

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริม
การหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา

พรรณนิภา แสนปัญญา.....

นางสาวพรรณนิภา แสนปัญญา
ผู้ศึกษา

นพ.ภาณุ ฤทธิ์ไพฑูริย์.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภา ยุทธไตร
พย.ด. (พยาบาลศาสตร์)

ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ช่อทิพย์ สันธะวงษ์
ปร.ด. (ประสาทวิทยาศาสตร์)

กรรมการควบคุมสารนิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์ นายแพทย์บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย

.....

รองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

วันที่ 23 มกราคม 2551

..... พรรณนิภา แสงปัญญา

นางสาว พรรณนิภา แสงปัญญา

นักศึกษา

..... พิศิษฐ์ นรวิเชียร

รองศาสตราจารย์ พรรณี ศรีอัญญาพร

ค.ม. (วิจัยการศึกษา)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

..... ประภา ยุทธไตร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภา ยุทธไตร

พย.ด. (พยาบาลศาสตร์)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

..... แพทย์หญิง ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์

แพทย์หญิง ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์

วว. (จิตเวชศาสตร์)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

..... ช่อทิพย์ สันธะนวนิช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ช่อทิพย์ สันธะนวนิช

ปร.ด. (ประสาทวิทยาศาสตร์)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

..... ศาสตราจารย์ นายแพทย์บรรจง มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์ นายแพทย์บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

..... รองศาสตราจารย์ ดร. ฟองคำ ดิลกสกุลชัย

รองศาสตราจารย์ ดร. ฟองคำ ดิลกสกุลชัย

Ph.D. (Nursing)

คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภา ยุทธไตร และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ช่อทิพย์ สันธะวนิช อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบ และช่วยปรับแก้ข้อบกพร่องต่างๆของการเขียนสารนิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาของการศึกษา ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของท่าน ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ พรศรี ศรีอัมภพพร และแพทย์หญิงดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ คณะกรรมการสอบสารนิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ต่อความสมบูรณ์ของการเขียนสารนิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์หญิงวันทนา ถมคำพานิชย์ นายแพทย์นิติ พรวิศิษฐ์สกุล นางสาวเบญจวรรณ สามสาลี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ และดร. ดรุณี ภูขาว ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความถูกต้อง ความแม่นยำ ความครอบคลุมของเนื้อหา และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ พร้อมกันนี้ขอขอบพระคุณ คุณมานิจ คณาธรรม หัวหน้าศึกษานิเทศน์ และคุณยุทธ แก้วควรชม ส่วนพัฒนาวิชาการจิตเวชที่ได้ให้กำลังใจ ให้เอกสารที่เกี่ยวข้อง ให้คำปรึกษาในสิ่งที่เป็ประโยชน์ในการเขียนสารนิพนธ์ครั้งนี้ ขอขอบคุณบุคลากร สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกและให้การช่วยเหลือด้านต่างๆ ทำให้การทำสารนิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่ได้สนับสนุนทุนการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผนก ข (ภาคพิเศษ) และขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่านที่ให้ความห่วงใยซึ่งกันและกัน

ขอกราบขอบพระคุณครอบครัวแสนปัญญา ที่คอยเป็นกำลังใจ ให้ความเสียสละแบ่งเบาภาระส่วนตัวของผู้ศึกษา ตลอดจนให้การสนับสนุนช่วยเหลือหลายๆ ด้าน ทำให้ผู้ศึกษาทำการศึกษาครั้งนี้ได้สำเร็จตามเป้าหมาย

พรรณนิภา แสนปัญญา

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา
(THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE
FOR ENHANCING REMISSION FROM ALCOHOL DEPENDENCE)

พรณนิภา แสนปัญญา 47369278 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

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

บทคัดย่อ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา พัฒนาโดยประยุกต์ใช้รูปแบบการใช้ผลงานวิจัยทางการพยาบาลของโพลิกและแมค (2004) เป็นกรอบในการศึกษาซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน การศึกษาค้นคว้าได้ทำการศึกษาเฉพาะ 2 ขั้นตอนแรกเท่านั้น ขั้นตอนที่ 1) ประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา คือ วิธีการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา ขั้นตอนที่ 2) การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพ 5 เรื่อง ประกอบด้วย Randomize controlled trial 2 เรื่อง, Quasi-experimental research 3 เรื่อง นำมาวิเคราะห์สังเคราะห์จากนั้นนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไข ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดสุราระดับเล็กน้อยถึงปานกลางและระดับรุนแรง สำหรับผู้ป่วยติดสุราระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง บำบัดโดยใช้โปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ ใช้แนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 1) ส่งเสริมแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับสุรา 3) สำรวจและวิเคราะห์ปัจจัยนำที่นำมาสู่การดื่มสุรา 4) ปรับแก้ความคิดที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงที่นำไปสู่การดื่มสุรา 5) ฝึกทักษะการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง 6) เขียนแผนการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงในอนาคต 7) ติดตามและปรับกลยุทธ์ในการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ สำหรับผู้ป่วยติดสุราระดับรุนแรง ให้บำบัดโดยใช้โปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำร่วมกับโปรแกรมการเผชิญสิ่งเร้า เพื่อลดอาการอยาก การบำบัดประกอบด้วย 7 ระยะดังที่กล่าวมาและเพิ่มการบำบัดอีก 2 ระยะ คือ 1) การเรียนรู้ว่าอาการอยากสามารถลดระดับลงได้โดยไม่ดื่มสุรา 2) ฝึกทักษะการเผชิญกับสิ่งเร้าซ้ำๆ เพื่อเพิ่มการรับรู้ในความสามารถจัดการกับอาการอยาก

ข้อเสนอแนะ การนำแนวปฏิบัติไปใช้ควรเลือกใช้วิธีการบำบัดให้เหมาะสมกับระดับการติดสุราของผู้ป่วยแต่ละราย มีการศึกษานำร่อง เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ และบูรณาการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล ควรมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ตามงานวิจัยใหม่ที่เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยติดสุรา / การปรับความคิดและพฤติกรรม / การบำบัดแบบเผชิญกับสิ่งเร้า /

แนวปฏิบัติการพยาบาล

161 หน้า

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR ENHANCING REMISSION FROM ALCOHOL DEPENDENCE

PANNIPA SANPANYA 4736928 NSMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORS : PRAPA YUTTATRI, D.N.S.,
CHORTHIP SANTANAVANICH, Ph.D. (NEUROSCIENCE)**ABSTRACT**

The development of this clinical nursing practice guideline for enhancing remission from alcohol dependence was based on the evidence-based practice model proposed by Polit and Beck (2004) consisting of 4 stages: the current study covered only the first two stages. For stage 1, selecting a topic, the issue of enhancing remission from alcohol dependence was selected. For stage 2, assembling the evidence-based practice from literature, 5 studies were chosen: 2 studies of randomized controlled trials and 3 quasi-experimental research studies. After analysis of the studies, the proposed clinical nursing practice guideline was taken to 5 professional experts to verify content and recommend revision. A clinical nursing guideline for enhancing remission was derived for individuals with mild to moderate alcohol dependence and with severe alcohol dependence respectively. For the mild to moderate alcohol dependence group, a relapse prevention program based on the cognitive behavioral therapy was proposed. The intervention consisted of seven steps: 1) enhancing and maintaining a commitment to change drinking behavior, 2) providing knowledge on alcohol, 3) a functional analysis of urges to engage in problematic drinking behavior, 4) identification of dysfunctional cognitive processes leading to alcohol consumption, 5) problem solving and skills training, 6) planning to cope with risk, and 7) monitoring and changing strategies to prevent alcohol consumption. For the severe alcohol dependence group, the relapse prevention program and cue exposure treatment for reduction of craving were recommended. The therapy comprised the seven aforementioned steps with two additional steps as follows: 1) learning how to reduce the craving for alcohol consumption without any drinking; 2) training skills to cope with the cue and increasing abilities to apply proper skills when coping with the cue exposure treatment.

It is recommended this clinical nursing practice guideline should be implemented to suite with levels of severity of alcohol dependence. A pilot study to test the effectiveness of the guideline and integration of the guideline as a part of continuous quality improvement of the hospital, are also suggested. Finally, improvement of the guideline after implementation or in light of up-to-date literature is recommended.

KEY WORDS: ALCOHOL DEPENDENCE / COGNITIVE BEHAVIOURAL
THERAPY / CUE EXPOSURE TREATMENT / CLINICAL NURSING
PRACTICE GUIDELINE

161 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ในการศึกษา	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
ความหมายของการติดสุรา	6
สาเหตุของการติดสุรา	8
ผลกระทบจากการดื่มสุรา	9
การบำบัดผู้ติดสุรา	12
กรอบแนวคิด	20
บทที่ 3 การดำเนินการ	
การคัดเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา	20
การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	20
สรุปสาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์	29
การตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ	31
การเสนอรูปแบบการส่งเสริมการหยุดดื่มสุรา	35
โปรแกรมหลัก (Corn intervention)	
- โปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ	35

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
โปรแกรมเพิ่มเติม (Addition intervention)	
- โปรแกรมการบำบัดการเผชิญสิ่งเร้า	36
การประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	
บทที่ 4 แผนการดำเนินงานและข้อเสนอแนะ	51
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	54
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	70
รายการอ้างอิง	86
ภาคผนวก	91
ประวัติผู้ศึกษา	161

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้	28
2 สรุปข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ	32
3 สรุปข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ	33
4 สรุปข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ	34

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิด	19
2	กระบวนการบำบัดผู้ป่วยติดสุรา	46
3	โปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ	47
4	โปรแกรมการบำบัดแบบเผชิญสิ่งเร้า	48



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Significance of the Study)

ในปัจจุบันการดื่มสุราเป็นปัญหาที่สำคัญของโลก ที่นับวันจะเพิ่มความรุนแรงขึ้น จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าสุราและบุหรี่เป็นสารเสพติดที่ใช้กันมากที่สุดในโลก และเช่นเดียวกับประเทศไทยที่คนไทยดื่มสุรามากขึ้นทุกปี จาก 7.71 ลิตรต่อคนต่อปี คิดเป็นอันดับที่ 50 ของโลกในปีพ.ศ. 2541 เป็น 8.47 ลิตรต่อคนต่อปี ในปีพ.ศ. 2547 เป็นอันดับที่ 40 ของโลกในปีพ.ศ. 2544 (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2549) จากการศึกษาครัวเรือนทั่วประเทศของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายวิชาการสารเสพติด พบว่า “การดื่มในปัจจุบัน” หรือดื่มในระยะ 30 วัน ก่อนการสัมภาษณ์มีจำนวน 18.6 ล้านคนในปีพ.ศ. 2543 ต่อมาลดลงเหลือ 15.8 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2546 แต่พบว่า “การดื่มเป็นประจำ” หรือผู้ที่ดื่มมากกว่า 20 วันใน 30 วันก่อนการสัมภาษณ์ กลับเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.4 (1.6 ล้านคน) ในปีพ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 11.9 (1.9 ล้านคน) ในปีพ.ศ. 2546 (กนิษฐา ไทยกล้า, เกรียงไกร พึ่งเชื้อ, และอุษณีย์ พึ่งปาน, 2549) และจากการศึกษาของปริทรรศ ศิลปกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2542) พบว่าช่วงอายุที่ติดสุรามากที่สุดคือช่วงอายุ 31–40 ปี ผลการสำรวจพบว่า ร้อยละ 9.3 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ติดสุรา และอีกร้อยละ 8.3 เข้าข่ายสงสัยจะติดสุรา

องค์การอนามัยโลกระบุว่าการบริโภคสุราเป็นสาเหตุของโรคกว่า 60 โรค (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2549) ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะยาว ในระยะเฉียบพลัน พิษของสุราทำให้คลื่นไส้อาเจียน ลำไส้ ระบบทางเดินอาหารอักเสบแบบเฉียบพลัน มีเลือดออก สมอในส่วนของควบคุมการหายใจถูกกดจนอาจหยุดหายใจได้ ส่วนผลในระยะยาว อาจทำให้เกิด โรคกระเพาะอาหาร โรคตับแข็ง โรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมจากสุรา (Alcohol cardiomyopathy) โรคประสาทเสื่อมจากสุรา (Alcohol polyneuropathy) หรือการขาดอาหารในระดับที่สองคือ Wernicke's encephalopathy เป็นต้น และจากอาการขาดสุรา (Alcohol withdrawal) เมื่อต้องหยุดดื่มสุรา อาจทำให้มีอาการรุนแรงจนเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ (Saunders, 2004) นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพกายแล้ว ยังมีปัญหาสุขภาพจิต พบว่า ผลจากการดื่มสุรา จะทำให้เกิดภาวะวิตกกังวล พึงช่าน ขาดความสุข มึนงง ซึมเศร้า ความสามารถในการคิด ตัดสินใจผิดพลาด ขาดการควบคุมสติและการยับยั้งคิด จากการศึกษาพบว่า

ผู้ดื่มสุราเรื้อรังจะมีความเครียดรุนแรงร้อยละ 51.2 และมีการซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 48.6 ซึ่งสมควรได้รับการบำบัดรักษา (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2549)

นอกจากนี้ยังพบอาการประสาทหลอน (Alcohol hallucinosis) ซึ่งเป็นชนิดการเห็นภาพ (Visual) และได้ยินเสียงแว่ว (Auditory) (Brust, 2004; พิชัย แสงชาญชัย, 2544) มีความคิดหลงผิด หวาดระแวงและนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 11.9 และมีความคิดฆ่าผู้อื่น ร้อยละ 11.3 ส่วนวัยรุ่นที่มีบิดาเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังนั้น มีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าเด็กทั่วไป 11.5 เท่า (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2549) ปัญหาทางจิตสังคมนั้น การติดสุราจะทำให้บุคลิกภาพของผู้ดื่มเปลี่ยนแปลง มีความอ่อนแอ หงุดหงิดง่าย ทำให้มีปัญหาสัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด เกิดความขัดแย้ง ทะเลาะวิวาท มีพฤติกรรมรุนแรง ก่อให้เกิดปัญหาครอบครัว จากการศึกษาพบว่าครอบครัวที่ใช้สุรา มีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัวมากกว่าครอบครัวที่ไม่ใช้สุรา ร้อยละ 3.84 (รณชัย คงสกลชัย, 2549) ด้านอาชีพ ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงนำไปสู่การไม่ได้รับการเลื่อนตำแหน่ง หรือถูกปลดออก ทางด้านเศรษฐกิจและสังคมพบว่า การดื่มสุราก่อให้เกิดการขาดรายได้ประจำที่เคยได้ เป็นหนี้จากการศึกษาของนิพนธ์ พัวพงศกร (2549) พบว่า การประมาณการค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการบริโภคสุรามีค่า 8,040-26,180 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2546 หรือเท่ากับร้อยละ 0.22 - 0.56 ของผลิตภัณฑ์ประชาชาติ ด้านกฎหมายและอาชญากรรม พบว่า สุราเป็นสาเหตุให้เกิดคดีความผิดต่างๆ เช่น ทำให้เสียทรัพย์ ร้อยละ 59.1 ความผิดเกี่ยวกับเพศ ร้อยละ 34.8 เป็นต้น (วิชัย โปษยะจินดา และอาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, 2549)

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต เป็นโรงพยาบาลขนาด 230 เตียง มีผู้ติดสุรา เข้ามาับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชและนิติจิตเวช ศึกษาย้อนหลัง 5 ปี ก็ระหว่างปีพ.ศ. 2545- 2549 พบร้อยละ 6.86, 8.71, 11.09, 12.88 และร้อยละ 14.53 ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อยๆ (รายงานประจำปี 2545 – 2549 สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์)

จากการทบทวนการปฏิบัติงานเดิมในการบำบัดผู้ป่วยติดสุรา ที่เข้ารับการรักษาสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์จะเริ่มจากระยะถอนพิษสุรา โดยมีการดูแลให้ยาที่อยู่ในกลุ่ม Benzodiazepines และวิตามิน เพื่อลดอาการขาดสุรา การเกิดอาการชัก ภาวะ Delirium Tremens ป้องกันและรักษาโรคแทรกซ้อนทางกาย เช่น Korsakoff's psychosis เมื่อพ้นระยะการถอนพิษสุราแล้ว จะให้การบำบัดทางจิตสังคมด้วยวิธีให้การปรึกษาเป็นกลุ่มโดยปรับใช้จากคู่มือการให้คำปรึกษารายบุคคล ผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยนอก ของกรมสุขภาพจิต แต่เนื่องจากผู้ที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในส่วนใหญ่เป็นผู้ติดสุราเรื้อรังและรุนแรงมีภาวะแทรกซ้อนจากอาการขาดสุรารุนแรงกว่าผู้ที่มีปัญหาติดสุราแบบผู้ป่วยนอก ทำให้การนำคู่มือนี้มาใช้ยังไม่มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยใน ดังนั้นเพื่อให้การบำบัดมีคุณภาพตามมาตรฐาน ทีมผู้บำบัดผู้ป่วยติดสุรา จึงมีความต้องการที่จะ

ประเมินผลการบำบัดที่ทำในปัจจุบัน รวมทั้งต้องการพัฒนารูปแบบการบำบัดแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยติดสุราที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เพื่อนำมาเป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานในการบำบัดของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ อันจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ โดยเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ตามนโยบายพัฒนาคุณภาพบริการของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และรับกับนโยบายหลักประกันสุขภาพ ดังนั้นผู้ศึกษาซึ่งเป็นคนทำงานบำบัดผู้ติดสารเสพติด มีหน้าที่รับผิดชอบในการบำบัดเพื่อส่งเสริมการหยุดเสพสารเสพติด และป้องกันการกลับเสพยา จึงมีความสนใจที่จะสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุราที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบอยู่ในปัจจุบัน

จากการศึกษาที่ผ่านมา หลังจากการบำบัดในระยะถอนพิษสุรา (Detoxication) แล้ว มีวิธีการบำบัดเพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุราที่มีประสิทธิผลหลายวิธี เช่น การบำบัดแบบครอบครัวบำบัด (Family therapy) ซึ่งต้องได้รับความร่วมมือจากสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมการบำบัดด้วยการบำบัดแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic community; TC) เป็นการบำบัดแบบผู้ป่วยในที่ใช้เวลาประมาณ 6 – 18 เดือน ซึ่งการบำบัดแบบชุมชนบำบัดนี้ใช้เวลาที่ค่อนข้างนานผู้ป่วยมักมีการออกจากบำบัดก่อนครบกำหนดสูง (พิชัย แสงชาญชัย, 2549) การบำบัดแบบกลุ่มช่วยเหลือกันเองหรือกลุ่มสุรานินาม (Alcohol anonymous; AA) ซึ่งก็ให้ผลการบำบัดค่อนข้างสูงเช่นกัน ได้มีการนำกลุ่มสุรานินาม มาใช้ในประเทศไทยแต่สมาชิกกลุ่มยังเป็นกลุ่มชาวต่างชาติเป็นส่วนใหญ่ (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2549) และการบำบัดตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy; CBT) ซึ่งเป็นการบำบัดที่ใช้หลักการฝึกทักษะที่จำเป็นในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุรา และส่งเสริมความสามารถในการควบคุมตนเอง (Morgenstern and Longabaugh, 2000) ซึ่งพบว่าการบำบัดตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมได้ผลพอๆกับการบำบัดโดยวิธีอื่นๆที่กล่าวข้างต้น (Andreasson and Ojehagen, 1997) จากการศึกษารูปแบบการบำบัดที่ให้ผลการบำบัดใกล้เคียงกันดังกล่าว ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา ครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกศึกษาเฉพาะงานวิจัยที่ใช้แนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรมการบำบัด เนื่องจากเป็นรูปแบบการบำบัดที่ใช้ระยะเวลาในการบำบัดไม่นานนัก และเน้นการบำบัดที่ตัวผู้รับบริการเป็นหลัก โดยมีครอบครัวเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งมีแนวโน้มที่จะนำมาปฏิบัติได้จริงในการบำบัดผู้ป่วยติดสุราที่เข้ามารับการรักษาระยะถอนพิษสุราแล้ว ในแผนกผู้ป่วยในของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ประเด็นปัญหาหลักในการศึกษา(Main Issues)

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เป็นสถาบันจิตเวชระดับตติยภูมิซึ่งเป็นองค์กรหลักที่เป็นองค์กรวิชาการของกรมสุขภาพจิต มีพันธกิจ (Mission) พัฒนา ถ่ายทอดองค์ความรู้เทคโนโลยีและให้บริการด้านจิตเวช ที่ต้องให้การบำบัดต่อเนื่อง และพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทั้งผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) ผู้ป่วยติดสุรา (Alcohol dependence) ผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวน (Bipolar affective disorder) จากการศึกษาผู้ป่วยติดสุราที่มารับการรักษาที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ย้อนหลัง 5 ปี ระหว่างปีพ.ศ. 2545 - 2549 พบสถิติ ร้อยละ 6.86, 8.71, 11.09, 12.88 และร้อยละ 14.53 ตามลำดับ (รายงานประจำปีพ.ศ. 2545 - 2549 สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีผู้ติดสุราเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากสถานการณ์ที่มีผู้ติดสุราเพิ่มมากขึ้น ทีมบำบัดผู้ติดสารเสพติด ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จึงได้พิจารณาถึงวิธีการบำบัด เพื่อป้องกันการกลับเสพติดซ้ำ โดยในช่วงปี พ.ศ. 2545 – 2546 ทางสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ได้จัดให้ผู้ติดสุราเข้ารับการรักษานในโปรแกรมกลุ่มบำบัด Matrix ร่วมกับผู้ติดยาบ้า พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด เนื่องจากคิดว่าตนเองแค่ดื่มสุรา ไม่ได้เสพยาบ้า ไม่จำเป็นที่จะต้องเข้ารับการบำบัดก็ได้ ดังนั้นในช่วงปีพ.ศ. 2547 ทีมผู้บำบัดจึงได้ปรับเปลี่ยนจากโปรแกรมกลุ่มบำบัด Matrix มาใช้โปรแกรมการบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol abuse) แบบผู้ป่วยนอกของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มาบำบัดผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) ที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในพบว่า หลังการบำบัดมีอัตราการกลับมาป่วยซ้ำภายใน 28 วัน จากสถิติ 3 ปีย้อนหลัง ในปี พ.ศ.2546 – 2548 ร้อยละ 5.79, 4.62 และ 7.25 ตามลำดับและยังไม่มีการศึกษาถึงรูปแบบการบำบัดเพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในโดยเฉพาะ ซึ่งผู้ป่วยที่บำบัดแบบผู้ป่วยในส่วนใหญ่มีภาวะติดสุรารุนแรงกว่าผู้ดื่มสุราที่บำบัดแบบผู้ป่วยนอก

ดังนั้นผู้ศึกษาซึ่งเป็นสมาชิกทีมบำบัดผู้ติดสารเสพติดของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จึงต้องการศึกษารูปแบบการบำบัดแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในว่ามีรูปแบบการบำบัดแบบใดบ้างที่สามารถส่งเสริมการหยุดดื่มหรือลดอัตราการกลับไปติดสุราซ้ำได้ เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา จากงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์

วัตถุประสงค์ในการศึกษา (Purposes of the study)

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefits / Outcomes)

1. ทีมการพยาบาลผู้ให้การบำบัดผู้ป่วยจิตสูรามีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยจิตสูราที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยในที่เป็นรูปแบบเดียวกัน
2. สามารถลดการกลับเข้ามารับการบำบัดซ้ำของผู้ป่วยจิตสูราภายใน 28 วัน
3. ผู้ป่วยจิตสูราสามารถหยุดดื่มสุราหรือไม่กลับไปติดสุราซ้ำภายใน 3 และ 6 เดือน
4. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในผลของการบำบัด



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (Review of Conceptual/ Theories Related to Issues of Concern)

จากการศึกษางานวิจัยเพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ความหมายของการติดสุรา
2. สาเหตุของการติดสุรา
3. ผลกระทบจากการดื่มสุรา
4. การบำบัดผู้ติดสุรา
 - 4.1 การบำบัดด้วยยา (Pharmacotherapy)
 - 4.2 การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Therapy)
 - 4.2.1 พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy)
 - 4.2.2 การบำบัดโดยปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy)

1. การติดสุรา (Alcohol Dependence)

เกณฑ์การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยติดสุรา (Alcohol Dependence) ใช้เกณฑ์ของผู้ป่วยติดสารเสพติด (Substance Dependence) ของ DSM-IV-TR™ (American Psychiatric Association, 2000) คือ บุคคลมีรูปแบบการใช้สารเสพติดต่างๆที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออกอย่างน้อย 3 ข้อ (หรือมากกว่า) ในเวลาใดเวลาหนึ่งที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ดังนี้

1. ระดับความทนทานต่อการเสพสารเสพติด (Tolerance) ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้

1.1 มีความต้องการในการเพิ่มจำนวนของการใช้สารนั้น เพื่อให้ได้มาซึ่งอาการมึนเมา (Intoxication) หรือผลที่พึงปรารถนา

1.2 การเสพสารเสพติด ปริมาณเท่าเดิม แต่ผลของเสพสารเสพติดที่มีต่อร่างกายจะลดลงอย่างชัดเจนมาก

2. มีอาการขาดสารเสพติด (Withdrawal) ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้

2.1 มีอาการขาดสารเสพติดที่เป็นลักษณะจำเพาะจากการหยุดสารเสพติดนั้น (ให้ดูจากเกณฑ์ 2.1.1 และ 2.1.2 ของเกณฑ์อาการ Withdrawal ของชนิดสารนั้นๆ) เกณฑ์ของ Alcohol withdrawal มีดังนี้

2.1.1 มีการหยุด (หรือลดการดื่ม) แอลกอฮอล์หลังจากการใช้อย่างมากและเป็นเวลานาน

2.1.2 มีอาการต่อไปนี้สองข้อ หรือมากกว่า เกิดขึ้นภายในไม่กี่ชั่วโมงจนถึงสองสามวัน หลังจากเกณฑ์ในข้อ 2.1.1

2.1.2.1 ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ (เช่น เหงื่อออก ชีพจรกว่า 100 ครั้งต่อนาที)

2.1.2.2 มือสั่นมากขึ้น

2.1.2.3 นอนไม่หลับ

2.1.2.4 คลื่นไส้อาเจียน

2.1.2.5 เห็นภาพหลอน หูแว่ว สัมผัสหลอน หรือมองเห็นภาพผิดจากความจริงเป็นชั่วคราว

2.1.2.6 กระวนกระวาย กระสับกระส่าย

2.1.2.7 วิดกกังวล

2.1.2.8 ชักทั้งตัว (Grand Mal Seizure)

2.2 การใช้สารเสพติดชนิดที่คล้ายคลึงกันสามารถลดหรือบรรเทาอาการขาดสารเสพติดได้

3. มีการเสพยาเสพติด เป็นจำนวนมากหรือระยะเวลาานมากกว่าที่ตั้งใจไว้

4. ไม่สามารถควบคุมการเสพยาเสพติด หรือไม่สามารถหยุดการเสพยาเสพติดได้

5. ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติด

6. กิจกรรมที่สำคัญต่างๆ ได้แก่ งานสังคมที่สำคัญ การประกอบอาชีพ หรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพักผ่อนลดลง เนื่องจากใช้เวลาในการเสพยาเสพติด

7. มีการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง แม้จะทราบว่ามีโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น (เช่น ยังใช้โคเคน แม้ทราบว่าโคเคนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือยังคงดื่มสุราแม้ทราบว่าสุราทำให้แผลในกระเพาะอาหารเลวลง) (p.110-111)

การหยุดดื่มสุรา (Early Remission) หมายถึง หลังจากที่พักระยะถอนสุราแล้ว บุคคลสามารถที่จะหยุดดื่มสุราได้นานมากกว่า 1 เดือน แต่ไม่เกิน 12 เดือน โดยแบ่งระยะการหยุดดื่มเป็น 3 ระยะ ดังนี้

- Early Full remission หมายถึง การไม่ดื่มสุราเลยอย่างน้อย 1 เดือน แต่ไม่เกิน 12 เดือน หลังการบำบัด
- Early Partial remission หมายถึง ผู้ป่วยอาจกลับมาดื่มสุราเป็นครั้งคราว แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์การติดสุรา เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน แต่ไม่เกิน 12 เดือน หลังการบำบัด
- No remission หมายถึง ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราจนถึงขั้นติด (Alcohol dependence) หลังการบำบัด (American Psychiatric Association, 2000)

2. สาเหตุของการติดสุรา

การติดสารเสพติดของบุคคล พบว่ามีสาเหตุจากปัจจัยต่างๆ หลายประการ ทั้งภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ 2.1 ปัจจัยทางร่างกาย (Physical) 2.2 ปัจจัยทางจิตใจและอารมณ์ (Psycho affective) และ 2.3 ปัจจัยทางสังคม (Social)

2.1 ปัจจัยทางร่างกาย (Physical) แยกออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านพันธุกรรม (Genetic) และด้านชีวเคมี (Biochemical) ด้านพันธุกรรม (Genetic) มีการศึกษากันมากเกี่ยวกับการติดสุรา มีผู้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคพิษสุรากับพันธุกรรม คือ การศึกษาจากฝาแฝดแท้และฝาแฝดเทียมที่เป็นเพศเดียวกัน ศึกษาจากบุตรบุญธรรม เช่น พิกเคน และคณะ (Picken, et al 1991 อ้างใน จิตวิวัฒน์ ธรรมไพโรจน์, 2545) ได้ทำการศึกษาฝาแฝด 169 คู่ พบว่าส่วนใหญ่คู่แฝดแท้ติดสุรามากกว่าคู่แฝดเทียม และได้มีการศึกษาวิจัยในบุตรบุญธรรมโดยการเปรียบเทียบเด็กที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดจากการดื่มสุรา และครึ่งหนึ่งของเด็กจำนวนนี้มีพ่อหรือแม่ดื่มสุรา พบว่า เด็กที่มีพ่อหรือแม่ที่ติดสุรา มีอัตราการติดสุราสูงเช่นกัน การมีพ่อหรือแม่ที่ติดสุราจะทำให้เด็กนั้นติดสุราได้มากกว่าเด็กที่มีพ่อหรือแม่บุญธรรมที่ติดสุรา (สมภพ เรืองตระกูล, 2542; จิตวิวัฒน์ ธรรมไพโรจน์, 2545) แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าคนบางคนที่มาจากรอบครัวที่ไม่ติดสุราแต่เมื่อโตขึ้นก็เป็นคนติดสุราได้ ดังนั้นการติดสุราต้องประกอบด้วยหลายๆปัจจัยด้วยกัน ปัจจัยทางด้านร่างกายอีกข้อคือด้านชีวเคมี (Biochemical) สุรามีผลต่อสารสื่อประสาทหลายๆตัวด้วยกัน จากการศึกษาผู้ป่วยติดสุรา พบว่าหลังจากหยุดดื่มสุรา จะมีระดับสารสื่อประสาทโดปามีน (Dopamine) ต่ำในบริเวณ Nucleus Accumbens ระดับของสารเอนเคอร์ฟิน (Endorphins) และซีโรโทนิน (Serotonin) ต่ำในบริเวณ Nucleus Accumbens และบริเวณ Ventral tegmental area, สารสื่อประสาทกาบา (GABA) พบว่าอยู่ในระดับต่ำในบริเวณเดียวกัน จากการที่สุรามีผลต่อ Dopamine และ Serotonin ซึ่งมีบทบาทเป็น Positive reinforcement คือ ทำให้เคลิบเคลิ้ม (Euphoria) มีความอยาก (Craving) และความต้องการ (Need) ดังนั้น บุคคลจึงดื่มสุราซ้ำๆ เพื่อให้ได้รับความสุขดังกล่าว ขณะเดียวกันผลของการดื่มสุราจะช่วยลดความวิตกกังวลและทุกข์ เศร้าหมอง ขณะที่หยุดดื่มก็จะทำให้มีอาการขาดยา

เช่น วิดกกังวลและทุกข์ใจ ก็จะกลับมาอีกทำให้บุคคลกลับไปเสพยา (Heinz et al., 2003; Wong et al., 2003)

นอกจากนี้เมื่อดื่มสุราจนติดแล้ว พบว่าปัจจัยทางด้านร่างกายที่เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดสุราต้องใช้สุราอย่างต่อเนื่อง เพราะเมื่อหยุดดื่มจะทำให้เกิดอาการของระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ อาการสั่น เหงื่อออกมาก วิดกกังวล กระวนกระวาย ไม่มีสมาธิ มีอาการชักเกร็ง กระตุก (Tonic-clinic fits) เกิดได้ประมาณร้อยละ 3 ของผู้ป่วย และถ้าอาการขาดสุรารุนแรงมากก็จะพัฒนาไปสู่อาการสับสน (Delirium Tremens หรือ DTs) จะมีอาการสับสน หวาดระแวง เห็นภาพหลอน เป็นต้น ทำให้ต้องดื่มสุราเพื่อระงับอาการเหล่านี้ (Saunders; 2004)

2.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ (Psycho-affective) ปัจจัยทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้เสพจากการศึกษาพบว่า ผู้ใช้สุราและสารเสพติดส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีพัฒนาการทางด้านจิตใจอารมณ์บกพร่อง เป็นผู้มีบุคลิกภาพอ่อนแอ วุฒิภาวะทางอารมณ์ต่ำ ขาดทักษะในการจัดการหรือแก้ไขปัญหาชีวิต เมื่อเผชิญกับภาวะความเครียดจากปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาครอบครัว เพื่อนร่วมงาน การเรียน การเข้าสังคม ซึ่งอาจไม่ใช่ความเครียดที่มากกว่าคนอื่น แต่เนื่องจากบุคคลนั้นๆ ขาดทักษะในการปรับตัวและแก้ไขปัญหา และมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม โดยใช้สุราช่วยลดความเครียดและผ่อนคลายทางอารมณ์ ช่วยให้ลืมความทุกข์ได้ชั่วคราว การได้รับการเสริมแรงจากความสุขสบายและความเครียดที่ลดลง จึงทำให้บุคคลใช้สุราซ้ำๆจนติด(สุณีย์ เกียรติกิ่งแก้ว, 2545; จิตติวัลค์ ธรรมไพโรจน์, 2545) ซึ่งสมภพ เรืองตระกูล (2542) กล่าวว่า ผู้ใช้สารเสพติดบางคนใช้สารเสพติดเพื่อแก้ปัญหาบางอย่างของจิตใจและอารมณ์ เช่น ดื่มสุราเพื่อลดความเครียดในการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน ลดความรู้สึกขาดความรักความอบอุ่นจากครอบครัว เป็นต้น

2.3 ด้านสังคม (Social) สภาพสังคมจัดว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญมากอีกปัจจัยหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดของบุคคลในสังคม ปัจจัยทางสังคมอธิบายว่าพฤติกรรมการดื่มสุรา เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้จากค่านิยมบรรทัดฐานทางสังคม เช่น การได้เห็นแบบอย่างจากพ่อแม่หรือบุคคลในสังคมที่ใช้สุรากันเป็นประจำ เช่น การใช้สุราเป็นเครื่องรับรองแขก ใช้สุราในการเลี้ยงขอบุคคล งานทำบุญ งานขึ้นบ้านใหม่ งานศพ หรือดื่มสุราหลังเลิกงานเป็นประเพณีที่ถือปฏิบัติกันอยู่โดยทั่วไปในชุมชน ทำให้บุคคลจำตัวอย่างผิดๆ (สุณีย์ เกียรติกิ่งแก้ว, 2545) ประกอบกับค่านิยมและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของผู้ชายที่เชื่อว่าผู้ชายตัวจริงต้องดื่มสุรา เพื่อแสดงออกถึงความเป็นชายชาติและยังเชื่อว่าสุราเป็นเครื่องดื่มที่ช่วยสร้างความสนิทสนมกับเพื่อน (จะเด็จ เชาววิไล, 2549)

3. ผลกระทบจากการดื่มสุรา

ผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตประสาท ด้านร่างกายในช่วงแรกที่ดื่มสุรา เมื่อระดับความเข้มข้นของสุราในเลือดเพิ่มสูงขึ้น จะทำให้เกิดผลในการกล่อมประสาท โดยอาจเป็นได้ตั้งแต่การสูญเสียการควบคุมอารมณ์ ความคิด และการประสานการทำงานของอวัยวะต่างๆ เพียงเล็กน้อย ไปจนถึงการทำให้เกิดอาการรุนแรง เช่น โคม่า การหายใจล้มเหลว และทำให้เสียชีวิตได้ สุราทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral vasodilatation) ซึ่งเป็นผลให้รู้สึก ร้อนวูบวาบ และทำให้อุณหภูมิของร่างกายลดลง ระบบการหายใจจะถูกกระตุ้นในช่วงที่ดื่มใน ปริมาณไม่มากนัก และถ้าดื่มในปริมาณมากจะกดการหายใจ ทำให้เสียชีวิตได้ แต่ถ้าการดื่มสุรา นานๆติดต่อกันจะทำให้เกิดผลกระทบต่ออวัยวะทุกส่วนของร่างกาย เช่น ระบบทางเดินอาหาร ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อและการเผาผลาญ ระบบประสาท และระบบทางเดินอาหาร (ทรงเกียรติ ปิยะกะและเวทิน ศันสนีเวช, 2540) สุราทำให้เยื่อทางเดินอาหารระคายเคืองทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารและมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร ระบบการดูดซึมอาหารและวิตามินทำให้ผู้ป่วยเกิดการขาดสารอาหาร ผลต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือด สุราทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ (Alcohol cardiomyopathy) จะมีอาการของ หัวใจล้มเหลว นอนราบไม่ได้ เหนื่อย (Dyspnoea and peripheral oedema) และหัวใจห้องบนเต้น ผิดจังหวะ (Atrial fibrillation) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ทำให้กล้ามเนื้ออักเสบเฉียบพลัน (Acute myopathy) กล้ามเนื้อลายละลายเฉียบพลัน (Acute rhabdomyolysis) เป็นอาการที่รุนแรงมากที่สุด คล้ายคลึงกับที่เกิดขึ้นกับกล้ามเนื้อหัวใจ และโรคเก๊าท์ เป็นต้น ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อและการเผาผลาญ เกิดอาการ Alcohol pseudo-cushings syndrome จากการผลิตกลูโคคอร์ติคอยด์มากเกินไปผิดปกติ ทำให้เป็นโรคอ้วน และความดันโลหิตสูง การเสื่อมของฮอว์โมนเพศ (Gonadal atrophy) ทำให้เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ และลดการผลิตสเปิร์มในผู้ชาย ทำให้เกิดความผิดปกติที่อวัยวะ และรังไข่ โดยกดการทำงานของไฮโปทาลามัสและพิทูอิทารี และระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีอาการสับสน (Mental confusion) เดินเซ (Truncal ataxia ophthalmoplegia) มีการสร้างความจำเทียม ขึ้น (Confabulation) จากการมีรอยโรคที่ Mammillary bodies และที่ Hippocampus สมองฝ่อเพราะ เหล้า (Alcohol dementia) มีอาการของ Dementia คือสติปัญญาเสื่อม เกิดจากสมองบางส่วนถูก ทำลายโดยสุรา (สมบัติ ตรีประเสริฐสุข, 2550; ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น, 2546; ทรงเกียรติ ปิยะกะและเวทิน ศันสนีเวช, 2540)

