level IV)

6. ข้อแนะนำ(Recommendations) ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้

ข้อแนะนำในการนำรูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์ ในการปฏิบัติควรคำนึงถึงลักษณะของผู้ป่วยและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ซึ่งมีแนวทางการบำบัด ดังต่อไปนี้

คุณสมบัติของผู้ที่เหมาะสมจะเข้ารับการบำบัด (Brewer et al., 2009; level II, Garland et al., 2010; level II)

1. ผู้มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 18 ปี
2. ผู้ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM – IV ว่ามีภาวะติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence)
3. ผู้ที่ได้รับการบำบัดภาวะติดแอลกอฮอล์มาแล้วและอาการถอนพิษจากแอลกอฮอล์ทุเลาลง โดยถ้าเป็นผู้ป่วยนอก ควรผ่านการบำบัดด้วยโปรแกรมของผู้ป่วยนอกหน่วยนั้นๆ ก่อนเพื่อให้มีความพร้อมในการเข้าโปรแกรมการบำบัด หรือถ้าเป็นผู้ที่เข้ารับการบำบัดแบบ Therapeutic Community (TC) ต้องผ่านการบำบัดเป็นเวลาเท่ากับหรือมากกว่า 18 เดือน เพื่อให้มีความพร้อมในการเข้าโปรแกรมการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน

4. ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตจากการใช้สารเสพติดร่วมด้วย (comorbid substance use disorders) สามารถเข้าร่วมการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานได้ โดยผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมิน Brief Symptom Inventory ก่อนที่จะเข้าร่วมการบำบัด

คุณสมบัติของผู้ไม่เหมาะสมจะเข้ารับการบำบัด (Brewer et al., 2009; level II, Garland et al., 2010; level II)

1. ผู้ที่ไม่มีภาวะติดแอลกอฮอล์ จากการประเมินด้วยแบบประเมิน AUDIT ซึ่งมีคะแนนเท่ากับหรือต่ำกว่า 16 คะแนน
2. ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในปัจจุบันหรือพบอาการของโรคจิตในระยะ active หรือมีความเสี่ยงทางคลินิกสำหรับการฆ่าตัวตายหรือการฆาตกรรมในปัจจุบัน
3. ผู้ที่อยู่ในระยะใช้สารเสพติดในทางที่ผิดหรือติดสารเสพติดแบบ active (active drug abuse or Dependence)
4. ผู้มีประวัติป่วยด้วยโรค bipolar, manic หรือ delusional disorder
5. ผู้มีความรู้คิดบกพร่องจนไม่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมได้

คุณสมบัติของผู้บำบัด

1. เป็นผู้ที่มีประสบการณ์เจริญสติ และมีประสบการณ์เป็นครูผู้สอนฝึกเจริญสติ (Brewer et al., 2009; level II)
2. เป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ติดสารเสพติด เช่น การรักษาแบบ cognitive-behavioral therapy การบำบัดแบบ therapeutic community เป็นต้น (Garland et al., 2010; level II)

วิธีการบำบัด

ลักษณะการบำบัดเป็นแบบกลุ่มบำบัด มีสมาชิกกลุ่มไม่ควรเกิน 8 คน จำนวนครั้งในการบำบัดอยู่ระหว่าง 8-10 ครั้ง โดยบำบัดสัปดาห์ละครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง (Brewer et al., 2009; level III, Garland et al., 2010; level II)

สถานที่ในการบำบัด

สถานที่ที่เหมาะสมบำบัดควรเป็นแผนกผู้ป่วยนอก (Brewer et al., 2009; level II) หรือในชุมชนเพื่อการบำบัด (Therapeutic Community: TC) สำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์ (Garland et al., 2010; level II)

การบำบัดประกอบด้วย 12 หัวข้อดังนี้ (Brewer et al., 2009; level II, Garland et al., 2010; level II)

1. การรู้จักความคิดอัตโนมัติที่นำไปสู่ความอยากดื่ม

การสนทนาเกี่ยวกับการเจริญสติและการดื่มอย่างอัตโนมัติ และความสัมพันธ์กับความอยากดื่ม การมีสติเมื่อรู้สึกอยากดื่ม การตื่นรู้ต่อชีวิตเพื่อลดแนวโน้มการกระทำแบบอัตโนมัติ ร่วมกับการมีสติอยู่กับลมหายใจและการนำสติไปรูปร่างกาย

2. การมีสติและทักษะในการจัดการความอยากดื่ม

สนทนาเกี่ยวกับการประเมินตัดสินการรู้คิด การรับรู้และผลของการรับรู้ต่อความสามารถในการตอบสนองอย่างสร้างสรรค์และเข้าใจธรรมชาติของจิต อิทธิพลของความคิดต่อประสบการณ์ อุปสรรคของการเจริญสติและทักษะที่ใช้ตอบสนองต่อการกระตุ้นความอยากดื่ม ร่วมกับการฝึกเจริญสติเพื่อลดการยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง การฝึกเจริญสติกำหนดลมหายใจ

3. การเจริญสติในชีวิตประจำวัน

การสนทนาเกี่ยวกับการใส่ใจกับสิ่งที่กำลังเกิดขึ้น (re-orienting) ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้ในการเผชิญกับอารมณ์ทางลบและความอยากดื่ม การเจริญสติในชีวิตประจำวัน (Mindfulness in everyday life) การทำสมาธิแบบใช้เวลาไม่นาน (mini-meditation) มุ่งเน้นปลูกฝังความรู้สึกสงสัยใคร่รู้และชื่นชมกับชีวิตด้วยการเจริญสติ ให้อยู่กับปัจจุบันเพื่อตระหนักรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้น ร่วมกับการฝึกเจริญสติ โดยกำหนดลมหายใจ การมีสติอยู่กับการรับรู้และการรับสัมผัส และการเดินจงกรม หรือการเดินอย่างมีสติ

4. ความสัมพันธ์ของปฏิกิริยาของความเครียด ความรู้สึกอยากดื่มและผลของการดื่ม และฝึกเจริญสติเพื่อจัดการกับความเครียด ความรู้สึกอยากดื่ม

เป็นการสนทนาเกี่ยวกับความรู้สึกอยากดื่ม, ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีสติรู้ความอยากดื่ม ความทุกข์จากสิ่งกระตุ้น และการพิจารณาถึงผลทางลบภายหลังการดื่ม จินตนาการการเผชิญกับสิ่งชั่วร้ายแอลกอฮอล์ โดยมุ่งเน้นการคงอยู่กับปัจจุบัน โดยเฉพาะในสถานการณ์เสี่ยงสูง การรับรู้ถึงปฏิกิริยาของความเครียด และโอกาสในการตอบสนองที่แตกต่าง เพื่อแสดงว่าร่างกายมีการตอบสนองต่อความเครียดอย่างไร ความคิดมีผลต่อปฏิกิริยาความเครียดและพฤติกรรมอย่างไร และจัดการความเครียดอย่างไร ร่วมกับการฝึกเจริญสติกำหนดลมหายใจ

5. การยอมรับความคิดและความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้น และจัดการด้วยวิธีที่ต่างไปจากเดิม

การสนทนาเกี่ยวกับการเก็บกอดความคิด ความรู้สึกไม่พึงพอใจ และการยึดติด การฝึกปฏิบัติเพื่อรู้การเก็บกอดความคิดที่ไร้ประโยชน์ (exercise in the futility of thought suppression)

การยอมรับอารมณ์และปล่อยวางอารมณ์ด้วยการเจริญสติ เพื่อเป็นมิตรกับอารมณ์ของตนเองด้วยวิธีที่แตกต่าง ร่วมกับการฝึกเจริญสติโดยกำหนดลมหายใจ

6. แบบแผนความคิดและการกลับใช้ซ้ำ

การเรียนรู้ถึงรูปแบบความคิดของแต่ละคน และจดจำความคิดที่เกิดขึ้นบ่อยนั้น อันเป็นตัวกระตุ้นอัตโนมัติ เรียนรู้ความสัมพันธ์การตอบสนองต่อความเครียดด้วยความอยากดื่ม และเรียนรู้รูปแบบของความคิดอันนำไปสู่การกลับใช้ซ้ำว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร

7. แนวทางในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

การสนทนาที่มุ่งเน้นหาแนวทางในการดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบันเพื่อการมีสุขภาพดี โดยเฉพาะการดูแลตนเองให้ห่างไกลจากแอลกอฮอล์

8. แนวทางในการวางแผนเพื่อป้องกันการกลับใช้ซ้ำ

การทบทวน การสนทนาถึงวิธีการคงไว้ซึ่งการฝึกเจริญสติ การวางแผนป้องกันการกลับดื่มซ้ำโดยใช้การมีสติ, การชักซ้อมถึงการป้องกันการดื่มซ้ำด้วยการเจริญสติโดยการจินตนาการการฝึกเจริญสติโดยกำหนดลมหายใจ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง

9. การรับรู้ถึงอันตรายของแอลกอฮอล์ต่อร่างกาย

การสนทนาเกี่ยวกับผลอันตรายของแอลกอฮอล์ต่อร่างกาย ฝึกการตระหนักรู้ถึงกระตุ้นที่เกิดขึ้นภายในด้วยการเจริญสติ ร่วมกับการฝึกเจริญสติโดยการเดิน

10. การฟังพียงซึ่งกันและกัน การให้ความหมายและจิตวิญญาณ

การสนทนาถึงการฟังพียงซึ่งกันและกัน การให้ความหมายและจิตวิญญาณ การนั่งสมาธิ โดยการพิจารณาถึงการฟังพียงซึ่งกันและกัน ร่วมกับการฝึกเจริญสติโดยการกำหนดลมหายใจ

11. การใช้เทคนิคความรักความเมตตาเพื่อจัดการกับอารมณ์ที่ยุ่งยาก

การสนทนาถึงการใช้เทคนิคความรักความเมตตาเพื่อจัดการกับอารมณ์ที่ยุ่งยาก

12. การฝึกเจริญสตินอกชั้นเรียน

นอกจากการฝึกเจริญสติในชั้นเรียนแล้ว ส่งเสริมให้ฝึกเจริญสติ อย่างน้อย 15-45 นาที/วัน เป็นระยะเวลา 6 วัน/สัปดาห์

การประเมินผลลัพธ์

ผลลัพธ์ด้านความเครียดจากความต้องการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์ สามารถประเมินด้วยเครื่องมือดังนี้

1. แบบประเมินการรับรู้ความเครียด (The Perceived Stress Scale: PSS) เป็นข้อคำถามทั้งสิ้น 10 ข้อ มี 5 ระดับคะแนน (0= ไม่เคย, 4 = เคยมีบ่อยมาก) ใช้ประเมินการรับรู้ความเครียด

ในช่วงเดือนที่ผ่านมาว่าชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างไร ตัวอย่างคำถาม เช่น "คุณรู้สึกตื่นเต้นและเครียดบ่อยแค่ไหน? (How often have you felt nervous and 'stressed'?)" และ "คุณรู้สึกว่าตนเองอยู่ในจุดที่สูงของสิ่งใดๆบ่อยแค่ไหน? (How often have you felt that you were on top of things?)" เป็นต้น (Garland et al., 2010; level II)

2. แบบประเมินอาการของความเครียด (The Symptoms of Stress Inventory: SOSI) ใช้ประเมินการตอบสนองทางกายภาพ, จิตวิทยาและพฤติกรรม ต่อความเครียด ประกอบด้วย การตอบสนองต่อความเครียด 10 ด้าน : ได้แก่ 1.อาการของอวัยวะส่วนปลาย (Peripheral Manifestations) 2.อาการของระบบปอดและหัวใจ (การตื่นเต้นและอาการของระบบหายใจส่วนบน) [Cardiopulmonary Symptoms (Arousal and Upper Respiratory Symptoms)] 3.อาการระบบประสาทส่วนกลาง (Central Neurological Symptoms) 4.อาการของระบบกระเพาะและลำไส้ (Gastrointestinal Symptoms) 5.ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle Tension) 6.ลักษณะนิสัย (Habitual Patterns) 7.ภาวะซึมเศร้า (Depression) 8.ภาวะเครียด/กลัว Anxiety/Fear 9.ความผิดปกติของอารมณ์ (Emotional Irritability) 10.ความผิดปกติของความคิด (Cognitive Disorganization) แบ่งเป็น 5 ระดับคะแนน จาก “ไม่มี” ถึง “บ่อยมาก” (Marcus et al., 2009; level III)

3. แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล วัดจากคะแนนของ subscales ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ของแบบประเมิน the Symptom Checklist-90R (SCL-90R) คะแนน 0-4 คะแนน โดยเริ่มจาก “ไม่มีเลย” ถึง “มากที่สุด” (Zgierska et al., 2008; level IV)

4. แบบประเมินอาการความทุกข์ฉบับย่อ (The Brief Symptom Inventory: BSI) ใช้ประเมินความทุกข์จากอาการทางจิตเวชในปัจจุบัน แบ่งเป็น 5 ระดับ (0 = ไม่มีเลย, 4 = มากที่สุด) จำนวนทั้งสิ้น 53 ข้อ ประกอบด้วยข้อต่างๆ เช่น “ความรู้สึกหวาดกลัว (Feeling fearful)” และ “ความรู้สึกผิด (Feelings of guilt)” เป็นต้น (Garland et al., 2010; level II)

5. การประเมินระดับ Salivary cortisol การตรวจสอบระดับ cortisol ในน้ำลายใช้ประเมินการตอบสนองต่อความเครียดทางสรีรวิทยา ตัวอย่างน้ำลายจะถูกเก็บที่ระยะเวลา ที่ 0, 15, 30, และ 45 นาทีหลังจากตื่นนอน ในแต่ละช่วงเวลารวม 5 ครั้ง โดยใช้เครื่องมือ the Salivette sampling device (Sarstedt, Inc.) และวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรม Cortisol RIA (ICN Diagnostics, Inc.) (Marcus et al., 2009; level III)

การติดตามผล

ในการติดตามประเมินการบำบัด จะมีการติดตามเป็นระยะ เช่น การติดตามผลระยะสั้น ติดตามประเมินผลทุกสัปดาห์ระหว่างการบำบัด หลังการบำบัดทันที (Brewer et al., 2009; level II) การติดตามผลระหว่างกลางของระยะเวลาที่ให้การบำบัด 5 สัปดาห์และหลังสิ้นสุดการบำบัดที่ 10 สัปดาห์ (Garland et al., 2010; level II)

7. ข้อเสนอแนะ (Suggestion) ในการนำไปใช้เพื่อการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบทางการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื้อในผู้ติดแอลกอฮอล์ ไปใช้ในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์หรือสถานบำบัดอื่นที่มีลักษณะผู้ป่วยและบุคลากรใกล้เคียงกับโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ ดังนี้

1. หน่วยงานควรมีการพัฒนาคู่มือการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื้อในผู้ติดแอลกอฮอล์ และฝึกอบรมพยาบาลให้สามารถปฏิบัติได้จริง รวมทั้งติดตามนิเทศอย่างเป็นระบบ
2. ควรทำการศึกษาวิจัยนำร่อง (pilot study) ศึกษารูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื้อในผู้ติดแอลกอฮอล์ ถึงความเหมาะสมในการนำไปใช้ รวมถึงความพึงพอใจของผู้รับการบำบัด ผู้ให้ความบำบัด ปรับปรุงก่อนขยายข้อเสนอแนะนำไปใช้กับหน่วยงานอื่น
3. ควรมีการเตรียมความพร้อมของผู้ให้การบำบัด เช่น พยาบาลควรมีการฝึกฝนให้มีประสบการณ์ในการเจริญสติสมาธิ และมีประสบการณ์เป็นครูฝึกสอนเจริญสติ และฝึกอบรมการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ติดสารเสพติด เช่น การรักษาแบบ cognitive-behavioral therapy การบำบัดแบบ therapeutic community เป็นต้น
4. ควรมีการเผยแพร่รูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื้อในผู้ติดแอลกอฮอล์ กับบุคลากรในทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อให้มีการศึกษาและพัฒนาารูปแบบการบำบัดให้เป็นแนวปฏิบัติที่มีมาตรฐานต่อไป โดยผ่านทางการประชุมวิชาการ การตีพิมพ์ในวารสารและสิ่งพิมพ์อื่นๆ เป็นต้น

MINDFULNESS BASED INTERVENTION FOR REDUCTION OF STRESS REACTIVITY IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE: EVIDENCE-BASED NURSING

THANARAT PLUBPLACHAI 5236524 NSMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ACHARAPORN

SEEHERUNWONG, D.N.S., RUNGNAPA PANITRAT, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

1. Background and Significance of clinical problems of interest

The problems of alcohol drinking in Thailand has continued to increase. A study conducted to investigate the prevalence of an increase in alcohol use in Thailand in 1999 with the study sample aged 17 to 87 years old randomly selected from 12 public health zones all over the country has shown that 9.3% of the sample was addicted to alcohol while 8.3% was suspected as being addicted to alcohol (Parithas Silpakit et al., B.E. 2542). In another study conducted in 2003 to explore prevalence of psychiatric illnesses in Thailand with study subjects recruited from every region of the country except Bangkok, it was found that problems with alcohol use disorder increased to 28.5%, 46.08% of whom were male and 9.96% were female (Pornthep Siriwanarangsana et al., B.E. 2547).

Furthermore, Epidemiological evidence shows a link between stress and drinking behavior. A study by Dawson, Grant, and Ruan (2005) studied the relationship between the number and type of stress experienced during the past year. Focusing on alcohol, sex, poverty, the psychological weakness. The study of the the 2001-2002 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC), then choose among those aged 18 years and over who drink alcohol

during the past 12 months ($N = 26,946$) and conduct interviews face-to-face computer-assisted personal interviews to various stressful situations that occurred in the during the past 12 months. The query contains: 1) health-related stress (loss of someone close, the serious illness of self or close) 2) social stress. (To change a life, a problem with the supervisor / co-workers, changing job responsibilities, the separation / divorce, relationship problems with a neighbor / friend / close) 3) job stress (out of work, unemployed) 4) legal stress (financial crisis, or a person in the family were arrested, crime victims or their family members). Results found that 24.% of the alcohol-drinking adults reported that they had suffered from stress at least once in the past year, 21.2% had suffered from stress for two times, 23.2% had suffered from stress for three to five times and 4.2% had suffered from stress for six times or more in one year. The type of stress that those who drank alcohol in past reports, 48.3% with health-related stress, 43.9% with social stress, 20.50% with legal stress, and 12.75 % job stress respectively, also showed a positive correlation between the number of stress situations in the past year, the total number of heavy drinking. Found that increasing the frequency of heavy drinking (5 or more drinks for men and 4 or more drinks for women), male 24% and female 13%.

Therefore, it can be seen that stress is an important starting point of risk and a cause of abnormality in alcohol consumption. At first, alcohol drinking is multifactorial that links various factors such as hereditary factors, environmental factors, and intrapersonal factors that make individuals drink alcohol. After time passes, alcohol consumption will become an automatic drinking behavior. In other words, individuals will intentionally use alcohol, and this will become a behavior or habit that eventually leads to heaving drinking. Even though individuals may have an intention to avoid it, but it is not sufficient to prevent alcohol dependence (Garland, 2011).

As for treatment of alcohol dependence, there are various types and concepts, which can be divided into two major aspects—1) biological treatment such as the use of Naltrexone or Acamprosate to reduce the craving, for example, and 2) psychosocial treatment including brief advice (BA) therapy, brief intervention therapy (BI), and group therapy, to name a few. A review of literature on different types of treatment has shown that there is no therapy that emphasizes management of

physical reactions specifically when individuals have craving for alcohol and drugs except for mindfulness-based intervention in individuals with alcohol dependence and drug addiction. It has been reported that mindfulness-based intervention is effective particularly with physical reactions when individuals are stressed or have craving for alcohol. The most distinguishing point of this therapy is the use of mindfulness as the basis of the treatment. Therefore, the research was interested in investigating the use of mindfulness-based intervention to reduce stress reactivity in patients with alcohol dependence. This is because it can be seen that mindfulness-based intervention is a type of therapy that is in harmony with the contexts of the Thai society related to Buddhist principles, which emphasize faith and wisdom, as well as development of self to ensure mindfulness and intellectuality to have actual understanding and practices compliant with nature, to forego bad deeds, and to develop true happiness.

The researcher has been working as a professional nurse at the Chaiyapreug Ward, Sa Kaeo Rajanagarindra Psychiatric Hospital with experience implementing the M-Happy Program to provide treatment to persons with drugs and alcohol dependence. The researcher has followed up on the effects of such program by eliciting data from nurses working in the outpatient department of the hospital. It has been found that between 2009 and 2010, about 50% of patients with alcohol dependence who had undergone treatment and had been discharged from the hospital were unable to reduce or stop using alcohol. Moreover, their drinking behavior was not different from that before they received the treatment. Furthermore, the researcher conducted an in-depth interview of ten patients with alcohol dependence who were treated as inpatients at Sa Kaeo Rajanagarindra Psychiatric Hospital during April 1-13, 2011. They were former patients who returned to the hospital for another round of therapy due to relapses, which followed withdrawal symptoms. It was found that most of them were male, single, Buddhists, primary school graduates, and wage earners. They had been drinking for more than ten years and drank more than three days per week, mostly in the evening. The reasons for relapses included persuasion from friends and denial of alcohol dependence. In addition, it was also found that most of them had problems with craving and were unable to control themselves, so they had to drink alcohol (The patients explained, “if I don’t drink, my hands will be trembling. Once I drink it, the trembling will stop.” And “I feel frustrated. Once I have a drink, I

will be in a good mood and I work well.”). Other reasons included stress from family problems, economic problems, and use of drinking as a stress coping strategy (The patients stated, “when I drink alcohol, my stress is gone,” etc.), as well as problems with depression (the patients said, “I feel bored with life,” “I am never successful with what I do,” and “Nobody cares when I do good things”). As for places where alcohol was used, most of the patients said they drank at home, followed by stores and offices. All of them agreed that alcohol could be purchased easily in the community where there were places that sold alcohol. Besides, two of the patients stated that they lived at a store that sold alcohol. Such data led to a conclusion that alcohol drinking problems and inability to stop drinking were clearly related to stress. Therefore, the researcher was interested in searching for effective methods to reduce stress reactivity in patients with alcohol dependence to be subsequently implemented in clinical practices.

A review of research-based evidence has revealed that mindfulness-based intervention could reduce stress reactivity and perception of stress (Garland et al., 2010; Zgierska et al., 2008). It could also help manage negative emotions that occurred with alcohol dependence, benefiting alcohol consumption behavior or alcohol dependence that resulted from different thinking mechanisms related to stress and undesirable emotions. For these reasons, the present study aimed at analyzing and synthesizing research-based evidence to derive at recommendations that could subsequently be implemented with patients with alcohol dependence.

2. Objective

The present study aimed at investigating research-based evidence on mindfulness-based intervention to reduce stress reactivity in patients with alcohol dependence.

3. Expected Outcomes

1. Nurses will have knowledge and understanding of mindfulness-based intervention to reduce stress reactivity in patients with alcohol dependence.
2. The organization will have an alternative in treating patients with alcohol dependence to enable them to improve their alcohol consumption behavior.

4. Methodology

4.1 Search of research-based evidence

Methods used in the search and selection of research-based evidence

The keywords used in the search of research-based evidence were specified based on the PICO Framework (Craig & Smyth, 2002 cited in Fongkam Tiloksakulchai, B.E. 2549) as follows:

P (Patient Population or Problem) = patients with alcohol dependence

I (Intervention or Area of Interest) = mindfulness-based intervention including Vipassana meditation, Mindfulness-based Relapse Prevention (MBRP), and Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

C (Comparison Intervention) = none

O (Outcome) = stress reactivity or stress

The keywords used in the search were as follows: alcohol or drinking behaviors or alcoholics or problem drinking or alcohol dependence **and** Mindfulness Meditations (MM) or Vipassana meditation **and** stress reactivity or stress

Sources

1. The search was conducted from various databases as follows:

- Databases of systematic reviews including www.cochrane.org and www.joannabriggs.edu.
- Electronic databases related to nursing and health science research such as Blackwell Synergy, CINAHL, Science Direct, OVID, MEDLINE, and PubMed.

2. Manual search

4.2 Methods used to evaluate the quality and determine the levels of research-based evidence

4.2.1 Evaluation of research-based evidence

The selected research-based evidence was extracted and the contents of each research study was tabulated in the table of evaluation of research-based evidence which consisted of research objectives, samples, research settings, research methodology and levels of evidence, instruments, types of intervention, research methodology, and research findings. After that, the selected research studies

were evaluated based on the evaluation criteria consisting of three aspects: (1) validity of the research, (2) conclusion of the results/findings, and (3) implementation feasibility of research (Grace, 2009).

4.2.2 Evaluation of levels of credibility of research-based evidence was conducted using the evaluation criteria of Melnyk and Fineout-Overholt (2005) which divided levels of evidence into seven levels.

4.2.3 Synthesis of research-based evidence was carried out by analyzing and synthesizing the research studies that had already been evaluated. Important contents were summarized into recommendations regarding mindfulness-based intervention for reduction of stress reactivity in patients with alcohol dependence.

5. Findings

As a result of the search, four research studies on mindfulness-based intervention which met the specified criteria were selected. Of these, two were randomized controlled trials (Level II), while one was controlled non-randomized trials (Level III), and one was prospective case series (Level IV).

6. Recommendations on Implementation of the Research-Based Evidence

The recommendations on implementation of mindfulness-based intervention to reduce stress reactivity in patients with alcohol dependence are that characteristics of the patients as well as feasibility of implementation should be taken into careful consideration as follows:

Characteristics of patients (Brewer et al., 2009; level II, Garland et al., 2010; level II) were as follows:

1. They are 18 years old or older.
2. They have been diagnosed with alcohol dependence according to the criteria of DSM-IV.
3. They have been the treatment of alcohol dependence and alcohol symptoms decrease. In case of outpatients, they should have undergone the therapy

program for outpatients of the hospital before they receive the mindfulness-based therapy. In cases the patients have received therapeutic community (TC), they have to undergo this kind of therapy for 18 months or longer before they start mindfulness-based intervention.

4. The patients with comorbid substance use disorders can undergo mindfulness-based intervention after they have been screened with the Brief Symptom Inventory.

Qualifications of patients who are not suitable for mindfulness-based intervention (Brewer et al., 2009; level II, Garland et al., 2010; level II) are as follows:

1. Patients who do not have alcohol dependence when they are assessed using the AUDIT assessment scale, with the scores equal to or lower than 16 points.
2. Patients who currently have mental disorders or psychiatric symptoms in the active phase with current clinical risks of suicide or homicide.
3. Patients who have active drug abuse or drug dependence.
4. They have history of bipolar disorder, manic disorder, or delusional disorder.
5. They have impaired cognition which prevents them from participating in the activities.

Qualifications of therapists

1. They have experience with mindfulness meditation and have experience teaching mindfulness meditation (Brewer et al., 2009; level II).
2. They have undergone training on psychosocial therapy for patients with substance abuse such as cognitive-behavioral therapy, therapeutic community, etc. (Garland et al., 2010; level II).

Methods of intervention

The intervention is conducted as group therapy, with no more than eight members in one group. The total number of therapy sessions ranges from eight to ten sessions. The therapy is conducted once a week, lasting one to two hours (Brewer et al., 2009; level II, Garland et al., 2010; level II)

Setting

The most appropriate setting for the intervention is the outpatient department (Brewer et al., 2009; level II) or therapeutic community (TC) for patients with alcohol dependence (Garland et al., 2010; level II).

The therapy consists of 12 sessions (Brewer et al., 2009; level II, Garland et al., 2010; level II) **as follows:**

1. Knowing automatic thoughts leading to craving

The session is about discussion about mindfulness and automatic drinking and their relationship with craving, having mindfulness during craving, awareness of life to reduce tendency for automatic actions, and having mindfulness with concentration on breathing and being aware of one's body.

2. Having mindfulness and skills to manage the craving

The session involves discussion about appraisal of cognition, perception, and effects of perception on creative responses to arousals and understanding of the nature of the mind, influence of thinking on experience, obstacles of having mindfulness, and skills used to respond to a stimulus of craving. There is also practice of mindfulness meditation to reduce self-centeredness and to achieve mindful breathing.

3. Being mindful in daily life

The session focuses on re-orientation, which is a method used to encounter negative emotions and craving. It also emphasizes mindfulness in everyday life, mini-meditation, instillation of curiosity for learning, and admiration of life through mindfulness by being aware of the present. There is also practice of mindfulness through meditation, awareness of perception and sensory perceptions, and walking meditation.

4. Relationship between stress reactivity, craving, and effects of alcohol drinking and mindfulness to manage stress

The session involves discussion on craving as well as practice of mindfulness of craving, sufferings from arousals, consideration of negative outcomes after drinking, and imagining encounter with temptation from alcohol, with the emphasis on being aware of the present, particularly in high-risk situations, perception of stress reactivity, and opportunity for different responses to manifest how the body

reacts to stress, how thinking affects stress and behaviors, and how stress can be managed. Breathing meditation is also practiced in the session.

5. Acceptance of thoughts and ideas and using different management strategies

The discussion in this session is about thought suppression, dissatisfaction, and obsession. It also includes exercise in the futility of thought suppression and acceptance of emotions and forego of emotions through mindfulness to become friendly with one's emotions through different means. Breathing meditation is also practiced in the session.

6. Patterns of thinking and relapses

This session is about learning of individuals' thinking patterns and memorization of frequent thoughts, which are automatic stimuli, learning of stress reactivity to craving, and learning of patterns of thinking leading to relapses.

7. Guidelines on appropriate self-care

The discussion emphasizes the search for guidelines on living in the present-day society to ensure good health, especially how to stay away from alcohol.

8. Guidelines on planning to prevent relapses

The session is mainly about a review of maintenance of mindfulness, prevention of relapses through mindfulness, and practice of prevention of relapses through imaginative mindfulness, breathing meditation, and self-practice.

9. Acknowledgement of danger of alcohol

This session is about discussion on harms of alcohol to the body, practice of awareness of internal stimuli through mindfulness, and practice of walking meditation.

10. Interdependence, giving meaning, and spirituality

The discussion in this session focuses on interdependence, giving meaning, spirituality, and practice of sitting meditation with concentration on interdependence. Breathing meditation is also practiced.

11. Use of the loving kindness technique to manage complicated emotions

In this session, use of the loving kindness technique to manage complicated emotions is discussed.

12. Practice of mindfulness outside classrooms

In addition to practice of mindfulness in classes, the patients are encouraged to practice mindfulness for at least 15 to 45 minutes per day for six days a week.

Evaluation of Outcome

The outcome of stress from craving in patients with alcohol dependence can be assessed with the following instruments:

1. The Perceived Stress Scale (PSS) consists of ten items which are arranged in a five-point scale (from 0 = never to 4 = frequently). It is used to assess perceived stress in the past month in the life of patients. Examples of the items in the scale are “How often have you felt nervous and ‘stressed’?” and “How often have you felt that you were on top of things?” (Garland et al., 2010; level II).

2. The Symptoms of Stress Inventory (SOSI) is used to assess physical, psychological, and behavioral responses to stress. The items in the questionnaire assess ten responses to stress including 1) peripheral manifestations, 2) cardiopulmonary symptoms (arousal and upper respiratory symptoms), 3) central neurological symptoms, 4) gastrointestinal symptoms, 5) muscle tension, 6) habitual patterns, 7) depression, 8) anxiety/fear, 9) emotional irritability, and 10) cognitive disorganization. The items are arranged in a five-point rating scale ranging from “never” to “frequently” (Marcus et al., 2009; level III).

3. The Severity of Depression and Anxiety Scale is the subscale on depression and anxiety of the Symptom Checklist-90R (SCL-90R). The items are arranged in a four-point rating scale ranging from “none” to “most” (Zgierska et al., 2008; level IV).

4. The Brief Symptom Inventory (BSI) is used to assess suffering from current psychiatric symptoms. There are 53 items in the scale which are arranged in a five-point rating scale ranging from 0 = “none” to 4 = “most.” The items address different kinds of suffering such as ‘feeling fearful’ and ‘feeling of guilt’ (Garland et al., 2010; level II).

5. The level of cortisol (Salivary cortisol determinations) to determine the level of salivary cortisol to assess the physiological response to stress. Salivary samples were collected at 0, 15, 30, and 45 minutes after awakening. During the

period of study, including five times by using the Salivette sampling device (Sarstedt, Inc.) And analyzed with Cortisol RIA (ICN Diagnostics, Inc.) (Marcus et al., 2009; level III).

Outcome Monitoring

The outcome of the intervention is monitored periodically such as short-term monitoring, weekly monitoring during the therapy sessions, outcome monitoring immediately after the therapy ends (Brewer et al., 2009; level II), outcome monitoring in the middle of the therapy sessions at the fifth week and immediately after the end of the intervention at the tenth week (Garland et al., 2010; level II).

7. Suggestions for Implementation

According to the study findings, mindfulness-based intervention to reduce stress reactivity in patients with alcohol dependence can be implemented at Sa Kaeo Rajanagarindra Psychiatric Hospital or other healthcare settings with patient characteristics and staff characteristics similar to those of Sa Kaeo Rajanagarindra Psychiatric Hospital as follows:

1. The organization should develop a manual on mindfulness-based intervention to reduce stress reactivity in patients with alcohol dependence and conduct a training to equip nurses with skills necessary to conduct the intervention. The organization should also conduct supervision of the whole system.
2. A pilot study should be carried out to investigate the patterns of mindfulness-based intervention to reduce stress reactivity in patients with alcohol dependence as well as to determine the appropriateness of the intervention and satisfaction of both patients and therapists so that the intervention can be revised and improved before it is implemented in other settings.
3. The readiness of therapists should be prepared. For instance, nurses should have experience with both practice and teaching of mindfulness meditation as well as other forms of psychosocial therapy for patients with substance abuse or dependence such as cognitive-behavioral therapy and therapeutic community, etc.
4. The mindfulness-based intervention to reduce stress reactivity in patients with alcohol dependence should be disseminated among healthcare team members and related agencies within and outside the organization so as to further

develop the standard of the mindfulness-based intervention to reduce stress reactivity in patients with alcohol dependence through different means such as academic conferences or publication.



รายการอ้างอิง

- จุฬารัตน์ เขาประเสริฐ. (2549). *การประยุกต์ใช้พุทธธรรมในการบำบัดโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- บัณฑิต ศรีไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, ดวงกมล ไชยพุทธ, กมลลา วัฒนพร, โสภิต นาสืบ, คารินทร์ กำแพงเพชร, และ คณะ. (2549). *รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2549*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- บัณฑิต ศรีไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, ศุภพงศ์ อิ่มสรรพพงศ์, กมลลา วัฒนพร, โสภิต นาสืบ และ วิภาดา อันล้ำเลิศ. (2550). *รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2550*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- ปริทรรศน์ ศิลปกิจ, วนิดา พุ่มไพศาล, และ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2542). *ความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา*. โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต.
- ฝ่ายแผนงาน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว. (2553). *รายงานผลการปฏิบัติงานปีงบประมาณ 2553*. สระแก้ว.
- พรเทพ สิริวนรังสรรค์, ธรินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์, เนตรชนก บัวเล็ก, และ คณะ. (2547). *ความชุกของโรค จิตเวชในประเทศไทย : การสำรวจระดับชาติปี 2546*. กรมสุขภาพจิต.
- พระทรัพย์สุข มหาวิโร. (2553). *การศึกษาวิธีการเจริญสติในชีวิตประจำวันตามแนวทางของ ดิข นักอันท์*. วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต). (2551). *พจนานุกรมพุทธศาสน์ ฉบับประมวลศัพท์* (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพมหานคร: เอส อาร์ พรินติ้ง แมสโปรดักส์.
- พรรณนิภา แส่นปัญญา. (2551). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราสำหรับผู้ติดสุรา*. สารนิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (บรรณาธิการ). (2552). *คู่มือสำหรับผู้ประกอบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

- พิชัย แสงชัยชาญ. (2552). *ทบทวนองค์ความรู้เรื่อง จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- ฟองคำ ตีลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติการตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน.
- มานิต ศรีสุรภานนท์. (2552). *ทบทวนองค์ความรู้เรื่อง การใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- มนตร์ธมภ์ ถาวรทรัพย์, ยศ ตีระพัฒนานนท์, อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ชนิตา เลิศพิทักษ์พงศ์, จอมขวัญ โยธาสุมุท, กรรณิการ์ ฐิติบุญสุวรรณ, และคณะ. (2551). *การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ*.
- รณชัย คงสกนธ์, และ นฤมล โพธิ์แจ่ม. (2550). *การดื่มสุราแบบอันตรายกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัวไทย: การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมแบบจับคู่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 52(3), 296-305*.
- ลำช้า ลักษณะนิชนชัย, ทวีพร วิสุทธีมรรค, และ รสสุคนธ์ ธนธีระบรรจง. (2549). *Modernization of Addiction Medicine: การแพทย์ทันสมัยกับเวชศาสตร์สารเสพติด*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติครั้งที่ 7 ปี 2549. นื่องสิริราชสมบัติครบ 60 ปี, นนทบุรี.
- วิวัฒน์ เขวงชัยวง, และ นิสานาถ โชคเกิด. (2541). *การใช้ CAGE เพื่อตรวจหาผู้ป่วยที่ติดสุราในโรงพยาบาล. วารสารสวนปรุง, 14(1), 32-7*.
- สมชาย จักรพันธุ์. (บรรณาธิการ). (2549). *สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2547-2548*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สลิษา หลิมศิริรัตน์. (2551). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ติดสุรา*. สารนิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนทรี ศรีโกไสย. (2548). *ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สุมาลี วัฒนันุ, และ สาวิตรี อัญฉกรชัย. (2537). การสำรวจความชุกของภาวะการดื่มแอลกอฮอล์อย่างผิดปกติในผู้ป่วยโรคทางกายในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศิริศักดิ์ ธิติฉกรรณ. (2547). ผลการดำเนินงานการให้บริการทางจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. วารสารโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์, 4(7), 6-22.
- หทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). สถานการณ์ปัญหาการดื่มสุรา. ใน พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, และ หทัยชนนี บุญเจริญ. (บรรณาธิการ), แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหา สุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน. (หน้า 1-27). เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- อัญฉกรชัย จำปา. (2550). พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดยา โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบจิตร สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Alterman, A. I., Koppenhaver, J. M., Mulholland, E., Ladden, L. J., & Baime M. J. (2004). Pilot trial of effectiveness of mindfulness meditation for substance abuse patients. *Journal of Substance Use*, 9(6), 259–268.
- Altner, N. (2002). Mindfulness practice and smoking cessation: The Essen Hospital Smoking Cessation Study (EASY). *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1, 9–18.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Ed., Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Arana, W. G., & Rosenbaum, F. J. (2000). *Handbook of Psychiatric Drug Therapy* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Becker, C. H. (2008). Alcohol Dependence Withdrawal and Relapse. *Journal of Alcohol Research and Health*, 31(4), 348-361.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Chawla, N., Simpson, T. L., Ostafin, B. D., et al. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Journal of Psychology Addiction Behavior*, 20(3), 343–347.

- Bowena, S., Witkiewitzb, K., Dillworthc, T. M., & Marlattd, G. A. (2007). The role of thought suppression in the relation between mindfulness meditation and alcohol use. *Journal of Addictive Behavior, 32*(10), 2324–2328.
- Brewer, A. B., Sinha, R., Chen, J. A., Michalsen, R. N., Babuscio, T. A., Nich, C., et al. (2009). Mindfulness Training and Stress Reactivity in Substance Abuse: Results from A Randomized, Controlled Stage I Pilot Study. *Journal of Substance Abuse, 30*(4), 306–317.
- Chiesa, A., (2010). Vipassana Meditation: Systematic Review of Current Evidence. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 16*(1), 37–46.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Journal of Psychological Medicine, 40*, 1239–1252.
- Dawson, D. A., Grant, B. F., & Ruan, W. J. (2005). The association between stress and drinking:modifying effects of gender and vulnerability. *Journal of Alcohol, 40*(5), 453–60.
- Delgado, C. L., Guerra, P., Perakakis, P., Vera N. M., Paso, R. G., & Vila, J. (2010). Treating chronic worry: Psychological and physiological effects of a trainingprogramme based on mindfulness. *Journal of Behaviour Research and Therapy, 48*, 873-882.
- Garland, L. E., Boettiger, A. C., & Howard, O. M. (2011). Targeting cognitive-affective risk mechanisms in stress-precipitated alcoholdependence: An integrated, biopsychosocial model of automaticity, allostasis,and addiction. *Journal of Medical Hypotheses, 76*, 745–754.
- Garland, L E., Gaylord, A. S., Boettiger, A. C., & Howard, O. M. (2010). Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: Results of a randomized controlled pilot trial. *Journal of Psychoactive Drugs, 42*(2), 177–192.
- Grace, J. (2009). Essential Skills for Evidence-based Practice: Strength of Evidence. *Journal of Nursing Science, 27*(2), 8-13.
- Hammeracher, M., & Lyvers, M. (2006). Factors associated with relapse among clients in Australian substance disorder treatment facilities. *Journal of Substance Use, 11*(6), 387-394.