อาการแทรกซ้อนทางจิตประสาท สุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทในสมอง จึงส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ดื่ม มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย พฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว ขุนเขี้ยว การตัดสินใจและการควบคุมตนเองไม่ดี เกิดปัญหาโรคจิตเวชร่วม ได้แก่ เช่น โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) โรควิตกกังวล (Anxiety disorder) โรคบุคลิกภาพแปรปรวน

แบบต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder) และโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นต้น (หทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) และจากการศึกษาของ ปรีทรรศ ศิลปกิจและคณะ (2542) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุราพบว่าผู้ติดสุราร้อยละ 38.1 มีอาการซึมเศร้าในระดับที่ถือว่าควรไปพบแพทย์ ร้อยละ 7.6 มีความคิดฆ่าตัวตาย และร้อยละ 5.4 มีความคิดอยากฆ่าผู้อื่น นอกจากนี้ จากรายงานการศึกษาเรื่องภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่ ของอรัญญา แพทย์ และนรัชญา ศรีบูรพา (2549) ผู้ป่วยจำนวน 120 คน พบว่ามีความชุกของการเกิดโรคจิตเวชร่วม ร้อยละ 60 โดยโรคจิตเวชที่พบร่วมกับการติดสุราที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major depressive disorder)

ผลกระทบต่อครอบครัว ครอบครัวที่มีหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้เสพติดสุราจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดความรุนแรงในครอบครัว การทะเลาะวิวาทในครอบครัว การหย่าร้าง ภรรยาต้องเป็นผู้นำครอบครัวแทนสามี การที่ต้องทำหน้าที่หลายบทบาททำให้ทำได้ไม่สมบูรณ์ สุดท้ายจะเกิดความเครียด ความกดดัน ความคับข้องใจ มีอารมณ์โกรธ และมีโอกาสระบายออกกับบุตรได้สูงจากการศึกษาในบุตรของผู้เสพติดสุราโดยแชลชิน (Chassin et al., 1991 อ้างใน เอื้อมเดือน เนตรแหม, 2541) พบว่าเด็กที่มีบิดามารดาติดสุรา จะมีโอกาสเกิดความผิดปกติด้านอารมณ์ เช่น ความซึมเศร้า ความวิตกกังวลมากกว่าเด็กทั่วไป และยังพบว่า บุตรของผู้ที่เสพติดสุราที่เป็นชายมีโอกาสจะโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่เสพติดสุรา หรือใช้สุราในการแก้ปัญหา มากกว่าบุตรของบิดามารดาที่ไม่ได้เสพติดสุรา ด้านความรุนแรงต่อเด็ก (Child abuse) ถ้าบิดามารดาติดสุรา จะมีพฤติกรรมทำรุนแรงต่อบุตร ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และทางเพศ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) และจากผลการวิจัยของมูลนิธิเพื่อนหญิง (2546) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งยอมรับว่าเมื่อดื่มสุรา แล้วจะมีอารมณ์รุนแรงตามมาจนยับยั้งความโกรธได้ลำบาก และมักลงมือทำร้ายคนใกล้ชิดตัวมากที่สุด คือ ภรรยาและลูก รวมถึงพูดจาต่ออันเป็นการกระทำทางวาจาด้วย จึงส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ผู้ติดสุราจะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจค่อนข้างมาก เนื่องจากต้องใช้จ่ายเงินในการซื้อสุรามาคั่เป็นประจำ จนกลายเป็นคนติดสุรา ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ขาดงานบ่อย หรือตกงาน จนทำให้ไม่สามารถหารายได้มาเลี้ยงดูตนเองหรือครอบครัวได้ ประกอบกับการดำเนินของโรคติดสุรา (Alcohol Dependence) เป็นลักษณะโรคเรื้อรัง (Chronic progressive disorder) และจบลงด้วยการป่วยเป็นโรคทางกายแทรกซ้อนที่รุนแรง (พิชัย แสงชาญชัย, 2544) ต้องเสียเงินและเสียเวลาในการรักษาตัว และการดื่มสุราเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจราจรถึงร้อยละ 40 ในช่วงปกติ และเพิ่มเป็นร้อยละ 50-60 ในช่วงเทศกาลสงกรานต์และปีใหม่ ทำให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้อง

กับอุบัติเหตุประมาณ 1 ไร่ครึ่งหนึ่งแสนล้านบาทต่อปี (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2549) จากสถิติพบว่าผู้ดื่มสุราที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่า 50 ม.ก.% ทำให้ระบบต่างๆ ของร่างกายทำงานตอบสนองต่อสิ่งเร้าช้าลง การตัดสินใจช้าลง การคาดคะเนระยะทางผิดพลาด ประสิทธิภาพในการมองเห็น และการได้ยินลดลง จึงเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ผู้ดื่มสุราจะทำผิดกฎหมายได้สูง เช่น การทะเลาะวิวาท การถูกทำร้ายร่างกาย การลักขโมย ก่อคดีฉกฉวยทรัพย์ คดีข่มขืนกระทำชำเรา และฆ่าได้ เนื่องจากผู้ดื่มสุราเรื้อรังจะมีผลต่อระบบสมอง และก่อให้เกิดอาการทางจิตหรือโรคจิตอันอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ดื่มสุราก่ออาชญากรรมได้ (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น, 2546)

4. การบำบัดรักษาผู้ดื่มสุรา วัตถุประสงค์หลัก เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดื่มสุราลดการดื่มสุราลงหรือหยุดดื่มสุราซึ่งสามารถแบ่งวิธีการบำบัดออกเป็น 2 วิธี คือ การใช้ยา (Pharmacotherapy) และการบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial treatment)

4.1 การใช้ยา (Pharmacotherapy) เพื่อรักษาผู้ป่วยติดสุรา ที่นิยมใช้ในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น

4.1.1 ยาลดอาการอยากดื่มสุรา (Anticraving drug for alcohol) ได้แก่ นาลเทร็กซ์โซน (naltrexone) นาลมิเฟน (nalmifene) และอะแคมโปรเสต (Acamprosate)

4.1.2 ยาเบื่อเหล้า เช่น ไดซัลไฟเรม (Disulfiram or Antabuse) และ Calcium Carbimide

4.1.3 ยาด้านเศร้า เช่น Desipramine, Trazodone, fluoxetine, fluvoxamine

ซึ่งยาแต่ละชนิดมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1.1 ยาลดอาการอยากดื่มสุรา (Anticraving drug for alcohol) นาลเทร็กซ์โซน (Naltrexone) เป็นยาในประเภทลดอาการอยากดื่มสุรา เป็นยาตัวแรกที่น่าสนใจตั้งแต่ปลายปี 1994 ใช้รักษาการดื่มสุราแบบเกิดปัญหา (Alcohol abuse disorders) และโรคติดสุรา (Alcohol Dependence) กลไกการออกฤทธิ์ของยานาลเทร็กซ์โซน คือ ยานี้มีฤทธิ์ไปยับยั้งการทำงานของ Endogenous opioid โดยมักจะไปแข่งขันในการจับกับ opioid receptors ในสมอง ทำให้เปลี่ยนแปลง Reinforcing effects ของสุรา จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดื่มสุรา เมื่อเสพไปนานๆ ฤทธิ์เคลิบเคลิ้มเป็นสุข (Pleasurable effects) จะน้อยลงเรื่อยๆ แต่จะมีความรู้สึกอยาก กระหายที่จะดื่ม (“Sensitization of “Wanting” or “Craving”) เข้ามาแทน ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้ดื่มสุราเรื้อรัง เพราะเมื่อมีความอยากที่ดื่ม ยิ่งดื่มก็ยิ่งเพิ่มความอยากมากขึ้นเป็น Conditioned neuroendocrine response ต่อสุรา ทำให้ติดสุรา ได้มีงานวิจัยสนับสนุนประสิทธิภาพของยานาลเทร็กซ์โซน โดยเฉพาะเมื่อใช้ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยนอก แต่จะได้ผลดีเฉพาะผู้ป่วยที่ร่วมมือรับประทานยาสม่ำเสมอ ส่วนในการศึกษาถึงความปลอดภัยของยา ในผู้ดื่มสุราประมาณ 570 คน ที่ได้รับยานาลเทร็กซ์โซน ผลข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ คลื่นไส้ ร้อยละ 10 ซึ่งรุนแรงพอที่จะต้องหยุดยา

ร้อยละ 5-14 ของผู้ป่วยที่เริ่มใช้ยานี้จะมีอาการปวดศีรษะร้อยละ 7 มีนงงร้อยละ 4 กระวนกระวาย ร้อยละ 4 นอนไม่หลับร้อยละ 3 วิตกกังวลใจร้อยละ 2 และง่วงนอนร้อยละ 2 เป็นต้น การใช้ยา นาลเทร็กโซน ในระยณาน 3-6 เดือน มีข้อควรระวังคือยาทำให้ตับอักเสบมี Enzyme trasminase สูงขึ้น จึงต้องตรวจการทำงานของตับก่อนทำการรักษาและติดตามเป็นระยะระหว่างการรักษา (เช่น ทุก 4 สัปดาห์) ยานี้มีข้อห้ามใช้ในกรณีตับอักเสบเฉียบพลันและไม่ควรใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับยา ในกลุ่มฝิ่น หรือผู้ติดสารฝิ่น หรือคนที่แพ้ยานาลเทร็กโซน

4.1. 2 ไดซัลไฟเรม (Disulfiram or Antabuse) เป็นยาเมื่อหลัที่ใช้มามากกว่า 40 ปี มีฤทธิ์ขัดขวาง Enzyme aldehyde dehydrogenase ไม่ให้เปลี่ยน Acetaldehyde เป็น acetic acid และ น้ำ เมื่อผู้ป่วยกินยานี้แล้วไปดื่มสุราจะเกิดอาการพิษของ Acetaldehyde กั่งในเลือด เกิดอาการหน้า แดง ออกร้อนที่ตา ใบหน้า แขนและหน้าอก อ่อนเพลีย ชีต ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ วิงเวียน ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม ซาตามแขนขา ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าดื่มสุรา ใช้ในกรณีผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะ หยุดดื่ม ให้ความร่วมมือดี

4.1.3 ยาด้านเศร้า เช่น Trazodone และ Specific Serotonin Reuptake Inhibitor (เช่น Fluoxetine) เพื่อช่วยควบคุมการดื่มและลดการดื่มสุราในผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้าร่วมด้วย ให้ผลระยะสั้นแต่ได้ผลดีขึ้นในผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า (Depressed alcoholics) ที่เป็น เพศชาย ยาด้านซึมเศร้าอื่นๆก็ได้ผลในผู้ป่วยติดสุราและโรคซึมเศร้าร่วมด้วย เพราะช่วยควบคุมการ ดื่มและลดอาการอยากสุราได้ (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2543; สมบัติ ตรีประเสริฐสุข, 2550)

4.2 การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial treatment)

การบำบัดทางจิตสังคม เพื่อลดหรือหยุดการดื่มสุรามีหลายวิธี ในการศึกษาครั้งนี้จะ ศึกษาเฉพาะโปรแกรมการบำบัดที่ใช้แนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) มาสร้างแนวปฏิบัติ หลักการบำบัดที่สำคัญคือ การช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะ ในการคาดการณ์เหตุการณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา และการเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ต่อ การสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองอันจะนำไปสู่การกลับไปใช้สุราซ้ำอีก ซึ่งแนวคิด พื้นฐานของการปรับความคิดและพฤติกรรมได้มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ (Abrams & Niaura, 1987; Rohsenow, Monti & Abrams, 1995 อ้างใน Rohsenow et al., 2001; มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวิช, 2542) ได้แก่

4.2.1 พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) ซึ่งประกอบด้วย

1. Operant Conditioning ของ B.F. Skinner, 1953 เป็นทฤษฎีที่สำคัญยิ่ง ที่เป็นการ ประเมินการคงไว้ของการใช้สารเสพติด และการอธิบายกลไกการติดสารเสพติด โดยเชื่อว่า สารใด

ก็ตามที่ทำให้เกิดการเสริมทางบวก เกิดสุข หรือจัดเสริมทางลบ ดับทุกข์ สารนั้นจะฝังอยู่ในความทรงจำลึกๆ เมื่อความทรงจำถูกกระตุ้น จะทำให้บังคับใจตนเองไม่ได้ จึงทำให้กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ แต่เมื่อพฤติกรรมใดเมื่อทำแล้ว ได้รับการลงโทษเห็นผลทันที พฤติกรรมนั้นก็จะเกิดน้อยลง ดังนั้นการบำบัดจึงเน้นให้เห็นผลลบของการดื่มสุราและผลบวกของการไม่ดื่มสุรา รวมทั้งการให้เสริมทางบวกเมื่อหยุดดื่มสุราได้

2. Classical Conditioning จากรายงานของ Wikler ในปี 1973 ค้นพบว่า การติดยาเสพติดเป็นผลของสารเสพติดโดยตรงร่วมกับผลตรงข้ามของสารเสพติด (Counter – adaptive response เช่น อาการขาดยา) เมื่อคนใช้สารเสพติดขณะมีสิ่งกระตุ้น จะเกิดผลของยาโดยตรงในระยะแรก แต่เมื่อใช้ไปพักหนึ่งจนเกิดผลตรงข้ามของสารเสพติด (อาการขาดยา) ร่วมกับสิ่งกระตุ้นเมื่อเงื่อนไขดังกล่าวเกิดขึ้นนานพอสมควร จนคนนั้นเห็นเพียงสิ่งกระตุ้นก็เกิดอาการผลของสารเสพติดโดยตรง หรือผลตรงข้ามของสารเสพติด (อาการขาดสารเสพติด) ขึ้น ซึ่งสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งยั่วยุนี้อาจจะมาจากภายนอกหรือภายในร่างกายก็ได้ เช่น เงิน บุคคลที่ดื่มร่วมกัน ขวดเหล้า อารมณ์ต่างๆ ความหิว ความเหนื่อย ความเจ็บปวด ความเครียด เป็นต้น เมื่อเผชิญสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งยั่วยุ จึงทำให้เกิดอาการโดยตรงของยา หรืออาการขาดยา ทำให้มีอาการอยากยา (Craving) โดยอัตโนมัติ (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543, p.106)

4.2.2 การบำบัดโดยปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognition – behavioral therapy; CBT)

จากทฤษฎีการเรียนรู้ ดังกล่าว ต่อมา Bandura (1986) ได้นำมาเป็นแนวคิดพื้นฐานในการสร้างทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ซึ่งเน้นเรื่องปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างพฤติกรรมของบุคคลกับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น สติปัญญา ความเชื่อ ทักษะคิด แรงจูงใจ บุคลิกภาพ และปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น ครอบครัว เพื่อน และปัจจัยทางสังคมต่างๆ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเอื้อหรือปัจจัยขัดขวางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กล่าวคือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจะขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อม และจากแนวคิดทฤษฎีนี้ได้นำมาสู่กรอบแนวคิด การบำบัดโดยปรับแนวความคิดและพฤติกรรม ที่ได้นำมาประยุกต์ใช้กับสุรา โดยเน้นการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ใช้เผชิญปัญหา การขาดความสามารถที่จะเผชิญกับความเครียดโดยทั่วไปในชีวิตประจำวัน การฝึกทักษะที่จะเผชิญกับปัญหา (ทั้งทักษะด้านความคิดและพฤติกรรมที่เผชิญปัญหาที่บกพร่องไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการควบคุมตนเอง (Marlatt & Gordon, 1985; Abrams & Niaura, 1987 อ้างใน Morgenstern & Longabaugh, 2000) กลยุทธ์การควบคุมตนเองประกอบด้วย การตั้งวัตถุประสงค์ การตรวจสอบพฤติกรรมตนเอง การวิเคราะห์พฤติกรรมการดื่มว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่นำไปสู่การดื่มสุรา การเรียนรู้ทักษะการแก้ปัญหาที่

เหมาะสม การฝึกทักษะทางสังคม การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอย่างเหมาะสมและการมีทักษะในการปฏิเสธการดื่ม การเรียนรู้แนวทางการดำเนินชีวิตใหม่ที่ไม่ดื่มสุรา (Mirin et al., 2002)

การบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognition – behavioral therapy) มีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ส่วน คือ

1. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้ดื่มสุรา (Functional analysis) ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้ดื่มสุรา ต้องระบุให้ได้ว่าผู้ป่วยคิด รู้สึกและมีพฤติกรรมทั้งก่อนและหลังการใช้ยาเสพติดอย่างไร การบำบัดในระยะแรก เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ที่ผ่านมาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้บำบัดประเมินปัจจัยนำ หรือสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะนำไปสู่การใช้สารเสพติด และทำให้เกิดความเข้าใจในเหตุผลของแต่ละคนที่นำไปสู่การใช้สารเสพติด เช่น การรับมือกับปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประสบการณ์กับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือการไม่มีความสุข การบำบัดในระยะต่อมา จะเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่นำไปสู่การใช้สารเสพติด ที่อาจจะเกิดขึ้นอีกโดยการระบุถึงสถานการณ์เสี่ยงหรือเหตุการณ์ที่แต่ละคนที่ยังไม่สามารถจัดการได้

2. การฝึกทักษะและวิธีการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงอย่างเหมาะสมแทนการดื่มสุรา โปรแกรมปรับความคิดและพฤติกรรม จะมีการฝึกทักษะเฉพาะบุคคลเพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้จริงในอนาคตเป็นสำคัญ เพื่อช่วยในการเรียนรู้ว่าการใช้สารเสพติดเป็นการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้องและเรียนรู้ใหม่ให้มีทักษะในการหยุดดื่มสุราและการทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป โปรแกรมปรับความคิดและพฤติกรรม ใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยบุคคลให้สามารถลดการใช้สารเสพติด ข้อดีของการปรับความคิดและพฤติกรรม คือช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับในสถานการณ์ที่ซ้ำแล้วค้นหาวิธีทางที่จะหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงเหล่านั้น และมีวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่จะเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ เหล่านั้นได้ (Carroll, 1998)

นอกจากนี้การบำบัดที่ใช้หลักของปรับความคิดและพฤติกรรม ได้แก่การบำบัดแบบให้เผชิญกับสิ่งเร้า (Cue exposure treatment) ที่มีการเพิ่มการฝึกเผชิญกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดอาการอยากดื่มสุรา เป็นการส่งเสริมให้ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวกระตุ้นกับอาการอยาก และสอนให้มีกลยุทธ์ที่จะจัดการกับอาการอยากและเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ เพื่อให้สามารถลดอาการอยากได้โดยไม่ดื่มสุรา (Abram & Niaura, 1987; Cooney, Gillespie, Baker, & Kaplan, 1987; Rohsenow, Monti, & Abrams, 1995 อ้างใน Loeber et al., 2006)

รูปแบบของการดำเนินการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยสารเสพติด มีวัตถุประสงค์และขั้นตอนการบำบัด ดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อแก้ไขกระบวนการคิดที่นำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่สมเหตุสมผล (พฤติกรรมการดื่มสุรา)

เพื่อส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหาในสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุรา

เพื่อช่วยลดอาการอยากที่เกิดอย่างเฉียบพลันและที่เกิดอย่างเรื้อรัง

ส่งเสริมและให้แรงเสริมทางบวกในการที่จะใช้ทักษะทางสังคมเพื่อให้มีพฤติกรรมที่ไม่ดื่มสุรา (McIntyre et al., 2006)

ขั้นตอนการบำบัด

1. การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interventions) เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ส่งเสริมให้เกิดพันธสัญญาในการบำบัด โดยการเปรียบเทียบผลบวกและผลลบของการใช้สารเสพติด จากการให้ข้อมูลที่ไม่มีอคติ รวมทั้งมีการอภิปราย เพื่อ “ส่งเสริมความตระหนัก” โดยใช้การสัมภาษณ์ให้เกิดแรงจูงใจทำให้เชื่อโดยไม่มีอคติ การให้ข้อมูลและการอภิปรายเพื่อช่วยผู้ป่วยพิจารณาผลของการใช้สารเสพติดได้อย่างชัดเจนและมีความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2. การตรวจสอบพฤติกรรมตนเอง (Self- monitoring) เป็นวิธีการช่วยผู้ป่วยระบุสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ใช้สารเสพติด ทำให้สามารถวิเคราะห์วงจรปัญหาที่นำมาสู่การดื่มสุราซ้ำๆ ของแต่ละคนและผลตามมาของการใช้สารเสพติดทั้งกับตนเอง บุคคลสำคัญในชีวิตและสังคม ทั้งผลกระทบสั้นและผลกระทบยาว

3. การวิเคราะห์รูปแบบของกระบวนการที่นำไปสู่การใช้สารเสพติด (Functional analysis) โดยการวิเคราะห์แบบแผนนำที่นำไปใช้สารเสพติด ได้แก่ปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ที่ประกอบด้วยหลาย ๆ พฤติกรรม เช่น การทะเลาะกับผู้อื่น มีปัญหาเศรษฐกิจ การงาน ก่อให้เกิดความเครียด คิดว่าการดื่มสุราจะช่วยคลายเครียด ทำให้อยากดื่มสุรา เป็นวงจรให้กลับไปดื่มสุราซ้ำๆ เนื่องจากปัญหาไม่ได้ถูกแก้ไข และทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ

4. การปรับความคิด (Cognitive interventions) การแก้ไขรูปแบบความคิดที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงว่าจะดื่มหรือไม่ดื่ม และความคิดที่ไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงอื่นๆ (เช่น ผม/ฉันไม่สามารถรับมือกับความเครียดได้ ผม/ฉันต้องใช้มัน หรือผม/ฉันจะดื่ม 1 แก้ว ผม/ฉันจะดื่มมัน เพราะผม/ฉันจะสามารถควบคุมการดื่มได้) กลยุทธ์การจัดการกับความคิดและการฝึกการอดทนกับปัญหาทางอารมณ์ เพื่อให้สามารถต่อต้านทั้งสาเหตุภายใน (อารมณ์ด้านลบ) และสาเหตุภายนอกสำหรับการใช้ (ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือแรงกดดันต่างๆทางสังคม)

5. การฝึกกระบวนการแก้ปัญหาและฝึกทักษะเผชิญสถานการณ์เสี่ยง (Problem-solving and skills training) ผู้ป่วยจะระบุวิธีการที่จะจัดการกับสาเหตุที่นำไปสู่การดื่มสุรา การบำบัดประกอบด้วย กลยุทธ์ต่างๆที่จะปรับเปลี่ยนวิธีคิด พฤติกรรมและปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมและการฝึก

พฤติกรรมต่างๆเพื่อต่อต้านการใช้สารเสพติด ตัวอย่าง ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะติดต่อกับคนที่ไม่ใช่สารเสพติด ฝึกทักษะการปฏิเสธการใช้สารเสพติดหรือสุรา และเรียนรู้ที่จะทำงานและฝึกทักษะทางสังคม เพื่อปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่จะไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมที่ทำให้ต้องดื่มสุรา

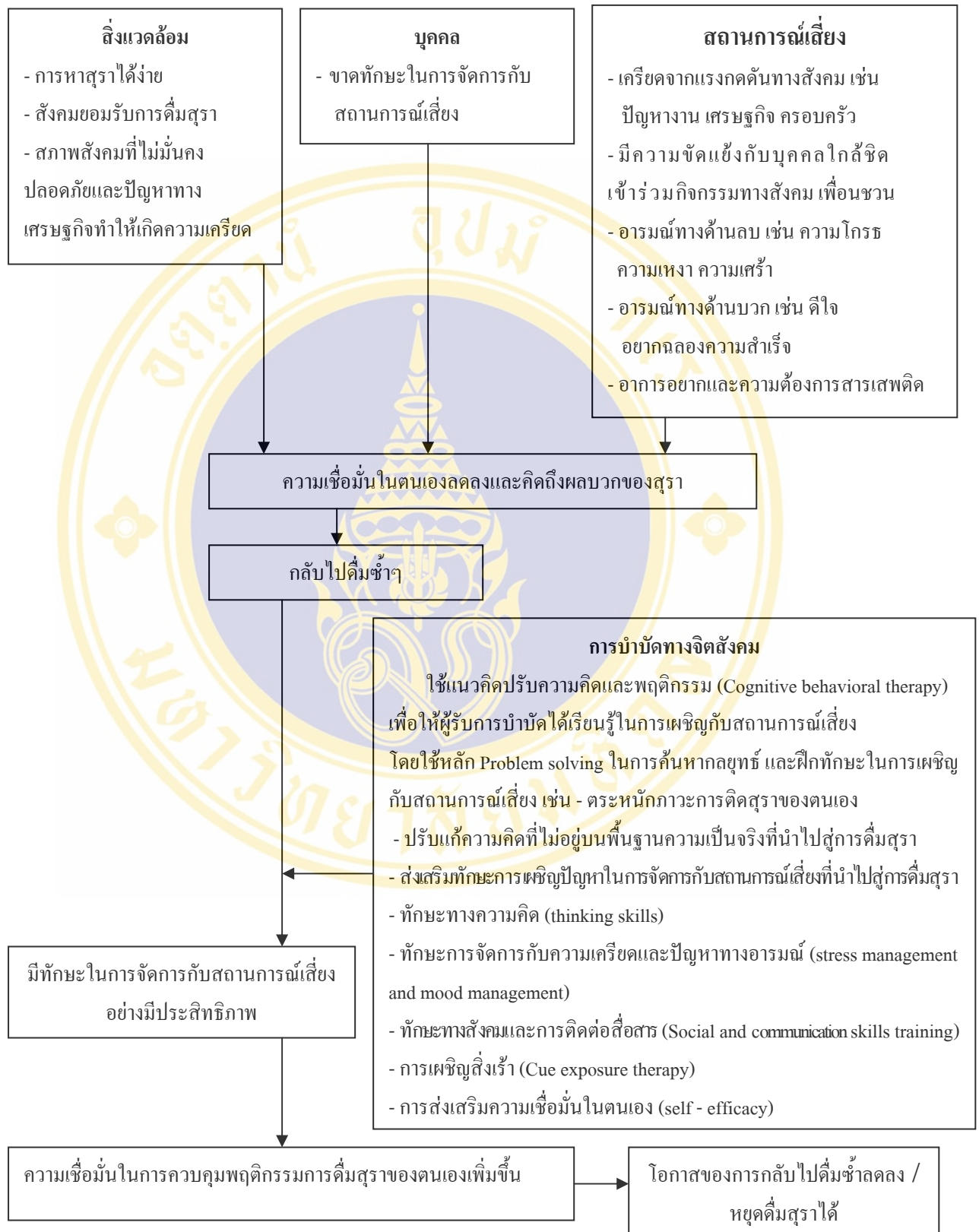
6. การจัดการเพื่อการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการไม่ดื่มสุรา (Contingency management) การทำให้การหยุดใช้สารเสพติดยังคงอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยวิธีต่างๆ เช่น การตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติดเป็นครั้งคราว การส่งเสริมให้คู่สมรสมีส่วนร่วมในการบำบัด โดยให้แรงเสริมทางบวก เมื่อผู้ป่วยสามารถหยุดเสพได้ และให้แรงเสริมทางลบเมื่อผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ เพื่อลดพฤติกรรมทำให้เกิดพฤติกรรมที่พอใจคงอยู่ และความถี่ของพฤติกรรมที่ไม่น่าพอใจจะค่อยๆลดลง (Matthewa, Rayburn, & Otto, 2004)

กรอบแนวคิด

การดื่มสุราก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ถึงแม้ว่าผู้ติดสุราจะเข้ารับการบำบัดแล้ว แต่เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ระยะหนึ่งก็จะมีพฤติกรรมของการกลับไปเสพติซ้ำจากการศึกษาของมิลเลอร์และฮีสเตอร์ (Miller & Hester, 1980 อ้างใน Larimer, Palmer, & Marlatt, 2004) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังจำนวน 500 คน พบว่ามากกว่า 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างมีการกลับไปเสพติดซ้ำภายใน 1 ปีหลังการบำบัด ซึ่งปัจจัยที่ทำให้กลับไปใช้ซ้ำๆ ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ การขาดทักษะในการจัดการกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง เช่น เมื่อมีแรงกดดันทางสังคมให้ดื่มสุรา ปัญหาเศรษฐกิจ การเงิน การงาน ครอบครัว เป็นต้น จากการศึกษามาเรจ (Marlatt, 1995 อ้างใน Larimer, et al., 2004) พบว่าแรงกดดันทางสังคม ทำให้กลับไปเสพซ้ำมากกว่าร้อยละ 20 และปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนำไปสู่การดื่มสุราซ้ำมากกว่าร้อยละ 50 (Larimer, et al., 2004) ซึ่งความกดดันทางสังคมและปัญหาสัมพันธภาพนี้ทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ด้านลบ เช่น ความรู้สึกโกรธ วิตกกังวล ซึมเศร้า หงุดหงิด ผิดหวัง หมดกำลังใจ และความเบื่อหน่าย ปัญหาทางอารมณ์เหล่านี้เป็นสถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้กลับไปใช้สุราซ้ำ (Marlatt & Gordon, 1985 อ้างใน พิชัย แสงชาญชัย, อัญชลี แสงชาญชัยและณัฐนาถ สระอุบล, 2547) นอกจากนี้ยังพบว่าอารมณ์ทางด้านบวก ก็มีผลทำให้คนกลับไปดื่มสุราซ้ำ โดยพบว่าบางคนทีกลับไปใช้สุราขณะที่พวกเขามีอารมณ์ที่ดีหรือมีความสุข เช่น ขณะไปงานเลี้ยง งานสังสรรค์ต่างๆ บางคนจะใช้สุราช่วยในการเพิ่มระดับความสุขให้กับตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนกลับไปใช้สุราซ้ำ เช่น การหาสุราได้ง่าย การดื่มสุราในโอกาสต่างๆ ที่เป็นเรื่องปกติในสังคมไทย ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่สนับสนุนให้คนกลับไปดื่มซ้ำ และปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่นำไปสู่การดื่มสุราคือ มี

อาการอยากดื่มสุรา และการที่คนมีความรู้สึกรอยากดื่มสุรา มีสาเหตุสำคัญ 3 ประการ คือ 1. จากการเห็นบุคคล สถานที่ และสิ่งต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด ก็จะกระตุ้นให้เกิดอาการอยากขึ้นมาทันทีทันใดและอย่างท่วมท้นได้ 2. ความเครียด เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจะกระตุ้นให้เกิดอาการอยากขึ้นมา และ 3. เมื่อมีอาการถอนยา จากการหยุดดื่มสุรา โดยจะมี อาการมือสั่น เหงื่อออก น้ำลายออกมามาก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ และเกิดอาการอยาก ซึ่งสรุปให้เห็นว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การเสพยาและขาดทักษะในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงก็อาจทำให้กลับไปใช้ซ้ำเป็นครั้งคราวได้ ซึ่งจะทำให้บุคคลรู้สึกอับอายขาดความเชื่อมั่นในตนเองว่ามีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญ ประกอบกับการคิดถึงผลบวกของสุรา ทำให้กลับไปใช้ซ้ำๆ เพิ่มมากขึ้นจนติดสุราในที่สุด (เบียร์ชัช งามทิพย์วัฒนา, 2549; Verheul, Brink, & Geerlings, 1999)

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองติดสุรา การบำบัดที่เป็นประโยชน์ที่สามารถหยุดหรือลดการดื่มสุรา คือ การเตรียมตัวที่จะกลับไปเผชิญกับปัญหาที่อาจจะต้องเกิดขึ้นอีกในอนาคต บุคคลต้องตระหนักในภาวะการติดสุราของตนเอง และสาเหตุหรือสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุราและเรียนรู้ที่จะเผชิญสถานการณ์เสี่ยงอย่างสร้างสรรค์แทนการดื่มสุรา การบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม มีหลักการบำบัดเพื่อส่งเสริมความตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา และการควบคุมตนเอง (Holder et al., 1991; Chaney, 1989; Monti, Abrams, Binkoff, Zwick, Liepman, Nirenberf et al., 1990 อ้างใน Mirin et al., 1995) ซึ่งทักษะในการควบคุมตนเอง ประกอบด้วยการตั้งเป้าหมาย การส่งเสริมแรงจูงใจในการเลิกดื่ม โดยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลบวก ผลลบของการดื่มสุรา การตรวจสอบพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง การวิเคราะห์การดื่มว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่นำไปสู่การดื่มสุรา และการเรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหาที่นำไปสู่การดื่มสุราอย่างเหมาะสม เช่น การปรับแก้ความคิดที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงเกี่ยวกับการใช้สุรา การฝึกทักษะทางสังคม การพัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อมุ่งและการลงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพอย่างเหมาะสม การเรียนรู้กลยุทธ์ในการปรับพฤติกรรมใหม่ทดแทนการดื่มสุรา (Mirin et al., 1995) เรียนรู้ว่าการอยากสามารถลดลงได้ถ้าผู้ป่วยสามารถที่จะทนไม่ดื่มสุราอีกช่วงเวลาหนึ่งอาการอยากก็จะลดลงได้ และเรียนรู้เทคนิคการเผชิญกับอาการอยาก (Drummond, Tiffany, Glautier, & Remington, 1995 อ้างใน Marlatt, Parks, & Witkiewitz, 2002) เมื่อบุคคลมีทักษะในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพสามารถนำทักษะที่เรียนรู้มาใช้ได้ในสถานการณ์จริง จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้น ทำให้โอกาสในการกลับไปดื่มสุราซ้ำลดลงหรือหยุดดื่มได้ (Loeber et al., 2006)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

บทที่ 3

การดำเนินการ

รูปแบบการดำเนินการ

วิธีการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดหลักการและวิธีการใช้ผลงานวิจัยทางการพยาบาลของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2004) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา ซึ่งมีขั้นตอนในการใช้ผลงานวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. การคัดเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a topic or problem)

การคัดเลือกหัวข้อหรือปัญหาทางคลินิกที่ต้องการทบทวนจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อแก้ไข ได้จากสิ่งกระตุ้น 2 ลักษณะ คือ

1. สิ่งกระตุ้นที่เกิดจากปัญหาการปฏิบัติงาน (Problem-focused triggers) เป็นสิ่งกระตุ้นที่ได้จากการปฏิบัติงานในคลินิกตามปกติ หรือเกิดขึ้นในบริบทของการประเมินคุณภาพการปฏิบัติงาน ถ้าปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงานเป็นปัญหาที่สมาชิกทุกคนในหน่วยงานประสบจะเป็นปัญหาสำคัญและสอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงาน

2. สิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการทบทวนความรู้ (Knowledge – focused triggers) เป็นสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการทบทวนทฤษฎี บทความ และงานวิจัย ว่าปัญหานั้นมีความสำคัญและสอดคล้องกับการปฏิบัติงานในคลินิกหรือไม่

การคัดเลือกหัวข้อหรือปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข ต้องมีความสำคัญมากเพียงพอสำหรับหน่วยงานที่จะเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ มีผลกระทบต่อคนจำนวนมาก สอดคล้องกับแผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าหน่วยงานและทีมสหวิชาชีพ มีความมุ่งมั่นและความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 2. การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and Evaluating Evidence)

การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการสืบค้นเพื่อรวบรวมงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาอย่างมากเพียงพอ ทันสมัย เพื่อหาข้อมูลในการ

ทำความเข้าใจประเด็นปัญหา หาช่องว่างของการปฏิบัติและองค์ความรู้ที่ดีที่สุดในการปฏิบัติในปัจจุบัน ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ วิเคราะห์และสังเคราะห์ บูรณาการข้อมูลเพื่อสรุปเป็นองค์ความรู้ในการแก้ปัญหา โดยองค์ความรู้ได้มาจากข้อค้นพบของงานวิจัยแต่ละเรื่องที่มีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน และเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพและความเข้มแข็ง สามารถประยุกต์ใช้ผลงานวิจัยกับบริบททางคลินิก มีความคุ้มค่าและประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 3. การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential)

การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติที่ได้จากการสรุปและบูรณาการข้อมูลจากงานวิจัย โดยการทดลองใช้ (Pilot testing) เพื่อประเมินศักยภาพในการนำข้อสรุปไปใช้ว่ามีความเหมาะสม (Appropriate) กับบริบทที่เฉพาะเจาะจงกับหน่วยงานหรือไม่ ซึ่งมีมิติของการประเมิน 3 มิติหลัก คือ

1. Transferability หมายถึง การเทียบเคียงความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง เป็นการประเมินถึงข้อเสนอที่ได้ว่ามีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่ กลุ่มประชากรในหลักฐานหรืองานวิจัยต่างๆ มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการนำข้อเสนอไปใช้หรือไม่ ปรจัญญาในการดูแลของหน่วยงานในหลักฐานหรืองานวิจัยมีความแตกต่างหรือคล้ายคลึงกับหน่วยงานที่จะนำข้อเสนอไปใช้หรือไม่ และการนำข้อเสนอไปใช้จะสามารถประเมินประสิทธิผลได้

2. Feasibility หมายถึง ความเป็นไปได้ในเชิงสภาพแวดล้อม ทรัพยากรเกื้อหนุน และบุคลากรภายในหน่วยงานมีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปปฏิบัติจริงในหน่วยงานนั้น จะต้องประเมินถึงความเป็นอิสระของพยาบาลในการที่จะเริ่มหรือเลิกใช้ข้อเสนอ นั้น ต้องมีการประเมินว่าข้อเสนอ นั้นรบกวนการทำงานของบุคลากรหรือไม่ ฝ่ายบริหารสนับสนุนให้มีการนำข้อเสนอ นั้นมาใช้ในหน่วยงานหรือไม่ รวมทั้งประเมินบรรยากาศในองค์กรว่าส่งเสริมต่อการนำข้อเสนอไปใช้อย่างไร จะต้องประเมินความเห็นชอบของบุคลากรอื่นๆว่ามีความสนใจและสนับสนุนหรือต่อต้านการนำข้อเสนอไปใช้ และหากมีการนำข้อเสนอไปใช้จะเกิดความขัดแย้งในหน่วยงานหรือไม่