- Marcus, T. M., Liehr, R. P., Schmitz, J., Gerald, M. F., Swank, P., Fine M., et al. (2007). Behavioral Therapies Trials: A Case Example. *Journal of Nursing Research*, 56(3), 210–216.
- Marcus, T. M., Schmitz, J., Moeller, G., Liehr, P., Cron, G. S., & Swank, P. (2009). Mindfulness-Based Stress Reduction in Therapeutic Community Treatment: A Stage 1 Trial. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35, 103–108.
- Margolin, A., Schuman, O. Z., Beitel, M., Arnold, A., Fulwiler, C.E., & Avants, S. K. (2007). A preliminary study of Spiritual Self-Schema (3-S) therapy for reducing impulsivity in HIV-positive drug users, *Journal of Clinical Psychology*, 63(10), 979–999.
- Marlatt, G. A. (2002). *Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Therapy*. retrived June 20, 2010, from www.bhrm.org/guidelines/RPT%20guideline.pdf.
- Melnyk, B. M., & Fine-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sue, D., Sue, W. D., & Sue, S. (2010). *Understanding Abnormal Behavior* (9th ed.). Boston: Wadsworth.
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A., (2006). Over of harm reduction treatments for alcohol problems. *International Journal of drug policy*, 17(2006), 285-294.
- Zgierska, A. (2009). Mindfulness Meditation for Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Journal of Substance Abuse*, 30(4), 266–294.
- Zgierska, A., Rabago, D., Zuelsdorff, M., Coe, C., Miller, M., & Fleming, M. (2008). Mindfulness Meditation for Alcohol Relapse Prevention: A Feasibility Pilot Study, *Journal of Addiction Medicine*, 2(3), 165-173.



ตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 1

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปี ตีพิมพ์	Brewer, A. B., Sinha, R., Chen, J. A., Michalsen, R. N., Babuscio, T. A., Nich, C., et al. (2009).
ชื่อเรื่อง / แหล่งที่พิมพ์	Mindfulness Training and Stress Reactivity in Substance Abuse: Results from A Randomized, Controlled Stage I Pilot Study. <i>Journal of Substance Abuse</i> , 30(4), 306–317.
วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดระหว่างการฝึกเจริญสติ(Mindfulness Training)กับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) และเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำการฝึกเจริญสติไปใช้ในผู้ติดสารเสพติด
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้มาจากการประกาศรับสมัครทางสื่อโฆษณาและการส่งจากคลินิกที่รับการรักษาแบบ community-based outpatient treatment ในชุมชนเมือง New Haven รัฐ Connecticut (CT) สหรัฐอเมริกา เกณฑ์การคัดเข้า 1. เป็นผู้มีอายุ 18 ปีหรือมากกว่า 2. ผู้ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ alcohol และ/หรือ cocaine abuse หรือ dependence ตามเกณฑ์ของ DSM - IV ในปีที่ผ่านมา 3. เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษได้ เกณฑ์การคัดออก 1. เป็นผู้มีอายุต่ำกว่า 18 ปี 2. เป็นผู้มีความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกสำหรับการฆ่าตัวตายหรือขาดกรรมในปัจจุบัน 3. เป็นผู้มีปัญหาจิตเวชในปัจจุบัน (ประเมินโดยจิตแพทย์) 4. เป็นผู้มีปัญหาบกพร่องด้านการรู้คิด (cognitive impairment) จนไม่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมเกี่ยวข้องกับการศึกษา 5. เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม beta-blocker ในปัจจุบัน จากการคัดกรองพบว่ามีผู้เข้าได้กับเกณฑ์คัดเข้าและตกลงที่จะร่วมในการศึกษาทั้งหมด 36 คน โดยให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรและ

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	ถูกสุ่มเข้ารับการบำบัดโดยใช้วิธี two-choice random number generator (random.org) แต่มีผู้เข้ารับการบำบัดจริงทั้งหมดรวม 25 คน และในจำนวนนี้มี 14 คน ที่เข้ารับการบำบัดเสร็จสมบูรณ์ โดยข้อมูลผลลัพธ์ได้มาจากคนที่บำบัดเสร็จสมบูรณ์ 14 คน แต่สำหรับข้อมูลการทดลองทางห้องปฏิบัติการได้มาจากคนที่รับการบำบัดเสร็จสมบูรณ์ 13 คน (การเก็บข้อมูลผิดพลาด ทำให้ข้อมูลจากบุคคลที่ 14 ใช้ไม่ได้)
สถานที่เก็บข้อมูล	หน่วยบำบัดแบบผู้ป่วยนอก community-based outpatient treatment ในชุมชนเมือง New Haven รัฐ Connecticut (CT) สหรัฐอเมริกา
ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของงานวิจัย	งานวิจัยนี้เป็นแบบ Randomized Controlled Study ระดับความเข้มแข็งของหลักฐานอยู่ระดับที่ 2 คือ งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่ม
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	การศึกษานี้ได้ประเมินใน 2 ด้าน ประกอบด้วยการวัดทางจิตวิทยา และการวัดทางห้องทดลองปฏิบัติการ รายละเอียดดังนี้ 1.การวัดทางจิตวิทยา 1.1.แบบสัมภาษณ์ทางคลินิก DSM - IV (The Structural Clinical Interview for DSM-IV) (SCID) เป็นแบบสัมภาษณ์การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด เพื่อประเมินข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยภาวะ Substance Used Disorder -related diagnoses โดยการวินิจฉัยนี้จะได้รับยืนยันจากจิตแพทย์สำหรับการวัดประเมินในส่วนอื่นๆทั้งหมด จะเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นเป็นพื้นฐาน เก็บรายสัปดาห์ และเมื่อเสร็จสิ้นการบำบัด สำหรับการบำบัดแบบ Mindfulness Training (MT) ใช้เวลา 9 สัปดาห์ และ การบำบัดแบบ CBT ใช้เวลา 12 สัปดาห์ 1.2.ปฏิทินการใช้สารเสพติด (The Substance Use Calendar) เป็นแบบประเมินที่เก็บข้อมูลตั้งแต่พื้นฐานเริ่มต้น (ในเดือนที่ผ่านมา) และเก็บข้อมูลรายสัปดาห์ระหว่างการบำบัด และวัดปริมาณการบริโภค ในแบบดื่มมาตรฐาน (1 oz) / วัน สำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ แบบกรัม / วัน สำหรับโคเคน โดยผู้เข้าร่วมศึกษาจะรายงานด้วยตนเอง และตรวจสอบโดยการสุ่มตรวจวัดแอลกอฮอล์ในลมหายใจ (breathalyzer -วิเคราะห์ความเมาจากอากาศที่หายใจออกสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) และตรวจสอบสารใน

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)	ปัสสาวะสำหรับการใช้สารเสพติดอื่น (กลุ่มตรวจประมาณทุกสองสัปดาห์) 1.3.แบบสอบถามการเจริญสติ 5 ด้าน (The Five Facet Mindfulness Questionnaire: FFMQ) เพื่อประเมินทักษะการเจริญสติที่ได้รับ(คะแนนที่เพิ่มขึ้นแสดงถึงทักษะการเจริญสติที่ได้รับมากขึ้น) เก็บเป็นข้อมูลพื้นฐานและเมื่อเสร็จสิ้นการบำบัดแล้ว 1.4. แบบสอบถามความเห็นด้วยในการบำบัด (The Treatment Credibility Score: TCS) ใช้ประเมินความเห็นด้วยกับการนำการบำบัดไปใช้ในผู้ที่ใช้สารเสพติดและคนที่มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล ซึ่งประกอบด้วย ลักษณะคำถามที่มีระดับคะแนน 5-point Likert scale โดยคำถามจะเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการบำบัดและการฝึกเจริญสติ ที่มีต่อใช้สารเสพติด และอาการของภาวะซึมเศร้า และอาการของภาวะวิตกกังวล โดยใช้ประเมินภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดแล้ว 1.5.แบบประเมินการแยกแยะอารมณ์ (The Differential Emotion Scale: DES) ใช้ระหว่างช่วงการฝึกเจริญสติ เพื่อประเมินแบบแผนอารมณ์หลังจากมีการช่วยุให้เกิดความอยากดื่ม 2.การวัดผลทางห้องทดลองปฏิบัติการ เมื่อรับการบำบัดมาแล้วสองสัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างจะถูกจัดให้เข้าร่วมการทดสอบทางห้องปฏิบัติการเป็นเวลา 1 ชั่วโมง ด้วยการดูภาพ neutral-relaxing imagery และภาพ Stress imagery ทั้งนี้หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้ผ่านการเรียนในแต่ละบทเรียนมาแล้ว ก่อนหน้าที่จะเข้าสู่การฝึกเจริญสตินี้ แบบทดสอบด้วยภาพต้นแบบจะได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อใช้กับตัวอย่างแต่ละคนในเรื่องของ Stress และ neutral-relaxing situations ซึ่งดำเนินการโดยนักวิจัยสองคนที่มีประสบการณ์เป็นผู้บันทึกและปรับแก้แบบทดสอบด้วยภาพ เพื่อให้แน่ใจว่าแบบทดสอบด้วยภาพส่วนบุคคลจะมีมาตรฐานตามชนิดของช่วงเวลาและเนื้อหา ซึ่งนักวิจัยเหล่านี้จะถูกปิดในกลุ่มที่รับการบำบัด ซึ่งการวัดประเมินการทดสอบห้องปฏิบัติจะประกอบด้วย 2.1 การประเมินทางสรีรวิทยา จะบันทึกโดยใช้เครื่องมือระบบ Biopac MP100 system running AcqKnowledge 3.9 software (Biopac Systems Inc.,

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)	USA), the Biopac electrodermal activity amplifier module (GSR 100c) กำหนดช่องการสุ่มตัวอย่างด้วยอัตราที่ 31 Hz และเพิ่ม 5 μ Siemens (μS) ต่อโวลต์ (มีความละเอียด = 0.0015 μS) และเครื่อง electrocardiogram amplifier (ECG 100c) กำหนดช่องการสุ่มตัวอย่างด้วยอัตราที่ 1,000 Hz สำหรับช่วงการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ 2.2 การทดสอบด้วยการเผชิญกับภาพกระตุ้นความเครียด โดยลำดับภาพ Stress และ neutral-relaxing imagery จะแสดงโดยการสุ่ม จากนั้นปฏิกิริยาตอบสนองของผู้เข้าร่วมศึกษาหลังจากเห็นภาพจะถูกบันทึกในคอมพิวเตอร์แล็ปท็อปโดยใช้ซอฟต์แวร์ ePrime (Psychology Software Tools Inc. USA) หลังจากนั้นจะให้ผู้เข้าร่วมศึกษาประเมินคะแนนโดยมีระดับคะแนนแบ่งเป็น 10-point Likert scale ค่าคะแนนความชัดเจนโดยเฉลี่ยสำหรับ stress imagery คือ ในกลุ่มที่ใช้การบำบัดแบบ Mindfulness Training = 8.1 ± 1.1 และ CBT = 8.6 ± 0.5 และค่าคะแนนความชัดเจนโดยเฉลี่ยสำหรับ neutral imagery ในกลุ่มที่ใช้การบำบัดแบบ Mindfulness Training = 8.0 ± 1.1 และ CBT = 8.2 ± 0.4 ตามลำดับ หลังจากดูภาพแต่ละภาพเสร็จสิ้นแล้ว จะประเมินด้วยแบบสอบถาม DES เพื่อประเมินความวิตกกังวลและความอยากสารเสพติด / แอลกอฮอล์ โดยแบ่งเป็นระดับคะแนน 10-point Likert scale
วิธีดำเนินการ	งานวิจัยนี้ได้ใช้รูปแบบวิธีการบำบัดสองรูปแบบ คือ 1. Mindfulness Training 2. CBT รายละเอียดดังนี้ 1. การบำบัด Mindfulness Training ผู้บำบัดเป็นผู้มีความรู้ระดับ PhD level และมีประสบการณ์ฝึกเจริญสติ รูปแบบ Mindfulness Training ใช้ระยะเวลาบำบัด 9 สัปดาห์ บำบัดสัปดาห์ละครั้งในรูปแบบกลุ่มบำบัด โดยมีผู้บำบัด 1 คน สมาชิกกลุ่มจะมีไม่เกิน 8 คน เพื่อให้มั่นใจว่าเป็นการบำบัดที่เหมาะสม โดยดำเนินการตามคู่มือการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อป้องกันการกลับใช้ซ้ำ (Mindfulness-Based Relapse Prevention: MBRP) การศึกษาครั้งนี้มีการปรับรูปแบบการบำบัดหลายส่วนที่ต่างจากของเดิม 3 ประการ คือ 1.1 หลังจากช่วงบทเรียนแรกแล้ว (เปลี่ยนชื่อเป็นบทนำ) ในบทเรียนอีก 7 บทต่อมาแบ่งออกเป็น 2 Module แต่ละ Module ใช้เวลา 4

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีดำเนินการ (ต่อ)	สัปดาห์ ซึ่งเป็นส่วนที่เสร็จสมบูรณ์อย่างใดอย่างหนึ่งก่อนก็ได้ (บทนำแล้วตามด้วย Module 1 แล้วตามด้วย Module 2 หรือ บทนำแล้วตามด้วย Module 2 แล้วตามด้วย Module 1 ก็ได้) การปรับในลักษณะเช่นนี้เพื่อให้สอดคล้องกับ "โลกแห่งความจริง" ของการบำบัด ควรให้ผู้เข้ารับการบำบัดรอคอยเวลาเข้ารับการบำบัดขั้นที่สุด สำหรับ Module 1 ของ MBRP ประกอบด้วยบทเรียนที่ 2, 6 และ 7 และเพิ่มเติมบทเรียนอีก 1 บทเรียนที่เน้นเฉพาะเรื่องความโกรธในฐานะที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด การใช้สารเสพติดหรือการกลับใช้ซ้ำ และสอนการใช้เทคนิคการให้ความเมตตา - ความรักเพื่อช่วยในการจัดการกับอารมณ์ที่จัดการได้ยาก สำหรับ Module 2 ของ MBRP ประกอบด้วย บทเรียนที่ 3, 4, 5 และ 8 1.2 ได้จัดการทำสมาธิแบบโยคะออกเพื่อลดการปนเปื้อนในผลลัพธ์ เพราะการฝึกโยคะเองก็มีผลต่อการลดความเครียดและการใช้สารเสพติดได้ 1.3 บทเรียนในแต่ละสัปดาห์ปรับใช้เวลาสั้นลงประมาณ 1 ชั่วโมง (ส่วนใหญ่เป็นการลดเวลาในช่วงการแนะนำการฝึกสมาธิ) เพื่อประเมินว่าใช้เวลาสั้นลง จะมีความเพียงพอสำหรับผู้เข้ารับการบำบัดในการที่จะบรรลุทักษะการเจริญสติและได้รับประโยชน์ โดยปรับให้มีความคล้ายคลึงใกล้เคียงมากที่สุดกับการบำบัดแบบ CBT 2. การบำบัดแบบ CBT ดำเนินการโดยผู้บำบัด 1 คนเป็นผู้มีความรู้ระดับ PhD level และมีประสบการณ์บำบัดแบบ CBT ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ตามรูปแบบของ the National Institute on Drug Abuse CBT manual แต่ละบทเรียนในแต่ละสัปดาห์จะมีความต่อเนื่องกัน ดังนั้นผู้เข้าร่วมแต่ละคนต้องเข้ารับการบำบัดพื้นฐานในแต่ละสัปดาห์ตามลำดับบทเรียน ใช้เวลาอย่างน้อยครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง สมาชิกกลุ่มจะมีไม่เกิน 8 คน เพื่อให้มั่นใจว่าเป็นการบำบัดที่เหมาะสม

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา	ผลลัพธ์ 1.ลักษณะของกลุ่มที่ศึกษา ผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (72%) มีสถานภาพโสดหรือหย่า (76%) มีการศึกษาดำรงระดับปริญญา (76%) และไม่ได้ทำงานประจำ(72%) เมื่อวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM - IV พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่มีภาวะวิตกกังวล (68%) และ / หรือมีภาวะคิดโคเคน (48%) จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนและการวิเคราะห์โคสแควร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้งสองกลุ่มบำบัด ยกเว้นด้านสถานภาพสมรส (โดยในกลุ่ม CBT แต่งงานแล้ว 57% เทียบกับในกลุ่ม MT แต่งงานแล้ว 6 %, $p = 0.02$) และไม่มีความแตกต่างกันในการใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ที่ข้อมูลพื้นฐานระหว่างผู้ที่บำบัดครบสมบูรณ์ (N = 14) และผู้ที่บำบัดไม่ครบสมบูรณ์ (N = 22) โดยในผู้ที่บำบัดครบสมบูรณ์ แม้จะมีการใช้สารเสพติดในช่วง 1 เดือนก่อนที่จะเริ่มต้นการบำบัดที่รายงานว่ามีการใช้มากกว่าสองครั้งในผู้ที่รับการบำบัดแบบ MT (8 / 9) เปรียบเทียบกับผู้ที่รับการบำบัดแบบ CBT (2 / 5) ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทั้งสองเมื่อเริ่มต้นพื้นฐาน 2.ผลการคงอยู่ในการบำบัดและความพึงพอใจต่อการบำบัด ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 36 คน เป็นผู้ที่บำบัดแบบ MT เสร็จสมบูรณ์มี 9 / 21 (43%) ในขณะที่ผู้บำบัดแบบ CBT เสร็จสมบูรณ์มี 5 / 15 (33%) ($p = 0.56$) นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมศึกษาที่เพิ่งเริ่มต้นรับการบำบัด (N = 25) ได้รับการบำบัดแบบ MT คิดเป็น 65% เทียบกับการบำบัดแบบ CBT คิดเป็น 34% ($F = 4.89$ $P, = 0.04$) และในผู้เข้าร่วมที่รับการบำบัดเสร็จสิ้น (N = 14) ในทั้งสองกลุ่มพบว่า มีอัตราความพึงพอใจในการบำบัดมาก ซึ่งประเมินผลจากแบบประเมิน TCS (4.2 ± 0.5 เมื่อเทียบกับ 4.4 ± 0.5 จาก 5, $p = 0.37$) 3.ผลลัพธ์การใช้สารเสพติด การใช้แอลกอฮอล์และโคเคนช่วงระยะการบำบัดพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในการบำบัดแต่พบว่าหลังจากนั้นมีแนวโน้มไปที่กลุ่ม CBT (ในกลุ่มที่บำบัดแบบ MT เทียบกับกลุ่มที่บำบัดแบบ CBT, การรายงานด้วย