นอกจากนี้ ถ้าข้อเสนอจำเป็นที่จะต้องมีการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติม ตามแนวปฏิบัติต้องประเมินว่าสามารถฝึกทักษะบุคลากรในหน่วยงานโดยฝึกเอง หรือต้องเชิญบุคลากรภายนอกมาช่วยฝึก มีความยากลำบากมากน้อยเพียงใด หากมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือสิ่ง

อำนวยความสะดวกอื่นๆ ต้องประเมินว่าหน่วยงานมีความพร้อมในการจัดหาอุปกรณ์หรือไม่ มีเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสมหรือไม่

3. Cost – benefit ratio หมายถึง การนำข้อเสนอไปใช้ จะต้องมีการประเมินสัดส่วนระหว่างประโยชน์ที่ได้รับ กับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น กล่าวคือ จะต้องมีการประเมินความเสี่ยง และผลประโยชน์ที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้น หากนำข้อเสนอไปใช้จะต้องมีการประเมินค่าใช้จ่ายสำหรับวัสดุอุปกรณ์ จากการนำข้อเสนอไปใช้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และต้องประเมินได้ว่าหากไม่ใช้ข้อเสนอจะเกิดการสูญเสียอย่างไร จากนั้นทีมงานหรือผู้ศึกษาต้องพิจารณาผลจากศึกษานำร่องก่อนว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ที่จะนำวิธีปฏิบัติตามโครงการนำร่องนั้นไปเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในองค์กร ถ้าไม่เหมาะสมให้ย้อนกลับไปประเมินวิธีการและกระบวนการที่นำแนวปฏิบัตินั้นมาทดลองใช้ว่ามีปัญหาอะไรและควรแก้ไขอย่างไร หากการปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับการนำไปปฏิบัติจริงให้ลงมือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในองค์กร และประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นว่าเหมาะสมหรือไม่ ถ้าผลการตัดสินใจบอกว่าไม่เหมาะสม ด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น สิ้นเปลืองทรัพยากร ไม่คุ้มค่า ขาดคน ให้ย้อนกลับไปในช่วงตอนของการสืบค้นใหม่เพื่อแก้ไข แต่ถ้าพิจารณาแล้วพบว่ามีความเหมาะสม หากวิธีในการทำให้การเปลี่ยนแปลงนั้นเกิดความยั่งยืนและเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในองค์กรต่อไป

ขั้นตอนที่ 4. การพัฒนาเพื่อนำนวัตกรรมไปใช้ในการปฏิบัติและประเมินนวัตกรรม (Developing Implementing, and Evaluating the Innovation)

ขั้นตอนการพัฒนา เพื่อนำนวัตกรรมไปใช้ปฏิบัติจริง และประเมินนวัตกรรม โดย 1. การวางแผนการประเมินนวัตกรรม เช่น การระบุผลลัพธ์ที่ต้องการ ระบุระยะเวลาและความถี่ของการวัดผลลัพธ์ 2. การรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเพื่อแสดงผลลัพธ์ของการใช้นวัตกรรม 3. เขียนแนวปฏิบัติที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างชัดเจน ให้ผู้ใช้เข้าใจ 4. ประชาสัมพันธ์และฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้แนวปฏิบัติ 5. ทดลองใช้แนวปฏิบัติกับหน่วยงานจริง 6. ประเมินผลกระบวนการและผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ว่าแนวปฏิบัติได้รับการยอมรับหรือไม่ สามารถปฏิบัติตามหรือมีปัญหาในการปฏิบัติอย่างไร และผลลัพธ์เป็นอย่างไร

ผู้ศึกษา (Investigator) ได้ประยุกต์ขั้นตอนการดำเนินโครงการการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Polit & Beck (2004) มาใช้ในการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. การคัดเลือกประเด็นหรือปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a topic or problem)

การระบุประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา จาก 2 แนวทางคือ

1. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากปัญหาการปฏิบัติงาน (Problem-focused triggers)

จากการที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย พบว่ามีผู้ป่วยติดสุราเข้ามารับการบำบัดเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากสถิติย้อนหลัง 5 ปี ระหว่างปี 2545- 2549 พบว่ามี ร้อยละ 6.86, 8.71, 11.09, 12.88 และ 14.53 ตามลำดับ ซึ่งการติดสุราส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม ดังนั้น ทีมบำบัดผู้ติดสารเสพติดของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ มีการบำบัดในระยะถอนพิษสุรา โดยใช้แบบประเมิน Clinical Institute Withdrawal Assessment – Alcohol (CIWA) มีคำถาม 10 ข้อ คะแนน 0, 1, 4 และ 7 คะแนน ถ้าคะแนนตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไปให้ประเมินภาวะการถอนพิษสุรา ผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง ถ้าคะแนนตั้งแต่ 18 ลงมา ให้ประเมินภาวะการถอนพิษสุราผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง หลังประเมินผู้ป่วยครบ 24 ชั่วโมง รายงานแพทย์ เพื่อปรับลดระดับยาในกลุ่ม Benzodiazepines ลงร้อยละ 25 mg.ต่อวัน จนหมดภายใน 5 วัน การให้ยาจะให้ยาตามระดับคะแนนที่ประเมินได้ การนำแบบประเมิน CIWA มาใช้ทำให้ผู้ป่วยมีระยะการถอนพิษสุราลดลง อยู่ในระยะ 1-2 วัน ผู้ป่วยจะพ้นระยะการถอนพิษสุรา หลังจากนั้นให้การบำบัดแบบกลุ่มเปิด รูปแบบการบำบัดเป็นการให้การปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์ ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการให้การบำบัดรายบุคคล แบบผู้ป่วยนอกที่เหมาะสมกับผู้ที่มีการบริโภคสุราแบบมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหา และการบริโภคสุราแบบเกิดปัญหา (Alcohol abuse) มาปรับใช้กับผู้ป่วยติดสุราของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุรา (Alcohol dependence) ซึ่งผู้ป่วยที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในจะมีอาการถอนพิษสุราและมีภาวะติดสุราที่รุนแรงมากกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า หลังจากได้รับการบำบัดไปแล้ว ผู้ป่วยมีอาการกลับมาป่วยซ้ำภายใน 28 วัน จากสถิติ 3 ปีย้อนหลังพบว่า ในช่วงปีพ.ศ. 2546 - 2548 ผู้ป่วยติดสุราได้รับการบำบัดซ้ำร้อยละ 5.79, 4.62 และร้อยละ 7.25 ตามลำดับ

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงต้องการที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดหรือลดการดื่มสุราสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อให้การบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่ได้รับจากการทบทวนความรู้ (Knowledge Focused Triggers)

จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาสาเหตุของการติดสุราในผู้ป่วยติดสุรา สาเหตุของการติดสุรา มีหลายแนวคิดที่อธิบายถึงสาเหตุของการเสพยาและติดสุรา แนวคิดหลักๆ ที่อธิบายในเรื่องนี้มี 3 แนวคิด คือ 1. แนวคิดด้านชีวภาพ 2. แนวคิดทฤษฎีทางด้านจิตใจและอารมณ์ และ 3. แนวคิดทางด้านสังคม ซึ่งแนวคิดด้านชีวภาพ ได้แก่ปัจจัยทางด้านพันธุกรรมและด้านสารชีวเคมี

ในสมอง โดยมีความเชื่อว่า พันธุกรรมมีส่วนส่งเสริมในการติดสารเสพติด จากการศึกษาผู้ที่เสพติดสุราจนกลายเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง พบว่าร้อยละ 52 ของผู้ที่เสพติดเหล่านี้นี้มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง บุตรที่เกิดจากบิดาหรือมารดาเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังจะมีโอกาสติดสุรามากกว่าคนทั่วไป 4 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545; สุวนิชย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545) คนที่ติดสุราบางรายจะมียีนส์บางตัวที่แปรปรวน โดยเชื่อว่า D 2 Allele Receptor Gene ทำให้เกิดภาวะการดื่มสุราแบบเป็นอันตรายหรือภาวะติดสุราได้ง่ายกว่าคนทั่วไป (ทรงเกียรติ ปิยะกะ และเวทิน สันสนีย์เวช, 2540) แต่อย่างไรก็ตาม พบว่ามีผู้ติดสุราจำนวนมากมาจากครอบครัวที่ไม่ติดสุรา ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดด้านชีวภาพได้ว่า เกิดเนื่องจาก เมื่อบุคคลดื่มสุราจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทหลายตัว เช่นโดปามีน (Dopamine) โดยที่สุราจะกระตุ้นให้มีการหลั่งโดปามีนมากขึ้น โดยเฉพาะบริเวณ Reward system ใน Ventral tegmental area และโดปามีนจะจับกับโปรตีนบนผิวเซลล์ประสาทส่วนควบคุมความพอใจ (Opiate receptor) ทำให้ผู้เสพรู้สึกพึงพอใจ แต่เมื่อขาดสุราปริมาณโดปามีนในสมองจะลดลง ผู้เสพจะรู้สึกกระวนกระวายจนต้องแสวงหาสุรามาเสพอีกเพื่อเพิ่มปริมาณโดปามีนให้สูงขึ้นเท่าที่เคยได้รับ นอกจากนี้โดปามีนยังกระตุ้นความรู้สึกอยากดื่มสุราจนกระทั่งเกิดการเสพติดขึ้น สารสื่อประสาทที่สำคัญอีก 2 ชนิดที่เกี่ยวข้องกับการออกฤทธิ์ของสุรา คือ สารประเภทสื่อดับทุกข์ สารตัวที่สำคัญได้แก่ Gamma aminobutyric acid (GABA) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่มีบทบาทในการลดการทำงานของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์กังวล ปกติจะหลั่งมาในเวลาที่ยุคคลมีจิตใจสงบ นอกจากนี้ Endorphine เป็นสารคลายความตึงเครียดทั้งร่างกาย (กล้ามเนื้อ) และจิตใจ (อารมณ์) ปกติหลังจากที่บุคคลออกกำลังกาย เมื่อดื่มสุราจะทำให้สารสื่อประสาท GABA และ Endorphine หลั่งออกมาจนทำให้ผู้ดื่มสุรามีความสุข ผ่อนคลาย จึงทำให้ใช้สุราต่อเนื่องจนเกิดการติดและต้องเพิ่มการดื่มขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้ได้รับความสุขตามที่ต้องการจนเกิดการทนทาน (Tolerance) (Heinz, Wilwer, & Mann, 2003; Wong, Maini, Rousset, & Brasic, 2003) นอกจากนี้แนวคิดทางด้านจิตใจและอารมณ์ เชื่อว่า ผู้ใช้สุราและสารเสพติดเป็นผู้ที่มีพัฒนาการทางด้านจิตใจอารมณ์และบุคลิกภาพอ่อนแอ วุฒิภาวะทางอารมณ์ต่ำ ขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาชีวิต เมื่อเผชิญกับภาวะความเครียดต่างๆ ในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นความเครียดที่มาจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน การเรียน สังคม ซึ่งอาจไม่ใช่ความเครียดที่มากกว่าคนอื่น แต่เนื่องจากบุคคลนั้นๆ ขาดทักษะในการปรับตัว จึงเลือกใช้สุราและสารเสพติดเพื่อช่วยลดความเครียดและผ่อนคลายทางอารมณ์ ช่วยให้ลืมความทุกข์ชั่วคราว เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้และได้รับการเสริมแรงจากความรู้สึกสุขสบาย และความเครียดที่ลดลง จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้คนไปดื่มสุราซ้ำๆ ส่วนปัจจัยด้านสังคม จัดว่าเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญมากอีกปัจจัยหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อการใช้สุราของบุคคลในสังคม ปัจจัยทางสังคมอธิบายว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มสุรา เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ จากการได้เห็นแบบอย่าง

จากบิดา-มารดาหรือบุคคลใกล้ชิดที่ใช้สุรกันเป็นประจำ และค่านิยมบรรทัดฐานของสังคมที่มีการส่งเสริมการดื่มสุราในกิจกรรมทางสังคมต่างๆ เช่น งานเลี้ยงขอบคุณ งานทำบุญ งานขึ้นบ้านใหม่ งานศพ และการดื่มสุราหลังเลิกงานเป็นประเพณีที่ถือปฏิบัติกันอยู่โดยทั่วไปในชุมชน และการที่สุราไม่ใช่สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย ดังนั้นจึงสามารถหาสุรามาเสพได้สะดวก และหาเสพติดตลอดเวลาทำให้บุคคลเสพสุราบ่อยๆ และติดสุราในที่สุด (สุนิย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; ทรงเกียรติ ปิยะกะ และเวคิน ศันสนียเวช, 2540)

การบำบัดเพื่อลดหรือหยุดดื่มสุรา ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่าการวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยติดสุรา มีวิธีการในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราอยู่หลายรูปแบบที่ได้ผล เช่น การทำครอบครัวบำบัด (Family therapy) การบำบัดแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic community) กิจกรรมกลุ่มสุรานิรนาม (Alcohol anonymous) และการบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) เป็นการบำบัดที่ใช้หลักการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ใช้ในการเผชิญปัญหาต่างๆ เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ซึ่งการบำบัดทุกวิธีดังกล่าวข้างต้นให้ผลใกล้เคียงกัน (Morgenstern & Longabaugh, 2000)

ดังนั้น ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกเฉพาะงานวิจัยที่ใช้แนวคิดหลักการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) เป็นกรอบในการสร้างโปรแกรมการบำบัด เนื่องจากเป็นรูปแบบการบำบัดที่ใช้ระยะเวลาในการบำบัดไม่นานนัก และเป็นโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการบำบัดที่ตัวผู้รับการบำบัด โดยมีครอบครัวผู้รับการบำบัดเป็นผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งมีแนวโน้มที่จะนำมาปฏิบัติได้จริง ในการบำบัดผู้ป่วยติดสุราแบบผู้ป่วยในหลังการบำบัดระยะถอนพิษสุราแล้ว เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ

ขั้นตอนที่ 2 สืบค้นและประเมินหลักฐาน (Assembling and Evaluating Evidence)

1. แนวทางการสืบค้น

เพื่อให้ได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา จึงกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิด “PICO” (PICO Format) (Craig & Smyth, 2001) เป็นเกณฑ์การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ ดังนี้

1.1 Population: Keyword ที่ใช้คือ Alcohol Dependence ที่เป็นทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุระหว่าง 18 – 65 ปี

1.2 Intervention: Keyword ที่ใช้คือ Cognitive behavioral therapy, Therapy, Intervention, Psychosocial intervention, Coping skills training, Relapse prevention, Cue exposure treatment ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ใช้แนวคิด CBT เป็นหลักในการสร้างแนวทางในการบำบัด

1.3 Comparison Intervention เปรียบเทียบการบำบัดกับการบำบัดมาตรฐานและการบำบัดแบบอื่นๆ

1.4 Outcome: Keyword Primary Outcome ได้แก่ Remission, Abstinence Rate, Quantity and Frequency of Drinking และ Secondary Outcome ได้แก่ Craving, Self-Efficacy, Alcohol Cue Reactivity, Responses to High Risk Simulation and Urge Specific Coping Skill.

2. กำหนดฐานข้อมูลในการสืบค้น

ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ (วิทยานิพนธ์และสารนิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา) ที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้

2.1 จากระบบฐานข้อมูล Electronic แนวปฏิบัติทางคลินิก www.Cochrane library.org

2.2 จากระบบฐานข้อมูล (Databases) ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัย ได้แก่ OVID CINAHL, PUBMED, Science Direct, Blackwell-Synergy, High Wire

2.3 สืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (Reference list) ของบทความ / งานวิจัย

2.4 Hand search งานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยสุรา ได้แก่ Addiction, Alcoholism เป็นต้น

2.5 ติดต่อกับผู้วิจัยโดยตรง

3. เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกรงานวิจัย

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ และ/ หรือเอกสารที่เกี่ยวข้อง สำหรับการศึกษาและวิเคราะห์ และนำมาสร้างแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา มีดังต่อไปนี้

3.1 ประเภทของหลักฐาน

เป็นงานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือ การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) จากงานวิจัย Randomized control trial (RCT) และ Quasi-experimental ที่ตรงกับประเด็นปัญหา หรือ แนวปฏิบัติทางคลินิก

- เป็นงานวิจัยที่ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 – ค.ศ. 2006

- เป็นงานวิจัยแบบสมบูรณเนื่องจากงานวิจัยที่มีเฉพาะบทคัดย่อไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

3.2 เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

กำหนดเกณฑ์ในการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์การประเมิน Evidence-Bases Practice in Nursing Healthcare ของ Melnyk & Fineout overholt. (2005) ซึ่งมีเกณฑ์ในการประเมิน ดังนี้

Level I หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือ การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) จากงานวิจัย RCTs ที่ตรงกับประเด็นปัญหา หรือ แนวปฏิบัติทางคลินิก ที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Clinical Practice Guideline) โดยการทบทวนงานวิจัย RCTs อย่างเป็นระบบ (systematic review)

Level II หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น RCT อย่างน้อย 1 งาน

Level III หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น งานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดี (Well-Designed Controlled Trials) โดยไม่มีการสุ่มการทดลองเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Randomization)

Level IV หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case-Control Cohort Studies ที่มีการออกแบบ งานวิจัยมาเป็นอย่างดี

Level V หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) จากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ 1งาน

Level VII หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จาก ความคิดเห็น ทรรศนะของผู้เชี่ยวชาญในประเด็น นั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

สรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่างๆพบว่าม้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่สามารถนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา จำนวน ทั้งหมด 6 เรื่อง แต่คัดออก 1 เรื่อง ดังนี้

1. Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Swift, R. M., Gulliver, S. B., Colby, S. M., Timothy, I. M., Bown, R. A., Gordon, A., Abrams, D. B., Niaura, R. S., and Asher, M. K.(2001). Naltrexone and Cue Exposure with Coping and Communication Skills Training for Alcohol: Treatment Process and 1-year Outcomes. *Alcoholism: Clinical And Experimetal Researc*,25(11), 1634-1647.

เนื่องจากเมื่อบำบัดด้วยจิตสังคมในโรงพยาบาลแล้ว หลังจากจำหน่ายจะให้ผู้ป่วย รับประทานยา Naltrexone อีก 12 สัปดาห์

ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ สรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้นำเสนอ ดัง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

No.	Researcher (S)/ Title/ Source	Level of Research
1.	Phukao, D. (2006). Development and evaluation of a culturally appropriate treatment program for people with alcohol use disorders in Thailand. A doctoral dissertation, University of Queensland. Australia.	Randomized Control Trial Level II
2.	John U., Veltrup, C., Driessen, M., Wetterling, T. & Dilling H. (2003). Motivational intervention: an individual counselling VS a group treatment approach for alcohol – dependent in –patients. <i>Alcohol & Alcoholism</i> , 38(3), 263-269.	Randomized Control Trial Level II
3.	Loeber, S., Croissant, B., Heinz, A., Mann, K., & Flor, H. (2006). Cue exposure in the treatment of alcohol dependence: effects on drinking outcome, craving and self- efficacy. <i>The British Psychological Society</i> , 45, 515-529.	Quasi-experimental Level III
4.	Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Rubonis, A. V., Gulliver, S. B., Colby, S. M., Binkoff, J. A., & Abrams, D. B. (2001). Cue exposure with coping skills training and communication skills training for alcohol dependence: 6-and 12 – month outcomes. <i>Addiction</i> , 96, 1161-1174.	Quasi-experimental Level III
5.	Allsop, S., Saunders, B., Phillips, M., & Carr, A. (1997). A trial of relapse prevention with severely dependence male problem drinkers. <i>Addiction</i> , 92(1), 61-74.	Quasi-experimental Level III

งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลที่กำหนด และผ่านการประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วพบงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ และเป็น Randomized control trial และ Quasi-experimental ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้มีจำนวน 5 เรื่อง ดังแสดงในตารางที่ 1 หลังจากอ่านทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 5 เรื่องแล้ว พบว่าเนื้อหาตรงประเด็นกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขและจำนวนงานวิจัยเพียงพอ จึงนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียดอีกครั้งหนึ่งเพื่อสกัดข้อมูลมาใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติ (ภาคผนวก.ค)

สรุปสาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา ได้แนวปฏิบัติดังนี้

1. วิธีการประเมินกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการบำบัด ได้แก่

- 1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุรา ตาม ICD-10 และ DSM-IV (Phukao, 2006; John et al., 2003; Loeber et al., 2006; Rohsenow et al., 2001; Allsop et al., (1997) (level II)
- 1.2 ลงนามในหนังสือยินยอมเข้ารับการรักษานาน้อยกว่า 21 วัน (John et al., 2003) (level II)
- 1.3 มีอายุระหว่าง 21 – 65 ปี (Phukao, 2006; John et al., 2003, Allsop et al., 1997) (level II)
- 1.4 ได้รับการบำบัดถอนพิษสุราแล้วอย่างน้อย 3 – 10 วัน อาจยังคงเหลืออาการถอนสุราเล็กน้อยกล่าวคือเมื่อประเมินด้วย Alcohol Withdrawal Scale (AWS) (ดูในภาคผนวก ง) มีค่าคะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 2 (Phukao, 2006; John et al., 2003; Loeber et al., 2006; Rohsenow et al., 2001; Allsop et al., (1997) (level II)

2. คุณสมบัติผู้นำกลุ่ม

- 2.1 มีประสบการณ์ในการให้การบำบัดผู้ติดสุรา 5 ปี (John et al., 2003) (level II)
- 2.2 เป็นผู้ผ่านการฝึกทักษะในการบำบัด โดยใช้เทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) (Phukao, 2006; John et al., 2003; Loeber et al., 2006; Rohsenow et al., 2001 (level III)
- 2.3 ผู้บำบัดต้องมีลักษณะที่มั่นคง (Consistently Positive) กระปรี้กระเปร่า (Energetic) เป็นผู้ที่มองเหตุการณ์ไปในทางที่ดี (Optimistic) เป็นผู้ที่สนับสนุนผู้อื่น (Supportive) มีความกระตือรือร้น (Enthusiastic) ยอมรับในตัวผู้ป่วย (Recognized) ชื่นชมผู้อื่นได้ (Praised) และสามารถที่จะชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าเขาเป็นเจ้าของพฤติกรรมตนเอง (Influence his/her own behavior) (Phukao, 2006; John et al., 2003) (level II)

3. หลักการทำงาน

การบำบัดยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-centered) โดยที่มีผู้บำบัดเป็นเพียงผู้แนะแนว (Therapist directed style) และวางโครงสร้างในการสนทนา กระตุ้นให้ผู้รับบริการได้มีการปรึกษาหารือและออกความคิดเห็นร่วมกัน (Negotiation) การใช้วิธีการร่วมมือกัน

(co-operation) ผู้บำบัดจะให้ข้อมูลที่มีประโยชน์เพิ่มเติมในการคิดวิธีการแก้ปัญหาต่างๆ ที่ตรงกับประเด็นปัญหาของผู้รับบริการ ส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้คิดแก้ปัญหาของตนเอง พัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง (Sense of Autonomy) เกิดความเชื่อมั่นในการที่จะแก้ปัญหาต่างๆ โดยไม่ต้องใช้สุราเพื่อลดหรือป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ และนำไปสู่ความสามารถในการพึ่งตนเอง (Phukao, 2006) (level II)

4. สถานที่ทำกลุ่ม

ควรมีห้องเฉพาะ ไม่มีบุคคลภายนอกรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยมีสมาธิในการเสนอแนะอภิปรายในหัวข้อนั้นๆ (John et al., 2003) (Level II)

5. การประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ากลุ่ม

5.1 ประเมินภาวะขาดสุราโดยใช้ แบบประเมินการวัดระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale; AWS) ของครุณี ภูขาว (2545) มีหัวข้อในการประเมิน 7 หัวข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0 – 4 ยกเว้นอาการสั่น มีคะแนน 0-3 ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราออกเป็น 4 ระดับ คือ มีอาการถอนพิษสุราระดับเล็กน้อย (AWS = 0 -4) ระดับปานกลาง (AWS = 5 - 9) ระดับรุนแรง (AWS = 10 - 14) และระดับรุนแรงมากที่สุด (AWS $\geq$ 15) ผู้ป่วยต้องได้ค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 เพราะถ้าค่าคะแนนมากกว่า 2 หมายถึงผู้ป่วยยังไม่พร้อมไม่สามารถที่จะเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างถูกต้องชัดเจน (Phukao, 2006) (level II)

5.2 ประเมินปัญหาทางความคิดหรือการติดต่อสื่อสาร โดยใช้แบบประเมินสภาวะจิตชนิดสั้น (Thai Mental Status Examination; TMSE) ของกลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพสมองศิริราช (2536) ประเมินการทำหน้าที่เกี่ยวกับความคิด ความจำ และเชาว์ปัญญา เพราะกลุ่มบำบัดปรับความคิดและพฤติกรรม ต้องใช้การคิดเป็นหลัก ต้องได้คะแนนอย่างน้อย 25 คะแนน จาก 30 คะแนน จึงจะสามารถให้เข้ากลุ่มได้ ถ้าไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินจะทำให้มีปัญหาในเรื่องกระบวนการคิดและไม่สามารถรับฟังหรือแสดงความคิดเห็นในกลุ่มได้ (Phukao, 2006) (level II)

5.3 ประเมินภาวะสุขภาพร่างกายโดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Biological Alcoholism Markers) การตรวจเลือด เช่น ตรวจยูเรีย (Urea) เกลือแร่ในร่างกาย (Electrolytes) การทำงานของตับ (Liver function test) และ Serology (Rohsenow et al., 2001) (level III)

6. การประเมินเพื่อแยกผู้ป่วยในการเข้าโปรแกรมการบำบัด

ใช้การประเมินระดับการติดสุรา ตามแบบประเมิน The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ): Community version ของครุณี ภูขาว (2545) แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม 1 ระดับคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน ให้เข้าโปรแกรมการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มซ้ำ และกลุ่ม 2 คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 30 คะแนนขึ้นไป ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมีระดับ

การคิดสุราที่รุนแรง ให้เข้าโปรแกรมการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มซ้ำ ร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบเผชิญสิ่งเร้า

7. ลักษณะของกลุ่มบำบัด ที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการบำบัดที่เป็นแบบกลุ่มโดยใช้แนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive – behavioral therapy) แบ่งการบำบัดออกเป็น 3 โปรแกรมย่อย ดังนี้

7.1 โปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (relapse prevention)

7.2 โปรแกรมการจัดการกับอาการอยากสุรา (Cue exposure treatment) ร่วมกับการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุรา

7.3 โปรแกรมการจัดการกับอาการอยากสุรา (Cue exposure treatment) ร่วมกับการเพิ่มทักษะการสื่อสาร (Communication skills training)

การตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ

นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ 1. แพทย์เฉพาะทางจิตเวช 2 ท่าน 2. พยาบาลที่ได้วุฒิบัตรการปฏิบัติการขั้นสูงเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน (APN) 3. อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญในการบำบัดผู้ติดสารเสพติด 1 ท่าน และพยาบาลที่เชี่ยวชาญในการบำบัดผู้ป่วยสุรา 1 ท่าน ซึ่งได้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา ดังนี้

โปรแกรมที่ 1 โปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (relapse prevention) (level II) ใช้หลักการของ Cognitive behavioral therapy คือ การฝึกทักษะที่จำเป็นในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุรา และส่งเสริมความสามารถในการควบคุมตนเอง ซึ่งมีแนวความคิดว่าการที่คนไปใช้สารเสพติดเนื่องจากมีความเชื่อที่ผิดๆ และขาดทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุรา การบำบัดหลังจากที่ผู้ป่วยพ้นระยะถอนพิษสุราแล้ว จำนวนผู้ป่วยที่เหมาะสมประมาณ 8 – 12 คน จำนวนครั้งของการบำบัดอยู่ระหว่าง 5 – 18 ครั้ง ใช้เวลาในการบำบัดแต่ละครั้งระหว่าง 60 – 120 นาที

ตารางที่ 2 สรุปข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

โปรแกรมที่ 1	ข้อเสนอแนะ
ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1	การประเมินผลการบำบัดควรบอกว่าประเมินอะไรบ้าง เช่น ประเมิน การเลิกเสพ ประเมินทักษะ หรือทัศนคติ
ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2	1.จำนวนครั้งของการบำบัด 18 ครั้ง ผู้ป่วยจะอยู่ได้หรือเปล่า ถ้าให้ผู้ป่วย Admitted จะ ทำให้จำนวนวันนอนรพ.เพิ่มมากขึ้น 2.เวลาในการบำบัด 60-120 นาที ผู้ป่วยจะไม่ค่อยมีสมาธิ ถ้าทำนานเกินไป
ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3	1.แต่ละระยะควรมีการกำหนดว่ามีการดำเนินกลุ่มกี่ครั้ง 2.เพิ่มเติมรายละเอียดของสื่อและอุปกรณ์ให้ชัดเจน 3.ควรจะรวมทั้ง 3 โปรแกรมให้เป็นโปรแกรมเดียว
ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 4	1. ควรเขียนเกณฑ์ตั้งแต่การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ามาและบอกขั้นตอนให้ชัดเจนตั้งแต่ ภาวะถอนสุรา 2. บอกวิธีการเลือกผู้ป่วยเข้าแต่ละโปรแกรม 3. เขียนขั้นตอนของแต่ละโปรแกรมให้ชัดเจน 4. บอกกลยุทธ์ของแต่ละโปรแกรม 5. ควรจะรวมทั้ง 3 โปรแกรมให้เป็นโปรแกรมเดียว 6. หลังการบำบัดในช่วงแรกควรใช้โทรศัพท์ติดตามอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อ เสริมแรงทางบวกและส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถเลิกดื่มสุราได้
ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 5	1.ให้ปรับวิธีการส่งเสริมการดื่มสุรา ประโยชน์ที่ว่า “ความเชื่อมั่น” เป็น “การรับรู้ ความสามารถ” 2. ปรับลำดับของระยะการทำกลุ่ม คือ ปรับระยะที่ 2 เป็นระยะที่ 3 และระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 2 3. ให้อธิบายวิธีการคิดแก้ปัญหา (Problem Solving) ให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น 4. ให้นำรายละเอียดของกระบวนการฝึกการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ (Problem solving) และฝึกทักษะในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ

โปรแกรมที่ 2 โปรแกรมการจัดการกับอาการอยากสุรา (Cue exposure treatment)
 ร่วมกับการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุรา (level II) ใช้หลักเดียวกับโปรแกรมการ
 ป้องกันการกลับไปเสพยา (Relapse prevention) กล่าวคือ การเรียนรู้สถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การ
 ดื่มสุราและฝึกคิดวิธีในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุรา โดยเน้นในเรื่องของการ
 เผชิญสิ่งเร้าหรือสถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการอยากในผู้ป่วยติดสุรา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการ
 ควบคุมตนเอง ซึ่งการบำบัดแบบให้เผชิญสิ่งเร้า (Cue exposure) มีแนวความคิดว่าสถานการณ์เสี่ยง
 ที่นำไปสู่การดื่มสุราจะทำให้เกิดอาการอยาก ขณะเดียวกันก็ให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะจัดการกับสาเหตุ

หรือสถานการณ์เสี่ยงที่นำมาสู่การอยากดื่มสุรา และเรียนรู้ที่จะฝึกทักษะในการจัดการกับอาการอยากที่นำไปสู่การดื่มสุรา จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการบำบัดเป็นกลุ่มประมาณ 3 คน บำบัดติดต่อกัน 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น รวม 18 ครั้ง ใช้เวลาในการบำบัดช่วงเช้า 60 นาที และช่วงบ่าย 90 นาที

ตารางที่ 3 สรุปข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

โปรแกรมที่ 2	ข้อเสนอแนะ
ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1	1. โปรแกรมนี้ควรรักษาแบบผู้ป่วยใน เนื่องจากการรักษาแบบนี้ มีความเสี่ยงที่จะกลับไปใช้สูงระหว่างบำบัด 2. โปรแกรมนี้ไม่ค่อย Practical หากนำมาใช้ในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เนื่องจากใช้บุคลากรเปลือง เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วย 3 คน และต้องใช้งเงินมาก ในการไปนอกสถานที่ เป็นต้น หากจะต้องนำมาใช้จริงต้องปรับให้กระชับกว่านี้ 3. ควรบอกว่าประเมินอะไร และมีเครื่องมือ The German version of the Alcohol Craving Questionnaire (ACQ) หรือไม่ 4. ความรุนแรงของอาการอยาก เขียนแต่ละระดับให้ดู และให้ความหมายแต่ละระดับไว้
ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2	1. จำนวนครั้งของการบำบัด 18 ครั้ง จะเพิ่มจำนวนวันนอนรพ.หรือไม่ 2. ระยะการบำบัด 60 นาที และ 90 นาที จะนานไป
ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3	- กลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราควรที่จะนำผู้ป่วยที่สามารถเลิกดื่มสุราได้ มาเล่าถึงวิธีการจัดการกับอาการอยาก
ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 4	1. ควรเขียนเกณฑ์ตั้งแต่การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ามาและบอกขั้นตอนให้ชัดเจนตั้งแต่ภาวะถอน 2. บอกวิธีการเลือกผู้ป่วยเข้าแต่ละโปรแกรม 3. เขียนขั้นตอนของแต่ละโปรแกรมให้ชัดเจน 4. บอกกลยุทธ์ของแต่ละโปรแกรม 5. ควรจะรวมทั้ง 3 โปรแกรมให้เป็นโปรแกรมเดียว 6. หลังการบำบัดในช่วงแรกควรใช้โทรศัพท์ติดตามอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อเสริมแรงทางบวกและส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถเลิกดื่มสุราได้
ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 5	- ให้ปรับคำว่า การบำบัดแบบการจัดการกับอาการอยาก เป็น การบำบัดแบบเผชิญสิ่งเร้า

โปรแกรมที่ 3 โปรแกรมการจัดการกับอาการอยาก (Cue exposure treatment) ร่วมกับการเพิ่มทักษะการสื่อสาร (Communication skills training) (level III) การบำบัดใช้หลักของ CBT ซึ่งโปรแกรมนี้เน้นการส่งเสริมการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่อาการอยาก การเผชิญสิ่งเร้า

มีแนวคิดว่าการสัมผัสเสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุราจะทำให้เกิดอาการอยาก และฝึกทักษะการสื่อสาร เพื่อแก้ไขปัญหาการสื่อสารที่นำไปสู่การดื่มสุรา เช่น การขาดทักษะการปฏิเสธ และการขาดทักษะในการจัดการกับความขัดแย้ง เป็นต้น การบำบัดนี้มีทั้งหมด 16 ครั้ง บำบัดวันละ 2 ครั้ง ช่วงเช้า บำบัดครั้งละ 90 นาทีและช่วงบ่ายบำบัดครั้งละ 60 นาที ให้การบำบัดทุกวันติดต่อกัน ยกเว้นวันเสาร์และวันอาทิตย์

ตารางที่ 4 สรุปข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

โปรแกรมที่ 3	ข้อเสนอแนะ
ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1	- ระบุจำนวนผู้เข้ากลุ่มในโปรแกรม
ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2	- -
ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3	- กรณีที่ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการอยากได้ควรมีการให้แรงเสริมทางบวกที่เป็นรูปธรรมร่วมด้วย
ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 4	1. ควรเขียนเกณฑ์ตั้งแต่การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ามาและบอกขั้นตอนให้ชัดเจนตั้งแต่ภาวะถอน 2. บอกวิธีการเลือกผู้ป่วยเข้าแต่ละโปรแกรม 3. เขียนขั้นตอนของแต่ละโปรแกรมให้ชัดเจน 4. บอกกลยุทธ์ของแต่ละโปรแกรม 5. ควรจะรวมทั้ง 3 โปรแกรมให้เป็นโปรแกรมเดียว 6. หลังการบำบัดในช่วงแรกควรใช้โทรศัพท์ติดตามอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อเสริมแรงทางบวกและส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถเลิกดื่มสุราได้
ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 5	- เพิ่มเติมรายละเอียดของการฝึกทักษะการสื่อสาร

สรุปข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

หลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แล้ว ผู้ศึกษาได้ทำการปรับแก้ไขเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ชัดเจนร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ได้ข้อเสนอแนะรูปแบบการบำบัดใหม่ ดังนี้

1. ปรับจาก 3 โปรแกรม เป็น 1 โปรแกรม โดยมี 2 โปรแกรมย่อย กล่าวคือ

1.1 โปรแกรมสำหรับผู้ติดสุราทั้งระดับรุนแรงและไม่รุนแรงเป็นโปรแกรมหลัก (Core Intervention) ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

1.2 โปรแกรมสำหรับผู้ติดสุราระดับรุนแรง เป็นโปรแกรมเสริม (Addiction Intervention) ซึ่งเป็นโปรแกรมบำบัดเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับการติดสุรารุนแรง ตามแบบประเมิน The Severity Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ-C) Community version ได้คะแนนเท่ากับ

หรือมากกว่า 30 คะแนนขึ้นไป (ภาคผนวก. จ) ช่วงเช้าเข้าโปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ และช่วงบ่ายเข้าโปรแกรมการเผชิญสิ่งเร้า

2. การประเมินผลลัพธ์จะใช้เครื่องมือ แบบสัมภาษณ์ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ใช้ Timeline Follow Back Interview (TLFB) และแบบประเมินความพึงพอใจในผลการบำบัด (ภาคผนวก. ช และซ ตามลำดับ)

3. ปรับเปลี่ยนการใช้คำใน Unrealistic Belief จากความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลเป็น ความเชื่อที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง และ Cue Expose จากการจัดการกับอาการอยากสุรา เป็นการบำบัดเผชิญสิ่งเร้า

4. การพัฒนาโปรแกรมการเผชิญสิ่งเร้านี้ ถ้าได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานจะขอ เครื่องมือประเมินอาการอยาก (The Craving Questionnaire; ACQ) จากเจ้าของเครื่องมือหรือ พัฒนาขึ้นเองภายหลัง

5. เวลาในการบำบัดจะปรับ ดังนี้

5.1 โปรแกรมหลัก (Core Intervention) ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันการกลับไป ดื่มซ้ำ ประกอบด้วยการบำบัด 7 ระยะติดต่อกัน ทำในหอผู้ป่วย จำนวน 9 ครั้ง โดยระยะที่ 5 ฝึก ทักษะการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงจะจัดให้มีการฝึก 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที และระยะที่ 7 จะนัด ผู้ป่วยมาติดตามผลและปรับกลยุทธ์ในการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ ทุก 2 สัปดาห์ตามที่แพทย์นัด ผู้ป่วยมาตรวจ ในระหว่างสัปดาห์จะใช้โทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง จำนวนสมาชิกที่ เหมาะสมกับการบำบัดกลุ่มประมาณ 8 – 12 คน

5.2 โปรแกรมเสริม (Addiction Intervention) ประกอบด้วยโปรแกรมหลัก บำบัด ตามที่กล่าวมาข้างต้นบำบัดในช่วงเช้า และโปรแกรมการบำบัดแบบเผชิญกับสิ่งเร้า บำบัดในช่วงบ่าย 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมกับการบำบัดกลุ่มประมาณ 3 คน ทำติดต่อกัน 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 4 วัน

การเสนอรูปแบบการส่งเสริมการหยุดดื่มสุรา

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อสร้าง แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา โดยมีงานวิจัยที่พัฒนาขึ้นเพื่อ ลดการดื่มสุราโดยอิงทฤษฎีการบำบัดปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognition –behavioral therapy) ได้โปรแกรมการบำบัด 2 โปรแกรม

1. โปรแกรมหลัก คือ โปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (relapse prevention)

2. โปรแกรมเสริม คือ โปรแกรมการบำบัดเผชิญสิ่งเร้า (Cue exposure) ร่วมกับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (relapse prevention) ซึ่งแต่ละโปรแกรมมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

แนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (Relapse prevention)

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ติดสุรา

คำจำกัดความ

อาการติดสุรา (Alcohol dependence) หมายถึง การที่บุคคลเสพสุราจนเกิดความผิดปกติของพฤติกรรม หรือรู้สึกไม่สบายใจ โดยมีอาการต่อไปนี้ 3 อย่าง หรือมากกว่าในช่วงเวลาติดต่อกัน 12 เดือน

1. อาการดื้อยาหรือสาร (Tolerance) โดยมีอาการต่อไปนี้เป็นอย่างหนึ่งอย่างใด
 - 1.1 เพิ่มปริมาณของสารขึ้นเพื่อให้เกิดอาการมึนเมา หรือได้ผลรับตามที่ต้องการ
 - 1.2 ผลของสารลดลงอย่างมาก แม้จะเสพอย่างต่อเนื่องในปริมาณเท่าเดิม
2. อาการขาดยาหรือสาร (withdrawal symptoms) โดยมีอาการต่อไปนี้ได้อย่างใดอย่างหนึ่ง
 - 2.1 มีการหยุด (หรือลดการดื่ม) แอลกอฮอล์ หลังจากการใช้อย่างมากและเป็นเวลานาน จะมีอาการต่อไปนี้สองข้อ หรือมากกว่า เกิดขึ้นภายในไม่กี่ชั่วโมงจนถึงสองสามวัน หลังจากมีการหยุด (หรือลดการดื่ม) ได้แก่ ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ (เช่น เหงื่อออก ชีพจรเร็ว กว่า 100 ครั้งต่อนาที) มือสั่นมากขึ้น นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน เห็นภาพหลอน หูแว่ว สัมผัสหลอน หรือมองเห็นภาพผิดจากความจริงเป็นชั่วคราว กระวนกระวาย กระสับกระส่าย วิดกกังวล ซักทั้งตัว
 - 2.2 การใช้สารเสพติดชนิดที่คล้ายคลึงกันสามารถลดหรือบรรเทาอาการขาดสารเสพติดได้
3. เสพสาร เป็นจำนวนมากหรือระยะเวลาานมากกว่าที่ตั้งใจไว้
4. ไม่สามารถควบคุมการเสพสารเสพติด หรือไม่สามารถหยุดการเสพสารเสพติดได้
5. ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสพสารเสพติด
6. กิจกรรมที่สำคัญต่างๆ ได้แก่ งานสังคมที่สำคัญ การประกอบอาชีพ หรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพักผ่อนลดลง เนื่องจากใช้เวลาในการเสพสารเสพติด
7. เสพอย่างต่อเนื่อง แม้จะทราบว่าเสพทำให้เกิดปัญหาทั้งทางร่างกาย และจิตใจ

การหยุดดื่มสุรา (Early Remission) หมายถึง หลังจากที่พักระยะถอนสุราแล้ว บุคคลสามารถที่จะหยุดดื่มสุราได้นานมากกว่า 1 เดือน แต่ไม่เกิน 12 เดือน โดยแบ่งระยะการหยุดดื่มเป็น 3 ระยะ ดังนี้

- Early Full remission หมายถึง การไม่ดื่มสุราเลยอย่างน้อย 1 เดือน แต่ไม่เกิน 12 เดือน หลังการบำบัด
- Early Partial remission หมายถึง ผู้ป่วยอาจกลับมาดื่มสุราเป็นครั้งคราว แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์การติดสุรา เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน แต่ไม่เกิน 12 เดือน หลังการบำบัด
- No remission หมายถึง ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราจนถึงขั้นติด (Alcohol dependence) หลังการบำบัด (American Psychiatric Association, 2000)

ลักษณะกลุ่มประชากร

ผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการถอนพิษสุราอย่างน้อย 3- 10 วัน อาจยังคงเหลืออาการถอนพิษสุราเล็กน้อย ประเมินด้วย AWS ได้คะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 2 และประเมินปัญหาทางความคิดและการติดต่อสื่อสารโดยใช้ TMSE ได้คะแนนมากกว่า 25 คะแนน

ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและครอบครัว
2. บุคลากรในหน่วยงาน

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ผู้ป่วยสามารถลดการกลับเข้ามารับการบำบัดซ้ำของผู้ป่วยติดสุราภายใน 28 วัน
2. ผู้ป่วยติดสุราสามารถหยุดดื่มสุราหรือไม่กลับไปติดสุราซ้ำภายใน 3 และ 6 เดือน
3. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในผลของการบำบัด
4. ทีมการพยาบาลผู้ให้การบำบัดผู้ป่วยติดสุรามีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน

ที่มาของหลักฐานเชิงประจักษ์

1. Randomized control trial ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 จำนวน 2 เรื่อง
2. Quasi-experimental design ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 3 จำนวน 3 เรื่อง

แนวปฏิบัติการพยาบาล

ในการบำบัดทางจิตสังคม ภายหลังจากการบำบัดถอนพิษสุราแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดในโปรแกรมหลัก (Core intervention) ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำทุกคน และผู้ป่วยที่มีระดับการติดสุราระดับรุนแรง จากการใช้แบบประเมิน The Severity Alcohol Dependence

Questionnaire (SADQ-C) Community version ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 30 คะแนน จะได้รับการบำบัดเพิ่มเติม ในโปรแกรมการบำบัดเผชิญสิ่งเร้า

โปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ มีแนวคิดว่าคนที่กลับไปใช้สารเสพติดเนื่องจากมีแนวความคิดที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง และขาดทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุรา วัตถุประสงค์ของการบำบัด ส่งเสริมแรงจูงใจและความมุ่งมั่นในการหยุดดื่มสุรา แก้ไขกระบวนการคิดที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ที่นำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม คือพฤติกรรมการดื่มสุรา รวมทั้งการพัฒนาและส่งเสริมการคงไว้ของพฤติกรรมที่ไม่ดื่มสุรา โดยช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละคนระบุสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุรา พัฒนาและฝึกทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ รูปแบบของการบำบัดประกอบ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับสาเหตุหรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา และผลของการดื่มสุรา การวางแผนและการฝึกทักษะในรูปแบบสถานการณ์จำลอง บทบาทสมมุติและการเข้าไปเผชิญกับสถานการณ์จริง การให้ข้อมูลป้อนกลับ การให้แรงเสริมทางบวก ในพฤติกรรมหยุดดื่มสุรา เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการดำรงพฤติกรรมที่ไม่ดื่มสุรา แต่ถ้าพลาดกลับไปเสพในระยะแรก สนับสนุนให้ยอมรับการกลับไปดื่มซ้ำ รวมทั้งปรับกลยุทธ์เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำอย่างถาวร การบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรม 7 ระยะ บำบัดติดต่อกัน 9 ครั้ง ใช้เวลาในการบำบัด ครั้งละ 60 นาที และติดตามการบำบัดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อีก 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ จำนวนผู้ป่วยที่เหมาะสมกลุ่มละประมาณ 8-12 คน ขั้นตอนการบำบัดมีดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1. วัตถุประสงค์ 1. สร้างสัมพันธภาพ

2. ส่งเสริมแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา

กิจกรรมครั้งที่ 1.

1. สร้างความไว้วางใจระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก โดยผู้นำกลุ่มแนะนำตนเองและให้สมาชิกแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ของโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างกำลังใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดื่มสุรา บอกวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่มครั้งนี้ เพื่อสร้างความคุ้นเคยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตเกี่ยวกับการดื่มสุรา

2. ส่งเสริมความตระหนักในปัจจัยหรือปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา และสาเหตุที่เกิดจากการดื่มสุรา โดยกระตุ้นให้สมาชิกประเมินข้อดี ข้อเสียของการดื่มสุรากับชีวิตของตนเอง โดยเปรียบเทียบชีวิตเหมือนสายน้ำ (สายธารแห่งชีวิต) ว่าชีวิตผ่านอะไรมาบ้าง ผลของการดื่มสุราทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงอย่างไรและเป้าหมายในอนาคตอยากให้เป็นอย่างไร และผลของการดื่มสุราจะไปกระทบกับเป้าหมายของชีวิตอย่างไร ส่งเสริมความตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุราต่อชีวิต ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดออกจากปากของผู้ป่วยเอง เพราะเป็น

ข้อความจริงใจตนเองโดยไม่มีใครมาบังคับให้พูด จะทำให้ผู้ป่วยเชื่อในสิ่งที่ตนเองได้พูดออกมา และเขียนผลกระทบของการดื่มสุราโดยรวมลงในฟลิปชาร์ต เพื่อสรุปให้เห็นผลของการดื่มสุรา เป็นสาเหตุของปัญหาต่างๆ

3. ส่งเสริมแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือการส่งเสริมความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม โดยสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข้อคิดเห็น การให้ผู้ป่วยมองย้อนไปในอดีต โดยถามว่าในช่วงก่อนที่จะเกิดปัญหาจากการดื่มสุราผู้ป่วยจำสิ่งดีๆ อะไรบ้าง มีเป้าหมายอย่างไร มีอะไรบ้างที่ประสบความสำเร็จ เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับปัจจุบันที่ดื่มสุรา มีอะไรแตกต่างกันบ้าง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาเป้าหมายที่เคยมีไว้อย่างไรและช่วยให้มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะนี้ เพื่อส่งเสริมความมุ่งมั่น ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม

ระยะที่ 2. วัตถุประสงค์เพื่อ ให้ความรู้เกี่ยวกับสุรา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดสุรา ทั้งปัจจัยนำ ผลที่ตามมา และวิธีการบำบัดผู้ติดสุรา

กิจกรรมครั้งที่ 2

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับสุรา ในเรื่องสุราคืออะไร สารเสพติดในสุรา ความอยาก ภาวะต้าน / การทนต่อยา (Tolerance) อาการถอนสุรา (Withdrawal) การติดสุรา (Alcohol Dependence) การเผชิญกับความเครียด และผลที่ตามมาของการดื่มสุรา ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม การกลับไปเสพซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงตัวกระตุ้น พฤติกรรมการดื่มสุรา การกลับไปเสพซ้ำและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังการดื่มสุรา

ระยะที่ 3 วัตถุประสงค์ 1.ผู้ป่วยสามารถบอกถึงกระบวนการติดสุรา

2.สำรวจและวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้าที่สำคัญที่นำมาสู่การดื่มสุราบ่อยๆ

3.ส่งเสริมความเชื่อมั่นต่อการหยุดดื่มสุรา

กิจกรรมครั้งที่ 3

1. สำรวจและระบุสถานการณ์เสี่ยง วิเคราะห์ปัจจัยกระตุ้นให้ดื่มสุรา เพื่อหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่นำไปสู่การดื่มสุรา ว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่มีอิทธิพลที่ทำให้ตัดสินใจดื่มสุราในโอกาสต่างๆ ทั้งปัจจัยจากสถานการณ์ต่างๆภายนอก ซึ่งได้แก่ เหตุการณ์หรือสถานการณ์กระตุ้นต่างๆ และปัจจัยภายใน ซึ่งได้แก่ความคิดและอารมณ์ที่นำมาสู่การดื่ม ให้แต่ละคนระบุสาเหตุที่สำคัญๆ ของแต่ละคนที่นำไปสู่การดื่มสุรา และเขียนลงในฟลิปชาร์ต

2. ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อการเลิกดื่มสุรา (Enhance self efficacy) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยระบุถึงสิ่งที่เคยทำแล้วประสบความสำเร็จและภาคภูมิใจ นำจุดแข็งที่ทำให้ตนเองประสบความสำเร็จ หรือเพื่อนสมาชิกเคยใช้ในการทำกิจกรรมที่ยาก แล้วประสบความสำเร็จ เช่น ต้องมีความมุ่งมั่น อดทน มีการคิดกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาที่หลากหลายและเลือกใช้ที่

เหมาะสมกับตนเองและสถานการณ์นั้นๆ การให้กำลังใจตนเอง การหาแหล่งสนับสนุนหรือที่ปรึกษา ถ้าไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นด้วยตนเอง เป็นต้น กระตุ้นให้มีการอภิปรายถึงการนำเอาหลักการหรือกลยุทธ์ที่จะนำไปใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง รวมทั้งให้ผู้ป่วยประเมินความเชื่อมั่นตนเองถึงพฤติกรรมการดื่มสุราในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง พร้อมทั้งถามว่า อะไรเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อมั่นของเขา และสิ่งใดที่จะทำให้เขามีความเชื่อมั่นสูงขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากเชื่อว่าถ้าผู้ป่วยเคยมีทักษะและได้นำทักษะนั้นๆ ไปใช้แล้วประสบผลสำเร็จจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองในการที่จะไม่กลับไปดื่มซ้ำอีกและส่งเสริมให้ตระหนักว่าความเชื่อมั่นและการเห็นประโยชน์ของการหยุดดื่มสุราจะทำให้สามารถดำรงพฤติกรรมการหยุดสุราได้

3. ให้นำหลักการที่ทำแล้วประสบความสำเร็จนั้นมาปรับใช้ในการวางแผนและคงพฤติกรรมการหยุดดื่มสุรา

ระยะที่ 4. วัตถุประสงค์ 1. เพื่อปรับแก้ความคิดที่ไม่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงที่นำไปสู่การดื่มสุรา

2. วางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 4.

1. ปรับแก้ความคิดที่นำไปสู่การดื่มสุรา (Cognitive Restructuring Style) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้ตระหนักถึงปัจจัยนำหรือสิ่งกระตุ้นที่สำคัญที่นำไปสู่การดื่มสุรา และให้สำรวจความคิดความรู้สึกของตนเองเพื่อให้เกิดความตระหนักในกระบวนการคิด ความเชื่อที่นำไปสู่การดื่มสุรา โดยมีขั้นตอนในการปรับเปลี่ยนวิธีการคิดดังนี้

1.1 ระบุถึงกระบวนการคิดที่นำไปสู่การดื่มสุราในสถานการณ์นั้นๆ เช่น สุราทำให้หายเครียด ทำให้สนุกได้ ถ้าไม่ดื่มสุราแล้วจะไม่ใช่ลูกผู้ชาย

1.2 วิเคราะห์ความคิดความเชื่อที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง (Unrealistic Belief) ที่นำไปสู่การดื่มสุรา เช่น ฉันไม่สามารถรับมือกับความเครียดได้ ฉันต้องใช้มัน (สุรา)

1.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงรูปแบบความคิดใหม่ หรือทางเลือกใหม่ที่เหมาะสมกว่าแทนความคิดที่จะไปสู่อการใช้สุราโดยวิเคราะห์วิธีการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มสุราในอดีตว่าเหมาะสมหรือสมเหตุสมผลหรือไม่ และปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงใหม่ ซึ่งจะต้องเป็นวิธีการที่จะไม่นำตนเองไปสู่การดื่มสุรา เช่น ฉันจะใช้วิธีการอื่นในการจัดการกับความเครียดแทนการใช้สุรา บอกกับตนเองว่า ฉันจะไม่ดื่มอีก เพราะสุราทำให้สุขภาพทรุดโทรม เกิดปัญหาในครอบครัว หรือเขียนป้ายเตือนตัวเองคิดไว้ เป็นต้น

2. ส่งเสริมให้เล่าถึงประสบการณ์ในการหยุดดื่มสุราในอดีตและอภิปรายกันว่าจะมีกลยุทธ์ใดที่จะนำมาประยุกต์เพื่อเปลี่ยนแปลงการดื่มของตนเอง วิธีการจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา โดยวิเคราะห์วงจรของการเกิดพฤติกรรมการดื่มสุราซ้ำ มักจะประกอบด้วย

หลายๆ พฤติกรรม เช่น การทะเลาะกับผู้อื่น มีปัญหาเศรษฐกิจ การงานก่อให้เกิดความเครียด คิดว่าการดื่มสุราจะช่วยคลายเครียด ทำให้อยากดื่มสุรา และเมื่อดื่มสุรา ก็จะก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาเป็นวงจรให้กลับไปดื่มสุราซ้ำๆ เนื่องจากปัญหาไม่ได้ถูกแก้ไข

3. ให้การบ้านในการวางแผนในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุรา

ระยะที่ 5 วัตถุประสงค์ 1. ฝึกทักษะการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุรา

2. เขียนแผนการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่เหมาะสมกับตนเองในอนาคต

3. ส่งเสริมความเชื่อมั่นต่อการหยุดดื่มสุรา

กิจกรรมครั้งที่ 5-7

1. ระบุสถานการณ์เสี่ยงที่สำคัญของแต่ละคน และร่วมกันคิดถึงสาเหตุและกลยุทธ์ต่างๆ ในการจัดการ เช่น วางแผนการแก้ปัญหาต่างๆ ด้วยกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล แทนการดื่มสุรา พัฒนาพฤติกรรมใหม่ๆ เพื่อจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง เช่น ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการจัดการกับความเครียด วิธีการลดอาการอยากดื่มสุรา หลีกเลี่ยงการพบกับคนที่ดื่มสุรา หรือไปสถานที่ที่เคยดื่มสุรา เบี่ยงเบนความสนใจโดยการทำกิจกรรมอื่นๆ ใช้วิธีการเตือนสติตนเองถึงข้อดี ข้อเสีย ของการหยุดและการดื่มสุรา

2. นำกลยุทธ์ที่เลือกไว้แล้ว มาฝึกเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่พบบ่อยๆ ในทางสร้างสรรค์ เช่น ทักษะการจัดการกับความเครียด การแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ การปรับความคิด ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการจัดการกับความขัดแย้ง วิธีการจัดการกับอาการอยากและสิ่งแวดล้อมที่นำไปสู่การดื่มสุรา เป็นต้น

ระยะที่ 6 วัตถุประสงค์ 1. เขียนแผนการเผชิญสถานการณ์เสี่ยง เพื่อนำกลับไปใช้ในชีวิตประจำวัน และการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต

2. สามารถบอกและเขียนแผนที่เลือกใช้เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

3. ปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตหรือหากิจกรรมใหม่ๆ ที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตแทนเวลาที่เคยใช้ในการดื่มสุรา

4. ส่งเสริมการให้รางวัลตนเอง เมื่อสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่ม

สุราได้ตามเป้าหมาย

กิจกรรมครั้งที่ 8

1. ส่งเสริมให้ตระหนักถึงความสำคัญของการตั้งเป้าหมาย การวางแผนและเขียนแผนต่างๆ เพื่อป้องกันสถานการณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุราของแต่ละบุคคล ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีความมุ่งมั่น สามารถวางแผนที่เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมการดื่มได้ โอกาสที่จะกลับไปดื่มซ้ำจะลดน้อยลง

2. ให้ผู้ป่วยแต่ละคนวางแผนการหยุดดื่มสุร่าว่าจะมีแผนอะไรบ้างที่เหมาะสมกับตนเองที่สามารถนำไปใช้ได้จริงเมื่อกลับไปอยู่บ้าน แล้วให้ผู้ป่วยแต่ละคนอภิปรายถึงการนำแผนที่วางไว้ไปปฏิบัติ รวมทั้งให้ข้อคิดเห็นในความเป็นไปได้ของการนำแผนไปใช้ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตาม que ผู้ป่วยต้องการ

3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ๆ ที่สร้างสรรค์ทดแทนการใช้สุร่า ตัวอย่างพฤติกรรมใหม่ๆ ที่ทดแทนพฤติกรรมการใช้สุร่า คือ การเล่นกีฬาทุกวันให้เป็นกิจวัตรประจำวัน การเรียนรู้วิธีการผ่อนคลายเพื่อเอาไวใช้ยามที่เกิดอาการอยากสุร่า เช่น การฝึกการหายใจ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น การคบเพื่อนกลุ่มใหม่ที่ไม่ดื่มสุร่า การเข้าวัด การทำสมาธิ การทำงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ทำงานฝีมือ เป็นต้น

4. เขียนแผนเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำเมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยง และการนำกลยุทธ์ที่เลือกใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเขียนลงในคู่มือแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง กิจกรรมครั้งที่ 9

5. ให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงโอกาสที่จะกลับไปเสพซ้ำ เมื่อพลาดกลับไปดื่มในระยะแรก สนับสนุนให้ยอมรับการกลับไปดื่มซ้ำ รวมทั้งปรับกลยุทธ์เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำอย่างถาวร

6. ส่งเสริมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ห่างไกลสุร่า โดยการให้รางวัลตนเอง เช่น การทำกิจกรรมที่ชอบเมื่อสามารถคงพฤติกรรมการหยุดดื่มสุร่าได้ หรือการได้รับแรงเสริมทางบวกจากครอบครัวและญาติ เป็นต้น

ระยะที่ 7 วัตถุประสงค์ 1. เพื่อติดตามปัญหาและความก้าวหน้า

2. ปรับปรุงกลยุทธ์ในการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (Followed - up)

บำบัดอีก 2 ครั้ง เป็นการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในสัปดาห์ที่ 2 และที่ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กิจกรรม

1. ติดตามแบบผู้ป่วยนอกหลังจำหน่าย อีก 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ ในระหว่างสัปดาห์จะใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เพื่อให้กำลังใจและเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ป่วยว่าสามารถหยุดดื่มสุร่าได้

2. ประเมินปัญหาและปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงมากขึ้น

3. ถ้าก้าวพลาดกลับไปดื่มต้องยอมรับความจริง ให้กำลังใจและช่วยกันปรับแผนใหม่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. ให้แรงเสริมที่สามารถดำรงการไม่ดื่มสุร่าและมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น

โปรแกรมเพิ่มเติมสำหรับผู้ติดสุราระดับรุนแรง เป็นโปรแกรมการบำบัดแบบเผชิญสิ่งเร้า (Cue exposure treatment)

โปรแกรมนี้เหมาะกับผู้ป่วยที่มีการติดสุราระดับรุนแรง (Severe alcohol dependence) ที่ได้คะแนนการติดสุราเท่ากับหรือมากกว่า 30 คะแนนขึ้นไป เนื่องจากผู้ป่วยติดสุราระดับรุนแรงจะมีอาการอยากสูงกว่าผู้ป่วยติดสุราที่ไม่รุนแรง (mild and moderate alcohol dependence) การบำบัดแบบให้เผชิญสิ่งเร้า มีความเชื่อว่าสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุราจะทำให้เกิดอาการอยาก การบำบัดแบบเผชิญสิ่งเร้ามีจุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ว่าอาการอยากจะมีมากขึ้นในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง โดยเมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงจะทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย ความคิดและก่อให้เกิดความรู้สึกอยากสุรา และอาการอยากจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงระดับสูงสุดแล้ว อาการอยากจะค่อยๆ ลดลงที่สุดในที่สุด แม้จะไม่ได้ดื่มสุรา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมตัวเองได้ โดยไม่ดื่มสุรา การบำบัด 8 ครั้ง ใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 90 นาที จำนวนผู้ป่วยที่เหมาะสมกลุ่มละประมาณ 3 คน ขั้นตอนการบำบัดมีดังต่อไปนี้

การบำบัดครั้งที่ 1

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อบอกวัตถุประสงค์และประโยชน์ของโปรแกรม

2. เพื่อเรียนรู้ว่าอาการอยากสามารถระดับลงได้โดยไม่ดื่มสุรา

กิจกรรมครั้งที่ 1

1. ทักทายแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของโปรแกรมเพื่อลดการกลับไปติดสุราซ้ำ และบอกประโยชน์ของโปรแกรมว่าจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการอยากดื่มลดลงเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดอาการอยากดื่มที่รุนแรง

2. ให้ผู้ป่วยให้ความหมายของความรู้สึกอยาก (Urge) ของแต่ละบุคคล และลำดับคะแนนความรู้สึกอยากขณะนั้นซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 10

3. หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยเผชิญกับเครื่องดื่มสุราที่ตนเองชอบ แนะนำให้เปิดขวด เพื่อเตรียมเครื่องดื่มตามปกติ และเทเครื่องดื่มใส่ในแก้วครึ่งแก้วซึ่งเป็นปริมาณตามปกติของคนที่ไม่ดื่มสุราทั่วไป ให้ถือแก้วสุรา ดมกลิ่นสุราและมุ่งความสนใจไปสู่ปฏิกิริยาตอบสนองของตนเองที่เกิดขึ้น ได้แก่ ปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย ความคิด ความรู้สึกว่าเป็นอย่างไร จนกว่าปฏิกิริยาการตอบสนองจะคงที่ (ความรู้สึกอยากดื่มสุราลดลงจนคงที่) แล้วให้วางแก้วลง ผู้บำบัดจะเริ่มจับเวลา หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยอภิปรายถึงปฏิกิริยาการตอบสนองของตนเองที่เพิ่มขึ้นและที่ลดลงขณะที่เผชิญกับเครื่องดื่มสุรา สนับสนุนให้คิดกลยุทธ์ที่จะจัดการกับอาการอยาก ว่ามีอะไรบ้าง รวมทั้งระดับอาการอยากว่าอยู่ในระดับใด การประเมินอาการอยากจะสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยพูดถึงความอยากที่

หมดไปหรือเหลือน้อยที่สุดเท่าที่จะรับรู้ได้ ภายในเวลา 15 นาที หรือน้อยกว่านั้น ในขณะที่เครื่องดื่มยังคงวางอยู่ข้างหน้าผู้ป่วยตลอดการบำบัดแต่ละครั้ง

4. หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนเป็นการใช้การจินตนาการถึงตัวกระตุ้นลำดับที่สูงที่สุดที่ก่อให้เกิดอาการอยากดื่ม และให้ผู้ป่วยจัดลำดับอาการอยากเช่นเดียวการเผชิญกับสุราโดยตรงจนสิ้นสุดภายใน 15 นาที ซึ่งผู้บำบัดจะบันทึก ระดับอาการอยากที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดทั้ง 2 สถานการณ์

5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อภิปรายถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงอาการอยากที่เกิดขึ้นและตระหนักถึงอาการอยาก ที่ลดลงโดยไม่ต้องดื่มสุรา

การบำบัดครั้งที่ 2 – ครั้งที่ 8

วัตถุประสงค์ 1. ฝึกทักษะการจัดการกับอาการอยาก

2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลือกใช้ทักษะการเผชิญกับอาการอยากที่เหมาะสมกับตนเองซ้ำๆ
3. ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถลดอาการอยากของตนเองได้โดยไม่ต้องดื่มสุรา

กิจกรรม

1. เริ่มต้นการบำบัด เช่นเดียวกับครั้งที่ 1 กล่าวคือ

- 1.1 ให้ผู้ป่วยลำดับคะแนนความรู้สึกอยากเมื่อเริ่มต้นการบำบัด
- 1.2 ให้เผชิญกับสุราโดยตรง และหลังจากอาการอยากขึ้นถึงระดับสูงสุดแล้วให้ใช้ทักษะที่เคยใช้มาในการจัดการกับอาการอยากภายในเวลา 15 นาที
- 1.3 สอนกลยุทธ์ใหม่ โดยสอนวิธีการจัดการกับอาการอยาก แต่ละครั้งสอน 1 หรือ

2 ทักษะ ตัวอย่างกลยุทธ์ที่ใช้จัดการกับอาการอยาก

- บอกตัวเองให้อึดทนกับอาการอยากที่เกิดขึ้น
- บอกกับตัวเองว่าสามารถที่จะควบคุมตนเองไม่ให้ดื่มสุราได้
- คิดเกี่ยวกับผลทางด้านลบของการดื่ม
- คิดเกี่ยวกับผลทางด้านบวกของการไม่ดื่ม
- เบี่ยงเบนความสนใจ โดยทำกิจกรรมอื่นๆ
- นึกถึงความรักห่วงใยของคนรอบข้าง

2. ให้ผู้ป่วยเผชิญกับสุราซ้ำๆ โดยใช้ทักษะที่สอนในครั้งนั้นๆ

3. จินตนาการถึงตัวกระตุ้นให้เกิดอาการอยากดื่มของแต่ละคน แล้วใช้ทักษะที่สอนในครั้งนั้นๆ

4. ฝึกจินตนาการถึงตัวกระตุ้นและฝึกทักษะการจัดการกับอาการอยาก สามารถฝึกได้

ซ้ำๆเท่าที่มีเวลา

5. หลังจากฝึกทักษะที่สอนให้ครบแล้ว ให้ผู้ป่วยเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการควบคุมอาการอยากของตนเองได้โดยไม่กลับไปดื่มสุรา

หมายเหตุ

ตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการอยากอาจเป็นตัวกระตุ้นภายในซึ่งได้แก่ ปัญหาทางอารมณ์และความคาดหวังต่อผลบวกของสุรา และตัวกระตุ้นภายนอกได้แก่ สุราและสิ่งแวดล้อมที่เคยดื่ม เป็นต้น

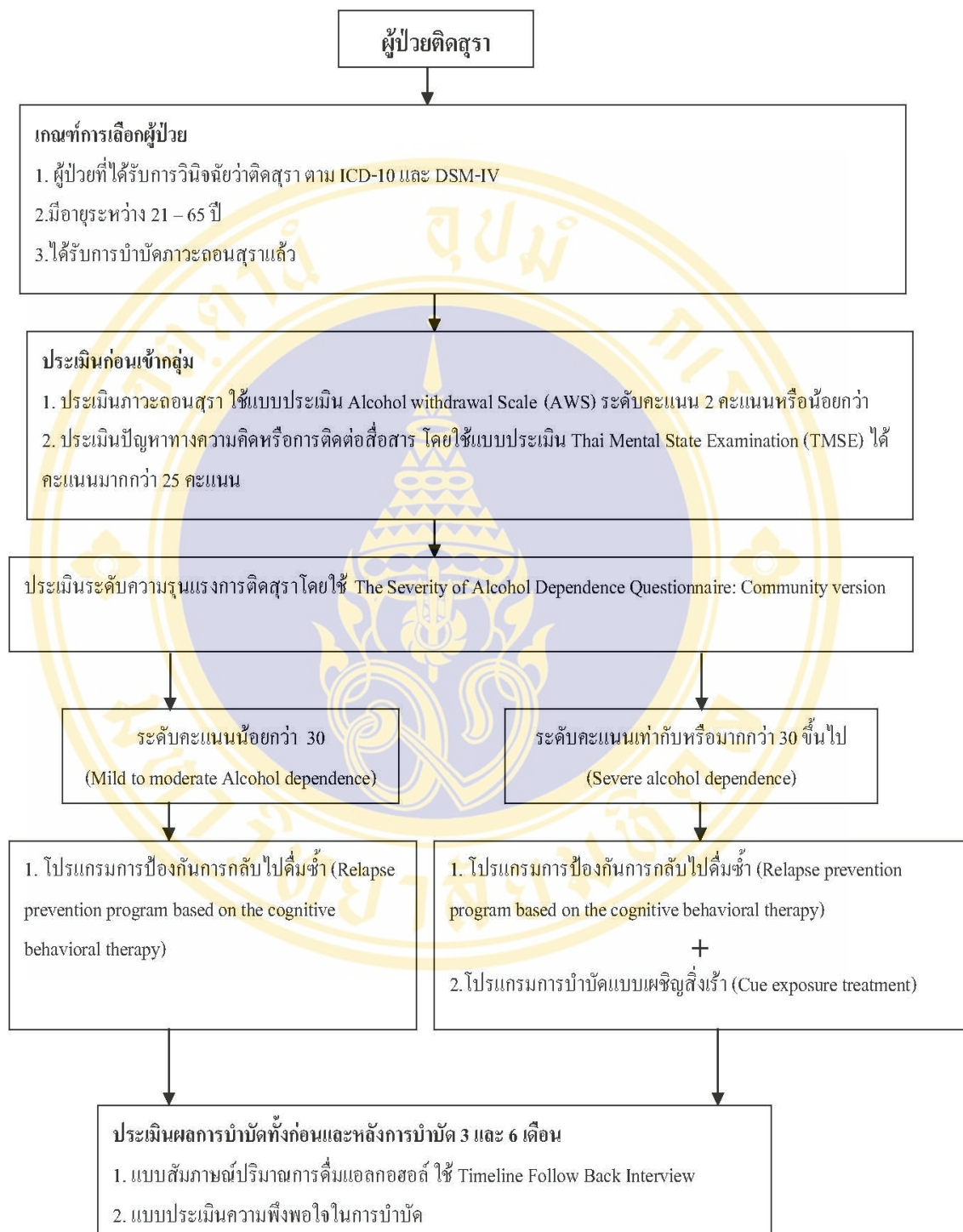
- การประเมินความอยาก ใช้แบบประเมิน The Alcohol Craving Questionnaire (ACQ) นำมาประเมินระดับความอยากสุรารั้งก่อน ระหว่างการบำบัด และหลังการบำบัด The ACQ เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินอาการอยาก มี 47 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงสถานการณ์หรือตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการอยากสุราและเมื่อเผชิญกับสุรามีอาการอยากเกิดขึ้นหรือไม่ และให้จัดระดับความรุนแรงของอาการอยาก แบ่งเป็น 7 ระดับ 0 ไม่อยาก 7 อยากมากที่สุด (การใช้แบบประเมิน ACQ ยังไม่ได้ขออนุญาตการใช้เครื่องมือจากเจ้าของเครื่องมือ)

7. การประเมินผลการบำบัด

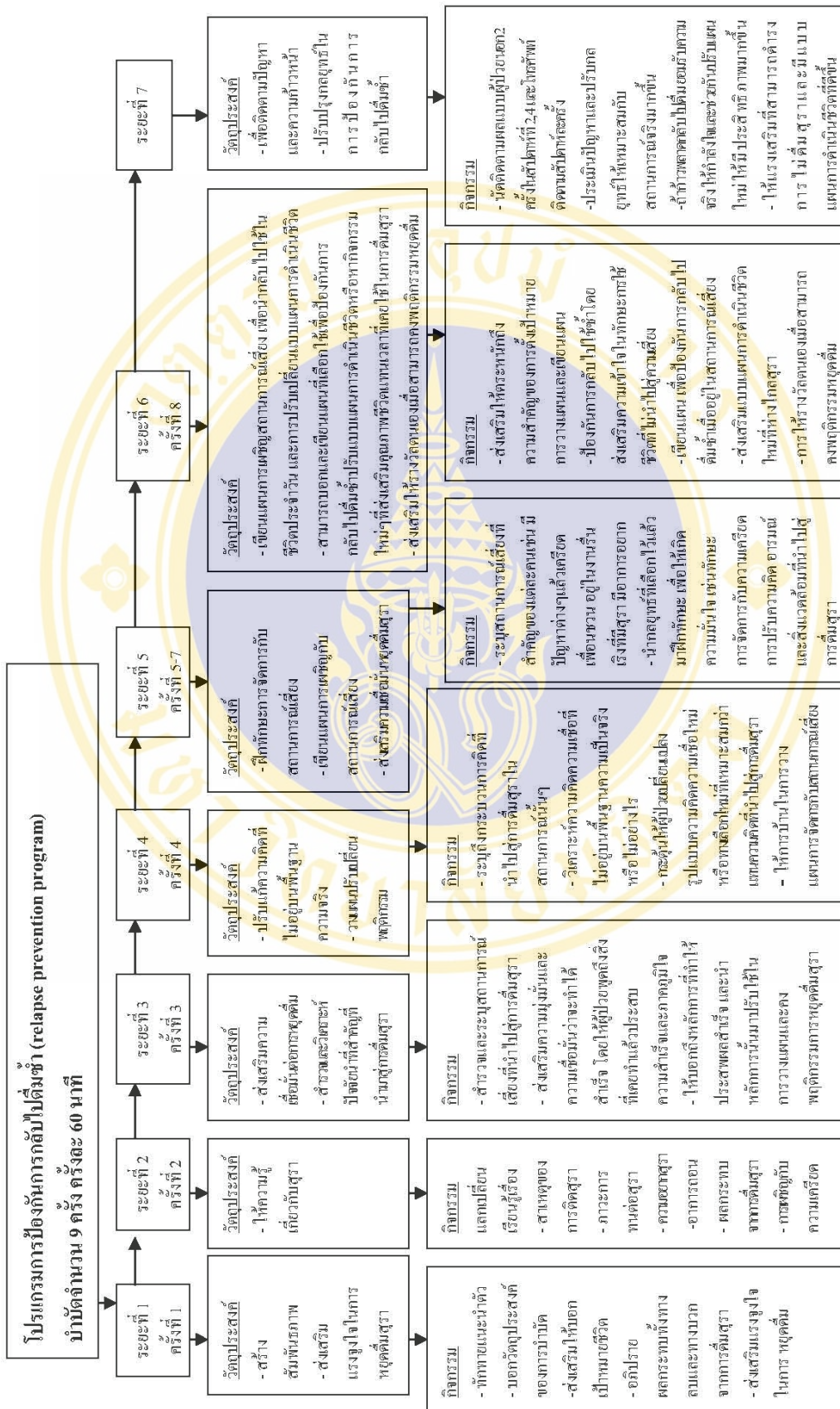
ประเมิน 2 ครั้ง ครั้งแรกหลังจำหน่าย 3 เดือน และ ครั้งที่ 2 หลังจำหน่าย 6 เดือน การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการบำบัดใช้เครื่องมือประเมินที่มีมาตรฐาน ได้รับการประเมินความตรงตามเนื้อหา และมีค่าความเที่ยงในการวัดที่เหมาะสมได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (Timeline Follow Back Interview) (ครุณี ภูขาว, 2545)
2. แบบประเมินความพึงพอใจในการบำบัด (ครุณี ภูขาว, 2545)