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	ตนเองถึงร้อยละของวันที่ใช้โคเคน : 5.4 ± 8 เทียบกับ 0.0 ± 0.0, $p = 0.17$ และร้อยละของวันที่ใช้แอลกอฮอล์ : 24.3 ± 28 เทียบกับ 0.0 ± 0.0, $p = 0.09$) 4.ความจำเพาะของ MT : ผลของการบำบัดต่อทักษะเจริญสติและการนำไปปฏิบัติ ในด้านความเพียงพอของการเสริมสร้างทักษะการเจริญสติ เมื่อใช้แบบประเมิน FFMQ วัดคะแนนก่อนและหลังการบำบัด ผลการศึกษพบว่าไม่พบความแตกต่างในระดับของ FFMQ ระหว่างกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดในข้อมูลพื้นฐาน ($MT = 127 \pm 26$, $CBT = 123 \pm 23$, $p = 0.64$) แต่พบในผู้ที่เข้ารับการบำบัดครบสมบูรณ์แล้วเท่านั้น ($MT = 122 \pm 26$, $CBT = 119 \pm 29$, $p = .82$) ผู้ที่บำบัดครบสมบูรณ์ในทั้ง MT และ CBT พบว่ามีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของคะแนน FFMQ ตลอดเวลา แม้ว่ากลุ่มผู้เข้าร่วมการบำบัดแบบ MT จะมีคะแนนรวมใน FFMQ มีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้เข้าร่วมการบำบัดแบบ CBT ภายหลังการบำบัดก็ตาม แต่ความแตกต่างเหล่านี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($MT = 144 \pm 18$; $CBT = 131 \pm 27$, $p = 0.04$ ตามช่วงเวลาที่ทำการประเมิน, $p = 0.54$ ในกลุ่มตามช่วงเวลาที่ทำการประเมิน) 5. ความจำเพาะของ MT : การตอบสนองต่อสิ่งยั่วยุให้เกิดความเครียด ข้อมูลจาก Subjective และ Objective ผลการศึกษาการตอบสนองด้านจิตวิทยาต่อความเครียดวัดโดยให้ผู้เข้ารับการบำบัดคุณภาพ Stress และ neutral imagery ก่อนและหลังการบำบัดพบว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมการบำบัดแบบ MT ได้รายงานถึงการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของความวิตกกังวล ที่พบทั้งในแบบประเมิน anxiety Likert scales และ DES anxious subscale scores (Stress minus Neutral Anxiety: 1.5 ± 2.1 เทียบกับ 4.6 ± 1.5, $p = 0.0$; DES : 1.5 ± 3.9 เทียบกับ 7.0 ± 3.8, $p = 0.03$) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มผู้เข้าร่วมการบำบัดแบบ MT รายงานว่ามีความอยากสารเสพติดอันเกิดจากความเครียด ประมาณครั้งหนึ่งเทียบกับความอยากสารเสพติดที่เกิดในกลุ่มผู้เข้าร่วมการบำบัดแบบ CBT (1.1 ± 3.7 เทียบกับ 2.0 ± 3.1, $p = 0.65$) โดยสะท้อนให้เห็นในหลาย ๆ ด้านของ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	ความรู้สึกเชิงลบ เช่น ความโศกเศร้า ความโกรธและ ความกลัว ที่มีระดับที่ลดลง ผลการประเมินสรีรวิทยาของความเครียดพบว่า มีความแตกต่างอย่างมากในการตอบสนองของ galvanic skin เมื่อเผชิญกับ Stress และ neutral situations แต่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างทั้งสองกลุ่มบำบัด ($MT = 10.0 \pm 8.2$ เทียบกับ 4.5 ± 7.4; $CBT = 7.0 \pm 6.4$ เทียบกับ 0.8 ± 1.1, $F = 12.36$, $p = 0.01$) อย่างไรก็ตามไม่พบว่าการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นหัวใจในระดับสูงในกลุ่ม MT ต่อสถานการณ์เครียด แต่พบการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นหัวใจในระดับสูงในกลุ่ม CBT ($MT = 81.4 \pm 7.0$ เทียบกับ $CBT = 98.7 \pm 37.6$, $p = 0.19$) แม้ว่าผลการค้นพบเหล่านี้ไม่ได้มีนัยสำคัญ แต่บางส่วนของ eta squared แสดงผล effect size เป็นขนาดใหญ่ นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างที่สอดคล้องกันเห็นได้จากความการวัดการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจ ระหว่างบุคคลที่รับการบำบัดแบบ MT ที่พบว่า มี sympathetic/vagal ratios ที่ลดลง เมื่อเทียบกับบุคคลที่รับการบำบัดแบบ CBT ($MT = 4.0 \pm 0.5$ เทียบกับ $CBT = 4.2 \pm 0.2$, $F = 7.97$, $p = 0.02$, ขนาดอิทธิพล = 0.42)
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์	1.ผลการศึกษามีความตรงหรือไม่ -งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนว่าเพื่อศึกษาเปรียบเทียบปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดระหว่างการฝึกเจริญสติ(Mindfulness Training)กับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) และเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำการฝึกเจริญสติไปใช้ในผู้ติดสารเสพติด พบว่างานนี้ได้ทำการวัดผลลัพธ์ที่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ -งานวิจัยนี้ศึกษาเชิงทดลองที่มีการสุ่มเป็นแบบ Randomized Controlled Study มีการกำหนดชัดเจนถึงการสุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาเข้าสู่การบำบัดโดยใช้วิธี two-choice random number generator แต่การได้มาซึ่งผู้เข้าร่วมการศึกษานั้นแรกได้มาจากการประกาศรับสมัครทางสื่อโฆษณาและการส่งจากคลินิกที่รับการบำบัดแบบ community-based outpatient treatment ในชุมชนเมือง New Haven รัฐ Connecticut (CT) สหรัฐอเมริกา ซึ่งไม่ใช่วิธีการสุ่มตั้งแต่แรกอันอาจมีผลต่อการเป็นตัวแทนประชากรที่ศึกษาได้ และก่อให้เกิดอคติได้

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	-จากการวิเคราะห์ก่อนการบำบัดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกี่ยวกับลักษณะของประชากร ยกเว้นเรื่องสถานภาพสมรส ดังนั้นจึงไม่มีผลกระทบต่องานวิจัย แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลระหว่างการบำบัดของประชากรกลุ่มที่ยุติการบำบัดกับกลุ่มที่บำบัดครบไม่ได้ถูกนำเสนอ ซึ่งหากนำเสนอจะเป็นประโยชน์ต่อการนำผลการวิจัยไปวิเคราะห์เพื่อการนำไปใช้ด้วย -งานวิจัยนี้มีการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับรูปแบบบำบัดที่ชัดเจน โดย Mindfulness Training ดำเนินการตามคู่มือการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อป้องกันการกลับใช้ซ้ำ (Mindfulness-Based Relapse Prevention: MBRP) กำหนดให้ผู้บำบัดเป็นผู้ที่มีความรู้ระดับ PhD level และมีประสบการณ์ฝึกเจริญสติ กำหนดสมาชิกกลุ่มไม่เกิน 8 คน เพื่อให้มั่นใจว่าเป็นการบำบัดที่เหมาะสม ส่วนการบำบัดแบบ CBT ดำเนินตามรูปแบบของ the National Institute on Drug Abuse CBT manual กำหนดให้ผู้บำบัดเป็นผู้ที่มีความรู้ระดับ PhD level และมีประสบการณ์การบำบัดแบบ CBT กำหนดสมาชิกกลุ่มไม่เกิน 8 คน เพื่อให้มั่นใจว่าเป็นการบำบัดที่เหมาะสม ทำให้เกิดความน่าเชื่อถือต่อการบำบัดที่จะได้รับว่าเป็นมาตรฐานแบบเดียวกัน -งานวิจัยนั้นนอกจากการใช้แบบประเมินทางจิตวิทยาและยังมีการทดสอบทางห้องปฏิบัติการเพื่อศึกษาผลทางสรีรวิทยาด้วย โดยใช้เครื่องมือระบบ Biopac MP100 system running AcqKnowledge 3.9 software (Biopac Systems Inc., USA) และเครื่อง electrocardiogram amplifier (ECG 100c) ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่น่าเชื่อถือและเห็นประจักษ์ได้อย่างชัดเจน ส่งผลที่ดีต่อคุณภาพของงานวิจัยทำให้น่าเชื่อถือมากขึ้นด้วย -อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้ไม่ได้บอกให้ทราบถึงคุณสมบัติที่เฉพาะของผู้เก็บข้อมูล ว่ามีคุณสมบัติอย่างไร ต้องผ่านอบรมอะไรก่อนหรือไม่ และการทำแบบประเมินที่รายงานด้วยตนเองโดยผู้เข้าร่วมศึกษาเองก็ไม่ได้กล่าวถึงว่ามีการเตรียมการหรือให้ความรู้วิธีการเก็บอย่างไร ซึ่งอาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือและคุณภาพงานวิจัยได้

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	-งานวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งขนาดตัวอย่างมีขนาดเล็ก โดยผู้เข้าร่วมMindfulness Training ที่บำบัดครบสมบูรณ์มีเพียง 5 คน และแบบ CBT ที่บำบัดครบสมบูรณ์มีเพียง 9 คน และผลการเก็บรวบรวมข้อมูลที่กำหนดระยะเวลาการประเมินไว้ว่า ให้ประเมินก่อน ระหว่าง และหลังการบำบัดทันที ซึ่งเป็นระยะเวลาของการติดตามผลที่อาจสั้นไปที่จะบอกได้ถึงประสิทธิผลของการรักษาที่คงอยู่ในระยะยาว นอกจากนี้พบว่าระยะเวลาของการบำบัดที่ใช้ไม่เท่ากัน โดยการบำบัดแบบ Mindfulness Training ใช้ระยะเวลา 9 สัปดาห์แต่การบำบัดแบบ CBT ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อประสิทธิภาพและความเหมาะสมของการบำบัดที่จะนำมาเปรียบเทียบกันทั้งสิ้น 2.ผลการศึกษาเป็นอย่างไร -ผลวิจัยนี้พบว่า ในช่วงเวลาการบำบัด การบำบัดแบบ MT ไม่มีผลแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากการบำบัดแบบ CBT ต่อผู้เข้าร่วมศึกษาทั้งด้านการคงอยู่ในการรักษา ความพึงพอใจในการรักษา หรือความถี่ของการใช้สารเสพติด อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ที่บำบัดแบบ MT เสร็จสมบูรณ์ แสดงให้เห็นถึงการลดลงในการตอบสนองทางจิตใจและร่างกายต่อการกระตุ้นความเครียดอันนำไปสู่ความอยากดื่มเทียบกับ CBT กลุ่ม ซึ่งเป็นความรู้ที่เกิดจากการทดลองแบบ randomized clinical trial ครั้งนี้ และก่อนที่จะประเมินการตอบสนองต่อการกระตุ้นความเครียดอันนำไปสู่ความอยากดื่มอย่างจริงจังต่อไป 3.สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ได้หรือไม่ อย่างไร -การวิจัยนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ alcohol และ/หรือ cocaine abuse หรือ dependence ตามเกณฑ์ของ DSM - IV แม้จะมีสารเสพติดอื่นร่วมอยู่ด้วย แต่ก็ยังเป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับที่ผู้ศึกษาให้ความสนใจคือ ผู้มีภาวะ alcohol dependence ไว้ด้วย จึงสามารถที่จะนำรูปแบบการบำบัดนี้ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้ -แม้งานวิจัยนี้จะมุ่งศึกษาเปรียบเทียบปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดระหว่างการฝึกเจริญสติกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำการฝึกเจริญสติไปใช้ในผู้ติดสารเสพติดก็

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	ตาม แต่จากผลการศึกษาพบว่าสามารถลดการตอบสนองต่อความเครียดที่กระตุ้นความอยากใช้แอลกอฮอล์ได้ อันเป็นส่วนที่ตรงตามความต้องการของผู้ศึกษาที่ทำการศึกษาและสามารถผลการศึกษานำไปใช้ในการลดความต้องการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์ได้ -การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาจากหน่วยบำบัดแบบผู้ป่วยนอก community-based outpatient treatment ซึ่งตรงกับโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ที่ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติงานอยู่เนื่องจากมีการรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์และสารเสพติดทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก -รูปแบบการบำบัดนี้พยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในขอบเขตการพยาบาลได้ โดยต้องผ่านการอบรมเจริญสติเพื่อให้มีประสบการณ์ก่อน และโปรแกรมที่ใช้ก็ไม่ก่อให้เกิดภาระงานเพิ่มขึ้นเนื่องจากที่หน่วยงานมีรูปแบบการบำบัดสารเสพติดของตนเองอยู่สามารถใช้รูปแบบการเจริญสติเป็นทางเลือกหนึ่งของการบำบัดได้ กระบวนการบำบัดไม่ซับซ้อน มีความปลอดภัย ไม่มีผลข้างเคียงหรือผลย้อนกลับจากการบำบัดนี้ และพยาบาลสามารถใช้อำนาจเต็มในการปฏิบัติการพยาบาลในฐานะผู้นำกลุ่มได้

ตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 2

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	Garland, L E., Gaylord, A. S., Boettiger, A. C., & Howard, O. M.(2010)
ชื่อเรื่อง / แหล่งที่พิมพ์	Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: Results of a randomized controlled pilot trial <i>Journal of Psychoactive Drugs</i> . 2010 ; 42(2): 177–192.
วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	1.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดแบบ Alcohol Support Group (ASG) และการบำบัดแบบ Mindfulness Oriented Recovery Enhancement (MORE) ที่มีผลต่อการลด การรับรู้ความเครียด การการยับยั้งการตอบสนองต่อแอลกอฮอล์ที่บกพร่องไป ความอยากแอลกอฮอล์ อาการทางจิตเวช การเก็บกอดความคิด 2.เพื่อศึกษาระดับการเจริญสติ และ Heart rate variability (HRV) ภายหลังกระตุ้นด้วยความเครียดอันนำไปสู่ความอยากดื่มแอลกอฮอล์ 3.เพื่อศึกษาผลของการเจริญสติที่มีต่อการลดการเกิด Alcohol attentional bias (alcohol AB) ซึ่งเป็นกลไกก่อนที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิก
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ใน Therapeutic Community (TC) เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 18 เดือน ซึ่งเป็นหน่วยบำบัดสำหรับผู้ที่มีภาวะ substance use โดยแต่ละปีผู้เข้ารับการบำบัดในหน่วยนี้ประมาณ 600 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ไม่มีที่อยู่อาศัยก่อนเข้าโปรแกรมจำนวน 33% กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ ได้ส่งต่อโดยตรงจากเจ้าหน้าที่ใน TC ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษาเริ่มจากการประเมินด้วยแบบประเมิน Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) และแบบประเมิน Drug Abuse Screening Test (DAST) และแบบสัมภาษณ์ semistructured diagnostic interview โดยนักสังคมสงเคราะห์ระดับปริญญาโท เพื่อให้แน่ใจว่าผู้เข้าร่วมศึกษาทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยโรคจิตสุรา ตามเกณฑ์ของ DSM-IV จากนั้นผู้เข้าร่วมศึกษาจะถูกสุ่มเข้ารับการบำบัดแบบ MORE หรือการบำบัดแบบ ASG อย่างใดอย่างหนึ่ง

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	-การศึกษานี้ได้รับการรับรองจาก University of North Carolina - Chapel Hill Institutional Review Board เกณฑ์คัดเข้า 1. เป็นผู้มีอายุ 18 ปี หรือมากกว่าขึ้นไป 2.เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดยา ตามเกณฑ์ของ DSM-IV 3.ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตจากการใช้สารเสพติดร่วมด้วย (comorbid substance use disorders) สามารถเข้าร่วมการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานได้ โดยผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมิน Brief Symptom Inventory ก่อนที่จะเข้าร่วมการบำบัด 4. เป็นผู้ที่พักอาศัยอยู่ใน Therapeutic Community (TC) เป็นเวลานาน 18 เดือนหรือมากกว่าขึ้นไป เกณฑ์คัดออก 1. ไม่เป็นผู้คิดแอลกอฮอล์ เมื่อประเมินด้วยแบบประเมิน AUDIT แล้วมีคะแนนเท่ากับหรือต่ำกว่า 16 คะแนน 2. เป็นผู้มีอาการโรคจิตในระยะ active หรือมีภาวะฆ่าตัวตาย (suicidality)
สถานที่เก็บข้อมูล	จากหน่วยบำบัด Therapeutic Community ที่ตั้งอยู่ในชุมชนเมืองทิศตะวันออกเฉียงใต้ของสหรัฐอเมริกา
ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของงานวิจัย	งานวิจัยนี้เป็นแบบ Randomized Controlled Study ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน อยู่ระดับที่ 2 คือ งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่ม
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	การประเมินผลการศึกษา ในการศึกษานี้ ผู้เข้าร่วมการศึกษานี้ได้รับการบำบัดครบ 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ผ่านการบำบัดตามคู่มือมาตรฐานจิตสังคม 2) ผ่านการบำบัดตามแนวปฏิบัติของปฏิริยาต่อสิ่งกระตุ้นทางจิตสรีรวิทยาแล้ว จะทำการการวัดผลด้วย computer - based สำหรับ Alcohol attentional bias ก่อนการบำบัดเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ช่วงกึ่งกลางของการบำบัดที่ระยะเวลา 5 สัปดาห์ และหลังการบำบัดแล้วเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ แบบประเมินทางจิตสังคม ดำเนินการด้วยวิธีการสัมภาษณ์โดยผู้ช่วยวิจัยในลักษณะปกปิดในการจัดเข้ากลุ่ม การประเมินทั้งหมดดำเนินการเช่นเดียวกันในผู้เข้าร่วม โดยแบบ

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)	ประเมินและวิธีที่ใช้ประเมินผลการศึกษา มีดังนี้ 1. การวัดผลลัพธ์ทางจิตสังคม แบบประเมินที่ใช้ประกอบด้วย 1)แบบประเมินทัศนคติต่อรูปแบบการบำบัด 2)แบบสอบถามการเจริญสติ 3)แบบประเมินอาการทางจิตเวช 4)แบบประเมินความอยากแอลกอฮอล์ 5)แบบประเมินระดับความสามารถในการยับยั้งต่อสิ่งกระตุ้นความอยากใช้แอลกอฮอล์ 6)แบบประเมินระดับการรับรู้ความเครียด 7)แบบประเมินความสามารถในการเก็บกอดความคิด รายละเอียดมีดังนี้ 1.แบบประเมินทัศนคติต่อรูปแบบการบำบัด (the Attitudes Towards Treatment measure) ใช้ประเมินความทัศนคติที่มีต่อความน่าเชื่อถือของรูปแบบการบำบัดทั้ง MORE และ ASG ที่ใช้บำบัดภาวะติดแอลกอฮอล์ โดยใช้ประเมินหลังจากที่ได้รับการบำบัดในครั้งที่ 2 แล้ว ($\alpha = .83$) 2.แบบสอบถามการเจริญสติ 5 ด้าน (The Five Facet Mindfulness Questionnaire :FFMQ) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 39 ข้อ แบ่งระดับคะแนนตาม Likert scale ใช้วัดการเจริญสติจากการรายงานด้วยตนเอง ทั้งนี้แบบประเมิน FFMQ ประกอบด้วย ผลคะแนนรวม และผลคะแนนการเจริญสติรายด้าน 5 ด้าน ที่เป็นปัจจัยภายในที่สอดคล้องกันในแต่ละด้านของการเจริญสติ เช่นการไม่ตอบสนองต่อประสบการณ์ภายในตนเอง (เช่น "ฉันเฝ้าดูความรู้สึกของฉันโดยไม่ได้ปราศจากซึ่งความรู้สึกเหล่านั้น") การสังเกตและอยู่ร่วมกับประสบการณ์ ("ฉันให้ความสนใจกับความรู้สึกของฉัน เช่น สายลมในเส้นผมของฉัน หรือดวงอาทิตย์บนหน้าของฉัน") อธิบายและจำแนกประสบการณ์ทางอารมณ์ ("ฉันรู้สึกดีที่จะหาคำอธิบายความรู้สึกของฉัน") การไม่ตัดสินประสบการณ์ ("ฉันบอกกับตัวเองว่า ฉันไม่ควรรู้สึกเช่นวิถีทางที่ฉันกำลังรู้สึก") และกระทำอย่างมีสติ ("ฉันพบว่าตัวฉันเองทำโดยไม่ใช้ความสนใจ") ($\alpha = .81$) 3.แบบประเมินอาการความทุกข์ฉบับย่อ (The Brief Symptom Inventory: BSI) ใช้ประเมินความทุกข์จากอาการทางจิตเวชในปัจจุบัน แบ่งเป็น 5 ระดับ (0 = ไม่มีเลย, 4 = มากที่สุด) จำนวนทั้งสิ้น 53 ข้อ ประกอบด้วยข้อต่างๆ เช่น "ความรู้สึกหวาดกลัว"และ"ความรู้สึกผิด" เป็นต้น ($\alpha = .96$)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)	4. แบบประเมินความอยากแอลกอฮอล์ (The Penn Alcohol Craving Scale: PACS) ใช้ประเมินความถี่ และความรุนแรงความอยากแอลกอฮอล์ ($\alpha = .91$) 5. แบบประเมินระดับความสามารถในการยับยั้งต่อสิ่งกระตุ้นความอยากใช้แอลกอฮอล์ (The Impaired Alcohol Response Inhibition Scale: IRISA) เป็นแบบรายงานด้วยตนเอง มีทั้งสิ้น 14 ข้อ แบ่งเป็น 4 ระดับคะแนน เพื่อประเมินความสามารถในการยับยั้งต่อสิ่งกระตุ้นความอยากใช้แอลกอฮอล์ที่เกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา เช่น "เมื่อฉันได้ตัดสินใจที่จะไม่ดื่มแล้ว ฉันพบว่ามันไม่ง่ายเลย" และ "ถ้าฉันคิดถึงการดื่ม ฉันคิดว่าฉันสามารถจะยับยั้งได้" เป็นต้น ($\alpha = .79$) 6. แบบประเมินการรับรู้ความเครียด (The Perceived Stress Scale: PSS) เป็นข้อคำถามทั้งสิ้น 10 ข้อ มี 5 ระดับคะแนน (0= ไม่เคย, 4 = เคยมีบ่อยมาก) ใช้ประเมินการรับรู้ความเครียดในช่วงเดือนที่ผ่านมาว่าชีวิตของผู้เข้าร่วมศึกษาเป็นอย่างไร เช่น สถานการณ์ที่ไม่อาจคาดการณ์หรือไม่สามารถควบคุมได้ ตัวอย่างคำถาม เช่น "คุณรู้สึกตื่นเต้นและเครียดบ่อยแค่ไหน?" และ "คุณรู้สึกว่าคุณเองอยู่ในจุดที่สูงของสิ่งใดๆบ่อยแค่ไหน?" เป็นต้น ($\alpha = .85$) 7. แบบประเมินความสามารถในการเก็บกดความคิด (The White Bear Suppression Inventory: WBSI) เป็นแบบประเมินความสามารถในการเก็บกด ความคิด ความบกพร่องในการปรับตัว และการหลีกเลี่ยงหรือการเก็บกดความคิดและอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา เป็นข้อคำถามทั้งสิ้น 15 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับคะแนน ตัวอย่างคำถาม เช่น "ฉันพยายามที่จะเอาปัญหาออกจากใจของฉันเสมอ" และ "ฉันมักจะทำอะไรเพื่อเบี่ยงเบนความคิดของฉันเสมอ" เป็นต้น ($\alpha = .84$) 2. การวัดผลลัพธ์ทางสรีรวิทยา เพื่อศึกษาผลกระทบจากความเครียดในภาวะติดแอลกอฮอล์ แนวปฏิบัติของปฏิกิริยาต่อสิ่งกระตุ้น ได้ถูกนำมาใช้เพื่อวัดปฏิกิริยาอัตโนมัติ และการคืนสู่ภาวะปกติเมื่อได้รับความเครียดอันเป็นสิ่งกระตุ้นความอยากใช้แอลกอฮอล์ (stress-primed alcohol cues) ประกอบด้วย 1) การวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) 2) การทดสอบด้วยการเผชิญกับภาพกระตุ้น

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)	ความเครียด(aversive photographs) 3)การวัด R-R intervals รายละเอียดดังนี้ 2.1 การวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) ทำการศึกษาโดยการติดเซนเซอร์บริเวณกล้ามเนื้อหน้าอกด้านซ้าย ด้านขวา และเหนือสะดือของผู้เข้าร่วมศึกษา วัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นตัวอย่างที่ระดับ 500 Hz และบันทึกอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ตามแนวปฏิบัติของระบบ Biopac MP150 data acquisition system (Biopac Systems, Goleta, CA) เมื่อติดขั้วไฟฟ้ากับตัวผู้เข้าร่วมศึกษาแล้ว จะประเมินผู้เข้าร่วมศึกษาถึงระดับของความทุกข์ในปัจจุบัน ด้วยแบบประเมิน visual analogue scale (VAS) แบ่งเป็น 10ระดับคะแนน (0 = ไม่มีเลย, 9 = มีมาก) จากนั้นผู้เข้าร่วมได้รับคำสั่งให้อยู่นิ่ง เงียบ และไม่คิดเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เป็นเวลา 5 นาทีในช่วงเก็บข้อมูลพื้นฐาน หลังจากนั้นจะประเมินซ้ำอีกหลังจากพักเป็นเวลา 5 นาที เพื่อประเมินปฏิกิริยาที่มีต่อ การทดลองที่ไม่เคย ได้รับมาก่อน 2.2 การทดสอบด้วยการเผชิญกับภาพกระตุ้นความเครียด ลักษณะเป็นรูปภาพ aversive photographs จำนวน 30 ภาพ จาก the International Affective Picture System (IAPS) โดยเสนอภาพที่ไม่พึงพอใจ บนหน้าจอแล็ปท็อปขนาด 15 นิ้ว ภาพละ 10 วินาทีติดต่อกันตามลำดับ (ระยะเวลาทั้งหมด : 5 นาที) และขอให้ผู้เข้าร่วมศึกษาดูภาพและหยุดเท่าที่สามารถเป็นไปได้หลังจากนำเสนอภาพแล้วจะให้ผู้เข้าร่วมศึกษาประเมินความทุกข์ในปัจจุบันของตนเองอีกครั้ง หลังจากนั้นจะให้ผู้เข้าร่วมศึกษาดูรูปภาพของเบียร์ ไวน์และสุรา กลิ่น จำนวน 30 ภาพ (ในจำนวนนี้มีภาพบุคคลที่ดื่มเครื่องดื่มหรือการเตรียมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 12 ภาพ) ถูกนำเสนอภาพละ 10 วินาทีติดต่อกันตามลำดับ (ระยะเวลาทั้งหมด : 5 นาที) และขอให้ผู้เข้าร่วมศึกษาดูรูปภาพอีกครั้ง ในตอนท้ายของช่วงดูภาพถึงกระตุ้นแอลกอฮอล์จะให้ผู้เข้าร่วมศึกษาประเมินความทุกข์ในปัจจุบันของตนเองอีกครั้ง หลังจากพักเป็นเวลา 5 นาที เพื่อประเมินว่า “ผู้เข้าร่วมศึกษายังคงสงบเงียบอยู่เหมือนเดิม และคงสภาพร่างกายไว้อย่างเดิมหรือไม่ และใช้วิธีการใดก็ได้ที่ได้เรียนรู้เพื่อเผชิญหรือลดความอยากดื่ม” หลังจากนั้นให้จัดระดับของความทุกข์ในปัจจุบันของพวกเขาอีกครั้ง และใช้แบบสอบถามเชิงคุณภาพเพิ่มอีก 1 ข้อ

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)	คือ "คุณใช้วิธีการใดจัดการกับความอยากดื่ม ?" ให้ระบุใช้กลยุทธ์ที่ใช้การจัดการกับความอยาก 2.3 การวัด R-R intervals ประเมินโดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจด้วยเครื่องมือของ Nevrokard aHRVsoftware (Medistar, Stegne, Ljubljana, Slovenia) ข้อมูล R-wave file ตรวจสอบเพื่อระบุ R-wave ที่เกิดขึ้นว่ามีความผิดปกติหรือไม่ ค่าที่ได้นำมาประเมินด้วย Kubios 2.0 (Biosignal Analysis and Medical Imaging Group, University of Finland) ใช้สำหรับการวิเคราะห์โดเมนของ R-R intervals ประมาณค่า HRV ได้จากการคำนวณรากที่สองของความแตกต่างของกำลังสองเฉลี่ยระหว่างช่วงเวลา R-R intervals ต่อเนื่อง (RMSSD) การวิเคราะห์ผลในปัจจุบันมุ่งที่การเปลี่ยนแปลงใน HRV ระหว่างได้รับสิ่งกระตุ้นแอลกอฮอล์และช่วงเวลาฟื้นคืนตัว 3. Alcohol attentional bias –ใช้โปรแกรม E-Prime 1.2 (PST Inc., Pittsburgh, PA) และแสดงผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ IBM T60 laptop มีหน้าจอขนาด 15 นิ้ว ใช้วัด alcohol AB โดยแสดงผลรูปภาพแบบ grayscale images จำนวน 2 ลักษณะ ภาพลักษณะแรกภาพที่มีผลต่อการกระตุ้นแอลกอฮอล์ แต่อีกภาพลักษณะหนึ่งเป็นกลางต่อแอลกอฮอล์ ภาพทั้ง 2 ลักษณะนำเสนอด้วยเวลา 200 ms หรือ 2,000 ms และระยะเวลาการนำเสนอภาพเป็นแบบสุ่ม และ counterbalanced ในการทดลอง 20 ครั้ง และการทดลอง 160 ครั้ง ภาพ inter-stimulus interval (ISI) เป็นรูปที่กำหนดเป็นเป้าหมาย (มีสองจุด) จะแทนหนึ่งภาพ แสดงผลด้วยเวลา 50 ms ส่วนรูปที่เป็น probe distracter (มีหนึ่งจุด) จะแทนรูปอื่น ๆ แสดงผลด้วยเวลา 100 ms จากนั้นผู้เข้าร่วมศึกษาได้รับคำสั่งทดสอบด้วยการเผชิญกับภาพและให้ระบุตำแหน่งเป้าหมายที่มีการตอบสนอง ด้วยการกดปุ่มซ้ายหรือขวาบนแป้นพิมพ์ สำหรับรูปภาพเป้าหมายแบบ probes pseudorandomly ซึ่งแทนที่ภาพแอลกอฮอล์และภาพหลักจะแสดงภาพแสดงด้วยความถี่เท่ากัน ลักษณะรูปภาพสิ่งกระตุ้นแอลกอฮอล์ประกอบด้วย ภาพของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 13 ภาพ และภาพของบุคคลดื่มสุรา 7 ภาพ ภาพสิ่งเร้า

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)	กลางของรายการเครื่องคร่าวรวม 13 ภาพและภาพของคนในห้องครัว 7 ภาพ ในชุดภาพการกระตุ้นจะวิเคราะห์เกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณความถี่ของภาพและระยะว่างของภาพในกลุ่มผู้เข้าร่วมศึกษา เพื่อให้แน่ใจว่าพวกเขาไม่มีแตกต่างกันในแง่ของคุณสมบัติ Basic Visual ที่ได้เกิดจากการมองภาพอย่างตั้งใจโดยไม่เฉพาะเจาะจงกับปริมาณของรูปภาพ ซึ่งการทดลองนี้ประเมินทั้ง the spectral peak (Neutral: 0.0180, Alcohol: 0.0176, $t(38)=0.383$, $p=0.704$) และ spectral width (Neutral: 59.20, Alcohol: 59.29, $t(38)= - 0.027$, $p=0.979$) พบว่าโดยชุดทดสอบด้วยการเผชิญกับภาพทั้ง 2 ชุดนี้ไม่มีนัยสำคัญที่แตกต่างกัน
วิธีดำเนินการ	งานวิจัยนี้ได้ใช้รูปแบบวิธีการบำบัดสองรูปแบบ คือ 1.Mindfulness Oriented Recovery Enhancement (MORE) 2. Alcohol Support Group (ASG) รายละเอียดดังนี้ 1.Mindfulness Oriented Recovery Enhancement (MORE) การบำบัดแบบ MORE ดัดแปลงจากรูปแบบการบำบัด Mindfulness - Based Cognitive Therapy ที่ออกแบบมาใช้ในการบำบัดด้วยการเจริญสติเพื่อป้องกันการกลับซ้ำของภาวะซึมเศร้า (Segal, Williams, & Teasdale 2002) มีจำนวน 10 บท ประกอบด้วยการเจริญสติด้วยกำหนดลมหายใจและทำเจริญสติด้วยการเดิน การเจริญสติร่วมกับบำบัดสารเสพติดโดยเฉพาะ เช่น ตัวกระตุ้นการกลับใช้ซ้ำ ความอยาก การเก็บกดความคิด ความเครียดและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดโดยจิตไร้สำนึก ผู้บำบัดคือนักสังคมสงเคราะห์ระดับปริญญาโท (MSW) ที่มีประสบการณ์ในการเจริญสติสมาธิ และผ่านการฝึกอบรมในการบำบัดแบบ cognitive-behavioral treatments สำหรับการติดสารเสพติด 2.Alcohol Support Group (ASG) มีจำนวน 10 บท ผู้บำบัดเป็นนักสังคมสงเคราะห์ระดับปริญญาโท (MSW) การบำบัดดำเนินการตามรูปแบบที่ได้จากคู่มือการบำบัดแบบ Matrix พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้บำบัดผู้ป่วยนอกแบบเข้ม (Rawson & McCann, 2006 อ้างใน Garland, Gaylord, Boettiger, & Howard, 2010) ผู้เข้าร่วมการบำบัดแบบ ASG จะได้รับการบำบัดโดยส่งเสริมการ

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีดำเนินการ (ต่อ)	เปิดเผยความรู้สึกและความคิดเกี่ยวกับหัวข้อของกลุ่ม รวมทั้งการได้รับคำแนะนำและได้รับการประทับประคองทางอารมณ์จากสมาชิกในกลุ่ม โดยนักสังคมสงเคราะห์ระดับปริญญาโท จะเป็นผู้ที่ช่วยในการดำเนินการอภิปรายโดยใช้ทักษะการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากแนวปฏิบัติที่ให้ไป ทั้งนี้ในส่วนของการบำบัดสารเสพติด สามารถที่จะเทียบเคียงกันได้ ในทั้ง 2 รูปแบบการบำบัดนี้ เนื่องจากหัวข้อของการบำบัดแบบ ASG ปรับให้มีความสอดคล้องตรงกันกับรูปแบบของ MORE นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมการบำบัดแบบ MORE จะต้องฝึกเจริญสติเป็นเวลาสิบห้านาทีต่อวัน ในขณะที่ผู้เข้าร่วมการบำบัดแบบ ASG จะต้องบันทึกประจำวันในหัวข้อของกลุ่มประทับประคองเป็นเวลา 15 นาทีต่อวันด้วย
ผลการศึกษา	ลักษณะประชากร ลักษณะกลุ่มที่ศึกษาก่อนรับการบำบัดพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มที่ศึกษาก่อนรับการบำบัดทั้งแบบ MORE และแบบ ASG ยกเว้นจำนวนของการดื่มแอลกอฮอล์ / วัน ($= 0.094 p$) โดยพบว่าในผู้เข้าร่วมการบำบัดแบบ MORE มีระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงขึ้นเล็กน้อยของก่อนเข้า TC มากกว่าผู้เข้าร่วมการบำบัดแบบ ASG และไม่มีความแตกต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มที่รับการบำบัดเสร็จสิ้นแล้ว กับกลุ่มที่หยุดการบำบัดก่อนเสร็จสิ้นการบำบัด ผลความร่วมมือในการบำบัดและการยุติการบำบัด ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างประมาณ 69% ($N = 37$) จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ($N = 53$) ที่ได้รับการประเมินหลังการบำบัดเสร็จสิ้นแล้ว แบ่งเป็นผู้เข้าร่วมการบำบัดแบบ MORE จำนวน 18 คน และผู้เข้าร่วมการบำบัดแบบ ASG จำนวน 19 คน เทียบกับลักษณะของกลุ่มผู้ที่ยุติการบำบัดไม่พบลักษณะประชากรที่มีความแตกต่างกัน ในส่วนของจำนวนครั้งที่ร่วมการบำบัด พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทั้งสอง โดยผู้เข้าร่วมการบำบัดแบบ MORE เสร็จสิ้นแล้วมีจำนวนครั้งที่ร่วมการบำบัดเท่ากับ 8.0 ± 2.1 ครั้ง ในขณะที่ผู้เข้าร่วมการบำบัดแบบ ASG เสร็จสิ้นแล้วมีจำนวนครั้งที่ร่วมการบำบัดเท่ากับ 7.3 ± 3.5 ครั้ง

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	ผลต่อการลดความเครียด ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดทั้งแบบ MORE และแบบ ASG นำไปสู่การลดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญตลอดช่วงเวลาที่บำบัด [$F(1, 35) = 18.11, p < .001, \eta^2 = 0.34$] และเมื่อคำนวณจากผลของการบำบัดที่มีนัยสำคัญ $\times$ ระยะเวลาปฏิสัมพันธ์ต่อการรับรู้ความเครียด [$F(1, 35) p = 5.06, = 0.03, \eta^2 = 0.13$] จะพบว่า การบำบัดแบบ MORE มีนัยสำคัญอย่างมากต่อการลดการรับรู้ความเครียดตลอดช่วงระยะเวลา 10 สัปดาห์มากกว่าการบำบัดแบบ ASG ผลต่อการหยุดความคิด ผลของการบำบัดแบบ MORE และการบำบัดแบบ ASG ต่อการหยุดความคิดโดยระยะเวลา (effect of time) เมื่อคำนวณจากผลของการบำบัดที่มีนัยสำคัญ $\times$ ระยะเวลาปฏิสัมพันธ์ต่อการหยุดความคิด [$F(1, 35) = 4.26, p = 0.04, \eta^2 = 0.11$] พบว่าการบำบัดแบบ MORE นำไปสู่การลดลงของการหยุดความคิดอย่างมีนัยสำคัญตลอดช่วงระยะเวลา 10 สัปดาห์ ขณะที่การบำบัดแบบ ASG นำไปสู่การเพิ่มการหยุดความคิดตลอดช่วงระยะเวลา 10 สัปดาห์ ผลต่อการลดอาการทางจิตเวช -พบว่า มีผลการลดอาการทางจิตเวชตลอดช่วงระยะเวลาการบำบัด [$F(1, 35) p = 10.83, = .002, \eta^2 = 0.24$] เมื่อคำนวณจากผลของการบำบัดที่ไม่มีนัยสำคัญ $\times$ ระยะเวลาปฏิสัมพันธ์ต่ออาการทางจิตเวช ผลของต่อระดับการเจริญสติ และ Heart rate variability (HRV) พบว่า เมื่อคำนวณจากผลการบำบัดที่มีนัยสำคัญ $\times$ ปฏิสัมพันธ์ที่มีเงื่อนไขโดยวางแผนกำหนดความแตกต่างระหว่างการเผชิญกับสิ่งกระตุ้นอื่นนำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์ และช่วงระยะเวลาการกลับคืนสภาพปกติ [$F(1, 30) p = 5.30, = 0.03, \eta^2 = 0.15$] ได้แสดงว่ารูปแบบของ HRV ในช่วงการเผชิญกับสิ่งกระตุ้นอื่นนำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์ และช่วงระยะเวลาการกลับคืนสภาพปกติ พบว่ามีความแตกต่างกันอันเป็นผลจากการบำบัด โดยผู้เข้ารับการบำบัดแบบ MORE มีอัตราของ HRV เพิ่มขึ้นในขณะที่เผชิญกับสิ่งกระตุ้นอื่นนำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์แล้วจะลดลงในช่วง

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	ระยะเวลาการกลับคืนสภาพปกติ ในขณะที่ผู้เข้ารับการบำบัดแบบ ASG มีอัตราของ HRV ลดลงในขณะที่เผชิญกับสิ่งกระตุ้นอันนำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์แล้วจะเพิ่มขึ้น ในช่วงระยะเวลาการกลับคืนสภาพปกติ และเมื่อคำนวณจากผลการบำบัดที่ไม่มีนัยสำคัญ $\times$ เงื่อนไขที่มีผลต่อ HRV ที่พบในระหว่างการประเมินพื้นฐานหลังจากมีความแปรปรวนร่วมของระดับความรุนแรงของภาวะติดแอลกอฮอล์และการรับรู้ความเครียดก่อนได้รับการบำบัด พบว่าการกลับคืนสภาพปกติของ HRV เป็นผลมาจากการบำบัดทั้งแบบ MORE และแบบ ASG ผลจากการศึกษาในเชิงคุณภาพพบว่า ปฏิบัติการต่อสิ่งกระตุ้นนำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์ ภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดแล้วพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดแบบ MORE ทั้งหมดมีการฝึกเจริญสติเพิ่มเติมในช่วงระยะเวลาการกลับคืนสภาพปกติ ในขณะที่ผู้เข้ารับการบำบัดแบบ ASG พบว่ากลยุทธ์ที่ใช้กันมากที่สุดได้แก่ การประเมินทางความคิด (cognitive reappraisal) (เช่น มุ่งเน้นไปที่ผลเสียของการดื่มสุรา และผลดีของความสุข) รวมทั้งการหยุดความคิด (เช่น การพยายามที่จะคิดเกี่ยวกับสิ่งอื่น) เป็นต้น เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับความทุกข์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการตามแนวปฏิบัติของปฏิบัติการต่อสิ่งกระตุ้นนำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์ หลังจากมีการควบคุมระดับการบริโภคแอลกอฮอล์ในเบื้องต้นและระดับความสูง-ต่ำ ของการรับรู้ความเครียดแล้วพบว่าในผู้เข้ารับการบำบัดแบบ MORE มีนัยสำคัญอย่างมากในการลดความทุกข์เมื่อมีการเผชิญกับสิ่งกระตุ้นอันนำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์ได้ถึงช่วงระยะเวลาการกลับคืนสภาพปกติ ซึ่งมากกว่าในผู้เข้ารับการบำบัดแบบ ASG [$F(1,32) = 4.94, p = 0.03, \eta p^2 = 0.13$] ผลต่อการลดการเกิด Alcohol attentional bias (alcohol AB) อคติของกลุ่มที่ใกล้ชิดกับแอลกอฮอล์เมื่อแสดงรูปภาพแบบ 200 ms เมื่อคำนวณผลของการบำบัดที่มีนัยสำคัญ $\times$ ระยะเวลาปฏิสัมพันธ์ของ attentional bias กับรูปภาพแบบ 200 ms [$F(2, 32) = 4.76, p = 0.03, \eta p^2 = 0.23$] ในทางตรงกันข้าม กลุ่มตัวอย่างแสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญแบบสมการกำลังสองของการบำบัดที่มีนัยสำคัญ $\times$ ระยะเวลาปฏิสัมพันธ์ [$F(1,16), p = 8.09 = 0.01$] สำหรับอคติของกลุ่มที่ใกล้ชิดกับแอลกอฮอล์เมื่อ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	แสดงรูปภาพแบบ 2,000 ms พบว่ามีนัยสำคัญในลดลงของ attentional bias ตลอดช่วงเวลาที่รับการบำบัด ทั้งแบบ MORE และแบบ ASG [$F(2, 12) = 4.54, p = .02$] เมื่อคำนวณจากผลในการบำบัดที่ไม่มีนัยสำคัญ $\times$ ผลของระยะเวลา
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์	1.ผลการศึกษาที่มีความตรงหรือไม่ -ผลการวิจัยมีความตรงเนื่องจากการวิจัยมี วัตถุประสงค์ชัดเจน มีการกำหนดประชากรที่ศึกษาชัดเจนและเป็นการศึกษาที่ตรงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษาคือ ผู้ติดแอลกอฮอล์ มีโปรแกรมการบำบัดที่ชัดเจนคือใช้การบำบัดด้วยการเจริญสติ การศึกษามีการวัดผลที่เป็นตัวแปรตามชัดเจนคือ 1)ผลของการบำบัดแบบ ASGและการบำบัดแบบ MORE ที่มีต่อการลด การรับรู้ความเครียด การสูญเสียความสามารถในการยับยั้งการตอบสนองต่อแอลกอฮอล์ ความอยากแอลกอฮอล์ อาการทางจิตเวช การหยุดความคิด 2) วัดผลของกระตุ้นด้วยความเครียดอันนำไปสู่การดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อระดับการเจริญสติ และ Heart rate variability (HRV) 3)วัดผลของการเจริญสติที่มีต่อการลดการเกิด Alcohol attentional bias (alcohol AB) -งานวิจัยนี้เป็นงาน RCT มีความเหมาะสมในการใช้วิธีการวิจัยแบบ RCT เพื่อตอบคำถามงานวิจัย มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกที่ชัดเจน แต่การวิจัยนี้ไม่ได้อธิบายถึงวิธีการสุ่ม รูปแบบที่ใช้ วิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจนเพียงพออันมีผลต่อความน่าเชื่อถือของงานวิจัย -จากการวิเคราะห์ก่อนการบำบัดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกี่ยวกับลักษณะของประชากร มีการรายงานถึงกลุ่มตัวอย่างที่ยุติการบำบัด และไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของลักษณะประชากรในผู้ที่ยุติการบำบัด ดังนั้นลักษณะของประชากร เหล่านี้จึงมีผลทำให้งานวิจัยนี้มีความน่าเชื่อถือ -การศึกษาผลลัพธ์ที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยประเมินทางสรีรวิทยา เช่น การวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ วัดระดับ Heart rate variability (HRV) เมื่อกระตุ้นด้วยความเครียด และข้อมูลความรุนแรงของอาการทางจิตที่กระตุ้นความอยากดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การรับรู้ความเครียด(PSS), ความสามารถในการเก็บกดความคิด (The White Bear Suppression