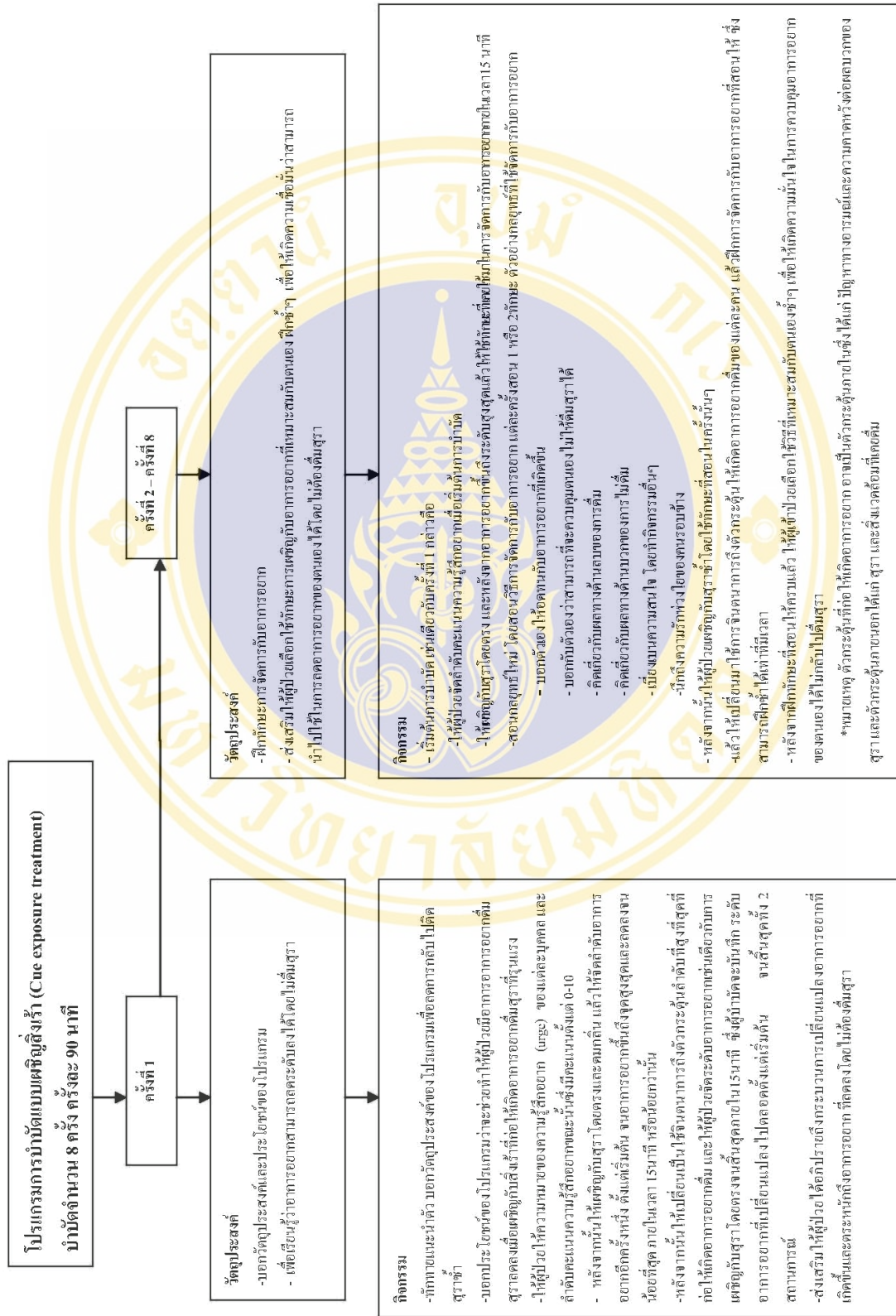
สรุปแผนภาพกระบวนการบำบัด, โปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ และโปรแกรมการบำบัดแบบเผชิญสิ่งเร้า ดังแสดงในแผนภาพที่ 2, 3 และ 4 ตามลำดับ



แผนภาพที่ 2 กระบวนการบำบัดผู้ป่วยติดสุรา



แผนภาพที่ 3 โปรแกรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ



แผนภาพที่ 4 โปรแกรมการบำบัดแบบเผชิญสิ่งเร้า

การประเมินแนวโน้มที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงาน

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา ที่พัฒนาขึ้นมาจะนำมาประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ตามกรอบแนวคิดของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2004) โดยประเมิน 3 มิติ ดังนี้

1. การเทียบเคียงความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Transferability of the finding)

แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้ เนื่องจากพบว่าประชากรในหลักฐานเชิงประจักษ์คล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรในหน่วยงานของผู้ศึกษา ที่เข้ารับการบำบัดภาวะถอนพิษสุราแล้ว จึงได้รับการบำบัดจิตสังคมต่อเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ส่วนใหญ่ที่ใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะได้รับการบำบัดการสร้างความแรงใจ ระบุสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุรา ฝึกทักษะในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงของแต่ละคนและมีการให้ผู้ป่วยเผชิญกับเครื่องดื่มสุรา ซึ่งเป็นสถานการณ์เสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยติดสุรากลับไปดื่มสุราซ้ำ นอกจากนี้ยังสนับสนุนให้มีการฝึกทักษะที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนซ้ำๆ และมีการติดตามแบบผู้ป่วยนอกต่อเนื่องอีกระยะหนึ่ง เนื่องจากถ้าพลาดกลับไปเสพในระยะแรก จะได้ปรับกลยุทธ์เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำซึ่งจะนำไปสู่การติดสุราในที่สุด ขณะนี้ผู้ป่วยติดสุราของหน่วยงานผู้ศึกษายังไม่มีการให้ผู้ป่วยเผชิญกับสุราโดยตรงและไม่มีการติดตามแบบผู้ป่วยนอก ดังนั้นการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้มีแนวโน้มที่จะทำให้ผลของการบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ถ้าสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง จึงควรมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้เพื่อประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการแก้ไขปัญหาการกลับไปดื่มสุราซ้ำของผู้ป่วยติดสุราต่อไป

2. ความเป็นไปได้ในการนำวิธีการนั้นๆ ไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation)

แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้เป็นการปฏิบัติที่คล้ายคลึงกับงานที่ปฏิบัติอยู่ บุคลากรในหน่วยงานมีทักษะการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมแบบผู้ป่วยนอกอยู่แล้ว เพียงแต่ทำให้การบำบัดเป็นการบำบัดที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยในมากขึ้น มีขั้นตอนการบำบัดซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพในการบำบัดได้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของการติดสุราของผู้ป่วยมากขึ้น และไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เป็นวิธีการแก้ไขปัญหาคือทีมบำบัดผู้ป่วยติดสุรามีความต้องการผู้บริหารให้การสนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล หน่วยงานมีความพร้อมด้านบุคลากร สถานที่ และสิ่งสนับสนุนในการดำเนินงาน สามารถผสมผสานกับงานประจำได้ กิจกรรมการบำบัดเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล อย่างไรก็ตาม การดำเนินการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต้องมีการจัดทำคู่มือการบำบัดกลุ่ม และมีเครื่องมือที่ใช้ในการทำกลุ่มที่ยังขาดอยู่ คือ แบบประเมินความอยาก The ACQ ถ้าจะใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการบำบัดเผชิญสิ่ง

เรา ต้องขออนุญาตการใช้เครื่องมือจากเจ้าของเครื่องมือหรือพัฒนาขึ้นเองภายหลัง ซึ่งจะทำให้การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ประสบผลสำเร็จมากขึ้น

2. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio)

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปปรับใช้ในหน่วยงานได้ โดยอาจจะเพิ่มค่าใช้จ่ายในการบำบัดในเรื่องการทำคู่มือการบำบัดและขอใช้เครื่องมือที่ยังขาดอยู่ แนวปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยติดสุรา ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มผู้ป่วยในที่ตรงกับระดับการติดยาของผู้ป่วย และแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ไม่เกิดความเสียดังกับผู้ป่วย มีประโยชน์ในการหยุดหรือลดการดื่มสุรา ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาล

บทที่ 4

แผนการดำเนินงานและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา จากการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดหลักการและวิธีการใช้ผลงานวิจัยทางการพยาบาลของ โพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2004) เป็นกรอบในการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาเฉพาะ 2 ขั้นตอนแรกเท่านั้น ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a topic or problem) และขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นและประเมินหลักฐาน (Assembling and evaluating evidence) ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพ 5 เรื่อง นำมาวิเคราะห์สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดสุราระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และระดับรุนแรง และผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน จากนั้นได้ทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้วางแผนในการดำเนินการในขั้นตอนที่ 3 การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential) และขั้นตอนที่ 4 พัฒนาใช้และประเมินนวัตกรรม (Developing Implementing, and Evaluating the Innovation) โดยมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential)

การวางแผนในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุราไปทดลองใช้ เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ลงสู่การปฏิบัติจริง มีการประเมินผล เพื่อนำมาปรับปรุงให้เกิดแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมที่สุด ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆดังนี้

1. นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุราต่อผู้บริหาร ทีมบำบัดผู้ป่วยสารเสพติด พยาบาลในหน่วยงาน โดยการประชุมประจำเดือน หรือลงในเว็บบอร์ดของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์แนวปฏิบัติการพยาบาล แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ที่จะนำมาปรับใช้เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปในทาง

เดียวกัน และประโยชน์กับผู้ป่วยติดสุราที่มีแนวโน้มจะสามารถหยุดดื่มสุราหรือลดการกลับไปดื่มสุราซ้ำได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในผลของการบำบัด

2. ขออนุมัติจากหน่วยงานในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย (Pilot study) โดยจะร่วมกับทีมในหอผู้ป่วยที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่

3. ติดตามผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดย

3.1 การประเมินกระบวนการ ว่ามีความยุ่งยากซับซ้อนในการปฏิบัติหรือไม่ ประเมินความครอบคลุมของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ ว่ามีส่วนใดที่ปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน เกิดปัญหาหรืออุปสรรคใด และนำมาวิเคราะห์ปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เกิดรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและสามารถปฏิบัติได้จริง

3.2 การประเมินผลลัพธ์ โดยประเมินจาก

3.2.1 ผู้ป่วยสามารถลดการกลับไปรับการบำบัดซ้ำของผู้ป่วยติดสุราภายใน 28 วัน

3.2.2 จำนวนผู้ป่วยติดสุราสามารถหยุดดื่มสุราหรือไม่กลับไปติดสุราซ้ำภายใน 3 และ 6 เดือนหลังการจำหน่าย

3.2.3 ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการบำบัด

4. ปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลและวิเคราะห์ว่าเป็นโปรแกรมที่เหมาะสมหรือไม่ ถ้าเป็นโปรแกรมที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วย จะเสนอทีมบริหารเพื่อขออนุมัตินำไปใช้เป็นงานประจำของหน่วยงานและติดตามผล

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนาใช้ และประเมินนวัตกรรม (Developing Implementing, and Evaluating the Innovation)

เป็นการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสู่การปฏิบัติในองค์กร หลังจากที่ได้ปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนที่ 3 แล้ว ซึ่งมีการวางแผน การพัฒนาเพื่อให้การบำบัดยั่งยืนและพัฒนาต่อเนื่องดังนี้

1. นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุราที่ได้ปรับปรุงแล้วแก่ ทีมผู้บริหารสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ทีมดูแลผู้ป่วยภายในสหสาขาวิชาชีพ (Patient Care Team: PCT) ทีมผู้บำบัดผู้ป่วยสารเสพติด พยาบาลในหน่วยงานเพื่อเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบำบัดผู้ป่วยติดสุราต่อไป

2. เมื่อได้รับอนุมัติจากทีมผู้บริหารสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ทีมดูแลผู้ป่วยภายในสหสาขาวิชาชีพ ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วย

คิดสุราแล้ว ผู้ศึกษาและทีมผู้รับผิดชอบจะได้ดำเนินโครงการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์หรือทำเป็นโครงการกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน (Continuous Quality Improvement)

3. จัดให้มีการตรวจสอบการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอหลังจากการบำบัดทุก 3 เดือนและ 6 เดือนจนกระทั่งแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติเป็นงานประจำ

4. นำข้อมูลจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ไปนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และเผยแพร่ผลงานในการประชุมวิชาการในการบำบัดผู้ติดสารเสพติดนอกหน่วยงาน เพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ที่ก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมาสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา ก่อนที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ควรทำวิจัย เพื่อประเมินผลลัพธ์ ความคุ้มค่าคุ้มทุนอีกครั้งหนึ่ง

2. ถ้ามีผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราแล้ว ไม่สามารถเข้ารับการบำบัดแบบกลุ่มได้ เนื่องจากกลุ่มเป็นกลุ่มปิดและได้เปิดกลุ่มไปแล้ว ผู้ศึกษาขอเสนอแนะว่าให้มีการบำบัดแบบรายบุคคล โดยใช้แนวคิด Motivational intervention individual counseling ให้การบำบัดคนละ 3 ครั้ง ครั้งละ 40 นาที โดยพยาบาลเจ้าของไข้ จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าเป็นการบำบัดที่ได้ผลเท่ากับการบำบัดแบบกลุ่ม

4. โปรแกรมการบำบัดแบบเผชิญสิ่งเร้า (Cue exposure treatment) ตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม ยังขาดเครื่องมือการประเมินความอยาก (The Craving Questionnaire; ACQ) ที่จะนำมาใช้ ถ้าจะนำมาใช้ต้องขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือและนำมาแปลเป็นภาษาไทยและหาค่าความเที่ยงและความตรงก่อนที่จะนำมาใช้

5. แนวปฏิบัติการพยาบาลควรได้รับการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและบริบทของการให้บริการ รวมทั้งผลงานวิจัยใหม่ๆที่เกิดขึ้น

6. เผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลไปยังหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกองค์กร เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ดีที่สุด

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา

พรรณนิภา แสนปัญญา 4736928 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์: ประภา ยุทธไตร พย.ค.

ช่อทิพย์ สันธนะนิช พร.ค.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันการดื่มสุราเป็นปัญหาที่สำคัญของโลก จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก สุราและบุหรี่เป็นสารเสพติดที่ใช้นานมากที่สุดในโลก รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งพบว่าการดื่มสุราเพิ่มขึ้น กล่าวคือในปี พ.ศ. 2541 คนไทยดื่มสุรา 7.71 ลิตร/คน/ปี คิดเป็นอันดับที่ 50 ของโลก และเพิ่มเป็น 8.47 ลิตร/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2547 เป็นอันดับที่ 40 ของโลก (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2549) และจากการศึกษาครัวเรือนทั่วประเทศของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายวิชาการสารเสพติด พบว่า “การดื่มในปัจจุบัน” หรือดื่มในระยะ 30 วันก่อนการสัมภาษณ์มีจำนวน 18.6 ล้านคนในปีพ.ศ. 2543 ลดลงเหลือ 15.8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2546 แต่พบว่า “การดื่มเป็นประจำ” หรือผู้ที่ดื่มมากกว่า 20 วัน ใน 30 วันก่อนการสัมภาษณ์กลับเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.4 (1.6 ล้านคน) ในปีพ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 11.9 (1.9 ล้านคน) ในปีพ.ศ. 2546 (กนิษฐา ไทยกล้า, เกรียงไกร พึ่งเชื้อ และอุษณีย์ พึ่งปาน, 2549) และจากการศึกษาของปริทรรศ ศิลปกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2542) พบว่าช่วงอายุที่ติดสุรามากที่สุดคือช่วงอายุ 31 – 40 ปี โดยผลการสำรวจพบว่าร้อยละ 9.3 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ติดสุรา และร้อยละ 8.3 เข้าข่ายสงสัยจะติดสุรา

การดื่มสุรามีผลต่อสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต เช่น ผลต่อร่างกาย ทำให้คลื่นไส้ อาเจียน โรคระบบทางเดินอาหารอักเสบแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง โรคตับแข็ง และสมองในส่วนที่ควบคุมการหายใจถูกกดจนอาจหยุดหายใจได้ เป็นต้น (Saunders, 2004) เกิดภาวะวิตกกังวล พุ้งซ่าน ความสามารถในการคิด ตัดสินใจผิดพลาด ขาดการควบคุมสติและการยั้งคิด มีความเครียด และมีอาการซึมเศร้ารุนแรง (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2549) นอกจากนี้ยังพบอาการประสาทหลอน (Alcohol Hallucinoses) ซึ่งเป็นชนิดการเห็นภาพ (visual) และการได้ยินเสียง (auditory)

(Brust, 2004; พิชัย แสงชาญชัย, 2544) มีความคิดหลงผิดหวาดระแวงและนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตาย และมีความคิดฆ่าผู้อื่น (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2549) ด้านสังคม การติดสุราจะทำให้บุคลิกภาพของผู้ดื่มเปลี่ยนแปลง มีความอ่อนแอ เกียจคร้าน หงุดหงิดง่ายทำให้มีปัญหาสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด ด้านอาชีพ ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงนำไปสู่การไม่ได้รับการเลื่อนตำแหน่ง หรือถูกไล่ออก ทางด้านเศรษฐกิจและสังคมพบว่า การดื่มสุราก่อให้เกิดการขาดรายได้ประจำที่เคยได้ เป็นหนี้ เป็นสิน ด้านกฎหมายและอาชญากรรม พบว่า สุราเป็นสาเหตุให้เกิดคดีความผิดทำให้เสียทรัพย์ และความผิดเกี่ยวกับเพศ เป็นต้น (วิชัย โปษยะจินดา, อภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, 2549)

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต เป็นโรงพยาบาลขนาด 230 เตียง มีผู้ติดสุรา เข้ามารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชและนิติจิตเวช ศึกษาย้อนหลัง 5 ปี คือระหว่างปี 2545- 2549 พบ ร้อยละ 6.86, 8.71, 11.09, 12.88 และ 14.53 ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อยๆ และเป็นโรคที่ พบบ่อยเป็นอันดับ 2 รองจากโรคจิตเภท (Schizophrenia) (รายงานประจำปี 2549 สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์)

ดังนั้น ผู้ศึกษาซึ่งเป็นคณะทำงานบำบัดผู้ติดสารเสพติด มีหน้าที่รับผิดชอบในการบำบัด เพื่อส่งเสริมการหยุดเสพสารเสพติดและป้องกันการกลับเสพซ้ำ จึงมีความสนใจที่จะสร้างแนวปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการสร้างแนวปฏิบัติ

วัตถุประสงค์ในการศึกษา (Purposes of the study)

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา

วิธีดำเนินการศึกษา

วิธีการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดหลักการและวิธีการใช้ผลงานวิจัยทางการพยาบาลของโพลิตและเบ็ค (2004) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา ซึ่งมีขั้นตอนในการใช้ผลงานวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. การคัดเลือกประเด็นหรือปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a topic or Problem)

การระบุประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา จาก 2 แนวทางคือ

1.1 ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากปัญหาการปฏิบัติงาน (Problem-focused triggers)

จากการที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย พบว่ามีผู้ป่วยติดสุราเข้ามารับการบำบัดเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากสถิติย้อนหลัง 5 ปี ระหว่างปีพ.ศ. 2545- 2549 ซึ่งการติดสุราส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม ดังนั้น ทีมผู้บำบัดสารเสพติดของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์จึงได้จัดให้มีการบำบัดทางจิตสังคม หลังจากบำบัดในระยะถอนพิษสุราแล้ว โดยในช่วงแรก คือปีพ.ศ. 2545 -2546 ได้ปรับใช้การบำบัดแบบกลุ่ม Matrix ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดผู้ติดยาบ้า แต่พบว่า ผู้ติดสุราส่วนใหญ่ไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด เนื่องจาก คิดว่าแก้ดื่มสุราไม่ได้เสียยาบ้า ไม่จำเป็นที่จะต้องเข้ารับการบำบัดก็ได้ รวมทั้งลักษณะกลุ่มผู้ป่วยติดยาบ้าและติดสุรามีลักษณะที่ต่างกัน ดังนั้นทีมผู้บำบัดผู้ป่วยสารเสพติดจึงเปลี่ยนมาใช้โปรแกรมการบำบัดผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขใน ปีพ.ศ.2547 มาใช้บำบัดผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน พบว่าหลังการบำบัดมีอัตราการกลับมาป่วยซ้ำภายใน 28 วัน จากสถิติ 3 ปีย้อนหลังในปีพ.ศ. 2546 – 2548 ร้อยละ 5.79, 4.62 และ 7.25 ตามลำดับ และยังไม่มีการศึกษาถึงรูปแบบการบำบัดเพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน โดยเฉพาะ ซึ่งผู้ป่วยที่บำบัดแบบผู้ป่วยในส่วนใหญ่มีภาวะติดสุรารุนแรงกว่าผู้ดื่มสุราที่บำบัดแบบผู้ป่วยนอก

1.2 ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่ได้รับจากการทบทวนความรู้ (Knowledge Focused Triggers)

จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาสาเหตุของการติดสุราในผู้ป่วยติดสุรา และการบำบัดเพื่อลดหรือหยุดดื่มสุรา ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่างานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยติดสุรา มีวิธีการในการหยุดและลดการดื่มสุราอยู่หลายรูปแบบที่ได้ผล เช่นการทำครอบครัวบำบัด (Family therapy) การบำบัดแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic community; TC) กิจกรรมกลุ่มสุรานิรนาม (Alcohol Anonymous; AA) และการบำบัดตามแนวความคิดปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive Behavioral therapy; CBT) ซึ่งทุกวิธีที่กล่าวมาให้ผลการบำบัดที่ใกล้เคียงกันในการบำบัดการติดสุรา (Morgenstern & Longabaugh, 2000)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจะเลือกการบำบัดที่ใช้แนวคิด CBT เท่านั้น เนื่องจากการบำบัดวิธีนี้เน้นการส่งเสริมการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ตัวผู้ป่วยเป็นหลัก มีการฝึกทักษะการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงเป็นรายบุคคล โดยมีครอบครัวเป็นผู้สนับสนุน ซึ่งการบำบัดนี้สามารถนำมาใช้ในการบำบัดแบบผู้ป่วยในได้ ซึ่งใช้เวลาที่น้อยและผลการบำบัดก็ไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบกับการทำครอบครัวบำบัดที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางของญาติ ส่วนการบำบัดแบบชุมชนบำบัดใช้เวลาบำบัดอย่างน้อยประมาณ 6 เดือน และกิจกรรมกลุ่มสุรานิรนามที่ขณะนี้มียู่แห่งเดียว

ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จึงไม่สะดวกที่ผู้ป่วยจะเข้าร่วม ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกการบำบัดผู้ป่วยติดสุราโดยใช้แนวคิด CBT เป็นหลัก

ขั้นตอนที่ 2 สืบค้นและประเมินหลักฐาน (Assembling and evaluating evidence)

1. แนวทางการสืบค้น เพื่อให้ได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา จึงกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิด “PICO” (PICO Format) (Craig & Smyth, 2001) เป็นเกณฑ์การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ ดังนี้

1. Population: Keyword ที่ใช้คือ Alcohol Dependence ที่เป็นทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุระหว่าง 18 – 65 ปี
2. Intervention: Keyword ที่ใช้คือ Cognitive behavioral therapy, Coping skills training, Relapse prevention, Cue exposure treatment ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ใช้แนวคิด CBT เป็นหลักในการสร้างแนวทางในการบำบัด (Intervention)
3. Comparison intervention เปรียบเทียบการบำบัดกับการบำบัดมาตรฐานและการบำบัดแบบอื่นๆ
4. Outcome: Keyword primary outcome ได้แก่ Remission, Abstinence rate, quantity and frequency of drinking และ Secondary outcome ได้แก่ craving, self-efficacy, alcohol cue reactivity, responses to high risk simulation and urge specific coping skill.

2. กำหนดฐานข้อมูลในการสืบค้น ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ (วิทยานิพนธ์และสารนิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา) ที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้

- 2.1 จากระบบฐานข้อมูล Electronic แนวปฏิบัติทางคลินิก [www. Cochrane library.org](http://www.CochraneLibrary.org)
- 2.2 จากระบบฐานข้อมูล (Databases) ที่ตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัย ได้แก่ OVID, CINAHL, PUBMED, Science direct, Blackwell-synergy, High Wire
- 2.3 สืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (Reference List) ของบทความ/ งานวิจัย
- 2.4 Hand Search งานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยสุรา ได้แก่ Addiction, Alcoholism เป็นต้น
- 2.5 ติดต่อกับผู้วิจัยโดยตรง

3. เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ และ/ หรือเอกสารที่เกี่ยวข้อง สำหรับการศึกษาและวิเคราะห์ เพื่อนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดคั้งสูราในผู้ป่วยติดสูรา มีดังต่อไปนี้

ประเภทของหลักฐาน

เป็นงานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือ การวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) จากงานวิจัย Randomized Control Trial และ Quasi- experimental ที่ตรงกับประเด็นปัญหา

- เป็นงานวิจัยที่ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 – ค.ศ. 2006
- กำหนดเป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณเนื่องจากงานวิจัยที่มีเฉพาะบทคัดย่อไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่างๆพบว่าม้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่สามารถนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดคั้งสูราในผู้ป่วยติดสูรา ทั้งหมด 5 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพและจัดลำดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) ตามระบบการจัดความเข้มแข็งของหลักฐานของ Melnyk & Fineout Overholt (2005) พบว่าเป็นงานวิจัยระดับ II คืองานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trials) 2 เรื่อง และงานวิจัยระดับ III คืองานวิจัยเชิงทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Quasi - experiment) 3 เรื่อง รวมทั้งหมด 5 เรื่อง ที่สามารถนำมาอ่าน วิเคราะห์ และสกัดเนื้อหาลงตาราง ตามลำดับหัวข้อ คือ 1. วัตถุประสงค์ 2. ระเบียบวิธีวิจัย 3. ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 4. กลุ่มตัวอย่าง 5. สถานที่ในการศึกษาวิจัย 6. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล 7. วิธีการหรือกิจกรรม (Intervention) ที่ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง 8. ผลการวิจัย 9. ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก 10. การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ 11. ความเป็นไปได้ในการนำข้อค้นพบจากงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 12. การสกัดเพื่อนำไปใช้ และนำข้อความแต่ละตารางมาพิจารณา สรุปเนื้อหาและประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากงานวิจัยทั้งหมดตรวจสอบความถูกต้องกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดคั้งสูราในผู้ป่วยติดสูรา

4. การตรวจสอบความมั่นคงตรงของแนวปฏิบัติ นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้องความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ 1. แพทย์เฉพาะทางจิตเวช 2 ท่าน 2. พยาบาลที่ได้วุฒิบัตรการปฏิบัติการขั้นสูงเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน (APN) 3. อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญในการบำบัดผู้ติดสารเสพติด 1 ท่าน และพยาบาลที่เชี่ยวชาญในการบำบัดผู้ป่วยสูรา 1 ท่าน

สรุปสาระหลักที่ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำมาวิเคราะห์ เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา ได้แนวปฏิบัติดังนี้

1. วิธีการประเมินกลุ่มตัวอย่าง

1.1 การประเมินเพื่อเลือกผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุรา ตาม ICD-10 และ DSM-IV
2. มีอายุระหว่าง 21 – 65 ปี
3. ได้รับการบำบัดถอนพิษสุราแล้ว

1.2 ประเมินความเหมาะสมก่อนการบำบัด

1. ประเมินภาวะถอนพิษสุรา โดยใช้แบบประเมิน Alcohol Withdrawal Scale ได้ระดับคะแนน 2 คะแนนหรือน้อยกว่า (ครุณี ภูขาว, 2545)
2. ประเมินปัญหาทางความคิดหรือการติดต่อสื่อสาร โดยใช้แบบประเมิน Thai Mental State Examination ได้คะแนนมากกว่า 25 คะแนน (กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ศิริราช, 2536)

1.3 การประเมินเพื่อแยกผู้ป่วยในการเข้าโปรแกรมการบำบัด

ใช้การประเมินระดับการติดสุราโดยใช้แบบประเมิน The Severity of Alcohol Dependence Questionnaires (SADQ-C): Community version ของครุณี ภูขาว (2545) แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม 1 คะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน ให้เข้าโปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (relapse prevention program based on the cognitive behavioral therapy) และกลุ่ม 2 ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 30 คะแนนขึ้นไป ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมีระดับการติดสุราที่รุนแรง ให้เข้าโปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (relapse prevention program based on the cognitive behavioral therapy) ร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบเผชิญสิ่งเร้า (Cue exposure treatment)

1.4 ประเมินผลการบำบัด จำนวน 2 ครั้ง ครั้งแรกหลังจำหน่าย 3 เดือน และครั้งที่ 2 หลังจำหน่าย 6 เดือน การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการบำบัดใช้เครื่องมือประเมินที่มีมาตรฐาน ได้รับการประเมินความตรงตามเนื้อหา และมีค่าความเที่ยงในการวัดที่เหมาะสม ได้แก่

1) แบบสัมภาษณ์ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (Timeline Follow Back Interview; TLFB) เป็นแบบสอบถามข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับการวัดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ตอบแบบสอบถามในแต่ละวันภายในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 4 เดือน (ครุณี ภูขาว, 2545)

2) แบบวัดความพึงพอใจในการบำบัด (Participant Satisfaction with intervention) (ครุณี ภูขาว, 2545)

2. การบำบัด

รูปแบบการบำบัดในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรา พบว่ามีการบำบัดที่เป็นแบบกลุ่มโดยใช้แนวคิด Cognitive – behavioral therapy ในการสร้างโปรแกรมการบำบัดมีโปรแกรมหลัก (Core intervention) ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (relapse prevention program) (level II) และการบำบัดเพิ่มเติม (Addition intervention) ในโปรแกรมการเผชิญสิ่งเร้า (Cue exposure treatment) (level III)

แนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (relapse prevention program based on the cognitive behavioral therapy)

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ติดสุรา

คำจำกัดความ

อาการติดสุรา (Alcohol dependence) หมายถึง ผู้ป่วยเสพสุราจนเกิดความผิดปกติของพฤติกรรมหรือรู้สึกไม่สบายใจ โดยมีอาการต่อไปนี้ 3 อย่าง หรือมากกว่าในช่วงเวลาติดต่อกัน 12 เดือน

1. อาการดื้อยาหรือสาร (Tolerance) โดยมีอาการต่อไปนี้อย่างหนึ่งอย่างใด
 - 1.1 เพิ่มปริมาณของสารขึ้นเพื่อให้เกิดอาการมึนเมา หรือได้ผลรับตามที่ต้องการ
 - 1.2 ผลของสารลดลงอย่างมาก แม้จะเสพอย่างต่อเนื่องในปริมาณเท่าเดิม
2. อาการขาดยาหรือสาร (withdrawal symptoms) โดยมีอาการต่อไปนี้ใดอย่างหนึ่ง
 - 2.1 มีการหยุด (หรือลดการดื่ม) แอลกอฮอล์ หลังจากการใช้อย่างมากและเป็นเวลานาน จะมีอาการต่อไปนี้สองข้อ หรือมากกว่า เกิดขึ้นภายในไม่กี่ชั่วโมงจนถึงสองสามวัน หลังจากมีการหยุด (หรือลดการดื่ม) ได้แก่ ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ (เช่น เหงื่อออก ชีพจรเร็วกว่า 100 ครั้งต่อนาที) มือสั่นมากขึ้น นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน เห็นภาพหลอน หูแว่ว สัมผัสหลอน หรือมองเห็นภาพผิดจากความจริงเป็นชั่วครวญ กระวนกระวาย กระสับกระส่าย วิตกกังวล ชักทั้งตัว
 - 2.2 การใช้สารเสพติดชนิดที่คล้ายคลึงกันสามารถลดหรือบรรเทาอาการขาดสารเสพติดได้
3. เสพสาร เป็นจำนวนมากหรือระยะเวลาานมากกว่าที่ตั้งใจไว้
4. ไม่สามารถควบคุมการเสพสารเสพติด หรือไม่สามารถหยุดการเสพสารเสพติดได้
5. ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสพสารเสพติด
6. กิจกรรมที่สำคัญต่างๆ ได้แก่ งานสังคมที่สำคัญ การประกอบอาชีพ หรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพักผ่อนลดลง เนื่องจากใช้เวลาในการเสพสารเสพติด
7. เสพอย่างต่อเนื่อง แม้จะทราบว่าเสพทำให้เกิดปัญหาทั้งทางร่างกาย และจิตใจ

การหยุดดื่มสุรา (Early Remission) หมายถึง หลังจากที่พักระยะถอนสุราแล้ว สามารถที่จะหยุดดื่มสุราได้นานมากกว่า 1 เดือน แต่ไม่เกิน 12 เดือน โดยแบ่งระยะการหยุดดื่มเป็น 3 ระยะ ดังนี้

- Early Full remission หมายถึง การไม่ดื่มสุราเลยอย่างน้อย 1 เดือน แต่ไม่เกิน 12 เดือนหลังการบำบัด

- Early Partial remission หมายถึง ผู้ป่วยอาจกลับมาดื่มสุราเป็นครั้งคราว แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์การติดสุรา เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน แต่ไม่เกิน 12 เดือนหลังการบำบัด

- No remission หมายถึง ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราจนถึงขั้นติด (Alcohol dependence) หลังการบำบัด

ลักษณะกลุ่มประชากร

ผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการถอนพิษสุราแล้ว อย่างน้อย 3 - 10 วัน อาจยังคงเหลืออาการถอนสุราเล็กน้อย ประเมินด้วย AWS ได้คะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 2 และประเมินปัญหาทางความคิดและการติดต่อสื่อสารโดยใช้ TMSE ได้คะแนนมากกว่า 25 คะแนน

ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและครอบครัว
2. บุคลากรในหน่วยงาน

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ผู้ป่วยสามารถลดการกลับเข้ามารับการบำบัดซ้ำของผู้ป่วยติดสุราภายใน 28 วัน
2. ผู้ป่วยติดสุราสามารถหยุดดื่มสุราหรือไม่กลับไปติดสุราซ้ำ
3. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในผลของการบำบัด
4. ทีมการพยาบาลผู้ให้การบำบัดผู้ป่วยติดสุรา มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน

ที่มาของหลักฐานเชิงประจักษ์

1. Randomized control trial ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 จำนวน 2 เรื่อง
2. Quasi-experimental design ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 3 จำนวน 3 เรื่อง

แนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

ในการบำบัดทางจิตสังคม ภายหลังจากการบำบัดถอนพิษสุราแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดในโปรแกรมหลัก (Core intervention) ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (relapse prevention program based on the cognitive behavioral therapy) ทุกคน และผู้ป่วยที่มีระดับการติดสุราระดับรุนแรง จากการใช้แบบประเมิน The Severity Alcohol Dependence Questionnaire

(SADQ-C) Community version ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 30 คะแนน จะได้รับการบำบัดเพิ่มเติม (Addition intervention) ในโปรแกรมการเผชิญสิ่งเร้า (Cue exposure)

โปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ มีแนวคิดว่าการที่คนไปใช้สารเสพติดเนื่องจากมีแนวความคิดที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง และขาดทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุรา วัตถุประสงค์ของการบำบัด ส่งเสริมแรงจูงใจและความมุ่งมั่นในการหยุดดื่มสุรา แก้ไขกระบวนการคิดที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ที่นำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม คือพฤติกรรมการดื่มสุรา รวมทั้งการพัฒนาและส่งเสริมการคงไว้ของพฤติกรรมการไม่ดื่มสุรา โดยช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละคนระบุสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุรา พัฒนาและฝึกทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ รูปแบบของการบำบัดประกอบ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับสาเหตุหรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา และผลของการดื่มสุรา การวางแผนและการฝึกทักษะในรูปแบบสถานการณ์จำลอง บทบาทสมมุติและการเข้าไปเผชิญกับสถานการณ์จริง การให้ข้อมูลป้อนกลับ การให้แรงเสริมทางบวก ในพฤติกรรมหยุดดื่มสุรา เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการดำรงพฤติกรรมการไม่ดื่มสุรา แต่ถ้าพลาดกลับไปเสพในระยะแรก สนับสนุนให้ยอมรับการกลับไปดื่มซ้ำ รวมทั้งปรับกลยุทธ์เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำอย่างถาวร การบำบัด ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรม 7 ระยะ บำบัดติดต่อกัน 9 ครั้ง ใช้เวลาในการบำบัด ครั้งละ 60 นาที และติดตามการบำบัดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อีก 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ จำนวนผู้ป่วยที่เหมาะสมกลุ่มละประมาณ 8-12 คน ขั้นตอนการบำบัดมี ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 วัตถุประสงค์

- เพื่อสร้างสัมพันธภาพ
- ส่งเสริมแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา

กิจกรรมครั้งที่ 1

- ทักทายแนะนำตัว
- บอกวัตถุประสงค์ของการบำบัด
- ส่งเสริมให้บอกเป้าหมายชีวิต
- อภิปรายถึงผลกระทบทั้งทางลบและบวกจากสุราต่อตนเองและเป้าหมายชีวิต
- ส่งเสริมแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา

ระยะที่ 2 วัตถุประสงค์

- ให้ความรู้เกี่ยวกับสุรา

กิจกรรมครั้งที่ 2

- แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง สุราคืออะไร สารเสพติดในสุรา สาเหตุของการติดสุรา ภาวะคือยา ความอยาก อาการถอนพิษสุรา ผลกระทบต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิต การเผชิญกับความเครียด และการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุรา เป็นต้น

ระยะที่ 3 วัตถุประสงค์

- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงกระบวนการติดสุรา
- ตำรวจและวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่การดื่มสุราบ่อยๆ
- ส่งเสริมความเชื่อมั่นต่อการหยุดดื่มสุรา

กิจกรรมครั้งที่ 3

- อภิปรายถึงกระบวนการติดสุรา การทำงานของสมองเมื่อได้รับสุรา
- ตำรวจและระบุสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุราบ่อยๆ
- ส่งเสริมความมุ่งมั่นและความเชื่อมั่นว่าจะทำได้สำเร็จ โดยให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่เคยทำแล้วประสบความสำเร็จและภาคภูมิใจ
- ให้อธิบายถึงหลักการที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ และนำหลักการนั้นมาปรับใช้ในการวางแผนและคงพฤติกรรมการหยุดดื่มสุรา

ระยะที่ 4 วัตถุประสงค์

- ปรับแก้ความคิดที่ไม่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงนำไปสู่การดื่มสุรา
- วางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 4