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	Inventory: WBSI) เป็นต้นซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินผลที่ตรงกับผลลัพธ์ที่ต้องการศึกษาสะท้อนให้เห็นผลที่ได้รับจากการใช้แบบ MORE -การศึกษานี้ได้รับการรับรองจาก University of North Carolina - Chapel Hill Institutional Review Board แสดงถึงความน่าเชื่อถือของงานวิจัยได้ระดับหนึ่ง 2.ผลการศึกษาเป็นอย่างไร -ผลการวิจัยเรื่องนี้พบว่า 1) ผู้เข้ารับบำบัดแบบ MORE มีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญตามการรับรู้ตลอดช่วงเวลาที่บำบัด [$F(1, 35) = 18.11, p < .001, \eta p^2 = 0.34$] 2) ผู้เข้ารับบำบัดแบบ MORE มีการรับรู้ความเครียดลดลงตลอดช่วงระยะเวลา 10 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญ 3) ผู้เข้ารับบำบัดแบบ MORE มีความสามารถในการยับยั้งในการตอบสนองต่อความอยากแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น ($r = .52, p = 0.03$) 4) ผู้เข้ารับบำบัดแบบ MORE มีความทุกข์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อมีการเผชิญกับสิ่งกระตุ้นอันนำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์ได้ถึงช่วงระยะเวลาการ [$F(1, 32) = 4.94, p = 0.03, \eta p^2 = 0.13$] -ผลลัพธ์ที่ได้แสดงให้เห็นว่าการบำบัดแบบ MORE ผลต่อการรับรู้ความเครียด การหยุดความคิด เพิ่มการกลับเป็นปกติทางจิตวิทยาในสิ่งกระตุ้นความอยากแอลกอฮอล์ และจัดการกับ Alcohol attentional bias ซึ่งเหล่านี้มีผลต่อการคิดแอลกอฮอล์ทั้งสิ้น 3.สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ได้หรือไม่ อย่างไร -การวิจัยนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ alcohol dependence ตามเกณฑ์ของ DSM เป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับที่ผู้ศึกษาให้ความสนใจ จึงสามารถที่จะนำรูปแบบการบำบัดนี้ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้ -งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาการตอบสนองต่อความเครียดที่กระตุ้นความอยากใช้สารแอลกอฮอล์ได้ อันเป็นส่วนที่ต้องตรงตามความต้องการของผู้ศึกษาที่ทำการศึกษาและสามารถผลการศึกษานำไปใช้ในการลดความต้องการดื่มในผู้คิดแอลกอฮอล์ได้ -การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาจากหน่วยบำบัด Therapeutic Community (TC) ในชุมชนซึ่งแม้จะไม่ตรงกับโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ที่ผู้

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	ศึกษาได้ปฏิบัติงานอยู่แต่ก็พบว่าในประเทศไทยมีหน่วยงานที่ใช้การบำบัดในแบบ TC อยู่ การศึกษาดังกล่าวจึงสามารถนำมาปรับใช้ในการพัฒนารูปแบบดังกล่าวกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ -รูปแบบการบำบัดนี้พยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในขอบเขตการพยาบาลได้ โดยต้องผ่านการอบรมเจริญสติเพื่อให้มีประสบการณ์ก่อน และโปรแกรมที่ใช้ก็ไม่ก่อให้เกิดภาระงานเพิ่มขึ้นเนื่องจากที่หน่วยงานมีรูปแบบการบำบัดสารเสพติดของตนเองอยู่สามารถใช้รูปแบบการเจริญสติเป็นทางเลือกหนึ่งของการบำบัดได้ กระบวนการบำบัดไม่ซับซ้อน มีความปลอดภัย ไม่มีผลข้างเคียงหรือผลย้อนกลับจากการบำบัดนี้ และพยาบาลสามารถใช้อำนาจเต็มในการปฏิบัติการพยาบาลในฐานะผู้นำกลุ่มได้ แต่ทั้งนี้ผู้บำบัดอาจต้องมีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับการบำบัดแอลกอฮอล์แบบ TC ด้วย

ตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 3

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	Marcus, T. M., Schmitz, J., Moeller, G., Liehr, P., Cron, G. S., Swank, P. et al. (2009).
ชื่อเรื่อง / แหล่งที่พิมพ์	Mindfulness-Based Stress Reduction in Therapeutic Community Treatment: A Stage 1 Trial. <i>The American Journal of Drug and Alcohol Abuse</i> , 35, 103–108.
วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	เพื่อเปรียบเทียบความเหมาะสมของรูปแบบการบำบัด ระหว่าง Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC) กับการรักษาตามปกติ (Treatment As Usual: TAU) ในผู้ที่มีความผิดปกติการใช้สารเสพติด (substance use disorders) ในชุมชน
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้เข้าร่วมศึกษาจำนวนทั้งสิ้นจำนวน 459 คน คัดเลือกจาก the Houston facility of Cenikor Foundation โดยเป็นผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการรักษารูปแบบ TC ทั้งหมดเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM - IV สำหรับการติดสารเสพติด ผู้เข้ารับการรักษาก็ได้รับการติดต่อโดยผู้ช่วยวิจัย และได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยของ โดยแบ่งเป็นกลุ่มบำบัด Treatment As Usual (TAU) จำนวน 164 คนและกลุ่มบำบัดแบบ Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC) จำนวน 295 คน ผู้เข้าร่วมการศึกษาได้ให้ความยินยอมทั้งหมดและ การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการเพื่อการคุ้มครองการศึกษาในคน ของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพฮุสตัน มหาวิทยาลัยเท็กซัส (the Committee for the Protection of Human Subjects -The University of Texas Health Science Center at Houston) เกณฑ์การคัดเข้า 1.เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดสารเสพติดตามเกณฑ์ DSM - IV 2.เป็นผู้ที่เข้ารับรักษาสารเสพติด แบบ TC เกณฑ์การคัดออก -งานวิจัยไม่ได้อธิบายไว้
สถานที่เก็บ ข้อมูล	จากหน่วยบำบัด Therapeutic Community ใน the Houston facility of Cenikor Foundation, Texas, USA.

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของงานวิจัย	งานวิจัยนี้เป็นแบบ Controlled non randomized trials Study ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน อยู่ระดับที่ 3 คือ การวิจัยทดลองที่ไม่มีการสุ่มแต่มีกลุ่มควบคุม
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	1. แบบประเมินข้อมูลประชากรและข้อมูลสารเสพติด ดำเนินการโดยสถานบำบัด Cenikor เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลประชากรและข้อมูลการเสพติดเสพติดทั้งก่อนและระหว่างการศึกษา จากนั้นผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลเหล่านี้สำหรับนำไปศึกษาต่อไป การวัดผลจะถูกรวบรวมตั้งแต่ตอนเริ่มต้นและในเดือนที่ 1 เดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 ของการบำบัด 2.แบบประเมินอาการของความเครียด (The Symptoms of Stress Inventory: SOSI) ใช้ประเมินการตอบสนองทางกายภาพ, จิตวิทยาและพฤติกรรม ต่อความเครียด ประกอบด้วยการตอบสนองต่อความเครียด 10 ด้าน : ได้แก่ 1. อาการของอวัยวะส่วนปลาย (Peripheral Manifestations) 2.อาการของระบบปอดและหัวใจ (การตื่นเต้นและอาการของระบบหายใจส่วนบน) [Cardiopulmonary Symptoms (Arousal and Upper Respiratory Symptoms)] 3.อาการระบบประสาทส่วนกลาง (Central Neurological Symptoms) 4. อาการของระบบกระเพาะและลำไส้ (Gastrointestinal Symptoms) 5.ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle Tension) 6.ลักษณะนิสัย (Habitual Patterns) 7. ภาวะซึมเศร้า (Depression) 8.ภาวะเครียด/กลัวAnxiety/Fear 9.ความผิดปกติของอารมณ์ (Emotional Irritability) 10.ความผิดปกติของความคิด(Cognitive Disorganization) แบ่งเป็น 5 ระดับคะแนน จาก “ไม่มี” ถึง “บ่อยมาก” 3.การประเมินระดับ cortisol (Salivary cortisol determinations) การตรวจสอบระดับ cortisol ในน้ำลายใช้ประเมินของการตอบสนองต่อความเครียดทางสรีรวิทยา ตัวอย่างน้ำลายจะถูกเก็บที่ระยะเวลา ที่ 0, 15, 30, และ 45 นาทีหลังจากตื่นนอน ในแต่ละการช่วงเวลาของการศึกษารวม 5 ครั้ง โดยใช้เครื่องมือ the Salivette sampling device (Sarstedt, Inc.) และวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรม Cortisol RIA (ICN Diagnostics, Inc.) 4. การเก็บข้อมูลการคงอยู่ในการรักษา (Retention data) เก็บโดยการติดตามข้อมูลในกลุ่มผู้เข้าร่วมบำบัดอย่างต่อเนื่องในสถานบำบัด Cenikor หรือจนกระทั่งยุติการรักษา

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)	ข้อมูลทั้งหมดเก็บโดยผู้ช่วยการวิจัย ที่ผ่านการอบรมการเก็บข้อมูล เป็นเวลา 2 วันเพื่อความเชื่อถือได้ของการใช้เครื่องมือการศึกษาและมีการฝึกการเก็บน้ำลายจากผู้มีประสบการณ์ จาก the Substance Abuse Research Center at the University of Texas Health Science Center School of Medicine 5.การประเมินการมีส่วนร่วมในการบำบัด Mindfulness-Based Therapeutic Community โดยครูผู้ฝึกจะทำการประเมินการมีส่วนร่วมในชั้นเรียน โดยการบันทึกการเข้าร่วมชั้นเรียนและประเมินว่าผู้เข้าร่วมศึกษาคนใดที่มีส่วนร่วมในชั้นเรียนบ้าง ระดับของการมีส่วนร่วม คือ การประเมินในระดับ 5 คะแนน (1 = ไม่เคยเลย -5 = บ่อยมาก) เช่น "ประเมินว่าผู้เข้าร่วมศึกษามีส่วนร่วมในชั้นเรียนเรื่องใดบ้าง?" เป็นต้น ระดับการมีส่วนร่วมคำนวณจาก จำนวนชั่วโมงที่ได้เข้าร่วมในชั้นเรียน คูณด้วยค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนการมีส่วนร่วม กับทุกครั้งที่เข้าร่วมที่เข้าเรียน ซึ่งมีคะแนนระหว่าง 1-85 คะแนน
วิธีดำเนินการ	เริ่มต้นภายใน 72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการบำบัด ผู้เข้ารับการรักษาก็ได้รับการติดต่อโดยผู้ช่วยวิจัย และได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยของ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มประกอบด้วย กลุ่มบำบัดแบบ Therapeutic Community (Treatment As Usual:TAU) จำนวน 164 คน และกลุ่มบำบัดแบบ Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC) จำนวน 295 คน การบำบัดในสถานบำบัด Cenikor เป็นโปรแกรมการบำบัดระยะยาว 18 เดือน ตามมาตรฐานการบำบัดที่ออกแบบสำหรับผู้ใหญ่ที่อยู่ใน TC ซึ่ง มีการบำบัด 6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการติดสารเสพติด (chemical dependency counseling) การฝึกทักษะชีวิต (life skills training) การปรับโครงสร้างความคิด (cognitive restructuring) และโปรแกรมนี้ยังรวมถึงการฝึกอาชีพด้วย ในระยะปฐมนิเทศ ผู้เข้ารับการบำบัดจะใช้เวลา 4 ถึง 6 สัปดาห์เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดเรียนรู้ "กฎระเบียบและเครื่องมือ" ของการบำบัดแบบ TC ก่อนที่จะเข้าสู่การบำบัดในระยะเริ่มต้นต่อไป ซึ่งจะมีการให้คำปรึกษารายบุคคลและกลุ่มอย่างเข้มข้น โดยมีการฝึกอาชีพช่วงสุดท้ายของการรักษา มุ่งเน้นที่เน้นการเปลี่ยนผ่านสู่โลกภายนอก งานวิจัยนี้ได้ใช้รูปแบบวิธีการบำบัดสองรูปแบบ คือ 1. Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC) 2. การบำบัด

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีดำเนินการ (ต่อ)	Therapeutic Community รายละเอียดดังนี้ 1. Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC) การบำบัด เริ่มต้นด้วยการแนะนำรูปแบบการบำบัดทั่วไป แต่ละชั้นเรียนนั้น อาจจะลดจำนวนลงเป็น 6 ครั้งแทนจาก 8 ครั้ง และเพิ่มระยะเวลาเป็น 2 ชั่วโมงครึ่งสองถึง 3 ชั่วโมงแทน 90 นาทีก็ได้ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้เข้าร่วมศึกษาที่จะได้รับการบำบัดครบ 17 ชั่วโมง ก่อนที่จะแบ่งไปเข้าสู่อุ้งการบำบัดหลักต่อไป ชั้นเรียนจัดเป็น 2 ครั้ง/สัปดาห์ ในช่วง 2 สัปดาห์แรก และ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ในสัปดาห์ถัดไป เป็นเวลาอีก 2 สัปดาห์ ขนาดของชั้นเรียนโดยเฉลี่ย 15-20 คน โปรแกรม Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) ได้ปรับจากแนวทางคู่มือการรักษาของ the Stress Reduction and Relaxation Clinic at the University of Massachusetts Medical Center ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่ TC ตัวอย่างเช่น ชั้นเรียนแรก เป็นเรื่องของ การ “ตื่นขึ้นมามีชีวิตอีกครั้ง หรือ “ลดการทำอะไรแบบอัตโนมัติ” (reawakening to life or reducing the tendency to operate on automatic pilot)” บทเรียนจะเพิ่มเติมกับการบำบัดใน TC ซึ่งมีปรัชญาแบบเดียวกันคือ “การอยู่อย่างถูกต้อง(right living)” กับปัจจุบัน การเข้าชั้นเรียนแต่ละครั้งจะร่วมกับการฝึกเจริญสติ และสนทนากับการประโยชน์ของการฝึกใช้เทคนิคที่ใช้ต่อการฟื้นคืนสภาพปกติใน TC นอกจากเรียนอย่างเป็นทางการแล้ว ผู้เข้าร่วมศึกษาจะต้องฝึกเจริญสตินอกชั้นเรียน 45 นาที/วัน เป็นเวลา 6 วัน/สัปดาห์ โดยมีการจดบันทึก และฝึกเจริญสติในห้องฝึกที่มีแผ่นเสียงคอมแพคดิสก์บอกแนวทางในการเจริญสติ ผู้รับการฝึกจะได้รับสนับสนุนให้ ใช้แนวทางเจริญสติเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดในชีวิตประจำวันนอกห้องเรียนด้วย ผู้ฝึกสอน MBTC นี้เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ โดยสำเร็จการศึกษาหลักสูตรเจริญสติแบบเข้มข้นจากผู้เชี่ยวชาญของศูนย์ the Center for Mindfulness และผ่านการฝึกการบำบัด therapeutic community method เป็นเวลา 6 ชั่วโมง ได้รับการอบรมแบบเข้มสำหรับการใช้คู่มือ MBTC และการฝึกปฏิบัติงาน internship อีก 4 สัปดาห์ โดยแต่ละชั้นเรียนจะมีการบันทึกเทป

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีดำเนินการ (ต่อ)	เสียงและเทปนี้จะถูกตรวจสอบโดยบุคคลผู้ที่มีประสบการณ์กับ MBSR จำนวน 2 คน เพื่อการติดตามตรวจสอบการรักษา การบำบัด Therapeutic Community ในสถานบำบัด Cenikor เป็นโปรแกรมการบำบัดระยะยาว 18 เดือน ใช้มาตรฐานการบำบัดที่ออกแบบสำหรับผู้ใหญ่ที่อยู่อาศัยใน TC ซึ่งรับการบำบัด 6 ชั่วโมงในแต่ละหน่วยบำบัดต่อสัปดาห์ ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการติดสารเสพติด (chemical dependency counseling) การฝึกทักษะชีวิต (life skills training) การปรับโครงสร้างความคิด (cognitive restructuring) และโปรแกรมนี้อยู่รวมถึงการฝึกอาชีพด้วย
ผลการศึกษา	ผลของความเครียด -พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ย SOSI พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ตลอดช่วงเวลา 9 เดือนของการศึกษา ($p < .01$) ทั้งสองกลุ่ม แม้ว่าในกลุ่มทดลองมีความเครียดรวมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมในเดือนที่ 3 แต่เมื่อติดตามครบ 9 เดือนพบว่าค่าคะแนนรวมความเครียดในกลุ่มทั้งสองไม่แตกต่างกัน -พบว่า ค่าคะแนนความตึงตัวของกล้ามเนื้อและอารมณ์หงุดหงิด อันเป็นมิติด้อยของความเครียด พบความแตกต่างตามช่วงเวลาคือ ใน กลุ่ม MBTC ที่มีคะแนนที่ต่ำลงในเดือนที่ 3 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p = .02$ สำหรับความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และ $p = .03$ สำหรับอารมณ์หงุดหงิด) ผลการวิเคราะห์ระดับ cortisol -พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันตามช่วงเวลา ($p = .03$) โดยกลุ่ม MBTC แสดงถึงลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลา 9 เดือนของการศึกษา ในขณะที่กลุ่มควบคุมแสดงรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของระดับ cortisol ที่ไม่สม่ำเสมอ โดยรวมแล้วในกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มที่จะมีค่าระดับ cortisol ที่สูงกว่าระดับระดับ cortisol ในกลุ่ม MBTC ($p = <.01$) -พบว่า ระดับคะแนนรวมเฉลี่ย SOSI ที่สูงขึ้นพบว่าเกี่ยวข้องกับ ระดับ cortisol ที่สูงขึ้นด้วย ($p <.01$) ซึ่งความสัมพันธ์นี้พบว่าการเปลี่ยนแปลงตลอดช่วงเวลา ในลักษณะความสัมพันธ์ที่เข้มแข็งที่สุด เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดือนที่ 9 ($p <.01$) โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในค่าเฉลี่ยระดับ cortisol ในเพศชายและหญิง