- ระบุถึงกระบวนการคิดที่นำไปสู่การดื่มสุราในสถานการณ์ต่างๆ
- วิเคราะห์ความคิดความเชื่อที่ไม่น่าอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงหรือไม่อย่างไร
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงรูปแบบความคิดความเชื่อใหม่หรือทางเลือกใหม่ โดยปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ และใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ (Problem – solving Process) ที่เหมาะสมกว่าแทนความคิดที่นำไปสู่การดื่มสุรา
- ให้อภิปรายในการวางแผนการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง

ระยะที่ 5 วัตถุประสงค์

- ฝึกทักษะการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุรา

- เขียนแผนการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงที่เหมาะสมกับตนเองในอนาคต
- ส่งเสริมความเชื่อมั่นในการหยุดดื่มสุรา

กิจกรรมครั้งที่ 5-7

- ระบุสถานการณ์เสี่ยงที่สำคัญของแต่ละคน เช่น มีปัญหาต่างๆแล้วเครียด ทุกข์ใจ เพื่อนชวน อยู่ในงานรื่นเริงที่มีสุรา มีอาการอยาก เป็นต้น
- นำกลยุทธ์ที่เลือกไว้แล้วในขั้นตอนที่ 4 มาฝึกทักษะ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงในทางสร้างสรรค์ เช่น ใช้ทักษะการจัดการกับความเครียด การปรับความคิด อารมณ์และสิ่งแวดล้อมที่นำไปสู่การดื่มสุรา

ระยะที่ 6 วัตถุประสงค์

- เขียนแผนการเผชิญสถานการณ์เสี่ยง เพื่อนำกลับไปใช้ในชีวิตประจำวัน และการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต
- สามารถบอกและเขียนแผนที่เลือกใช้เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ
- ปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตหรือหากิจกรรมใหม่ๆที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิต แทนเวลาที่เคยใช้ในการดื่มสุรา
- ส่งเสริมการให้รางวัลตนเอง เพื่อสามารถคงพฤติกรรมการหยุดดื่มสุราได้

กิจกรรมครั้งที่ 8 – 9

- ส่งเสริมให้ตระหนักถึงความสำคัญของการตั้งเป้าหมาย การวางแผนและเขียนแผน
- ป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ โดยส่งเสริมความเข้าใจในทักษะการใช้ชีวิตที่ไม่นำไปสู่ความเสี่ยง
- เขียนแผน เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำเมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยง
- ส่งเสริมแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ที่ห่างไกลสุรา และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- การให้รางวัลตนเอง เพื่อคงพฤติกรรมการหยุดดื่มสุรา

ระยะที่ 7 วัตถุประสงค์

- เพื่อติดตามปัญหาและความก้าวหน้า
- ปรับปรุงกลยุทธ์ในการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

การบำบัดอีก 2 ครั้ง บำบัดแบบผู้ป่วยนอกในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กิจกรรม

- ติดตามผลแบบผู้ป่วยนอก 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ และในระหว่างสัปดาห์จะใช้โทรศัพท์ติดตามอีกสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง

- ประเมินปัญหาและปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงมากขึ้น
- ถ้าก้าวพลาดกลับไปดื่ม ให้ยอมรับความจริง ให้กำลังใจและร่วมมือกันในการปรับแผนใหม่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- ให้แรงเสริม (positive feedback) ที่สามารถคงการไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำและมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น

โปรแกรมเพิ่มเติมสำหรับผู้ติดสุราระดับรุนแรง เป็นโปรแกรมการบำบัดแบบเผชิญสิ่งเร้า (Cue exposure treatment)

โปรแกรมนี้เหมาะกับผู้ป่วยที่มีการติดสุราระดับรุนแรง (Severe alcohol dependence) ที่ได้คะแนนการติดสุราเท่ากับหรือมากกว่า 30 คะแนนขึ้นไป เนื่องจากผู้ป่วยติดสุราระดับรุนแรงจะมีอาการอยากสูงกว่าผู้ป่วยติดสุราที่ไม่รุนแรง (mild and moderate alcohol dependence) การบำบัดแบบให้เผชิญสิ่งเร้า มีความเชื่อว่าสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุราจะทำให้เกิดอาการอยาก การบำบัดแบบเผชิญสิ่งเร้ามีจุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ว่าอาการอยากจะมีมากขึ้นในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง โดยเมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงจะทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย ความคิดและก่อให้เกิดความรู้สึกอยากสุรา และอาการอยากจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงระดับสูงสุดแล้ว อาการอยากจะค่อยๆ ลดลงที่สุดในที่สุด แม้จะไม่ได้ดื่มสุรา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมตัวเองได้โดยไม่ดื่มสุรา การบำบัด 8 ครั้ง ใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 90 นาที จำนวนผู้ป่วยที่เหมาะสมกลุ่มละประมาณ 3 คน ขั้นตอนการบำบัดมีดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 วัตถุประสงค์

- บอกวัตถุประสงค์และประโยชน์ของโปรแกรม
- เรียนรู้ว่าการอยากสามารถลดระดับลงได้โดยไม่ดื่มสุรา

กิจกรรม

- ทักทายแนะนำตัวบอกวัตถุประสงค์ของโปรแกรมบำบัดแบบเผชิญกับสิ่งเร้า
- บอกประโยชน์ของโปรแกรมว่าจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการอยากดื่มสุราลดลงเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดอาการอยากดื่มสุราที่รุนแรง
- ให้ผู้ป่วยให้ความหมายของความรู้สึกอยาก (urge) ของแต่ละคน และให้ลำดับคะแนนความรู้สึกอยากที่เกิดขึ้นขณะนั้น ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 โดยกำหนดให้ อาการอยากที่มากที่สุด เท่ากับคะแนน 10
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้กระบวนการควบคุมอาการอยาก เมื่อมีสิ่งกระตุ้น ดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยเผชิญกับเครื่องดื่มน้ำสุราโดยตรงและดมกลิ่น แล้วให้จดลำดับอาการอยากอีกครั้งหนึ่ง ตั้งแต่เริ่มต้นจนอาการอยากขึ้นถึงจุดสูงสุดและลดลงจนเหลือน้อยที่สุดภายใน 15 นาที หรือน้อยกว่านั้น
2. ให้ใช้การจินตนาการถึงตัวกระตุ้นลำดับที่สูงที่สุดที่ก่อให้เกิดอาการอยากดื่มน้ำสุรา และให้ผู้ป่วยจดลำดับอาการอยากเช่นเดียวกับการเผชิญสุราโดยตรงจนสิ้นสุดภายในเวลา 15 นาที ซึ่งผู้บำบัดจะบันทึก ระดับอาการอยากที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดทั้ง 2 สถานการณ์
3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อธิบายถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงอาการอยากที่เกิดขึ้นและตระหนักถึงอาการอยากที่ลดลงได้โดยไม่ต้องดื่มน้ำสุรา

ครั้งที่ 2 ถึงครั้งที่ 8 วัตถุประสงค์

- ฝึกทักษะการจัดการกับอาการอยาก
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลือกใช้ทักษะการเผชิญอาการอยากที่เหมาะสมกับตนเอง ซ้ำๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าสามารถนำไปใช้ในการลดอาการอยากของตนเองได้โดยไม่ต้องดื่มน้ำสุรา

กิจกรรม

- การเรียนรู้กระบวนการควบคุมอาการอยากสุรา เมื่อมีสิ่งมากระตุ้น เริ่มต้นการบำบัด เช่นเดียวกับครั้งที่ 1 กล่าวคือ
 1. ให้ผู้ป่วยจดลำดับคะแนนความรู้สึกอยากเมื่อเริ่มต้นการบำบัด
 2. ให้ผู้ป่วยเผชิญกับสุราโดยตรง และเมื่ออาการอยากขึ้นถึงระดับสูงสุดแล้ว ให้ผู้ป่วยใช้ทักษะที่เคยใช้มาจัดการกับอาการอยากภายในเวลา 15 นาที
 3. ผู้บำบัดสอนวิธีการจัดการกับอาการอยาก โดยสอนการบำบัดครั้งละ 1 หรือ 2 ทักษะ ตัวอย่างกลยุทธ์ที่ใช้จัดการกับอาการอยาก
 - บอกกับตัวเองให้อดทนกับอาการอยากที่เกิดขึ้น
 - บอกกับตัวเองว่าสามารถที่จะควบคุมตนเองไม่ให้ดื่มน้ำสุราได้
 - คิดเกี่ยวกับผลทางด้านลบของการดื่มน้ำสุรา
 - คิดเกี่ยวกับผลทางด้านบวกของการไม่ดื่มน้ำสุรา
 - เบี่ยงเบนความสนใจ โดยการทำกิจกรรมอื่นๆ
 - นึกถึงความรักห่วงใยของคนรอบข้าง
 4. ให้ผู้ป่วยเผชิญกับสุราซ้ำโดยใช้ทักษะที่สอนในครั้งนั้นๆ

5. ให้เปลี่ยนมาใช้ในการจินตนาการถึงตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสุราของแต่ละคน แล้วฝึกทักษะการจัดการกับอาการอยากที่สอนให้ ซึ่งสามารถฝึกซ้ำๆ ได้เท่าที่มีเวลา
6. ฝึกทักษะที่สอนให้จนครบแล้ว ให้ผู้ป่วยเลือกใช้วิธีการจัดการกับอาการอยากที่เหมาะสมกับตนเองซ้ำๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการควบคุมอาการอยากของตนเองได้โดยไม่ดื่มสุรา

หมายเหตุ

- ตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการอยาก อาจเป็นตัวกระตุ้นภายในซึ่งได้แก่ ปัญหาทางอารมณ์และความคาดหวังต่อผลบวกของสุรา และตัวกระตุ้นภายนอกได้แก่ สุรา และสิ่งแวดล้อมที่เคยดื่ม เป็นต้น

- การประเมินอาการอยาก ใช้แบบประเมิน The Alcohol Craving Questionnaire (ACQ) นำมาประเมินระดับความอยากสุรารั้งก่อน ระหว่างการบำบัด และหลังการบำบัด The ACQ เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินอาการอยาก มี 47 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงสถานการณ์หรือตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการอยากสุราและเมื่อเผชิญกับสุรามีอาการอยากเกิดขึ้นหรือไม่ และให้จัดระดับความรุนแรงของอาการอยาก แบ่งเป็น 7 ระดับ 0 ไม่อยาก 7 อยากมากที่สุด (การใช้แบบประเมิน ACQ ยังไม่ได้ขอใช้เครื่องมือจากเจ้าของเครื่องมือ)

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential)

การวางแผนในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุราไปทดลองใช้ เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ลงสู่การปฏิบัติจริง มีการประเมินผลลัพธ์ เพื่อนำมาปรับปรุงให้เกิดแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมที่สุด ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆดังนี้

1. นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุราต่อผู้บริหาร ทีมบำบัดผู้ป่วยสารเสพติด พยาบาลในหน่วยงาน โดยการประชุมประจำเดือน หรือลงในเว็บไซต์ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์แนวปฏิบัติการพยาบาลแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ที่จะนำมาปรับใช้เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปในทางเดียวกัน และประโยชน์กับผู้ป่วยติดสุราที่มีแนวโน้มจะสามารถหยุดดื่มสุราหรือลดการกลับไปดื่มสุราซ้ำได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในผลของการบำบัด

2. ขออนุมัติจากหน่วยงานในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหยุดคัมสุราในผู้ป่วยติดสุรา ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย (Pilot study) โดยจะร่วมกับทีมในหอผู้ป่วยที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่

3. ติดตามผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดย

3.1 การประเมินกระบวนการ ว่ามีความยุ่งยากซับซ้อนในการปฏิบัติหรือไม่ ประเมินความครอบคลุมของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ ว่ามีส่วนใดที่ปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน เกิดปัญหาหรืออุปสรรคใด และนำมาวิเคราะห์ปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เกิดรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและสามารถปฏิบัติได้จริง

3.2 การประเมินผลลัพธ์ โดยประเมินจาก

3.2.1 ผู้ป่วยสามารถลดการกลับเข้ารับการบำบัดซ้ำของผู้ป่วยติดสุราภายใน 28 วัน

3.2.2 จำนวนผู้ป่วยติดสุราสามารถหยุดคัมสุราหรือไม่กลับไปติดสุราซ้ำภายใน 3 และ 6 เดือนหลังการจำหน่าย

3.2.3 ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการบำบัด

4. ปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลและวิเคราะห์ว่าเป็นโปรแกรมที่เหมาะสมหรือไม่ ถ้าเป็นโปรแกรมที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วย จะเสนอทีมบริหารเพื่อขออนุมัตินำไปใช้เป็นงานประจำของหน่วยงานและติดตามผล

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนาใช้ และประเมินนวัตกรรม (Developing Implementing, and Evaluating the Innovation)

เป็นการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสู่การปฏิบัติในองค์กร หลังจากที่ได้ปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนที่ 3 แล้ว ซึ่งมีการวางแผน การพัฒนาเพื่อให้การบำบัดยั่งยืนและพัฒนาต่อเนื่องดังนี้

1. นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหยุดคัมสุราในผู้ป่วยติดสุราที่ได้ปรับปรุงแล้วแก่ ทีมผู้บริหารสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ทีมดูแลผู้ป่วยภายในสหสาขาวิชาชีพ (Patient Care Team: PCT) ทีมผู้บำบัดผู้ป่วยสารเสพติด พยาบาลในหน่วยงานเพื่อเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบำบัดผู้ป่วยติดสุราต่อไป

2. เมื่อได้รับอนุมัติจากทีมผู้บริหารสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ทีมดูแลผู้ป่วยภายในสหสาขาวิชาชีพ ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดคัมสุราในผู้ป่วยติดสุราแล้ว ผู้ศึกษาและทีมผู้รับผิดชอบจะได้ดำเนิน โครงการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์หรือทำเป็น

โครงการกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน (Continuous Quality Improvement)

3. จัดให้มีการตรวจสอบการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอหลังจากการบำบัดทุก 3 เดือนและ 6 เดือน จนกระทั่งแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติเป็นงานประจำ

4. นำข้อมูลจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ไปนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และเผยแพร่ผลงานในการประชุมวิชาการในการบำบัดผู้ติดสารเสพติดนอกหน่วยงาน เพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ที่ก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมาสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุราก่อนที่จะนำไปปฏิบัติจริง ควรทำวิจัยเพื่อประเมินผลลัพธ์ ความคุ้มค่าคุ้มทุนอีกครั้งหนึ่ง

2. ถ้ามีผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราแล้ว ไม่สามารถเข้ารับการบำบัดแบบกลุ่มได้ เนื่องจากกลุ่มเป็นกลุ่มปิดและได้เปิดกลุ่มไปแล้ว ผู้ศึกษาขอเสนอแนะว่าให้มีการบำบัดแบบรายบุคคล โดยใช้แนวคิด Motivational intervention individual counseling ให้การบำบัดคนละ 3 ครั้ง ครั้งละ 40 นาที โดยพยาบาลเจ้าของไข้ จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าเป็นการบำบัดที่ได้ผลเท่ากับการบำบัดแบบกลุ่ม

4. โปรแกรมการบำบัดแบบเผชิญกับสิ่งเร้า (Cue exposure treatment) ยังขาดเครื่องมือการประเมินความอยาก (The Craving Questionnaire; ACQ) ที่จะนำมาใช้ ถ้าจะนำมาใช้ต้องขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือและนำมาแปลเป็นภาษาไทยและหาค่าความเที่ยงและความตรงก่อนที่จะนำมาใช้

5. แนวปฏิบัติการพยาบาลควรได้รับการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและบริบทของการให้บริการ รวมทั้งผลงานวิจัยใหม่ๆที่เกิดขึ้น

6. เผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลไปยังหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกองค์กร เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ดีที่สุด

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE
FOR ENHANCING REMISSION FROM ALCOHOL DEPENDENCE

PANNIPA SANPANYA 4736928 NSMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORS COMMITTEE: PRAPA YOUTHRI, D.N.S

CHOTIP SANTOVANICH, Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

At present, alcohol consumption has become a significant world problem. From the WHO report, alcohol and cigarettes are considered mild narcotics being used worldwide, including in Thailand. These findings indicated that the numbers for alcohol consumption have been increasing rapidly. In 1998, Thai people drank alcohol at a rate of 7.71 liters/person/year, which was ranked 40th in the world, and this increased to 8.47 liters/person/year in 2004 (Sornpaisal, 2006). From a nationwide study of households by the Committee to Administer Academic Narcotics Network, their findings indicated that the numbers of “current drinking” or drinkers consumed alcohol during the 30 days before the interview were 18.6 million in 2000 but this declined to 15.8 million in 2003. However, the findings indicated the numbers of “regular drinking” or drinkers consumed alcohol for more than 20 days of the 30 days before the interview increased from 8.4 % (1.6 million) in 2000 to 11.9% (1.9 million) in 2003 (Thaikla, Peungchuer & Perngparn, 2006). The findings from the study by Silpakit, Phumphaisanchai & Kittirattanapaiboon (2001) revealed that the age group most likely to become alcohol dependence was between 31-40 years old. Results of the survey suggested 9.3 % of the sample groups are marked with alcohol dependence and 8.3% are susceptible to alcohol dependence.

Alcoholic consumption effects both physical and mental health such as deteriorating the body, feeling nauseated, vomiting, sudden inflammation of the digestive tract. There are also chronic conditions such as cirrhosis, suppression of the

part of the brain which controls breathing, cessation of breathing, feelings (Saunders, 2004) of anxiety, distracted, reduced ability to think, make wrong decisions, lack of judgment, increased tension and feeling depressed (Sornpaisal, 2006). Furthermore, there is symptom of alcohol hallucination both as visual and auditory (Brust, 2004; Saengcharnchai, 2001) with increased paranoia and eventually leading to suicide or homicide (Sornpaisal, 2006).

As for social interaction, alcohol dependence will change a person's personality. For example, weak and lazy, easily irritable (which creates problems in their personal relationships and occupation), reduced ability to work, reduced opportunity for career advancement, or loss of employment. In economic and social areas, the findings indicate that alcohol consumption causes a person to lose their regular income or become indebted.

In the areas of law and crime, the findings indicate that alcohol consumption is the cause of theft and sexual offenses (Posayachinda & Sirivongs na Ayudhya, 2001).

Galya Rajanagarindra Institute, Department of Mental Health, is a hospital with 230 beds. The hospital provides treatment for psychotic patients and forensic psychotic patients. The study, dating back 5 years, found the numbers for alcohol dependence (from 2002 to 2006) at 6.86, 8.71, 11.09, 12.88, and 14.53, respectively. This shows an increasing trend. The institute found alcohol dependence to be the second leading disease after schizophrenia. (annual report 2006, Galya Rajanagarindra Institute).

Therefore, the investigators, as part of the drug addiction clinical team responsible for increasing remission and preventing relapse, are interested in developing a clinical nursing practice guideline for enhancing remission of admitted alcohol dependence patients based on evidence-based guideline.

Purposes of the Study

To develop of a clinical nursing practice guideline for enhancing remission from alcohol dependence.

Methodology

The evidence-based practice model, proposed by Polit & Beck (2004), was adapted for to develop of a clinical nursing practice guidelines for enhancing remission of alcohol dependence. The model consisted of the following elements:

Step1. Selecting a topic or Problem

There are two ways to identify problems:

1.1 Problem-focused triggers

The alcohol consumption findings indicate that the number of alcohol dependents requesting therapy keep increasing every year (the past 5 year's statistics are from 2002-2006 from the physical, psycho, family and social). Therefore, the drug addict therapist team of the institute arranged psychosocial therapy after the detoxification period. In the first period from 2002 to 2003, therapy was done with a group matrix, the same as therapy for methamphetamine dependence. The findings indicated that most alcohol dependents refused to cooperate because they didn't think of alcohol as drug addiction and, therefore, it was not necessary to receive therapy. In addition, methamphetamine dependence has different features from alcohol dependence. Then, in 2004, the drug addict therapist team decided to use the therapy program for out-patient alcohol dependence from the Department of Mental Health, Ministry of Health. The findings from this assessment (2003 to 2005) suggest that after therapy, there were alcohol dependents readmitted within 28 days. The numbers for readmitted were 5.79%, 4.62% and 7.25%, respectively. Perhaps there was more critical and severe alcohol dependence than out-patients, thus making the program for enhancing remission rather inadequate

1.2 Knowledge Focused Trigger

From reviewing literatures for alcohol dependency within past 10 years, there are many ways to reduced remission such as family therapy and a therapeutic community where Alcoholics Anonymous and cognitive behavioral therapy was implemented. These methods had similar results for alcohol dependents (Morgenstern & Longabaugh, 2000).

In this study, the investigator should only select the therapy based on the CBT concept because this type of therapy enhances direct change in cognitive behaviors of patients. Each patient receives training to handle risk situation with the support of their family. This consumed less time and yielded similar results, as compared to family therapy that incurred a burden on relatives. As for a therapeutic community, this takes approximately 6 months and Alcoholics Anonymous is only available at

Pramongkutklao Hospital. Therefore, it is rather inconvenience for the patient to attend. The investigators concluded on CBT therapy.

Step 2. Assembling and evaluating evidence

1. Searching Guidelines for research and evidence-based work as related to the subject under study by using the words “PICO” (PICO Format) (Craig & Smyth, 2001) as the measure in the search resulted as follows:

1. Population: Keyword used is Alcohol Dependence for both males and females between 18 – 65 years old.
2. Intervention: Keyword used is Cognitive behavioral therapy, coping skills training, relapse prevention, and cue exposure therapy where the research is based on CBT concept as the guidelines for intervention.
3. Comparison intervention: compare intervention between standard treatment and other treatment.
4. Outcome: Keyword primary outcome such as remission, abstinence rate, quantity and frequency of drinking. Secondary outcomes such as craving, self-efficacy, and alcohol cue reactivity, responses to high risk situation and urge specific coping skills.

2. Identifying the Database for searching

Searching is based on the research and evidence based documents (Thesis, Graduate Executive Summary), published and unpublished in Thai and English, from the following areas:

- 2.1 From Electronic Data at www.cochrane library.org
- 2.2 From published research databases at OVID, CINAHL, PUBMED, Science Direct, Blackwell-Synergy, and High Wire
- 2.3 Searching from reference list of articles and researches
- 2.4 Hand Search of journals on alcohol dependence such as Addiction, Alcoholism
- 2.5 Directly contact investigators

3. The measures for selecting research and evidence-based documents, or related documents, for study and analysis to develop of clinical nursing practice

guidelines for enhancing remission of alcohol dependence consisted of the following details:

Evidence Type

- A systematic review or meta-analysis from randomized control trial and quasi-experimental as related to the problems.
- Research period covered from 1996-2006.
- Considered completed research only because abstracts cannot be analyzed.

Findings from searching through evidence-based databases revealed research that could be developed into a practice guideline for enhancing remission from alcohol dependence occurred in 5 studies. After a quality assessment and arranging strength of evidence, based on the criteria of Melnyk & Fineout Overholt (2005), the findings indicate that there were the research level II studies on randomized controlled trials and research level III studies on controlled trials without randomization (quasi-experimental). All 5 studies were read, analyzed and extracted contents in the table as follows: 1. objectives 2. research methods 3. level of strength of evidence 4. population 5. setting of study 6. tools for data collection 7. intervention 8. research results 9. clinical relevance 10. scientific merit 11. implementation potential 12. extracted contents for application and considering statement in each table. Conclusions on contents and important issues were made and discovered from all the research, as well as checking for accuracy with advisors, before developing a clinical nursing practice guideline for enhancing remission from alcohol dependence.

4. Checking the accuracy of the developed practice guideline, contents and language used by 5 professionals consisted of 1. two psychologists 2. Advanced Practitioner Mental Health Nurse 3. a nurse instructor with expertise in drug addiction and an expert nurse in therapy alcohol dependence.

Main Conclusions from Evidence-based Data

From relevant literature review and analysis to develop a clinical nursing practice guideline for enhancing remission from alcohol dependence; finally, the recommendation is organized as follows

1. Indications for Selecting Patients

1. Patients who had been diagnosed as alcohol dependent, in accordance with ICD-10 and DSM-IV

2. Ages between 21 – 65 years old
3. Already received alcohol detoxification

2. Method

1. Assessing alcohol withdrawal by using the Alcohol Withdrawal Scale (AWS) and received 2 points or less.
2. Assessing problems in cognition or communication by using Thai Mental State Examination (TMSE) and received more than 25 points.

3. Measures for separating alcohol dependence for intervention program

Assessing alcohol dependence is done through The Severity Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ-C) Community version (Phukao, 2002) by dividing patients into 2 groups. First group scores are equal or less than 30 points to match with a relapse prevention program based on the cognitive behavioral therapy was proposed. Second group scores are equal or more than 30 points which indicated that the patients have severe alcohol dependence and needed to attend a relapse prevention program and cue exposure treatment.

4. Measuring Therapy Results

Monitoring therapy results is done twice. First time 3 months after discharge and second time 6 months after discharge. Program outcomes from therapy are assessed with standard tools based on contents and a proper reliability test.

1. Timeline Follow Back Interview (TLFB) is the response to a questionnaire is a quantity measure of daily alcohol consumption within the previous 4 months. (Phukao, 2002)

2. Participant Satisfaction with intervention. To evaluate treatment satisfaction scale was provided. (Phukao, 2002)

2. Intervention

The treatment model for enhancing remission from alcohol dependence based on cognitive – behavioral therapy which included core intervention together with relapse prevention program (level II) and additional intervention for cue exposure treatment. (level III)

The relapse prevention program based on the cognitive behavioral therapy.

Objective

To development of a clinical nursing practice guideline for enhancing remission from alcohol dependence

Definitions

Alcohol dependence is defined as drinking in excess until causing a behavior disorder or discomfort by revealing 3 symptoms persistently over 12 months.

1. Tolerance, as defined by either of the following:

1.1 a need for markedly increased amounts of the substance to achieve intoxication or desired effect

1.2 markedly diminished effect with continued use of the same amount of the substance

2. Withdrawal, as manifested by either of the following:

2.1 Stop drinking after prolonged alcohol consumption in large quantities produces either one or more of the following symptom within couple hours or days: automatic hyperactivity (e.g., sweating or pulse rate greater than 100), increased hand tremor, insomnia, nausea or vomiting, transient visual, tactile, or auditory hallucinations or illusions, psychomotor agitation, anxiety and grand mal seizure.

2.2 the same (or a closely related) substance is taken to relieve or avoid withdrawal symptoms

3. the substance is often taken in larger amounts or over a longer period than was intended

4. there is a persistent desire or unsuccessful efforts to cut down or control substance use

5. a great deal of time is spent in activities necessary to obtain the substance (e.g., visiting multiple doctors or driving long distances), use the substance (e. g., chain-smoking), or recover from its effects

6. important social, occupational, or recreational activities are given up or reduced because of substance use

7. the substance use is continued despite knowledge of having a persistent or recurrent physical or psychological problem that is likely to have been caused or exacerbated by the substance

Early Remission is defined as a period after an alcohol dependent stops drinking, he can stay off drinking longer than 1 month but not less 12 months. There are 3 levels of remissions as follows:

- Early Full remission is defined as an alcohol dependent who can abstain a minimum of 1 month but not exceeding 12 months after the therapy.
- Early Partial remission is defined as an alcohol dependent who lapses for a minimum of 1 month but not exceeding 12 months after the therapy.
- No remission is defined as alcohol dependent's relapse to become an alcohol dependent again after the therapy.

Demographic Features

An alcohol dependent who has been an in – patient alcohol detoxification reveals minor alcoholic symptoms from 3-10 days by applying AWS which should yield score equal or less 2. While concept and communication assessed by applying TMSE to derive at scores over 25 points.

Beneficiaries from the application of a clinical practice guideline

1. Alcohol dependents and families
2. Clinical staff

Outcomes from the application of a clinical practice guideline

1. Alcohol dependent should reduce number of readmitted within 28 days.
2. Alcohol dependent should have permanent remission or relapse.
3. Alcohol dependent and their family caregivers were satisfied with results of the therapy.
4. The nursing team in charge of the therapy should apply a clinical nursing practice guideline for enhancing remission from alcohol dependence with inpatient.

Source of Evidence-based practice

1. Randomized control trial consisted of 2 Evidence-based results of level 2.
2. Quasi-experimental design consisted of 3 Evidence-based results of level 3.

A Clinical Nursing Practice Guideline for managing relapse prevention program based on the cognitive behavioral therapy.

In psychosocial treatment, after alcohol detoxification, severe and mild and moderate alcohol dependents would receive core intervention therapy such as relapse prevention program based on the cognitive behavioral therapy. From the application

of the Severity Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ-C) Community version. Alcohol dependents with scores equal or above 30 points are subjected to additional intervention for cue exposure.

Cognitive behavioral therapy with relapse prevention based on the concept that people who use substance are of dysfunctional cognitive processes leading to alcohol consumption and lack skills to cope with high risk situations. Objectives of this therapy are involved with treatment, motivation and commitment to abstinence of drinking behavior as well as to develop, enhance and maintain commitment to relapse prevention by encouraging each alcohol dependent to identify high risk situations as well as training skills for relapse prevention, the intervention consisted, exchanging knowledge on causes or factors associated with alcohol consumption and its results, planning and training skills with high risk situations, roles play and engaged in a tackling real- life high-risk situations, feedback and positive reinforcement for relapse prevention. These activities are arranged to boost confidence for maintaining of abstinence. If a patient relapses again, encourage recognition that a lapse does not lead to inevitable relapse and that strategies are available to prevent a 'full blown' relapse. Therapy is consisted of 7 continuous phases of 9 sessions, 60 minutes for each session, with a suitable number (8-12) patients. Steps for treatment are as follows:

Phase 1: Objectives

- To build a relationship
- To enhance and maintain a commitment to change drinking behavior

Activities

- Introduction
- Informing about the objectives of therapy
- Encouraging making goals in life
- Discussion on positive and negative effects of alcohol
- Increased motivation abstinence

Phase 2: Objectives

- To provide knowledge on alcohol

Activities

- Exchange learning on what are alcohol, drug substance in alcohol, and causes of alcohol dependency, tolerance, craving, and withdrawal, physical and mental effects, to confront with stress and psychosocial therapy for enhancing remission.

Phase 3: Objectives

- Patients can identify the process of alcohol dependency
- A functional analysis of urges to engage in problematic of frequent drinking behavior
- Enhance self-efficacy of abstinence

Activities

- Discuss process of alcohol dependency and brain functions when drinking alcohol
- Explore and identify high risk situations leading to frequent drinking
- Enhance determination and belief in success by asking patients to talk about past success that made him proud
 - Asking about principles leading to success and use them in planning for abstinence

Phase 4: Objectives

- To identify of dysfunctional cognitive processes leading to alcohol consumption
- To plan behavioral change

Activities

- Identify processes leading to alcohol consumption in various situations
- Analyze whether the identification of dysfunctional beliefs processes are realistic or unrealistic
- Encourage the patients to change his belief or choose new alternatives by changing realistic beliefs either automatically or by using a proper problem solving process, instead of cognitive processes leading to alcohol consumption
- Give homework to plan how to cope with high-risk situations

Phase 5: Objectives

- To achieve problem solving and skills training
- To plan how to cope with future high risk situations
- Enhance self-efficacy of abstinence

Activities

- Identify risk situations for each person such as having stress when facing problem, disheartened, friends inviting to drink, attending parties with alcohol, or craving
- Bring chosen strategies in step 4 for skills training to build up self-efficiency in coping

with risk situation in creative way such as skills to stress management, cognitive restructuring style, emotions and envelopments leading to alcohol consumption

Phase 6: Objectives

- To write plan for coping with high risk situations in order to apply to daily life
- To inform and plan for preventing relapse
- To change lifestyle or reward position activities to improve quality of life instead of using the time to drink
- To award oneself for maintaining abstinence

Activities

- Enhance awareness of the value of setting, planning and writing goals
- Prevent relapse by enhancing understanding of how to change lifestyle toward positive actions not involving alcohol
- Write a plan to prevent relapse when confront high risk situations
- Improved, new, lifestyle far away from alcohol and having a better quality of life
- Self-efficacy for remission

Phase 7: Objectives

- To monitor problems and progress
- To improve strategies for relapse prevention activities

Activities

- Followed – up of the patients 2 weeks total, 2 times, and during the week using the brief telephone contact for follow-up once a week, total of 4 weeks
- Assessing problems and adapting strategies to suit real life situations
- Lapses do not lead to inevitable full relapse; accept the truth, getting support and working together to adapt a new, more effective plan
- Give positive feedback for maintaining remission and having plans for a better Lifestyle

Cue exposure treatment

This program is suitable for severe alcohol dependents whose scores are equal to or over 30 points because they may have more craving than the mild to moderate alcohol dependents. Cue exposure treatment is based on the belief that relapse may lead to the urge to drink. This treatment is focused on a patient who experiences more craving during high risk situations, especially during relapse, a person may respond physically and emotionally which leads to the craving for drinking. It was emphasized that craving do not increase endlessly and that there will be a peak and a turning point which patients can tolerate without any alcohol consumption. This way the patients can learn self-control without drinking. The intervention consisted of 8 sessions, 90 minutes for each session, with a suitable group of 3 patients. The treatment steps are as follows:

1st Time: Objectives

- To inform about the objectives and benefits of the program
- To learn how to reduce craving without drinking

Activities

- Self-introduction and inform about the objectives of cue exposure therapy
- Inform about the benefit of the program to reduce the urge for alcohol consumption, when being exposed to a cue, which causes severe craving
- Asking each patient to define urge and arrange urge scores at the particular moment, ranging from 0-10 points. The largest urge has a score equal to 10.
- Encourage the patients to learn about processes to control craving when being exposed to the cue as follows:

1. Allowing the patients to face alcohol directly and smell the alcohol and rank the urges once more, starting from the highest level to the lowest level, within 15 minutes or less.

2. Then imaginary exposure to the highest ranked trigger from the drinking triggers and ask the patients to rank the urges as same as being exposed to alcohol directly within 15 minutes. The therapist recorded time from onset of exposure to peak urge that continues to change from the beginning to the end in both situations.

3. Encourage the patients to discuss the urge process and be aware of decreasing urges without alcohol consumption.

2nd time to 8th time: Objectives

- Training skills to cope with craving
- Encourage the patients to repeatedly choose proper skills when being exposed to the cue to make sure it can reduce the urge without alcohol consumption

Activities

- Learning the urge control process when being exposed to the cue. Starting the therapy each time as follows:

1. Asking the patients to rank urge scores at the beginning of the therapy
2. Allowing the patients to face alcohol directly and when the urge is at the highest level, the alcohol dependent uses the previous skills to manage the urge within 15 minutes.

3. The therapist teaches how to handle the urge once or twice.

Skills: Example of strategies to handle the urge

- Tell myself to endure the urge
- Tell myself to refrain from drinking
- Think about the negative consequences of alcohol consumption
- Think about the positive consequences of abstinence
- Deviate interests through activities
- Think about their loved ones

4. Allowing the patients to be exposed to alcohol by repeating the same skills

5. Change to imagine the cue to urge alcohol consumption of each person before training skills to cope the urge. This may be repeatedly done as much as time permits.

6. After training the patents all the skills, the patents are asked to repeatedly choose the proper method for handling the urge to be sure that he can control the urge without drinking.

Remarks:

- Cue to create urges may be an internal cue such as an emotional problem and expectations towards negative results of alcohol and external cues such as alcohol and the drinking surroundings.

- The Alcohol Craving Questionnaire (ACQ) is being applied for alcohol craving before, during, and after the therapy. ACQ contains 47 items that ask the alcohol dependent to imagine about alcohol and whether or not the alcohol craving happened. The alcohol craving is divided into 7 levels from mostly non-craving to mostly craving. This instrument has not been approved by the owner.

Step 3: Assessing Implementation Potential

Planning implementation of a clinical nursing practice guideline for increasing remission from alcohol dependence to assess the feasibility for actual implementation. Results from assessment should improve and yield the best suitable clinical practice guidelines. Planning consisted of the following steps:

1. Present a clinical nursing practice guideline for increased remission of alcohol dependence to the administration, Narcotic Addict Treatment Team, and Unit Nurses in the monthly meeting or advertise on the website of Galya Rajanagarindra Institute to show the feasibility for an implementation. At the same time, and if it is feasible, to motivate alcohol dependents to stop drinking or increase remission which should satisfy both the alcohol dependent and their relatives.

2. Request approval from the division to apply a clinical nursing practice guideline for increased remission of alcohol dependence in the pilot study by working together with the team in the alcohol dependence wards where the investigator currently works there.

3. Monitor results from using a clinical nursing practice guideline as follows:

- 3.1 Assess the process and a clinical nursing practice guideline as to whether they are completely applicable and note any problems that occurred before making any revisions to create an effective clinical nursing practice that can be implemented.

- 3.2 Assess outcomes from:

- 3.2.1 Alcohol dependent can reduce number of repeat interventions within 28 days.

3.2.2 Number of alcohol independents who completely stop drinking or remission within 3 months to 6 months.

3.2.3 Alcohol dependents and relatives are satisfied with the therapy.

4. Revise and analyze a clinical nursing practice guideline as to whether it is qualified and suited for treating the alcohol dependent before presenting it to the administration for approval as a permanent program for the division to monitor results.

Step 4: Developing implementing, and evaluating the innovation

A clinical nursing practice guideline was implemented within the organization after the revision in accordance with the 3rd step. Sustainable and continuous development is being planned as follows:

1. A revised clinical nursing practice guideline for increased remission of alcohol dependence was presented to the administration of Galya Rajanagarindra Institute, patient care team (PCT), narcotic addict treatment team, and unit nurses as a nursing guideline for further treatment of alcohol dependents.

2. When receiving approval from the administration of Galya Rajanagarindra Institute, patient care team (PCT) for implementing a clinical nursing practice guideline, the investigator and the responsible parties continue to proceed with outcome research and project quality development, leading to continuous quality improvement.

3. Routinely examine the practice every 3 and 6 months until it becomes part of the normal practice.

4. Presenting data from implementing a clinical nursing practice guideline to the academic meeting at Galya Rajanagarindra Institute and publicize results from academic meeting on narcotic addict treatment to external divisions for sharing holistic knowledge, leading to continuous improvement.

Recommendations

1. Because this study involved steps using the analysis and synthesis of Evidence-based practices to develop a clinical practice guideline for increased remission of alcohol dependence, therefore, before using this guideline, there should be researches to evaluate the result and whether it is worth conducting.

2. After alcohol withdrawal, the patient is unqualified for group therapy because it is a closed group and already operating. The investigator recommends motivational

intervention in individual counseling 3 sessions, 40 minutes each time, by the assigned nurse. Result from the evidence-based practice indicated that this therapy yields the same result as group therapy.

3. Cue exposure therapy is still lacking tools in the Alcohol Craving Questionnaire (ACQ) which needs permission from the questionnaire owner as well as requiring the translation into Thai and testing for reliability and accuracy before actual application.

4. A clinical nursing guideline should be developed and continuously improved to coincide with the environment and service context together with new research results.

5. Distribute a clinical practice guideline to the other relevant internal and external divisions to derive at the best clinical practice guideline.

รายการอ้างอิง

- กนิษฐา ไทยกล้า เกรียงไกร พึ่งเชื้อ และอุษณีย์ พึ่งปาน. (2549). *แบบแผนการดื่มสุราในเยาวชนไทย*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุราระดับชาติครั้งที่ 2. ผลกระทบและมาตรการเชิงประจักษ์, กรุงเทพฯ.
- จะเด็จ เชาววิไล. (2549). *เหล้า: ความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุราระดับชาติครั้งที่ 2 แอลกอฮอล์: ผลกระทบและมาตรการเชิงประจักษ์, กรุงเทพฯ.
- จิตติวัลคุ์ ธรรมไพโรจน์. (2545). เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 11-15 การพยาบาลผู้ติดสารเสพติดและการป้องกัน หน่วยที่ 11. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ และเวทิน ศันสนิเวทย์. (2540). *ยืมผู้เรียนรู้ยาเสพติด*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พิมพ์ศ พร้มที่ตึง เซ็นเตอร์.
- เทอดศักดิ์ เดชคง, อุษา พึ่งธรรม, และอภิสิทธิ์ ฤทธิพิทย.(บรรณาธิการ). (2547). *คู่มือการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหา แอลกอฮอล์*. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ธีรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2549). การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม. ใน พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนคราคม, และนภาพร หิรัญวิวัฒน์กุล.(บรรณาธิการ), *ตำราจิตเวชศาสตร์ การติดสารเสพติด*. (หน้า 165-192). กรุงเทพฯ: หจก. บางกอกบล๊อค.
- บัณฑิต ศรีไพศาล. (2549). *ผลกระทบและเหตุผลความจำเป็นของพ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุราระดับชาติครั้งที่ 2 แอลกอฮอล์: ผลกระทบและมาตรการเชิงประจักษ์, กรุงเทพฯ.
- บัณฑิต ศรีไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, ดวงกมล ไชยพุทธ, กมลดา วัฒนพร, โสภิต นาสืบ, คารินทร กำแพงเพชร, และคณะ. (2549). *รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ.2549*. กรุงเทพฯ: โซดา สตูดิโอ .
- ปริทรรศ ศิลปกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2542). *ความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2544). *ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: วัชรอินเตอร์พรีนติ้ง.

- พิชัย แสงชาญชัย. (2549). *จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสูราระดับชาติครั้งที่ 2 แอลกอฮอล์: ผลกระทบและมาตรการเชิงประจักษ์, กรุงเทพฯ.
- พิชัย แสงชาญชัย, อัญชลี แสงชาญชัย, และณัฐนาถ สระอุบล. (2547). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรารูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. รายงานการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- นิพนธ์ พัวพงศกร. (2549). *แอลกอฮอล์: ผลกระทบเชิงเศรษฐศาสตร์ระดับมหภาค*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสูราระดับชาติครั้งที่ 2 แอลกอฮอล์: ผลกระทบและมาตรการเชิงประจักษ์, กรุงเทพฯ.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. (2542) *ตำราจิตเวชศาสตร์*. โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มูลนิธิเพื่อนหญิง. (2546). *ผลกระทบของสุราในฐานะเป็นปัจจัยร่วมการเกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสูราระดับชาติครั้งที่ 2 แอลกอฮอล์: ผลกระทบ และมาตรการเชิงประจักษ์, กรุงเทพฯ.
- รายงานประจำปี สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. (2545-2549)
- รณชัย คงสกotch. (2549). *ความสัมพันธ์สุรากับปัญหาความรุนแรงในครอบครัว*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสูราระดับชาติครั้งที่ 2 แอลกอฮอล์: ผลกระทบและมาตรการเชิงประจักษ์, กรุงเทพฯ.
- วิชัย โปษยะจินดา และอาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา. (2549) . *โครงการศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อหามาตรการป้องกันแก้ไข*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสูราระดับชาติครั้งที่ 2 แอลกอฮอล์: ผลกระทบและมาตรการเชิงประจักษ์, กรุงเทพฯ.
- ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น. (2546). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ติดสุรา*. ขอนแก่น.
- สมบัติ ตรีประเสริฐสุข. (2550). *ศาสตร์และศิลป์ของการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). *ยาเสพติดมหัศจรรย์ที่ป้องกันได้*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 7 กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2549). *ระบบการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราในประเทศไทย*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสูราระดับชาติครั้งที่ 2 แอลกอฮอล์: ผลกระทบและมาตรการเชิงประจักษ์, กรุงเทพฯ.

- สาวิตรี อัยนวงศ์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2543). รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่อง
มาตรการในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาจากแอลกอฮอล์. เอกสารอัดสำเนา
- สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2545). การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์ 3.
- หทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). การดื่มสุราและผลกระทบต่อสุขภาพจิต. เอกสารประกอบการประชุม
วิชาการสุราระดับชาติครั้งที่ 2 แอลกอฮอล์: ผลกระทบและมาตรการเชิงประจักษ์,
กรุงเทพฯ:
- เอี่ยมเดือน เนตรแหมม. (2541). ความคิดอัตโนมิติด้านลบ กับความซึมเศร้าในผู้เสพยาเสพติดสุรา.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตแนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ชรรมสาร.
- อรัญญา แพ้จัญ นรัญญา ศรีบุรพา. (2549). รายงานการศึกษาเรื่องภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดยาเสพติด
เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่. ศูนย์บำบัดรักษายา
เสพติด. เชียงใหม่: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- Saunders, J. B., (2004). เอกสารแปลเรื่องการใช้แอลกอฮอล์ การใช้ที่ก่อให้เกิดอันตราย และการ
คิดแอลกอฮอล์. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และ
รูปแบบการป้องกันและแก้ปัญาสุขภาพจิต เนื่องจากแอลกอฮอล์, กรุงเทพฯ.
- Allsop, S., Saunders, B., Phillips, M., & Carr, A. (1997). A trial of relapse prevention
with severely dependent male problem drinkers. *Addiction*, 92(1), 61-74.
- Andreasson, S., & Ojehagen, A. (Eds.). (1997). *Treating alcohol and drug abuse an
evidence based review*. VCH: Wiley.
- American Psychiatric Association.(2000). *Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR*.
Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Brust, J. C. M. (2004). *Neurological aspects of substance abuse* (2nd ed.).
Philadelphia: Elsevier.
- Carroll, K. M. (1998). *Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction
Therapy Manuals For Drug Addiction* Farmington: NIH.
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2001). *The evidence-based practice manual for nurses*.
Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Diclemente, C. C., Bellino, L. E., & Neavine, T. M. (1999). Motivation for change
and alcoholism treatment. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 86-92.

- Heinz, A., Wilwer, M., & Mann, k. (2003). Therapy and supportive care of alcoholics: guidelines for practitioners. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 17(4), 695-708.
- John, U., Veltrup, C., Driessen, M., Wetterling, T., & Dilling, H. (2003). Motivation intervention: an individual counselling VS a group treatment approach for alcohol- dependent in - patients. *Alcohol & Alcoholism*, 38(3), 263-269.
- Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse Prevention an overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. In E.F. McCance-Kate & H.W. Clark (Eds), *Psychosocial Treatments* (pp.1-18). New York: Brunner-Routledge.
- Loeber, S., Croissant, B., & Heinz, A. (2006). Cue exposure in the treatment of alcohol dependence: effects on drinking outcome, craving and self-efficacy. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 511-529.
- Marlatt, G. A., Parks, G. A., & Witkiewitz, K. (2002). *Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Therapy A Guideline Developed for the Behavioral Health Recovery Management Project*. Seattle, WA.
- Matthews, J., Rayburn, N. R., & Otto, M. W.(2004). *Cognitive-behavioral therapy*. In T. A. Stern & J. B. Herman (Eds.), *Massachusetts General Hospital Psychiatry Update and Board Preparation* (2nd ed.). (pp. 457-465).New York: McGraw-Hill.
- McIntyre, J. S., Charles, S. C., Anzia, D. J., Cook, I. A., Finnerty, M. T., Johnson, B. R., et al. (2006). *Treating Substance use disorders a quick reference guide*. Washington: APPI.
- Melnyk, B. M., & Fineout-overholt, E. (2005). *Evidence-bases practice in nursing & healthcare; A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mirin, S. M., Batki, S. L., Bukstein, O., Isbell, P. G., Kleber, H., Schottenfeld, R. S., et al. (1995). *Practice Guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids*.

- Morgenstern, J., & Longabaugh, R. (2000). Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: a review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. *Addiction*, 95, 1475-1490.
- Phukao, D. (2006). *Development and evaluation of a culturally appropriate treatment program for people with alcohol use disorders in Thailand*. University of Queensland. Australia.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Rubonis, A. V., Gulliver, S. B., Colby, S. M., Binkoff, J. A., et al. (2001). Cue exposure with coping skills treatment and communication skills training for alcohol dependence: 6-and 12-month outcomes. *Addiction*, 96, 1161-1174.
- Raabe, A., Grusser, S. M., Wessa, M., Podschus, J., Flor, H. (2005). The assessment of craving: psychometric properties, factor structure and a revised version of the Alcohol Craving Questionnaire (ACQ). *Addiction*, 100, 227-234.
- Verheul, R., Brink, W. V. D., & Geerlings, P. (1999). A-three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol & Alcoholism*, 34(2), 197-222.
- Wong, D. F., Maini, A., Rousset, O. G., & Brasic, J. R. (2003). Positron emission tomography a tool for identifying the effects of alcohol dependence on the brain. *Alcohol Research & Health*, 27(2), 161-173.



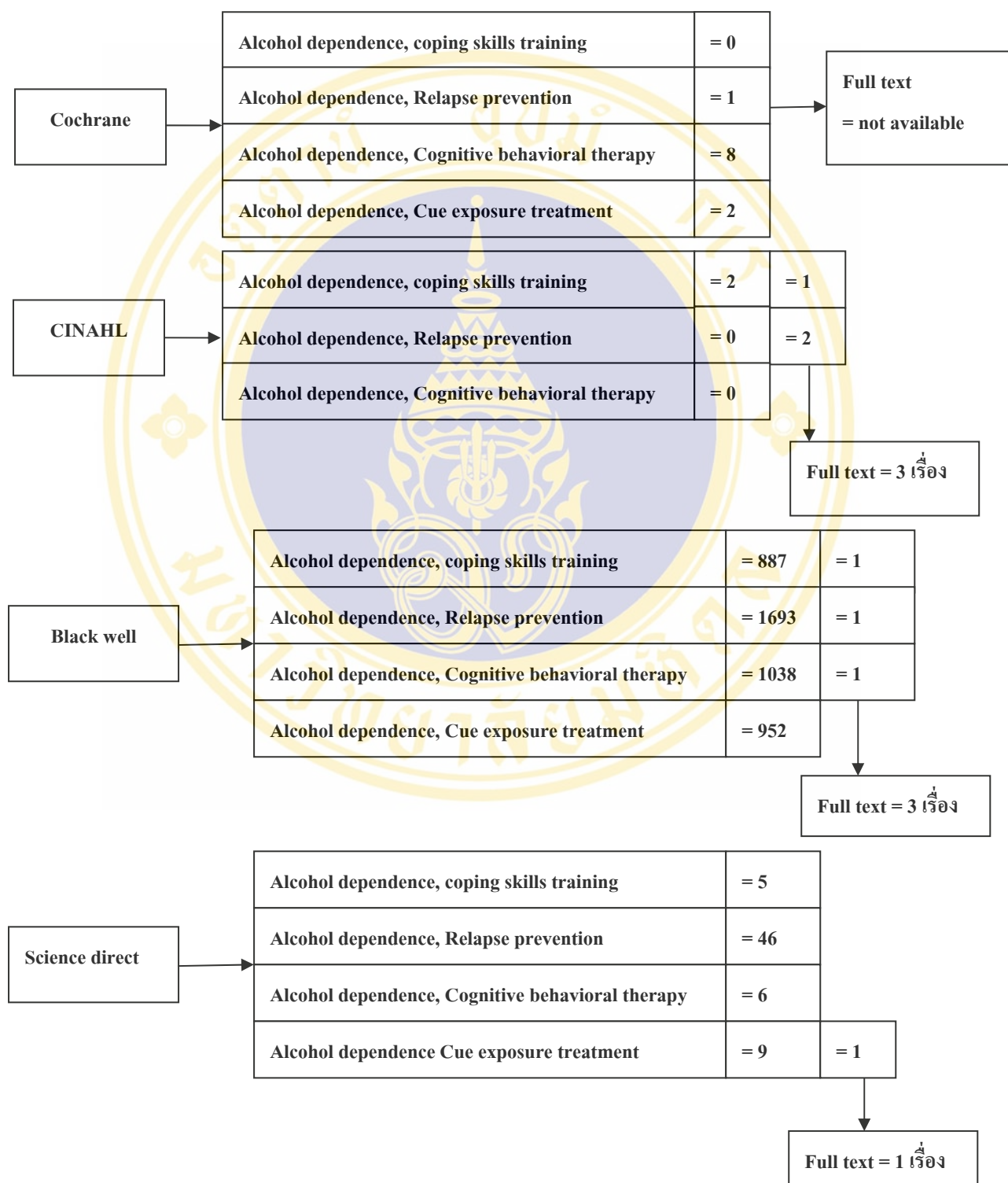
ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

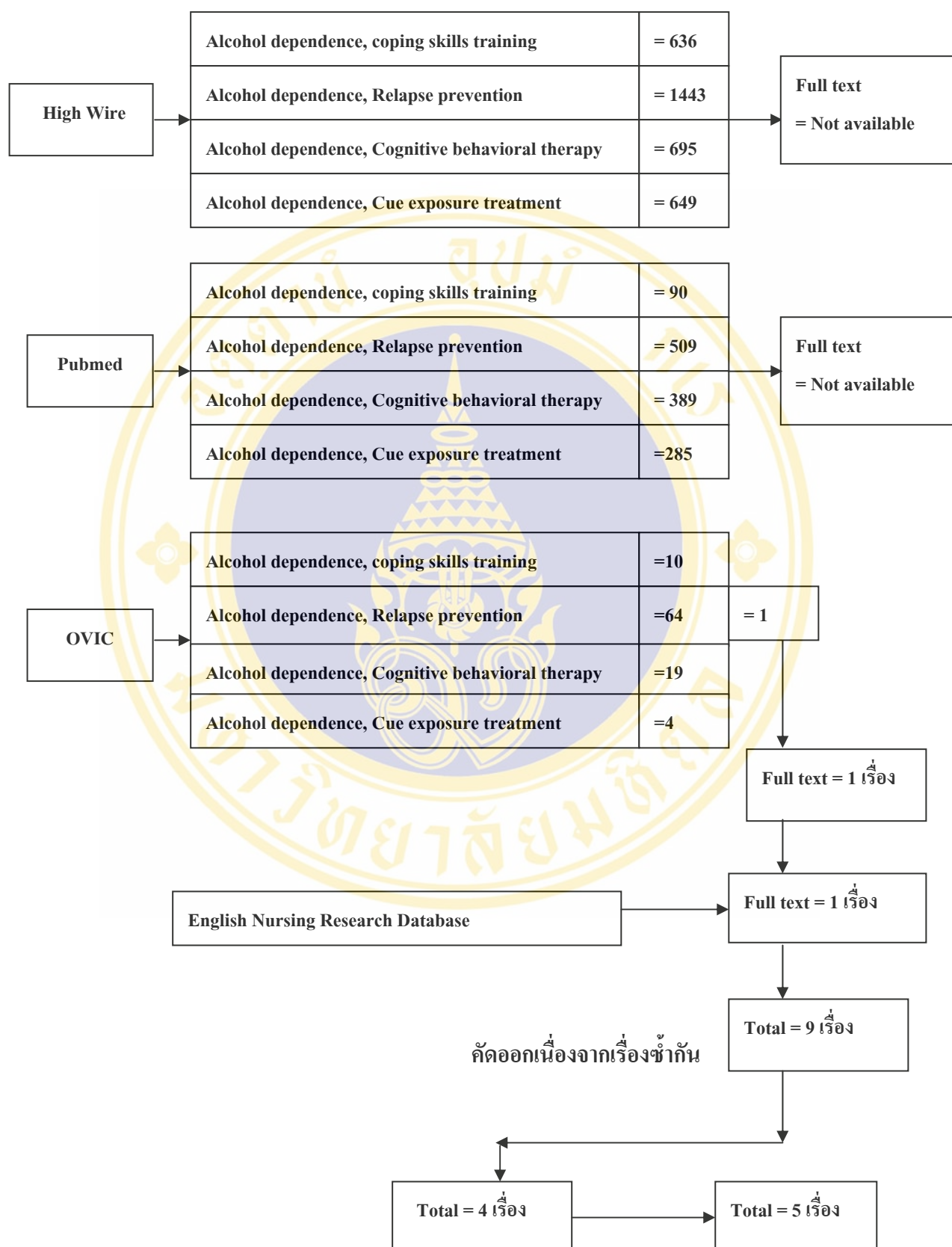
แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา ได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความแม่นยำ ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวนทั้งหมด 5 ท่าน ดังมีรายนามต่อไปนี้

1. แพทย์หญิงวันทนา ถมคำพาณิชย์ พบ. วว. จิตเวชศาสตร์ทั่วไป นายแพทย์ 6 สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
2. นายแพทย์นิติ พรวิศิษฎ์สกุล พบ. วว. จิตเวชศาสตร์ทั่วไป นายแพทย์ 6 สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
3. นางสาวเบญจวรรณ สามสาลี พย.ม. สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช วุฒิบัตรการปฏิบัติการขั้นสูงเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช หัวหน้าองค์กรพยาบาล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ดร. ครุณี ภูขาว ศูนย์อำนวยการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติด สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก ข



แผนภาพที่ 4 ผังการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์



แผนภาพที่ 4 ผังการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (ต่อ)

ภาคผนวก ก

ตารางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 5 เรื่อง แต่ละเรื่องมีรายละเอียดดังแสดงในตารางดังนี้

เรื่องที่ 1

ชื่อเรื่อง

Development and evaluation of a culturally appropriate treatment program for people with alcohol use disorders in Thailand

ผู้แต่ง

D. Phukao

แหล่งที่พิมพ์/ ปีที่พิมพ์

- / 2006

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์งานวิจัย	วัตถุประสงค์ข้อที่หนึ่ง เพื่อเปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุรา ระหว่างเวลาที่หยุดดื่มและคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ การนำหลักการของศาสนาพุทธ การสร้างแรงจูงใจ- การบำบัดเปลี่ยน ความคิดและพฤติกรรม (Buddhism - Motivational Interviewing - Cognitive Behavioural Therapy; BUMICBT) ร่วมกับการบำบัดแบบ มาตรฐาน กับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบมาตรฐานเพียงอย่างเดียว เมื่อ สิ้นสุดการบำบัดและระยะติดตามผล วัตถุประสงค์ข้อที่สอง เพื่อประเมินอิทธิพลของการบำบัดแบบ BUMICBT ต่อตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการหยุดดื่ม ได้แก่ ความ พร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม ความเชื่อมั่นในการควบคุม พฤติกรรมการดื่ม ทักษะทางความคิด ทักษะทางพฤติกรรมและความ ร่วมมือในการบำบัด ทั้งในระหว่างการบำบัดและระยะติดตามผล 6 เดือน
การแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในงานวิจัย	การแบ่งกลุ่มใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มตามระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลช่วงระหว่างเดือนเมษายน 2002 ถึงเดือนมีนาคม 2003 โดยแบ่งออกเป็น 6 กลุ่มห่างกันกลุ่มละ 2 เดือนโดยให้กลุ่มที่ 1, 3, 5 เป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มที่ 2, 4, 6 เป็นกลุ่มควบคุม การให้ระยะห่างของการ บำบัดแต่ละกลุ่มมีกำหนด 2 เดือน เพื่อเป็นการป้องกันการปะปนหรือ สับสนกันกับการบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมซึ่งผู้วิจัยไม่ ทราบว่าผู้ป่วยรายใดจะได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มใด

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับงานวิจัย	ใช้การจัดระดับความเข้มแข็งของงานวิจัย ของ Melnyk and Fineout-Overholt (2005) งานวิจัยนี้มีระดับความเข้มแข็งที่ ระดับ 2
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	ผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ ประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยที่ร่วมการวิจัยมีทั้งหมด 65 คน เป็นชายทั้งหมด มี 13 คนที่ถูกคัดออก โดยที่ 2 คนไม่สามารถเขียนหนังสือได้ อีก 1 คนมีความบกพร่องในเรื่องการคิด คือได้คะแนน Mini Mental State Examination (Mini MSE) น้อยกว่า 25 คะแนน อีก 4 คน ดื่มมากกว่า 210 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ก่อนที่จะมารับการบำบัด อีก 6 คนดื่มสุราน้อยกว่า 28 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ และมีอีก 7 คนที่ต้องอยู่รพ.นานกว่าระยะของการบำบัด ดังนั้นจึงเหลือผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 45 คน และมี 2 คนที่ออกจากการศึกษาก่อนการบำบัดครบ แต่ก็นำเข้ามาวิเคราะห์ข้อมูลในการบำบัดช่วงแรก เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1. เป็นผู้ป่วยในที่รับไว้ในหอผู้ป่วยชายที่บำบัดสุรา รพ. ญารักษ์ โดยได้รับการวินิจฉัยแรกว่าใช้สุราในทางที่ผิด (alcohol abuse) หรือติดสุรา (Alcohol Dependence) ตามการวินิจฉัยโรคของ Diagnostic and Statistical Manual Disorder - IV (DSM-IV) 2. มีอายุระหว่าง 18 – 65 ปี เพศชาย 3. ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องมีพฤติกรรมดื่มน้อย 28 ดื่มมาตรฐานและดื่มอย่างมาก 210 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ในระยะ 30 วันก่อนที่จะเข้ามารับการบำบัด เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ 1. ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางความคิดหรือการติดต่อสื่อสาร โดยใช้แบบประเมิน Mini MSE วัด ได้คะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแรกว่าใช้สารเสพติดอื่น 3. ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดสุราจากที่อื่นมาก่อน 4. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Developmental Disability หรือ Amnestic Disorder

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	5. ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ห่างไกล ไม่สามารถติดตามข้อมูลได้ หรือไม่สามารถที่จะมาหรือประเมินแล้วไม่สามารถที่จะมารับการรักษาต่อเนื่องได้ 6. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ 7. ผู้ป่วยที่ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดจะถูกให้ออกจากกลุ่ม และหรือประเมินได้ไม่ครบถ้วน 8. ผู้ป่วยที่ได้คะแนน Alcohol Withdrawal Scale (AWS) 2 คะแนนหรือมากกว่า ก่อนการบำบัดผู้ป่วยติดสุราในกลุ่มทดลอง (n = 26) มีระดับการติดสุราประเมินโดยใช้แบบวัด The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ-C): Community version กลุ่มทดลองได้คะแนนเฉลี่ย 35.4 SD 13.41 ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม (n = 19) มีระดับการติดสุราได้คะแนนเฉลี่ย 33.7 SD 10.45 ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ข้อมูลคุณลักษณะของประชากรทั้งกลุ่ม มีอายุระหว่าง 18 – 65 ปี เพศชาย นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด อยู่ร่วมกับครอบครัว (88%, 89%) ไม่มีงานทำ (34.6%, 42.1%) สรุป - เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแรกว่าใช้สุราในทางที่ผิด (alcohol abuse) หรือติดสุรา (alcohol dependence) ตามการวินิจฉัยโรคของ Diagnostic and Statistical Manual Disorder - IV (DSM-IV) - มีอายุระหว่าง 18 – 65 ปี เพศชาย - ไม่มีปัญหาทางความคิดหรือการติดต่อสื่อสารโดยใช้แบบประเมิน Mini MSE ได้คะแนนมากกว่า 25 คะแนน - สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ - ไม่มีอาการถอนสุราโดยใช้แบบประเมิน AWS ได้คะแนน 2 หรือน้อยกว่า
Setting ของงานวิจัย	ในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ ประเทศไทย
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	1. แบบสัมภาษณ์ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (Timeline Follow Back Interview; TLFB) เป็นแบบสอบถามข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับการวัดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้ตอบแบบสอบถามในแต่ละวันภายในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 4 เดือน ประเด็นสำคัญของแบบสอบถามชนิดนี้คือการใช้ปฏิทินประกอบการถามตอบเพื่อให้ผู้ตอบสามารถระลึกถึง

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	เหตุการณ์ต่างๆในแต่ละวันที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการดื่มแอลกอฮอล์และปริมาณของแอลกอฮอล์ที่ได้บริโภคไปในแต่ละวันนั้นๆ การตรวจสอบคุณภาพของแบบวัด แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบและนำไปทดลองใช้ในประชากรหลากหลายประเทศ และพบว่าเป็นแบบสอบถามที่มีความตรงและความเที่ยงในการวัดสูง (วูชินิช, ทักเคอร์ และ ฮาร์ลี, 2531; Sobell and Sobell, 1992, แครี่, 2540; Carney MA et al, 19987; เฟลและคณะ; 2543; โซเบลและคณะ, 2544) นอกจากนั้นยังได้รับการตรวจสอบว่ามีความเที่ยงในการวัดสูงเมื่อกระทำโดยการสัมภาษณ์ตัวต่อตัวและการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ (Cohen BB and Vinson DC, 1995) 2. แบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต (Quality of Life: The World Health Organization Quality of life instrument; WHOQOL) แบบสอบถามชุดนี้มีข้อคำถาม 26 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ระดับ ซึ่งจะถามเกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อระดับความพึงพอใจในชีวิตแง่มุมต่างๆ เพื่อที่จะระบุเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ การวัดจะครอบคลุม 1. ภาวะสุขภาพทางกายและผลของสุราที่มีความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาทางกาย 2. กิจกรรมการพักผ่อน 3. ผลต่อสุขภาพจิต 4. ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวและกับเพื่อนๆ 5. สัมพันธภาพทางสังคม 6. พัฒนาการส่วนบุคคล 7. เวลาส่วนตัว คำถามเหล่านี้จะเป็นข้อมูลที่ใช้ในการระบุถึงปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับการใช้แอลกอฮอล์ เช่น ปัญหาเกี่ยวกับการเงิน ปัญหาทางกฎหมาย อุบัติเหตุ การทำงาน และปัญหาการเรียน ปัญหาสัมพันธภาพ ปัญหาครอบครัว และความรุนแรงกับบุคคลในครอบครัว ความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามถูกสร้างจากการนำไปใช้กับกลุ่มผู้ติดสุราก่อนที่จะมาใช้อย่างจริงจัง ความเที่ยงวัดจากความสอดคล้องภายใน มีค่าแอลฟาสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.83 3. แบบสัมภาษณ์เจตคติในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Controlled Drinking Self-Efficacy Scale; CDSSES) เป็นแบบวัดชนิดที่ให้ผู้ตอบทำการประเมินตนเอง โดยมีมาตราประเมินค่าแบบอันตรายภาคหรือแบ่งช่วง จาก 0 ถึง 100 แบบ 5 มาตรา และมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ เพื่อประเมินทัศนคติของผู้ตอบที่เกี่ยวกับ

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	การรับรู้ความสามารถที่จะควบคุมไม่ให้ตนเองกลับไปดื่มสุรามาจนเกินกว่า 6 ดื่มมาตรฐาน ในขณะที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้ตนเองอาจจะต้องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับรู้ความสามารถตนเองในการลดปริมาณและความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ แบบสอบถามชนิดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบและนำไปทดลองใช้และพบว่าเป็นแบบสอบถามที่มีความตรงและความเที่ยงในการวัดสูง (ลิธาร์ทานและคณะ, 2539) ในการศึกษาครั้งนี้ความเที่ยงวัดจากความสอดคล้องภายใน มีค่าแอลฟาสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.97 4. แบบสัมภาษณ์แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Motivation for Change Ladder; MCL) เป็นแบบวัดชนิดที่ให้ผู้ตอบทำการประเมินตนเอง เป็นการประเมินสภาพของการดื่มสุราตั้งแต่ระดับจากไม่เคยคิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจนถึงเริ่มคิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มี 11 ระดับ (0 – 10) เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้มีความเที่ยงสูง (Biener et al,1991) 5. แบบสัมภาษณ์ทัศนคติที่มีต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (The process of change ใช้ Alcohol; POC-Alcohol) แบบวัดนี้เป็นแบบวัดชนิดที่ให้ผู้ตอบรายงานตนเอง โดยมีมาตรประเมินค่าแบบเรียงลำดับ แบบ 5 มาตรโดยมีค่าตั้งแต่ระดับที่ 1 ซึ่งบ่งบอกว่าไม่เคยถึงระดับที่ 5 ซึ่งบ่งบอกว่าเสมอๆ มีคำถามจำนวน 40 ข้อ ซึ่งจะถามเกี่ยวกับเทคนิควิธีที่ท่านเลือกใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ คำถามแต่ละข้อจะบรรยายถึงเทคนิคทางความคิด, การกระทำต่างๆที่บุคคลใช้เพื่อช่วยห้ามตนเองไม่ให้ดื่มสุรา ภายในระยะเวลา 2- 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบสอบถามชนิดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และพบว่าเป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงในการวัดสูง (ไคเคลเมนเต, 2539) ความเที่ยงวัดจากความสอดคล้องภายใน มีค่าแอลฟาสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.96 6. แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการบำบัด (The Working Alliance Inventory ;WAI) เป็นแบบสัมภาษณ์แบบสั้นมี 12 ข้อ ที่ให้ผู้ตอบรายงานตนเอง โดยมีมาตรประเมินค่าแบบเรียงลำดับ แบบ 7 มาตร แบ่งเป็น 3 กลุ่มย่อย เพื่อประเมินความร่วมมือ โดยมีค่าตั้งแต่ระดับที่ 1 ซึ่งไม่ให้ความ

หัวข้อ	ข้อเสนอแนะ
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	ร่วมมือ ถึงระดับที่ 7 ซึ่งให้ความร่วมมือดีมาก เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้มีความเที่ยงและความตรงสูง (Horvath & Greenberg, 1996) ความเที่ยงวัดจากความสอดคล้องภายใน มีค่าแอลฟาสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.89 7. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจในการบำบัดแบบ BUMICBT (Participant Satisfaction with BUMICBT) มี 18 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน ผู้เข้าร่วมการบำบัดตอบเอง ส่วนแรกเป็นคะแนนของความพึงพอใจ 10 คะแนน ข้อ 10 ข้อแรกประกอบด้วย 5 ข้อย่อย ในเรื่องของ 1. ความยากของกิจกรรมที่ทำ 2. การบำบัดสามารถช่วยในการแก้ปัญหา 3. การบำบัดมีความน่าสนใจ ในข้อ 4. และข้อ 5. การบำบัดที่เป็นการประยุกต์วัฒนธรรมร่วมด้วย ส่วนที่ 2 มี 5 ข้อ เป็นประสบการณ์ที่นำมาประยุกต์ใช้ในช่วงการบำบัด และเมื่อจบการบำบัดแล้ว ประกอบด้วย ความยากของการบ้าน จำนวนของการบ้าน ผู้บำบัดและบรรยากาศในการบำบัด ความพึงพอใจ แบ่งเป็น 7 ระดับ ส่วนที่ 3 มี 3 ข้อ เป็นความเข้าใจในเนื้อหาของการบำบัดแบบ BUMICBT ในขณะที่บำบัดมีความเหมาะสมกับผู้เข้ารับการบำบัด และหรือผู้เข้าร่วมหรือไม่ มีการให้เขียนคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาอื่นๆที่พบในการบำบัดแบบ BUMICBT ร่วมด้วย
การบำบัด	ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการบำบัดตามมาตรฐาน (Standard treatment) ที่เป็นโปรแกรมตามปกติของทางโรงพยาบาล ได้แก่ การบำบัดด้วยยาและกิจกรรมบำบัด ประกอบด้วย - การถอนพิษสุรา - การรักษาพยาธิสภาพทางสมอง - การเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาทุกวัน - การเข้ากลุ่มครอบครัวสัปดาห์ละ 1 ครั้ง กลุ่มทดลอง - ได้รับการบำบัดทั้งหมดจำนวน 5 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ ครั้งละ 2 ชม. - การบำบัดได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎี Cognitive Behavioral Therapy ซึ่งประกอบด้วย Motivational Interviewing and Cognitive and Behavioral

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	self –Management Strategies Therapy ร่วมกับแนวคิดปรัชญาในศาสนาพุทธและวัฒนธรรมไทย ในการอธิบายและทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่นำไปสู่การดื่มสุราและติดสุรา รวมทั้งกลยุทธในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา วัตถุประสงค์หลักโปรแกรม ส่งเสริมศักยภาพในการพึ่งตนเองของบุคคล ในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง วัตถุประสงค์รอง บุคคลสามารถสร้างแผนการในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้กลับไปดื่มสุราซ้ำที่มีประสิทธิภาพ ครั้งที่ 1 ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจและส่งเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กล่าวคือตระหนักถึงทุกข์และสมุทัย (Dukkh and Samuthai: Exploring suffering and its cause) (ทุกข์ คือ รับรู้ถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานที่เกิดในปัจจุบันทั้งปัญหาทางสุขภาพกาย จิตและสังคม สมุทัย คือ ตระหนักถึงต้นเหตุทำให้เกิดทุกข์ สามารถระบุได้ว่าความทุกข์ทรมานหรือความเสียหายต่างๆที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์หรือมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ขั้นตอนในการดำเนินการ วิธีดำเนินการ โดยย่อ 1.1 สร้างความไว้วางใจระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก โดยผู้นำกลุ่มแนะนำตนเองและให้สมาชิกแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ของโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างกำลังใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา บอกวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่มครั้งนี้ เพื่อสร้างความคุ้นเคยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต สนทนาเกี่ยวกับหัวข้อต่างๆที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ 1.2 ส่งเสริมความตระหนักในปัจจัยหรือปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา หรือความทุกข์และสาเหตุของความทุกข์ที่เกิดจากการดื่มสุรา (ทุกข์และสมุทัย) โดยกระตุ้นให้สมาชิกประเมินข้อดีข้อเสียของการดื่มสุรากับชีวิตของตนเอง โดยเปรียบเทียบชีวิตเหมือนสายน้ำ (สายธารแห่งชีวิต) ว่าชีวิตผ่านอะไรมาบ้างผลของการดื่มสุราทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงอย่างไรและเป้าหมายในอนาคตอยากให้ตนเองเป็นอย่างไร เปรียบเสมือนต้องการให้

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	สายนํ้าไปสิ้นสุดที่ไหน และผลของการดื่มสุราจะไปกระทบกับเป้าหมายของชีวิตอย่างไร เพื่อส่งเสริมความตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุราต่อชีวิต ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และเขียนผลกระทบของการดื่มสุราโดยรวมลงในฟลิปชาร์ต เพื่อสรุปให้เห็นทุกซ์และการดื่มสุราเป็นสาเหตุของทุกซ์อย่างไร 1.3 ส่งเสริมแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Motivation Enhancement) หรือ: Chanta Enhancement นันทะ(ความอดสาหะพยายาม) นั่นคือการส่งเสริมความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม) โดยสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข้อคิดเห็น พิจารณาคุณค่าแท้ คุณค่าเทียมของการดื่มสุรา โดยใช้หลักการของศีล สมาธิ ปัญญา การให้ผู้ป่วยมองย้อนไปในอดีต โดยถามว่าในช่วงก่อนที่จะเกิดปัญหาจากการดื่มสุรา ผู้ป่วยจำสิ่งดี ๆ อะไรบ้าง มีเป้าหมายอย่างไร มีอะไรบ้างที่ประสบความสำเร็จ เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับปัจจุบันที่ดื่มสุราจะมีอะไรแตกต่างกันบ้าง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาเป้าหมายที่เคยมีไว้ได้อย่างไรและช่วยให้มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะนี้ เพื่อให้ “พิจารณาว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราดีหรือไม่เปลี่ยนดี” และเน้นว่าการดื่มสุราจะส่งผลต่อเป้าหมายในชีวิตของตนเองหรือไม่ตามเป้าหมายของแต่ละคนที่เล่าในสายธารแห่งชีวิต เพื่อส่งเสริมความมุ่งมั่น ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม ครั้งที่ 2 วัตถุประสงค์เพื่อ 2.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดเกี่ยวกับการดื่มสุราของตนเองและส่งเสริมกลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง 2.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบุเป้าหมายที่ต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรม การดื่มสุราของตนเอง และมุ่งมั่น โดยมีพันธะสัญญาที่ชัดเจน 2.3 ดำรวจและส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองต่อการเลิกดื่มสุรา วิธีการ 1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้ร่วมกันในขั้นตอนและกระบวนการที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเปรียบเทียบการวางแผนการเลิกดื่มสุรากับการวางแผนการชกมวยไทย โดยผู้ชกมวยที่ประสบผลสำเร็จต้องมี