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	ผลของการคงอยู่ในการบำบัด -พบว่า เมื่อเปรียบเทียบ log-rank test สำหรับ เวลาที่ยุติการบำบัด(เวลาที่คงอยู่ในการบำบัด) สำหรับกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .45$) ค่ามัธยฐานเวลาที่คงอยู่ในการบำบัดสำหรับกลุ่มควบคุมคือ 44 วัน เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานเวลาที่คงอยู่ในการบำบัดสำหรับกลุ่ม MBTC คือ 46 วัน -พบว่า เมื่อวิเคราะห์ด้วย Cox proportional hazards regression เพื่อเปรียบเทียบเวลาที่ยุติการรักษา ในทั้งทั้งสองกลุ่มหลังจากที่ได้จัดการกับสถานะกฎหมาย, เพศ, และ คะแนน SOSI ตอนพื้นฐานแล้ว พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในการคงอยู่ในการรักษา ทั้งในกลุ่ม MBTC และกลุ่มควบคุม ($p = .87$) -พบว่า การปฏิบัติตามกฎหมาย และคะแนน SOSI พื้นฐาน จะส่งผลต่อการคงอยู่ในการรักษา โดยการปฏิบัติตามกฎหมายมีความจำเป็นต่อการบำบัดชุมชน โดยพบว่า โอกาสที่จะยุติการรักษามีน้อยเพียง 29% (hazard ratio = .71, $p = .01$) -พบว่าคะแนนรวม SOSI ที่สูงขึ้น พบว่ามีความสัมพันธ์กับการยุติการรักษาที่เพิ่มขึ้น (hazard ratio = 1.20, $p = .03$) -คะแนนความตึงตัวของกล้ามเนื้อพื้นฐาน พบว่ามีความสัมพันธ์กับการยุติการรักษาที่เพิ่มขึ้น (hazard ratio = 1.14, $p = .02$) -ระดับอารมณ์หงุดหงิดไม่ได้มีผลต่อการคงอยู่ในการรักษา (hazard ratio = 1.03, $p = .56$) -นอกจากนี้ระดับ cortisol ในน้ำลายพื้นฐานไม่ได้มีผลต่อการคงอยู่ในการรักษา ($p = 0.87$) และปฏิสัมพันธ์ของคะแนน SOSI และความร่วมมือในกลุ่มไม่ได้มีผลต่อการคงอยู่ในการรักษา ($p = .78$) -พบว่าในกลุ่มผู้ที่คงอยู่ในสถานบำบัด Cenikor ก่อนที่จะเริ่มต้นของการบำบัด เมื่อวิเคราะห์การคงอยู่ในการรักษา ในกลุ่มที่ศึกษาชี้ให้เห็นว่า การปฏิบัติตามกฎหมาย, เพศ, และคะแนนเฉลี่ยรวม SOSI พื้นฐานคะแนน พบว่า การเพิ่มขึ้นของระดับการมีส่วนร่วม มีความสัมพันธ์กับการลดลงของการยุติการรักษา (hazard ratio = 0.976, $p < .01$)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์	1.ผลการวิจัยมีความตรงหรือไม่ -ผลการวิจัยมีความตรงเนื่องจากการวิจัยมี วัตถุประสงค์ชัดเจน มีการกำหนดประชากรที่ศึกษาชัดเจนและเป็นการศึกษาที่ตรงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษาคือ ผู้ติดสารเสพติด โดยว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะติดแอลกอฮอล์ร่วมด้วย -มีโปรแกรมการบำบัดที่ชัดเจน การศึกษามีการวัดผลชัดเจนคือ ผลของการบำบัดแบบ MBTC กับ แบบ TAU ต่อความเครียด ต่อระดับ cortisol และต่อการคงอยู่ในการบำบัด -จากการวิเคราะห์ก่อนการบำบัดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกี่ยวกับลักษณะของประชากร มีการรายงานลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ยุติการบำบัด และพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของลักษณะประชากรในผู้ที่ยุติการบำบัด ดังนั้นลักษณะของประชากรเหล่านี้จึงไม่มีผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของงานวิจัยนี้ -การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการเพื่อการคุ้มครองการศึกษาในคน ของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพสุทัศน์ มหาวิทยาลัยเท็กซัส (the Committee for the Protection of Human Subjects -The University of Texas Health Science Center at Houston) แสดงถึงความน่าเชื่อถือของงานวิจัยได้ระดับหนึ่ง -รูปแบบเป็นการศึกษาแบบทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการประเมิน พื้นฐานก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัดและหลังการบำบัด นำไปสู่การศึกษาผลลัพธ์ที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยใช้แบบประเมิน ข้อมูลทางชีวภาพ เช่น salivary cortisol และข้อมูลความรุนแรงของอาการความเครียด(SOSI) ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินผลที่ตรงกับผลลัพธ์ที่ต้องการศึกษาสะท้อนให้เห็นผลที่ได้จากการใช้การบำบัดที่ได้รับจากการบำบัดแบบ MBTC 2.ผลการวิจัยเป็นอย่างไร ผลที่ได้จากการวิจัยนี้คือ 1)ผู้เข้ารับบำบัดแบบ MBTC มีคะแนน SOSI ในด้านย่อยของความตึงตัวของกล้ามเนื้อและอารมณ์หงุดหงิด ที่ต่ำลงในช่วงเวลาเดือนที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p = .02$ สำหรับ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และ $p = .03$ สำหรับอารมณ์หงุดหงิด) 2) ผู้เข้ารับบำบัดที่มีระดับคะแนนรวมเฉลี่ย SOSI สูงขึ้น จะสัมพันธ์กับระดับ cortisol ที่สูงขึ้นด้วย ($p < .01$) 3) ผู้เข้ารับบำบัดแบบ MBTC มีระดับ cortisol ลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลา 9 เดือนของการศึกษา ในขณะที่กลุ่มควบคุมแสดงรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของระดับ cortisol ที่ผิดปกติ โดยมีค่าระดับ cortisol ที่สูงกว่าระดับระดับ cortisol ในกลุ่มผู้เข้ารับบำบัดแบบ MBTC ($p = < .01$) 3. ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่ -การวิจัยนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะคิดสารเสพติดตามเกณฑ์ของ DSM แม้จะเป็นการศึกษากลุ่มใหญ่ของการคิดสารเสพติด แต่ก็พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะคิดแอลกอฮอล์ร่วมด้วยอันเป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับที่ผู้ศึกษาให้ความสนใจ จึงสามารถที่จะนำรูปแบบการบำบัดนี้ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้ -งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาเปรียบเทียบความเหมาะสมของรูปแบบการบำบัดระหว่าง (MBTC) กับ (treatment as usual: TAU) ในผู้มีความผิดปกติการใช้สารเสพติดในชุมชน โดยผลการศึกษาพบว่าสามารถลดการตอบสนองต่อความเครียดที่กระตุ้นความอยากใช้สารเสพติดได้ อันเป็นส่วนที่ตรงตามความต้องการของผู้ศึกษาที่ทำการศึกษาและสามารถผลการศึกษาไปใช้ในการลดความเครียดความต้องการดื่มในผู้ติดแอลกอฮอล์ได้ -การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาจากหน่วยบำบัด Therapeutic Community (TC) ในชุมชนซึ่งแม้จะไม่ตรงกับโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ที่ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติงานอยู่ แต่ก็พบว่าในประเทศไทยมีหน่วยงานที่ใช้การบำบัดในแบบ TC อยู่ การศึกษาดังกล่าวจึงสามารถนำมาปรับใช้ในการพัฒนารูปแบบดังกล่าวกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ -รูปแบบการบำบัดนี้พยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในขอบเขตการพยาบาลได้ โดยต้องผ่านการอบรมเจริญสติเพื่อให้มีประสบการณ์ก่อน และโปรแกรมที่ใช้ก็ไม่ก่อให้เกิดภาระงานเพิ่มขึ้นเนื่องจากที่หน่วยงานมีรูปแบบการบำบัดสารเสพติดของตนเองอยู่สามารถใช้รูปแบบการเจริญสติเป็นทางเลือกหนึ่งของการบำบัดได้ กระบวนการบำบัดไม่ซับซ้อน มีความปลอดภัย ไม่มีผลข้างเคียงหรือผลย้อนกลับจากการบำบัดนี้ และพยาบาล

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์(ต่อ)	สามารถใช้อำนาจเต็มในการปฏิบัติการพยาบาลในฐานะผู้นำกลุ่มได้ แต่ทั้งนี้ ผู้บำบัดอาจต้องมีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับการบำบัดแอลกอฮอล์แบบ TC ด้วย



ตารางประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องที่ 4

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	Zgierska, A., Rabago, D., Zuelsdorff, M., Coe, C., Miller, M., & Fleming, M. (2008).
ชื่อเรื่อง / แหล่งที่พิมพ์	Mindfulness Meditation for Alcohol Relapse Prevention: A Feasibility Pilot Study, <i>Journal of Addiction Medicine</i> , 2(3), 165-173.
วัตถุประสงค์ ของการศึกษา	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการฝึกเจริญสติเพื่อป้องกันการกลับใช้ซ้ำ (Mindfulness-Based Relapse Prevention) ร่วมกับการบำบัดมาตรฐานที่ใช้อยู่ในผู้ที่มีภาวะติดแอลกอฮอล์
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมศึกษา (N=19) คัดเลือกจากผู้เข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมความร่วมมือทางชุมชนในการบำบัดผู้ป่วยนอกแบบเข้ม collaborating community-based Intensive Outpatient Treatment Programs (IOPs) จำนวน 3 ชุมชน ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ ปี 2007 โดยใช้การบำบัดตามแนวปฏิบัติ best practice ในการบำบัดผู้ใหญ่ที่ติดแอลกอฮอล์ ในกลุ่มผู้รับการบำบัดประมาณ 500 คนจะมีผู้ติดแอลกอฮอล์รายใหม่จำนวน 50 คน เข้าสู่โปรแกรม IOPs ทุกเดือน และในจำนวน 50 คนนี้ มีผู้ที่ให้ความสนใจเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 31 คน เมื่อคัดกรองแล้วจึงเหลือจำนวน 27 คน ในจำนวน 27 คน มีจำนวน 4 คนที่ไม่เข้าเกณฑ์ (เป็น bipolar disorder มาก่อนจำนวน 2 คน ไม่สามารถที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมการศึกษา เพราะติดเรื่องเวลาในการเข้าร่วมจำนวน 2 คน) จึงเหลือจำนวน 23 คน ในจำนวน 23 คนนี้ มี 4 คนที่ได้รับข้อมูลการสัมภาษณ์เบื้องต้นไม่ครบถ้วน ส่งผลให้มีผู้เข้าร่วมศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 19 คนและสุดท้ายมี 15 คนที่ได้รับการบำบัดอย่างสมบูรณ์ เกณฑ์คัดเข้า 1.เป็นผู้มีอายุ 18 ปีหรือมากกว่าขึ้นไป 2.เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดแอลกอฮอล์ alcohol dependence โดย IOP counselor ตามเกณฑ์ (Diagnostic Statistical Manual-Fourth Edition [DSM-IV]) 3.เป็นผู้ที่ผ่านการบำบัดด้วยโปรแกรม IOPs แล้วเป็นระยะเวลา 2 ถึง 4 สัปดาห์ของโปรแกรม และเป็นเวลา 1 ถึง 2 สัปดาห์ก่อนวันที่เริ่มต้น

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	การศึกษา เกณฑ์คัดออก 1.เป็นผู้เจริญสติเป็นปกติในปัจจุบันหรืออดีต 2.เป็นผู้อยู่ในระยะใช้สารเสพติดในทางที่ผิดหรือติดสารเสพติดแบบ active (active drug abuse or Dependence) 3.เป็นผู้มีอาการของโรค bipolar, manic หรือ delusional disorder มาก่อน 4.เป็นผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมการศึกษาได้ตลอด 5.เป็นผู้ที่มีการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน การศึกษานี้ได้รับการรับรองจาก the institutional review boards of the collaborating institution การศึกษารั้งนี้ได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดเสร็จสมบูรณ์แล้วจำนวน 15 คน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นการศึกษาด้วยผลเลือดจำนวน 12 คน และศึกษาด้วยการเก็บตัวอย่างน้ำลาย จำนวน 10 คน ซึ่งเก็บในตอนเริ่มต้นพื้นฐานและที่ระยะเวลา 16 สัปดาห์
สถานที่เก็บ ข้อมูล	ในสถานบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในชุมชนจำนวน 3 ชุมชน
ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของ งานวิจัย	เป็นการศึกษาแบบ prospective case series เป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ ระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ อยู่ในระดับที่ 5
เครื่องมือที่ใช้ ในการศึกษา	ข้อมูลจากการศึกษานี้ได้แก่ ข้อมูลประชากร ข้อมูลทางชีวภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์และความรุนแรงของอาการทางจิตที่กระตุ้นความอยากดื่มแอลกอฮอล์โดยมีเครื่องมือดังนี้ 1.ข้อมูลประชากรโดยใช้แบบสอบถาม 2.ข้อมูลทางชีวภาพ ได้แก่ ตัวชี้วัดทางชีวภาพต่อการตอบสนองความเครียด 1)serum interleukin-6 (IL-6) 2)salivary cortisol) และ 3) liver enzymes [(aspartate aminotransferase (AST); alanine aminotransferase (ALT); gamma glutamyl transpeptidase (GGT)] ซึ่งมีการเก็บตัวอย่างดังนี้ การเก็บตัวอย่างตัวชี้วัดทางชีวภาพจะเก็บตอนเริ่มต้นพื้นฐานและเก็บซ้ำอีกครั้งที่ระยะเวลา 16 สัปดาห์ ระดับความเข้มข้นของเซรัม IL - 6 จะได้รับการศึกษาซ้ำโดยอาศัยเอนไซม์ที่เชื่อมโยงกับ Immunoassay ด้วยชุด

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)	ทดสอบที่มีความไวต่ำ 1 pg / ml (R & D Systems, Minneapolis, MN) สำหรับ Cortisol จะถูกเก็บประเมินใน 3 ช่วงเวลา (ตอนตื่นนอน, ก่อนอาหารกลางวัน, เวลากลางคืน) ตัวอย่างน้ำลายเก็บรวบรวมโดยผู้เข้าร่วมศึกษาเองเป็นระยะเวลา 4 วันติดต่อกัน ระดับ cortisol ในแต่ละวันจะได้จากวิเคราะห์ระดับฮอร์โมนอิสระในน้ำลาย (luminescence immunoassay, IBL, Hamburg, Germany, intra assay และ inter assay coefficient of variations <5%) 3.ข้อมูลพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ประเมินด้วยแบบรายงานด้วยตนเองประกอบด้วย : 3.1 การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol consumption) ประเมินโดยใช้ -Percent Days Abstinent (PDA, จำนวนวันที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์หารด้วยจำนวนวันที่ดื่มแบบเสี่ยง) -วันที่ดื่มหนัก (Heavy Drinking Days: HDD, กำหนดเป็น 5 ดื่มมาตรฐาน / วัน สำหรับผู้ชายและ 4 ดื่มมาตรฐาน / วัน สำหรับผู้หญิง) -จำนวนรวมของการดื่มมาตรฐาน (Total Drinks: จำนวนรวมของการดื่มมาตรฐานในระหว่างระยะเวลาที่ประเมิน 28 วัน ติดต่อกัน) ข้อมูลเกี่ยวกับความถี่และปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (จำนวนดื่มมาตรฐานต่อวัน) จาก 20 สัปดาห์ก่อนเข้ารับการรักษาและติดตามที่ระยะเวลา 4 สัปดาห์หลังเสร็จการรักษา โดยใช้แบบประเมิน the Timeline Follow-Back method (TLFB) แบบประเมินนี้มีความน่าเชื่อถือ (test-retest 0.79–0.96) และมีความตรงของเครื่องมือแบบ longitudinal monitoring of self-reported ในผู้ใช้แอลกอฮอล์ 3.2 ข้อมูลความรุนแรงของอาการที่กระตุ้นความอยากดื่ม (Symptom severity of alcohol relapse triggers) ประเมินดังต่อไปนี้ 3.2.1 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล วัดจากคะแนนของ subscales ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ของแบบประเมิน the Symptom Checklist-90R (SCL-90R) โดย SCL - 90R มีค่า internal consistency ที่ดี (0.77– 0.9 range for the subscales) และ test-retest reliability (0.8–0.9) และสามารถวัดการเปลี่ยนแปลงในระหว่างบำบัดได้ โดยผู้เข้าร่วมศึกษาจะประเมินตามค่าคะแนน (0-4 คะแนน "ไม่มีเลย" ถึง

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)	"มากที่สุด") 3.2.2 ระดับความเครียดประเมินโดยแบบประเมิน Perceived Stress Scale (PSS) เพื่อทราบระดับความรุนแรงของการรับรู้ความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา แบบประเมินนี้มีความน่าเชื่อถือและความตรงที่ดี มีค่า test-retest correlation เท่ากับ 0.85 และ internal consistency เท่ากับ 0.88 3.2.3 ระดับความรุนแรงของความอยาก (Craving severity) ประเมินระดับความรุนแรงของความอยากในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ด้วยแบบประเมิน the Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS) เป็นลักษณะคำถามจำนวน 14 ข้อ เกี่ยวกับลักษณะและปริมาณการดื่มที่เกี่ยวข้องกับสิ่งกระตุ้นและความสามารถในการต้านทานต่อสิ่งกระตุ้นในผู้ติดแอลกอฮอล์ แบบประเมินนี้มีความสอดคล้องภายในดี internal consistency (0.86) และมีค่า test-retest correlation = 0.96 3.3 ข้อมูลระดับการเจริญสติ (Degree of mindfulness or tendency) ระดับของการเจริญสติ หรือแนวโน้มของการเจริญสติในชีวิตประจำวัน ประเมินด้วยแบบประเมิน the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) เป็นลักษณะคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 6 ระดับคะแนนตาม Likert scale (ค่าคะแนนสูงเท่ากับ ระดับการเจริญสติที่สูง) กลุ่มตัวอย่างประมาณการความถี่ในการปฏิบัติด้วยตนเอง โดยให้ประมาณช่วงที่คิดหมกมุ่นหรือไม่ได้ให้ความสนใจอยู่กับปัจจุบันขณะ แบบประเมินนี้มีความน่าเชื่อถือและตรงที่จะใช้ในประชากรทั่วไป (internal consistency = 0.82) และสามารถแยกความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีระดับการเจริญสติที่แตกต่างกันได้ 3.4 ข้อมูลประวัติการรักษาสารเสพติด (Addiction related Treatment History) ประวัติการรักษาสารเสพติด สัมภาษณ์ข้อมูลการใช้สารเสพติดในช่วงชีวิตที่ผ่านมาและในช่วงที่ได้รับการรักษา 3.5 ข้อมูลความพึงพอใจ (Subject Treatment Satisfaction) ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในการบำบัด ประเมินในแต่ละจุดเวลา เพื่อติดตามผลของประสบการณ์ที่ได้รับจากการบำบัดและผลข้างเคียงของการบำบัด ที่ระยะเวลา 8 สัปดาห์โดยเป็นแบบประเมินที่มีค่า 10-point Likert scale

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)	(10 = มีความสำคัญมาก / ได้ประโยชน์/ มีความเหมาะสม) และการประเมินแบบเชิงคุณภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างจะประเมินประสบการณ์ของตนกับหลักสูตรการเจริญสติ โดยใช้การสัมภาษณ์ที่ระยะเวลา 16 สัปดาห์หลังจากการบำบัด กลุ่มตัวอย่างจะอธิบายความพึงพอใจการบำบัดโดยรวม การรับรู้การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับปัญหาของแอลกอฮอล์ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเจริญสติ และข้อเสนอแนะปรับปรุงวิธีการบำบัด
วิธีดำเนินการ	งานวิจัยนี้ได้ใช้รูปแบบวิธีการบำบัดสองรูปแบบ คือ 1. Mindfulness Based Relapse Prevention 2. Best-practice รายละเอียดดังนี้ 1. หลักสูตรการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อป้องกันการกลับใช้ซ้ำ- Mindfulness Based Relapse Prevention ใช้เวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งเริ่มหลังจากการสัมภาษณ์พื้นฐาน ผู้เข้าร่วมศึกษาจะได้เข้ารับการบำบัดเป็นเวลา 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ในเวลา 8 ครั้ง การฝึกปฏิบัติตามคู่มือโดยมีอาจารย์ผู้ผ่านการฝึกฝนมาแล้ว หลักสูตรการฝึกประยุกต์ให้เข้ากับความต้องการเฉพาะในแต่ละบุคคลที่ติดแอลกอฮอล์ โดยใช้รูปแบบการเจริญสติเป็นฐานเพื่อป้องกันการกลับใช้ซ้ำ- Mindfulness Based Relapse Prevention (S. Bowen et al, unpublished observations, 2007) มีการปรับเพิ่มคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งผิดกฎหมาย ยาเสพติด และแอลกอฮอล์ หลักสูตรประกอบด้วย 2 ส่วนประกอบ : 1)การฝึกเจริญสติและ 2)การป้องกันการกลับใช้ซ้ำ / การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ที่ออกแบบมาเพื่อป้องกันการกลับซ้ำในบุคคลที่มี chronic depression และ SUDs เพิ่มเติมจากการปฏิบัติในห้องเรียนผู้เข้าร่วมศึกษาจะได้รับการฝึกเจริญสติที่บ้าน (30 นาที / วัน เป็นเวลา 6 วัน / สัปดาห์) และบันทึกระยะเวลาที่ปฏิบัติ จำนวนวันที่ปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับซีดีแนะนำการฝึกเจริญสติ เบาะรองนั่งฝึกเจริญสติ และเอกสารประกอบคำบรรยายเพื่อการฝึกเจริญสติที่บ้าน ผู้เข้าร่วมการบำบัด MBRP ต้องรับการบำบัดภาวะติดแอลกอฮอล์ต่อเนื่องกับผู้ให้บริการตามปกติของพวกเขาในหน่วยบริการ IOP ด้วย และจะดำเนินการอย่างต่อเนื่องและมีลักษณะการบำบัดใกล้เคียงกันในทุกศูนย์การรักษาโดยปฏิบัติตามคู่มือ best-practice (Motivational Enhancement

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีดำเนินการ (ต่อ)	Therapy, Relapse Prevention และ 12-Step Facilitation strategies) 2. Best-practice ของหน่วยบริการ IOP ผู้เข้าร่วมศึกษาต้องรับการบำบัดภาวะติดแอลกอฮอล์ต่อเนื่องกับผู้ให้บริการตามปกติของพวกเขาในหน่วยบริการ IOP และให้การบำบัดต่อเนื่องด้วยลักษณะใกล้เคียงกันในทุกศูนย์การรักษา การบำบัดประกอบด้วย Motivational Enhancement Therapy, Relapse Prevention และ 12-Step Facilitation strategies โดยปฏิบัติตามคู่มือ best-practice ของ หน่วยบริการ IOP
ผลการศึกษา	1. ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (N= 19) ส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน เป็น เพศหญิง (53 %) และเป็นคนผิวขาว (84%) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (74%) และมีงานทำ (68%) เข้ารับการบำบัดแบบ IOPs เป็นเวลา 23.7 วัน (SD =11.2) และการหยุดดื่มได้เองเป็นเวลา 30.9 วัน (SD= 22.2) ข้อมูลก่อนที่จะได้รับการบำบัดแบบ IOPs (4 - 20 สัปดาห์ก่อนที่จะได้รับการบำบัด) มีจำนวนวันที่หยุดดื่ม (PDA) คิดเป็น 48% (SD =30.2) มีวันที่ดื่มคิดเป็น 52% (SD = 9.1) มีวันที่ดื่มหนักเป็นประจำ 12.7วันใน 28 วัน (HDD= 12.7 [SD= 8.9]) มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยที่ 115 ดื่มมาตรฐานต่อ 28 วัน (SD= 89.9) ส่วนใหญ่เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกด้วยวิธีอื่นๆ มาแล้วและมากกว่าหนึ่งในสามพบว่า ในอดีตมีประวัติเคยมีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์อย่างน้อย 1 ครั้งและ / หรือได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในด้วย โดยไม่มีความแตกต่างอย่างที่มีนัยสำคัญ ระหว่างเพศในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการศึกษาและลักษณะพื้นฐานทางคลินิก สำหรับกลุ่มตัวอย่าง ที่หยุดการบำบัดไปในตอนต้นหลังจากเข้ารับการฝึกสมาธิใน 1 หรือ 2 ครั้ง และได้ขาดการติดตามไป (2 คน) โดยรวมแล้วลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ยุติการบำบัดไม่พบความแตกต่างจากพื้นฐานทางคลินิกหลักและลักษณะ sociodemographic 3. ที่ระยะเวลา 16 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างรายงานผลดัง ดังนี้ 3.1 PDA มีแสดงถึงแนวโน้มดีขึ้นในระหว่างการบำบัดแบบ MBRP (ที่ระยะเวลา 8 สัปดาห์ : $P = 0.074$, Wilcoxon test) แต่ที่ระยะเวลา 16

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	สัปดาห์ ค่าคะแนน PDA กลับไปเป็นดังข้อมูลพื้นฐาน 3.2 จำนวนของ HDD แสดงถึงแนวโน้มการดีขึ้นระหว่างการศึกษา ($P = 0.056$ repeated measures analysis) กับการเปลี่ยนแปลงหลักที่เห็นได้ในระหว่างการทำฝึกเจริญสติ (ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 : $P < 0.05$, Wilcoxon test) 3.3 จำนวน Total Drinks เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลพื้นฐานพบว่า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระยะเวลา 4 และ 8 สัปดาห์ ($P < 0.05$, Wilcoxon test) แต่การเปลี่ยนแปลงโดยรวมในช่วงระยะเวลาการศึกษาไม่พบถึงนัยสำคัญทางสถิติ (repeated measures analysis) 4.ที่ระยะเวลา 16 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างหยุดดื่มสุราเท่ากับ 94.5% (SD=7.4) และมีการเลิกสุราที่สมบูรณ์เท่ากับ 47% (N=7) และมีการดื่มแบบ HDD 1 ครั้งหรือมากกว่า เท่ากับ 47% 5.ระดับความรุนแรงของตัวกระตุ้นการกลับใช้ซ้ำในกลุ่มที่รับการบำบัดแบบ MBRP ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด ($P < 0.05$, repeated measures analysis) และความอยาก (ระยะเวลาที่ 4, 8, 16 สัปดาห์ : $P \leq 0.08$, t test) ลดลงในช่วงการศึกษา (repeated measures analysis) โดยมี prepost effect sizes ตั้งแต่ ปานกลางถึงมาก 6.ระดับ IL - 6 ในกลุ่มที่รับการบำบัดแบบ MBRP ที่ระยะเวลา 16 สัปดาห์ พบว่าลดลง ($P = 0.052$, t test) ซึ่งสอดคล้องกับ effect sizes ปานกลาง แม้ว่าระดับ cortisol (N= 10) ยังมีระดับต่ำ ทั้งการเปลี่ยนแปลงหรือไม่มี การเปลี่ยนแปลงของเอ็นไซม์ดับเบิล (N =12) อย่างมีนัยสำคัญ ($P > 0.05$, Wilcoxon test) 7.ในกลุ่มที่รับการบำบัดแบบ MBRP เสร็จสิ้นสมบูรณ์มีการฝึกเจริญสติต่อเนื่องเท่ากับ 82% และถือปฏิบัติโดยเฉลี่ย 4.6 วันต่อสัปดาห์ (SD= 1.1) ในช่วงการศึกษาและพบว่ามีปฏิบัติสูงสุดในช่วงเวลาที่ 4 และ 8 สัปดาห์ 8.ในระหว่างช่วงการศึกษา พบว่าระดับของสติในกลุ่มที่รับการบำบัดแบบ MBRP เพิ่มขึ้น ($P < 0.05$, repeated measures analysis,) 9. ผลลัพธ์ความพึงพอใจต่อการบำบัด พบว่าการบำบัดโดยใช้ MBRP เป็นสิ่งสำคัญยิ่ง (8.7/10, SD =1.8) และเห็นเป็นเครื่องมือที่มี

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	ประโยชน์ในการป้องกันกลับใช้ซ้ำ (8.5/10, SD = 2.1) และรายงานว่าผู้รับการบำบัดส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะดำเนินการฝึกเจริญสติต่อ (9 / 10, SD=1.5) ช่วยเพิ่มขึ้นของทักษะลดความเครียด ทักษะการเผชิญความอยาก ผลการรายงานจากการศึกษาเชิงคุณภาพ รายงานว่า การฝึกเจริญมึคุณค่ามากที่สุด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรายงานว่า ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการทำสมาธิ คือ รูปแบบใหม่ “brand-new” และแตกต่างจากที่เรียนรู้ในระหว่างการบำบัดสารเสพติดก่อนหน้านี้ 10.การศึกษาหลังการบำบัด ที่ระยะเวลา 16 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างรายงานอย่างต่อเนื่องว่า มีความพึงพอใจสูงและได้ประโยชน์การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อป้องกันการกลับใช้ซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การศึกษาเชิงคุณภาพหลังการบำบัด พบว่าโดยทั่วไปส่วนใหญ่ระบุว่า สำหรับเทคนิคการฝึกสมาธิ Mini - Meditation มีประโยชน์มากที่สุด โดยไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายงานเรื่องความไม่พอใจ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือผลข้างเคียงที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดนี้ 11.ความสัมพันธ์ของตัวแปรร่วมระหว่างตัวแปรการดื่มและผลลัพธ์ที่สัมพันธ์กับการฝึกสมาธิ กับตัวแปรที่สนใจถูกประเมิน -ระยะเวลา 16 สัปดาห์พบว่า PDA HDD และ Total Drinks สัมพันธ์กับความรุนแรงของความอยาก ($r = -0.76, 0.77, 0.76, P < 0.01$) ความวิตกกังวล ($r = -0.73, 0.74, 0.74, P < 0.01$) และภาวะซึมเศร้า ($r = -0.47, 0.46, 0.47, P = 0.08$) - ความเข้มข้นของการปฏิบัติสมาธิในแต่ละวัน (จำนวนนาทิต่อวัน) แสดงถึงความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของความอยาก ($r = -0.49, P = 0.06$) ความวิตกกังวล, ($r = -0.7, P < 0.01$) ภาวะซึมเศร้า ($r = -0.65, P < 0.01$) และความเครียด ($r = -0.62, P < 0.05$) -ระดับของการเจริญสติที่สัมพันธ์ทางลบต่อระดับ prelunch cortisol level ($r = -0.78, P < 0.01$) การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง (ระยะเวลาที่ 16 สัปดาห์เปรียบเทียบกับตอนพื้นฐาน) :การเปลี่ยนแปลงใน PDA และ Total Drinks มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงความอยาก ($r = -0.55, P < 0.05$ และ $r = -0.49, P = 0.06$) และความรุนแรงของความเครียด ($r = -0.46, P = 0.08$)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	และ $r = 0.47$, $P = 0.08$) -การเปลี่ยนแปลงในระดับของการเจริญสติมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในความรุนแรงความเครียด ($r = -0.72$, $P < 0.001$) -การเปลี่ยนแปลงระดับ biomarker ไม่มีความสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงการดื่ม หรือผลที่เกี่ยวข้องกับการทำสมาธิ 12. กลุ่มตัวอย่างพบว่า มี HDD อย่างน้อย 1 ครั้งระหว่างการศึกษ (N= 7) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มี HDD (N= 8) พบลักษณะดังนี้ ผู้ที่ดื่มหนักมีความวิตกกังวล (ทั้งหมดของจุดเวลา $P < 0.05$) ภาวะซึมเศร้า (ระยะเวลาที่ 12 และ 16 สัปดาห์ $P \leq 0.05$) ความอยาก (ระยะเวลาที่ 16 สัปดาห์ $P < 0.01$) มีระดับของการเจริญสติต่ำ ($P < 0.05$) และการฝึกสมาธิเพียงไม่กี่นาทีต่อวัน (12.6 [SD = 12.3] เมื่อเทียบกับ 27.8 [SD = 19] นาทีต่อวัน ระยะเวลาที่ 12 สัปดาห์ $P < 0.05$)
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	1.ผลการศึกษาที่มีความตรงหรือไม่ -งานวิจัยนี้มีการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนว่าศึกษาประสิทธิภาพการฝึกเจริญสติเพื่อป้องกันการกลับใช้ซ้ำ (Mindfulness-Based Relapse Prevention) ร่วมกับการบำบัดมาตรฐานที่ให้อยู่ในผู้ที่มีภาวะติดแอลกอฮอล์ จะมีผลป้องกันการกลับใช้แอลกอฮอล์ซ้ำ และลดความรุนแรงของตัวกระตุ้นการกลับใช้ซ้ำ (ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความอยาก) หรือไม่ ซึ่งการศึกษารั้งการวัดผลลัพธ์ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา -งานวิจัยนี้กำหนดตัวแปรคือ การป้องกันการกลับใช้แอลกอฮอล์ซ้ำ และลดความรุนแรงของตัวกระตุ้นการกลับใช้ซ้ำ (ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความอยาก) นำไปสู่การศึกษาผลลัพธ์ที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยใช้แบบประเมิน ข้อมูลทางชีวภาพ เช่น ระดับเอนไซม์ IL-6; salivary cortisol และ liver enzymes ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น PDA, HDD, Total Drinks และข้อมูลความรุนแรงของอาการทางจิตที่กระตุ้นความอยากดื่มแอลกอฮอล์ เช่น SCL-90R, PSS, OCDS, MAAs ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินผลที่ตรงกับผลลัพธ์ที่ต้องการศึกษาสะท้อนให้เห็นผลที่ได้จากการใช้การบำบัดแบบ MBRP ได้รับ -งานวิจัยนี้ ศึกษาแบบ prospective case series ถือว่ามีความเหมาะสม ซึ่งเป็น

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า โดยเริ่มจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวติดต่อกันไปเรื่อยๆ เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับการบำบัดแบบ MBRP ร่วมกับการบำบัดมาตรฐานที่ใช้อยู่ ในระยะเวลา 16 สัปดาห์ โดยมีการติดตามที่ระยะเวลาสัปดาห์ที่ 0,4,8,12,16 แต่ระยะเวลาของการติดตามผลอาจสั้นไปที่จะบอกได้ถึงประสิทธิผลของการรักษาที่คงอยู่ในระยะยาว -กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ได้คัดเลือกจากสถานบำบัดในโปรแกรม IOPs โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มเข้าร่วมและเกณฑ์ในการคัดออกไว้ชัดเจน แต่ไม่ได้กำหนดการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้การวิจัยนี้อาจไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษาอย่างแท้จริงได้ -การดำเนินการวัดผลลัพธ์ ดำเนินการโดยผู้วิจัยจำนวน 5 คน ได้สัมภาษณ์ก่อนเริ่มการบำบัดเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และติดตามผลที่ระยะเวลา 4, 8, 12, 16 สัปดาห์ทางโทรศัพท์โดยผู้วิจัย ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลประชากร และการประเมินผลสำรวจ 2 สัปดาห์หลังจากเริ่มการบำบัดแบบ MBRP -อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้ไม่ได้บอกให้ทราบถึงคุณสมบัติที่เฉพาะของผู้เก็บข้อมูล ว่ามีคุณสมบัติอย่างไร ต้องผ่านอบรมอะไรก่อนหรือไม่ และการเก็บตัวอย่างน้ำลายโดยผู้เข้าร่วมศึกษาเองก็ไม่ได้กล่าวถึงว่ามีการเตรียมการหรือให้ความรู้วิธีการเก็บอย่างไร ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือและคุณภาพงานวิจัยได้ 2.ผลการศึกษาเป็นอย่างไร - ผลการวิจัยในเรื่องการป้องกันการกลับใช้ซ้ำพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รายงานถึงพฤติกรรมการดื่มดีขึ้นทางคลินิกโดยมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงระหว่างการศึกษาระหว่างการฝึก เป็นการประเมินจาก PDA, Total Drinks และ HDD อันเป็นผลจากการบำบัดแบบ MBRP -ผลการวิจัยในด้านระดับความรุนแรงของอาการที่กระตุ้นความอยากดื่มพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รายงานถึงการลดลงของระดับความรุนแรงของตัวกระตุ้นการกลับใช้แอลกอฮอล์ซ้ำ โดยมีการเปลี่ยนแปลงในทางบวกเมื่อประเมิน SCL-90R anxiety and depression scores แม้ว่าคะแนนความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เพิ่มขึ้นที่ตอนเริ่มต้น แต่ก็พบว่าค่าเหล่านี้ได้ลดลงในช่วงระหว่างการศึกษา ซึ่งการลดลงของระดับความรุนแรงใน

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์	ความอยากนี้สอดคล้องกับผลการเดิมดีขึ้น ซึ่งให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการฟื้นฟูของกลุ่มตัวอย่าง อันเป็นผลจากการบำบัดแบบ MBRP -ผลการวิจัยในด้านชีวภาพ พบว่าระดับ Interleukin - 6 มีระดับที่ลดลงในระหว่างที่ศึกษา แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในทางที่ดี เพราะระดับ IL - 6 ที่เพิ่มขึ้นแสดงถึงภาวะสุขภาพที่ไม่ดี รวมทั้งความรุนแรงของโรคและการเสียชีวิตด้วย และการลดลงของระดับ IL - 6 ในการวิจัยนี้อาจแสดงถึงความก้าวหน้าของการกลับสู่สภาวะปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ด้วย โดยในการกลับสู่สภาวะปกติช่วงต้นระดับ IL - 6 จะสูง แต่เมื่อมีการเลิกดื่ม IL - 6 จะมีระดับลดลงอันเป็นผลจากการบำบัดแบบ MBRP -ผลการวิจัยต่อระดับของของสติพบว่า ระดับของการเจริญสติได้เพิ่มขึ้นในช่วงการศึกษา ผลที่ได้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบวิธีการคิดของกลุ่มตัวอย่างที่มีสติมากขึ้นเป็นผลมาจากการฝึกเจริญสติ สมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนโดยความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาระดับของสติและตอบสนองต่อความเครียด stress-responsive biomarker -จากการศึกษาในหลายด้านพบว่า การฝึกเจริญสติเพื่อป้องกันการกลับใช้ซ้ำ (Mindfulness-Based Relapse Prevention) ร่วมกับการบำบัดมาตรฐานที่ใช้อยู่มีประสิทธิภาพในการลดระดับความเครียดในผู้ที่มีภาวะติดแอลกอฮอล์ 3.สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ได้หรือไม่ อย่างไร -การวิจัยนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) ตามเกณฑ์ DSM-IV ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับที่ผู้ศึกษาสนใจ และแม้การวิจัยจะมุ่งเน้นเรื่องของการป้องกันการกลับใช้ซ้ำเป็นหลักแต่ก็พบว่าผลของการศึกษาได้แสดงให้เห็นถึงการลดลงของความเครียดจากความต้องการดื่มในกลุ่มตัวอย่างที่สอดคล้องกับความสนใจของผู้ศึกษาได้อย่างดี จึงมีความตรงและเหมาะสมในการนำการศึกษานี้ไปใช้ -การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาจากสถานบำบัดจากโปรแกรมความร่วมมือทางชุมชนในการบำบัดรักษาผู้ป่วยนอกแบบเข้ม (IOPs) ซึ่งตรงกับโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ที่ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติงานอยู่เนื่องจากการรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์และสารเสพติดทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์ (ต่อ)	-รูปแบบการบำบัดนี้พยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในขอบเขตการ พยาบาลได้ โดยต้องผ่านการอบรมเจริญสติเพื่อให้มีประสบการณ์ก่อน และ โปรแกรมที่ใช้ก็ไม่ก่อให้เกิดภาระงานเพิ่มขึ้นเนื่องจากที่หน่วยงานมีรูปแบบ การบำบัดสารเสพติดของตนเองอยู่สามารถใช้รูปแบบการเจริญสติเป็นการ การบำบัดทางเลือกได้ กระบวนการบำบัดไม่ซับซ้อน มีความปลอดภัย ไม่มี ผลข้างเคียงหรือผลย้อนกลับจากการบำบัดนี้ และพยาบาลสามารถใช้อำนาจ เต็มในการปฏิบัติการพยาบาลในฐานะผู้นำกลุ่มได้

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล	ธนรัตน์ พลับปลาไชย
วัน เดือน ปีเกิด	23 มีนาคม 2522
สถานที่เกิด	จังหวัดสระแก้ว ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรีรัษฎา 2545 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล 2555 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช)
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ 176 หมู่ 3 ตำบลหนองน้ำใส อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว 27160 โทรศัพท์ 037 262 985-9 E-mail : than_pp@windowslive.com
ที่บ้าน	426 ตำบลสระแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว 27000 โทรศัพท์มือถือ 087 0040140