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	กระบวนการควบคุมตนเองที่ดี ตั้งเป้าหมายและวางแผนในการฝึกซ้อมที่ชัดเจน ตระหนักถึงจุดอ่อนและจุดแข็งของตนเองและแก้ไขหรือกำจัดจุดอ่อนของตนเอง มีการให้รางวัลตนเองถ้าทำได้ตามแผนเพื่อคงพฤติกรรมที่ดี เช่น การฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการวางแผนการเลิกล้มสุราก็ต้องมีการวางแผนที่ดีในลักษณะเดียวกัน 2. กระตุ้นให้ตั้งเป้าหมาย และมุ่งมั่นในการทำพันธสัญญากับตนเอง ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยการวางแผนที่ดีเช่นเดียวกับการวางแผนของนักมวย กล่าวคือ สำรวจเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้เป็นเป้าหมายที่แท้จริงของตนหรือไม่ การกำหนดเวลาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระบุถึงพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลงที่สามารถวัดได้จริงและบันทึกได้ การให้รางวัลตนเองถ้าสามารถทำได้สำเร็จตามเป้าหมายและให้เขียนลงในใบงานพันธสัญญาและเล่าเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ให้เพื่อนๆ สมาชิกในกลุ่มฟัง เนื่องจากคนที่เป็นเจ้าของเป้าหมายจะมีแนวโน้มที่จะมีความรับผิดชอบและมุ่งมั่นที่จะกระทำการต่างๆ ตามที่ตั้งไว้ 3. สำรวจและส่งเสริม ความเชื่อมั่นในตนเองต่อการเลิกดื่มสุรา (Enhance Self Efficacy) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วย ระบุถึงจุดแข็งของตนเองหรือสิ่งที่เคยทำแล้วประสบความสำเร็จ กระตุ้นให้มีการอภิปรายถึงการนำเอาหลักการหรือกลยุทธ์ที่จะทำให้ตนเองประสบผลสำเร็จในอดีตมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง ในครั้งนี้ให้ผู้ป่วยประเมินความเชื่อมั่นตนเองถึงพฤติกรรมการดื่มสุราในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง พร้อมทั้งถามว่า อะไรเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อมั่นของเขา และสิ่งใดที่จะทำให้เขามีความเชื่อมั่นสูงขึ้นกว่าเดิม ส่งเสริมให้ตระหนักว่าความเชื่อมั่นจะส่งผลให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะทำให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายได้ ครั้งที่ 3 วัตถุประสงค์เพื่อ 3.1 สำรวจปัจจัยนำต่างๆ ที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มสุราในแต่ละครั้ง 3.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับสุรา

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	วิธีการ 1.วิเคราะห์ปัจจัยกระตุ้นให้ดื่มสุรา เพื่อหาแนวทางในการจัดการกับปัญหา/ จุดอ่อนที่นำไปสู่การดื่มสุรา เช่นเดียวกับนักมวยที่พยายามจัดการกับจุดอ่อนของตนเอง โดยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ว่าจะมีปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นปัญหา/ จุดอ่อนที่นำไปสู่การดื่มสุรา เช่นเดียวกับนักมวยที่พยายามจัดการกับจุดอ่อนของตนเอง โดยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ว่าจะมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีอิทธิพลที่ทำให้ตัดสินใจดื่มสุราในโอกาสต่างๆ ทั้งปัจจัยจากสถานการณ์ต่างๆภายนอก ซึ่งได้แก่ เหตุการณ์หรือสถานการณ์กระตุ้นต่างๆและปัจจัยภายใน ซึ่งได้แก่ความคิดและอารมณ์ที่นำมาสู่การดื่มและให้การบ้านไปคิดถึงวิธีการกำจัดจุดอ่อนต่างๆที่นำตนเองไปสู่การดื่มสุรา 2.ให้ความรู้เกี่ยวกับสุราในเรื่องของ ปัจจัยนำ ปัจจัยกระตุ้น ความทนทาน อาการถอนสุราและการติดสุรา เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงตัวกระตุ้น พฤติกรรมการดื่มสุรา และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังการดื่มสุรา ครั้งที่ 4 วัตถุประสงค์เพื่อ 4.1 หาวิธีการจัดการกับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุรา เช่น กลยุทธ์ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้ดื่มสุรา และกลยุทธ์ในการปรับพฤติกรรมตนเองในการที่จะจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้กลับไปดื่มสุราซ้ำ เป็นการคิดกลยุทธ์และวางแผนเพื่อนำไปสู่การหยุดดื่มสุรา 4.2 เสริมการให้รางวัลตนเอง เมื่อสามารถควบคุมพฤติกรรม การดื่มสุราได้ตามเป้าหมาย วิธีการ 1. ส่งเสริมให้เล่าถึงประสบการณ์ในการหยุดดื่มสุราในอดีตและอภิปรายกันว่าจะมีกลยุทธ์ใดบ้างที่จะนำมาประยุกต์เพื่อเปลี่ยนแปลงการดื่มของตนเอง วิธีการจัดการกับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา โดยวิเคราะห์วงจรของการเกิดพฤติกรรมการดื่มสุราซ้ำๆ มักจะประกอบด้วยหลายๆ พฤติกรรม เช่น การทะเลาะกับผู้อื่น ปัญหาเศรษฐกิจ การงาน อารมณ์เครียด คิดจะดื่มสุราช่วยคลายเครียด แล้วนำมาสู่การดื่มซ้ำๆ เนื่องจากปัญหาไม่ได้ถูกแก้ไข ตระหนักถึงความทุกข์หรือปัญหาที่เป็นผล

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ตามมาของการดื่มสุรา 2. ร่วมกันคิดถึงสาเหตุและกลยุทธ์ต่างๆในการจัดการ เช่น วางแผนการแก้ปัญหาต่างๆ ด้วยกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล ใช้หลักการแก้ปัญหา (คิด สมมติ ปัญญา) แทนการดื่มสุรา พัฒนาพฤติกรรมใหม่ๆ เพื่อจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง เช่น ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการจัดการกับความเครียด วิธีการลดอาการอยากดื่มสุรา หลีกเลี่ยงการพบกับคนที่ดื่มสุรา หรือไม่ไปสถานที่ที่เคยดื่มสุรา เบี่ยงเบนความสนใจโดยการทำกิจกรรมอื่นๆ ใช้วิธีการเตือนสติตนเองถึงข้อดี ข้อเสีย ของการหยุดดื่มและการดื่มสุรา รวมทั้งการให้รางวัลตนเอง โดยการทำกิจกรรมที่ชอบเมื่อสามารถคงพฤติกรรมการหยุดดื่มสุราได้ ให้แต่ละคนระบุนสาเหตุที่สำคัญๆ ของแต่ละคนที่น่าไปสู่การดื่มสุรา และเขียนแผนออกมา ครั้งที่ 5 วัตถุประสงค์เพื่อ 5.1 สามารถบอกแผนการและวิธีการจัดการกับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุรา 5.2 ปรับแก้ความคิดที่น่าไปสู่การดื่มสุราและต่อยอดถึงพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนที่น่าไปสู่การดื่มสุรา 5.3 เขียนแผนการนำกลยุทธ์ที่เลือกใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ลงในคู่มือแผนปรับพฤติกรรมของตนเอง วิธีการ 1.ปรับแก้ความคิดที่น่าไปสู่การดื่มสุรา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้ตระหนักถึงปัจจัยนำหรือสิ่งกระตุ้นที่สำคัญที่น่าไปสู่การดื่มสุรา และให้เขาสำรวจความคิดความรู้สึกของตนเองเพื่อให้เกิดความตระหนักในกระบวนการคิด ความเชื่อที่น่าไปสู่การดื่มสุรา โดย 1) ระบุนถึงความคิดที่น่าไปสู่การดื่มสุราในสถานการณ์นั้นๆ 2) วิเคราะห์ความคิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้องไม่สมเหตุสมผล นั้นๆที่นำไปสู่พฤติกรรมการดื่มสุราอย่างไร 3) ท่านจะเปลี่ยนแปลงรูปแบบความคิดอย่างไร เพื่อนำไปสู่การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการไม่ดื่มสุราของท่าน ส่งเสริมให้ตระหนักถึงความสำคัญของการตั้งเป้าหมาย การวางแผน

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	และเขียนแผนต่างๆเพื่อป้องกันสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุราของแต่ละบุคคล ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นสามารถวางแผนที่เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมการดื่มสุรา และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแต่ละคน รวมทั้งให้ข้อคิดเห็นของความเป็นไปได้ของการนำแผนไปใช้ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่ผู้ป่วยต้องการ 2. การเตรียมแผนเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของแต่ละคน เขียนแผนการนำกลยุทธ์ที่เลือกใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองลงในคู่มือแผนปรับพฤติกรรมของตนเอง
ผลการวิจัย	1. เปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุรา ระยะเวลาที่หยุดดื่มและคุณภาพชีวิตเมื่อสิ้นสุดการบำบัดและจากการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 1.1. จำนวนการดื่มต่อสัปดาห์เมื่อนำปริมาณการดื่มก่อนเข้ารับการรักษารักษา 30 วันมาเป็นตัวแปรควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีปริมาณการดื่มต่อสัปดาห์เฉลี่ยตลอดระยะเวลาติดตามผลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,40} = 13.67, p < .01$) และพบว่ากลุ่มทดลองสามารถลดจำนวนปริมาณดื่มเฉลี่ยต่อสัปดาห์จาก 107 เป็น 24 ดื่มมาตรฐาน 1.2 จำนวนวันที่หยุดดื่ม เมื่อนำจำนวนวันที่หยุดดื่มก่อนเข้ารับการรักษารักษา 30 วัน มาเป็นตัวแปรควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนวันที่หยุดดื่มเฉลี่ยตลอดระยะเวลาติดตามผลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,40} = 9.7, p < .001$) 1.3 เวลาที่กลับไปดื่มครั้งแรกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน $P > .05$ 1.4 คุณภาพชีวิต เมื่อนำคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนวันเข้าบำบัด 15 วันมาเป็นตัวแปรควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตตลอดระยะเวลาติดตามผลมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,40} = 12.44, p < .01$) 2. เพื่อประเมินอิทธิพลของการบำบัดต่อแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดื่ม ความเชื่อมั่นในการควบคุมการดื่มของตนเอง ทักษะทางความคิด ทักษะทางพฤติกรรม

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	2.1 แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม เมื่อนำคะแนนแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเดิม (Baseline) มาเป็นตัวแปรควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มรวมตลอดระยะเวลาติดตามผลมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มเพิ่มจาก 2 ในระยะ Baseline เพิ่มขึ้น 7 หลังการบำบัดและอยู่ในระดับใกล้เคียง 7 จนถึง 6 เดือนสุดท้ายที่ติดตามผล และไม่พบอิทธิพลของระยะเวลาที่วัดผลในระยะติดตามผล 4 ครั้ง ต่อแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม ($F_{1,40} = .26, NS$) กล่าวคือ การบำบัดของกลุ่มทดลองมีผลต่อแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มตลอดระยะการบำบัด 2.2 ความเชื่อมั่นในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มของตนเอง เมื่อนำคะแนนความเชื่อมั่นในตนเอง Baseline มาเป็นตัวแปรควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในตนเองรวม ตลอดระยะเวลาติดตามผลมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,40} = 9.05, p < .001$) 2.3 ทักษะทางความคิดและทักษะทางพฤติกรรมเมื่อนำคะแนนทักษะทางความคิดและทักษะทางพฤติกรรมแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม Baseline มาเป็นตัวแปรควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะทางความคิดและทักษะทางพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($F_{1,40} = 28, NS; F_{1,40} = 1.69, NS$) 2.4 ความร่วมมือ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อความร่วมมือที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	- งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือส่งเสริมการหยุดดื่มสุรา หรือลดการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา โดยงานวิจัยนี้เน้นหลักบำบัดแบบ Cognitive behaviour therapy และนำหลักการทางศาสนาพุทธเข้ามาปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดหรือความเชื่อที่ไม่อยู่บนพื้นฐานความจริง และส่งเสริมความมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา เพื่อปรับให้เหมาะสมกับสภาพสังคมไทยมากขึ้น - งานวิจัยนี้มีการทดสอบสมมุติฐานสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาทาง คลินิก (ต่อ)	- พยาบาลสามารถนำนวัตกรรมมาประยุกต์ใช้ได้ตามขอบเขตของการพยาบาล - กระบวนการเก็บข้อมูล สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติจริงได้ในคลินิก เช่น แบบสัมภาษณ์ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (Timeline Follow Back Interview ; TLFB) - แบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต (Quality of Life: The World Health Organization Quality of Life Instrument; WHOQOL) - แบบสัมภาษณ์ทัศนคติที่มีต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ (The Process of Change ใช้ Alcohol; POC-Alcohol) - มีคู่มือการดำเนินกลุ่มที่ชัดเจนพอควร สามารถนำมาปรับใช้ในหน่วยงานที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ได้
การมีความหมายหรือ มีคุณค่าในเชิงของ ศาสตร์	- งานวิจัยนี้ได้ตีพิมพ์ลงในวารสารการประชุมวิชาการสู่ระดับชาติ ครั้งที่ 1 ปีพ.ศ. 2548 - ผู้ทำวิจัยเป็นนักศึกษาระดับปริญญาเอก (Doctor of Philosophy) University of Queensland. - งานวิจัยนี้ไม่ได้กล่าวถึงการได้รับทุนสนับสนุนคุณภาพงานวิจัย - ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษา ตัวแปรที่สำคัญในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย - งานวิจัยได้ระบุปัญหา และเหตุผล ที่ต้องทำการวิจัยอย่างชัดเจน - มีการระบุกรอบทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย คือใช้ทฤษฎีการนำหลักการของศาสนาพุทธ การสร้างแรงจูงใจ- การบำบัดเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Buddhism - Motivational Interviewing - Cognitive Behavioral Therapy; - BUMICBT มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย และสมมุติฐานการวิจัยอย่างชัดเจน - มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง ที่สนับสนุนสมมุติฐานการวิจัย เป็นวรรณกรรมที่ทันสมัย - มีการระบุประชากรเป้าหมาย วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างมีความพอเพียง โดยผู้วิจัยได้ระบุจำนวนผู้ร่วมการบำบัดก่อนการให้การบำบัด และเมื่อสิ้นสุด

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	การบำบัด แต่ไม่ได้ให้เหตุผลที่ผู้เข้าร่วมการบำบัดออกจากการบำบัดในระหว่างการบำบัด เมื่อสิ้นสุดการบำบัดผู้วิจัยไม่ได้ใช้การทดสอบความพอเพียงของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้สถิติในการวิจัย แต่กล่าวว่ากลุ่มตัวอย่างที่เหลือมีความพอเพียงที่จะนำมาวิเคราะห์ - ระบุว่างานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบ A randomized controlled trial งานวิจัยนี้ใช้วิธีการลคอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน โดยสถิติที่ใช้จัดการกับอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนคือ ใช้ Analysis of Covariance (ANCOVA) ในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบำบัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยมีตัวแปรก่อนการทดลอง(Baseline) เป็นตัวแปรควบคุม - มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย ในเรื่องกลุ่มตัวอย่างน้อยและเวลาในการติดตามผลสั้น มีการให้ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ และข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัย
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of Finding) ความรู้ในงานวิจัยมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยในหน่วยงานมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย หน่วยงานในงานวิจัยเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ คล้ายกับหน่วยงานของผู้ศึกษา ซึ่งมีการรับผู้ติดสุราเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในเหมือนกัน 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility Of Implementation) พยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้มาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้ แต่ต้องมีการเตรียม หน่วยงาน บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และประสานงานกับทีมงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการปรับเปลี่ยนแผนการบำบัด เนื่องจากกระบวนการบำบัดจะต้องใช้เวลาและกำลังคนในการบำบัดแบบกลุ่ม แต่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่น่าพอใจ คือลดปริมาณการดื่มและระยะเวลาในการดื่มครั้งแรกได้นานขึ้น มีความเป็นไปได้ว่าหน่วยงานจะสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมนี้ให้นำมาปรับใช้ เพื่อ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้มีมาตรฐานและมีคุณภาพมากขึ้นต่อไป 3. ความคุ้มค่า- คຸ້ມທຸນ (Cost-benefit ratio) การนำโปรแกรมนี้ไปบำบัดผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในไม่เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย แต่ช่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนำไปใช้ ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	ให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ตระหนักถึงความคิดที่นำไปสู่การดื่มสุรา และมีทักษะในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุรา ส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมตนเองไม่กลับไปดื่มในสถานการณ์เสี่ยงดังกล่าว มีความคุ้มค่าในการช่วยให้ผู้ป่วยหยุดหรือลดการดื่มลงซึ่งจะมีผลดีต่อสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย ทำให้เกิดความพึงพอใจกับผู้ป่วยและญาติ โดยที่พยาบาลต้องได้รับการอบรมและฝึกทักษะเรื่องการทำกลุ่ม CBT และปรับให้เหมาะสมกับศาสนาและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องใช้เวลาในการฝึก จำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายในการฝึกและค่าอุปกรณ์ต่างๆ
การสกัดเพื่อนำไปใช้	โปรแกรมการบำบัดแบบ BUMICBT เหมาะสำหรับผู้ป่วยติดสุรา ซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน อายุ 18-65 ปี ผ่านระยะถอนพิษยา ระดับคะแนน alcohol withdrawal scale (AWS) 2 คะแนนหรือน้อยกว่า ไม่มีปัญหาเรื่องกระบวนการคิดและการติดต่อสื่อสาร - เครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ป่วยที่นำมาใช้ได้แก่ 1. แบบประเมินการถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal scale ;AWS) เพื่อประเมินความพร้อมในการเข้ากลุ่มของผู้ป่วย 2. แบบสัมภาษณ์ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (Timeline Follow Back Interview ; TLFB) เป็นแบบสอบถามข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับการวัดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้ตอบแบบสอบถามในแต่ละวันภายในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 4 เดือน 3. แบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต (Quality of Life: The World Health Organization Quality of life instrument; WHOQOL) เพื่อประเมินปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลของการดื่มสุรา ต่อตนเอง และใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของการบำบัด 4. แบบสัมภาษณ์ทัศนคติที่มีต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ (The process of change ใช้ Alcohol; POC-Alcohol) ถามเกี่ยวกับเทคนิควิธีที่เลือกใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ คำถามแต่ละข้อจะบรรยายถึงเทคนิคทางความคิด, การกระทำต่างๆ ที่บุคคลใช้เพื่อช่วยห้ามตนเองไม่ให้ดื่มสุรา

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	กรอบแนวคิดในการบำบัด การบำบัดที่ได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎี Cognitive behavior therapy ซึ่งประกอบด้วย Motivational Interviewing and Cognitive and Behavioral self-management strategies therapy ร่วมกับแนวคิดปรัชญาในศาสนาพุทธและวัฒนธรรมไทย ในการอธิบายและทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่นำไปสู่การดื่มสุราและติดสุรา รวมทั้งกลยุทธในการเปลี่ยนแปลงระยะเวลาในการบำบัด โปรแกรมการบำบัดแบบ BUMICBT สามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาการดื่มสุราได้ บำบัด 5 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที ติดต่อกันใน 1 สัปดาห์ คุณสมบัติผู้นำกลุ่ม 1. เป็นผู้ที่ผ่านการฝึกทักษะในการบำบัด โดยใช้เทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioural therapy) (level II) 2. ผู้นำบำบัดต้องมีลักษณะที่มั่นคง (consistently positive) กระปรี้กระเปร่า (energetic) เป็นผู้ที่มองเหตุการณ์ไปในทางที่ดี (optimistic) เป็นผู้ที่ร่วมสนับสนุนเป็นระยะๆ (supportive) มีความกระตือรือร้น (enthusiastic) ยอมรับในตัวผู้ป่วย (recognized) ชื่นชมผู้อื่นได้ (praised) (level II) หลักการทำกลุ่ม การบำบัดยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered) โดยผู้นำบำบัดเป็นเพียงผู้แนะแนว (Therapist directed style) และวางโครงสร้างในการสนทนา กระตุ้นให้ผู้รับบริการได้มีการปรึกษาหารือและออกความคิดเห็นร่วมกัน (Negotiation) การใช้วิธีการร่วมมือกัน (co-operation) ผู้นำบำบัดจะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพิ่มเติมในการคิดวิธีการแก้ปัญหาต่างๆที่ตรงกับประเด็นปัญหาของผู้รับบริการ ส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้คิดแก้ปัญหาของตนเอง พัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง (Sense of Autonomy) เกิดความเชื่อมั่นในการที่จะแก้ปัญหาต่างๆ โดยไม่ต้องใช้สุรา เพื่อลดหรือป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (level II)

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	วัตถุประสงค์หลักโปรแกรม ส่งเสริมศักยภาพในการพึ่งตนเองของบุคคลในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง วัตถุประสงค์รอง บุคคลสามารถสร้างแผนการในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้กลับไปดื่มสุราซ้ำที่มีประสิทธิภาพ กระบวนการบำบัด ครั้งที่ 1 ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจและส่งเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขั้นตอนในการดำเนินการ 1.1 สร้างความไว้วางใจระหว่างผู้นำและสมาชิก 1.2 ส่งเสริมความตระหนักในปัจจัยหรือปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราหรือความทุกข์และสาเหตุของความทุกข์ที่เกิดจากการดื่มสุรา 1.3 ส่งเสริมแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Motivation enhancement) หรือ: ฉันทะ (Chanta enhancement) ครั้งที่ 2 วัตถุประสงค์เพื่อ 2.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดเกี่ยวกับการดื่มสุราของตนเองและส่งเสริมกลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง 2.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบุเป้าหมายที่ตนต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง และมุ่งมั่น โดยมีพันธะสัญญาที่ชัดเจน 2.3 ดำรงและส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองต่อการเลิกดื่มสุรา ครั้งที่ 3 วัตถุประสงค์เพื่อ 3.1 ดำรงปัจจัยนำต่างๆที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มสุราในแต่ละครั้ง 3.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับสุรา ครั้งที่ 4 วัตถุประสงค์เพื่อ 4.1 วิธีการจัดการกับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุรา กลยุทธ์ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้ดื่มสุรา และกลยุทธ์ในการปรับพฤติกรรมการดื่มสุราซ้ำ การคิดกลยุทธ์และวางแผนเพื่อนำไปสู่การหยุดดื่ม 4.2 ส่งเสริมการให้รางวัลตนเอง เมื่อสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราได้ตามเป้าหมาย

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ครั้งที่ 5 วัตถุประสงค์เพื่อ 5.1 สามารถบอกแผนการและวิธีการจัดการกับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุรา 5.2 ปรับแก้ความคิดที่นำไปสู่การดื่มสุราและตรอกย้ำถึงพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนที่นำไปสู่การดื่มสุรา 5.3 เขียนแผนการนำกลยุทธ์ที่เลือกใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ลงในคู่มือแผนปรับพฤติกรรมของตนเอง การวัดผลลัพธ์การบำบัด 1. ปริมาณการดื่มสุรา ระยะเวลาที่หยุดดื่ม 2. คุณภาพชีวิตเมื่อสิ้นสุดการบำบัดและระยะติดตามผล 3. แรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม 4. ความเชื่อมั่นในการควบคุมการดื่มของตนเอง

เรื่องที่ 2

ชื่อเรื่อง

Motivational intervention: An Individual Counselling VS A Group treatment
Approach for Alcohol – Dependence In –Patients.

ผู้วิจัย

John U., Veltrup C., Driessen M., Wetterling T., and Dilling H.

แหล่งที่พิมพ์

Alcohol & Alcoholism, 2003, 38(3), 263-269

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์งานวิจัย	เพื่อประเมินผลการบำบัดการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลจำนวน 3 ครั้งว่าจะมีประสิทธิภาพเท่ากับโปรแกรมการบำบัดเป็นกลุ่ม จำนวน 9 ครั้งใน 2 สัปดาห์ที่เป็นโปรแกรมของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชหรือไม่
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Control Trial
ระดับ	ใช้การจัดระดับความเข้มแข็งของงานวิจัย ของ Melnyk and Fineout-Overholt (2005) งานวิจัยนี้มีระดับความเข้มแข็งที่ ระดับ 2
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	ผู้ป่วยจิตสุราที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จำนวนผู้เข้าร่วมก่อนให้การบำบัด มี 343 คน เมื่อนำมาประเมินตามเกณฑ์การเลือกผู้ป่วย 8 ข้อ มีผู้ป่วย 21 คน ที่ถูกคัดออก คงเหลือผู้ป่วย 322 คน ผู้วิจัยสุ่มเข้ากลุ่มการให้คำปรึกษารายบุคคลจำนวน 161 คน สุ่มเข้าการบำบัดแบบกลุ่มจำนวน 161คน เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุรา ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค International Classification of Diseases 10 (ICD-10) 2. มีอายุระหว่าง 21 – 65 ปี วัยผู้ใหญ่ 3. มีที่อยู่เป็นหลักแหล่งอย่างน้อย 6 เดือน 4. มีที่พักอยู่ไม่ไกลสามารถมาเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง และมีความสะดวกที่จะมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ 5. ลงนามในหนังสือยินยอมเข้ารับการรักษาไม่น้อยกว่า 21 วัน 6. ไม่มีพยาธิสภาพทางสมอง 7. ไม่มีอาการทางจิต 8. ได้รับการถอนสุราหรือการรักษาพิษสุราเรื้อรังไม่มากกว่า 10 ครั้ง เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ไม่มี

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	การบำบัดทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องเพศ สถานภาพสมรส จำนวนปีของการใช้สุรา ความรุนแรงของการติดสุรา และจำนวนครั้งที่ได้รับการบำบัด (X^2 test > 0.40) แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มมีที่อยู่เป็นของตนเองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบรายบุคคล (X^2 test $P = 0.02$) ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการถอนพิษสุราเฉลี่ย 6 วัน สรุป - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุรา ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค International Classification of Diseases 10 (ICD-10) - มีอายุระหว่าง 21 – 65 ปี - ลงนามในหนังสือยินยอมเข้ารับการรักษามากกว่า 21 วัน - ไม่มีพยาธิสภาพทางสมอง - ไม่มีอาการทางจิต - ได้รับการถอนพิษสุราประมาณ 6 วัน ได้รับการถอนสุราหรือการรักษาพิษสุราเรื้อรังไม่มากกว่า 10 ครั้ง
Setting ของงานวิจัย	ในโรงพยาบาล
เครื่องมือที่ใช้วัด	การประเมินในระหว่างการบำบัด ผู้วิจัยจะสำรวจปัจจัยทางด้านสังคม การวินิจฉัยโรคติดสุราตาม ICD- 10 ประวัติการดื่มสุรา และโรคทางจิตเวช การหยุดดื่มสุราจะใช้การวัดลมหายใจ แล้วนำมาพูดคุยกันในกลุ่ม การติดตามผลการบำบัด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยว่าเริ่มดื่มสุราหรือไม่ โดยมีตัวแปรอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับคำตอบที่ได้หรือผลการตรวจทางห้องทดลอง เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่เพียงคนเดียวมากกว่าครึ่ง (53.6%) และจากการเข้ารับการบำบัดซ้ำภายใน 6 เดือนหลังจำหน่าย
การบำบัด	ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการบำบัดตามปกติของหอผู้ป่วย ได้แก่ การให้ยาในรายที่มีปัญหาทางจิตเวช กับรายที่มีการถอนในระยะยาวหรือปัญหาทางจิตเวชจะมีนักสังคมสงเคราะห์เข้ามาช่วยเหลือในรายที่มีปัญหาทางด้านการเงิน การจัดหาที่พักให้ เรื่องครอบครัว การหางาน และการฝึกอาชีพ เป็นต้น คุณสมบัติผู้นำกลุ่ม - มีประสบการณ์ในการให้การบำบัดผู้ติดสุรา 5 ปี

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	- สามารถที่จะชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าพวกเขาเป็นเจ้าของพฤติกรรมตนเอง (Influence his/her own behavioral) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบรายบุคคล - บำบัดจำนวน 3 ครั้ง ครั้ง ละ 40 นาที วัตถุประสงค์การบำบัดแบบรายบุคคล มี 2 ข้อ ดังนี้ ข้อที่ 1 เพื่อส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจที่จะค้นหาการช่วยเหลือในระยะยาว สำหรับปัญหาการใช้สารเสพติด ข้อที่ 2 เพื่อส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจที่จะหยุดดื่มสุรา การบำบัดแบบรายบุคคล ครั้งที่ 1 การให้ตระหนักถึงปัญหาจากการใช้สารเสพติด โดยใช้การสร้าง แรงจูงใจ (Motivation interviewing) ของ Miller et al. (1995) มีขั้นตอน ดังนี้ 1. รับรู้ปัญหา 2. ตระหนักในปัญหา 3. เกิดความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะ เปลี่ยนแปลง 4. มีความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลง โดยการอภิปรายถึงความ ต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราในอนาคต คือให้ผู้ป่วยหา เหตุผลมาสนับสนุนการดื่มสุราของตนเอง แล้วผู้บำบัดค่อยๆ ให้ข้อมูลที่เป็น ความจริงของผลการดื่มสุราที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ใน ขั้นการคงไว้ของการหยุดดื่มสุรา (the maintenance of abstinence were staged) ครั้งที่ 2 เป็นการดำเนินชีวิตอยู่กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ครั้งนี้จะ เริ่มด้วยการให้พูดถึงวันที่ไม่ดื่มสุรา หลังจากนั้นจะพูดถึงความเครียดใน ชีวิตประจำวัน แล้วผู้บำบัดเพิ่มเติมข้อมูลที่เกี่ยวข้องเข้าไป เพื่อเป็นการให้ มองไปถึงอนาคต วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการหยุดดื่มสุรา ในระยะยาวโดยให้มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมเข้ามาช่วยเหลือ เช่น คู่ชีวิต หรือเพื่อนร่วมงาน ครั้งที่ 3 การส่งเสริมในการหาแหล่งบริการเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสุราใน อนาคตที่จะช่วยเหลือในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่ม สุรา เช่น การให้คำปรึกษา การเข้ารับการบำบัด และการเข้ากลุ่มช่วยเหลือ กันเอง (self – help group)

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	การบำบัดแบบกลุ่ม (group treatment; GT) บำบัด 9 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที การให้การบำบัดแบบกลุ่มเป็นโปรแกรมการบำบัดที่ได้มาตรฐาน 14 วัน มีการบำบัดแบบกลุ่มผู้ป่วยนอกต่ออีก 4 ครั้ง ภายในเดือนแรกหลังจากจำหน่าย การบำบัดแบบกลุ่มประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 8 – 12 คน วัตถุประสงค์การบำบัดแบบกลุ่ม มี 2 ข้อ ดังนี้ วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจที่จะค้นหาการช่วยเหลือในระยะยาวสำหรับปัญหาการใช้สารเสพติด ข้อที่ 2 เพื่อส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจที่จะคงพฤติกรรมการหยุดดื่มสุรา การบำบัดแบบกลุ่มจะมุ่งไปที่ 1. ส่งเสริมเพื่อให้เกิดการตระหนักถึงปัญหาการดื่มสุรา 2. การส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง (self-efficacy) ในการที่จะสามารถหยุดดื่มสุราได้ 3. ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะหาแหล่งช่วยเหลือในอนาคต เพื่อการหยุดดื่มสุรา โดยที่ในช่วงที่ทำการบำบัด ผู้ป่วยจะได้กลับไปเยี่ยมบ้านในวันที่ 1 และวันที่ 2 ของวันหยุดสุดสัปดาห์ แล้วนำปัญหาที่เกี่ยวข้องสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุราของแต่ละคนที่ไปพบมาแล้วมาอภิปรายกันภายในกลุ่ม ในการบำบัดจะเน้นที่การฝึกการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำตามของ Marlatt and Gordon(1985) ซึ่งประกอบด้วย การฝึกการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง 1 ครั้ง ให้กับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลร่วมกับสมาชิกภายในกลุ่ม ซึ่งสถานการณ์เสี่ยงประกอบด้วย ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อนชวน อารมณ์ทางด้านลบ เช่น โกรธ หงุดหงิด ซึมเศร้า เป็นต้น และอาการอยากเมื่อเผชิญกับตัวกระตุ้น - การบำบัดจะเน้นให้ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด แต่ละครั้งจะมีการวางแผนที่ชัดเจนในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่ปัญหาการดื่มสุราของตนเอง โดยฝึกกับเพื่อนสมาชิกด้วยกัน รวมทั้งมีการฝึกทักษะอย่างน้อย 30 นาที เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าสามารถนำไปใช้ในชีวิตจริงได้ - มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ รวม 2 ครั้ง ครั้งแรกพูดเรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ ครั้งที่ 2 การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	- ผู้ป่วยจะมีการออกกำลังกาย ทุก ๆ เช้า และมีการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก อีก 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผู้นำกลุ่มยังเป็นผู้บำบัดคนเดิม จะเน้นในเรื่องการฝึกกลยุทธ์ที่จะช่วยป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เสี่ยง โดยจะนำมาพูดกันในกลุ่มเกี่ยวกับการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้ดื่มสุราในอนาคตและการจะคงพฤติกรรมของการไม่ดื่มสุราไว้ จากการติดตามแบบผู้ป่วยนอกอีก 4 ครั้ง พบว่ามีการออกจาก การบำบัดไปเรื่อยๆ จนครั้งที่ 4 เหลือ 39.1%
ผลการวิจัย	- ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มเข้าร่วมในกลุ่ม self- help group มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบรายบุคคลในช่วง 6 เดือนแรกหลังจำหน่าย จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 35 คน ที่เป็นสมาชิกของกลุ่ม self- help group พบว่ามี 31 คนที่เข้ามาเข้ากลุ่ม self- help group อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง - ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มมีอัตราการเข้ากลุ่ม self –help group ร้อยละ 25.5 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบรายบุคคลมีอัตราการเข้ากลุ่ม self - help group ร้อยละ 13.7 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในช่วง 6 เดือนแรก ($p = 0.002$) แต่ในช่วง 6 เดือนหลัง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.402$) ผลของการหยุดดื่มสุรา หลังจากได้รับการบำบัด พบว่า การบำบัดแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มหยุดดื่มสุราทั้งในระยะ 6 เดือนแรก และ 12 เดือนหยุดดื่มสุรา ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และในเวลาเดียวกัน ครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการให้คำปรึกษาเพิ่มเติมอย่างน้อย 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีจดหมายติดต่อไปเพื่อให้มาเข้ากลุ่ม self-help group และคงพฤติกรรมการหยุดดื่ม
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	- งานวิจัยสอดคล้องในการแก้ปัญหาทางคลินิก คือ ผู้ป่วยติดสุรามีปัญหาจากการดื่มสุรา จึงควรมีโปรแกรมการบำบัดเพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุรา ซึ่งพยาบาลสามารถใช้โปรแกรมการบำบัดได้ทั้ง 2 โปรแกรม กล่าวคือ โปรแกรมการบำบัดแบบให้คำปรึกษารายบุคคล 3 ครั้ง ครั้งละ 40 นาที หรือโปรแกรมการบำบัดเป็นกลุ่ม ผู้ป่วยกลุ่มละ 8-12 คน ให้การบำบัด

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (ต่อ)	จำนวน 9 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ขณะรักษาแบบผู้ป่วยใน และอีก 4 ครั้งเมื่อรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งพบว่าผลการบำบัดไม่แตกต่างกัน - งานวิจัยช่วยพยาบาลในการตัดสินใจใช้การบำบัด การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำที่ใช้หลักการของ Cognitive behavioral therapy เพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุราได้ - พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำการบำบัด การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำที่ใช้หลักการของ Cognitive behavioral therapy มาใช้ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยติดสุรา - กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้จริงในคลินิกได้ เช่น การใช้แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยว่าเริ่มดื่มสุราหรือไม่ หรือการตรวจทางห้องทดลอง และดูจากการเข้ามารับการบำบัดซ้ำภายใน 6 เดือน
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์	- งานวิจัยได้ตีพิมพ์ลงในวารสาร Alcohol & Alcoholism - งานวิจัยได้รับทุนจาก grant no. 01 EB 9421 from the Eederal Ministry of Education and Research. - ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นตัวแปรที่สำคัญ คือ การเปรียบเทียบการบำบัดแบบสร้างแรงจูงใจ แบบรายบุคคล และแบบกลุ่มในผู้ป่วยติดสุรา - มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดแบบสั้น (brief intervention) ว่าเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพเหมาะที่จะนำมาบำบัดผู้ป่วยติดสุราได้ - งานวิจัยมีวัตถุประสงค์ในการทดสอบสมมุติฐานว่า ข้อที่ 1 การบำบัดแบบกลุ่มไม่ได้เป็นการบำบัดที่ดีไปกว่าการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในเรื่องอัตราการหาแหล่งช่วยเหลือใน 6 และ 12 เดือนหลังการบำบัด ข้อที่ 2 การบำบัดแบบกลุ่มไม่ได้เป็นการบำบัดที่ดีไปกว่าการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในเรื่องอัตราการหยุดดื่มสุราในระยะ 6 และ 12 เดือนแรกหลังการบำบัด - งานวิจัยมีการระบุเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างชัดเจน แต่ไม่มีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้เห็น - การออกแบบการวิจัยมีการสุ่มเข้ากลุ่มทั้ง 2 กลุ่ม - งานวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล chi- squared เพื่อเปรียบเทียบผู้ที่หยุดดื่ม และเปรียบเทียบอัตราการเข้ากลุ่ม self – help group

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์ (ต่อ)	- ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยคือ หลังการเข้าร่วมในกลุ่มการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ป่วยมีอัตราการเข้าร่วมในกลุ่ม self-help group ที่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ส่วนผลของการหยุดดื่มสุรา พบว่า การบำบัดแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม ใน 12 เดือน ไม่แตกต่างกัน
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of the Findings) - พยาบาลสามารถนำการบำบัดแบบกลุ่มที่ใช้หลักการของ Cognitive behavioral therapy เพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุรา ไปใช้กับผู้ป่วยติดสุราในหน่วยงานได้เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุราเหมือนกัน หรือนำการบำบัดแบบรายบุคคลที่ใช้หลักการสร้างแรงจูงใจ (Motivational Intervention) มาใช้ในการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลทางด้านลบของการดื่มสุราและเห็นผลด้านบวกของการหยุดดื่มสุรา ซึ่งหลักการดูแลผู้ป่วยในงานวิจัยมีความคล้ายคลึงกับของหน่วยงาน คือ การบำบัดเพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุรา และการนำข้อเสนอไปใช้สามารถประเมินประสิทธิผลได้ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) - การประเมิน โดยใช้การวัดอัตราการหยุดดื่มสุราโดยใช้แบบสอบถาม และดูจากการเข้ามา รับการบำบัดซ้ำใน 6 เดือน ซึ่งสามารถนำไปใช้ประเมินกับผู้ป่วยติดสุราในหน่วยงานได้ - พยาบาลมีอิสระในการที่จะเริ่มหรือเลิกใช้การบำบัดนี้ได้ - การบำบัด การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำที่ใช้หลักการของ Cognitive behavioral therapy ใช้เวลา 14 วัน สำหรับผู้ป่วยติดสุรา สามารถนำไปใช้เป็นโปรแกรมในการบำบัดผู้ป่วยติดสุราในหอผู้ป่วยของผู้ศึกษาได้ เนื่องจากมีทีมในการบำบัดผู้ป่วยติดสุราอยู่แล้ว - ผู้บริหารให้การสนับสนุนในการบำบัดผู้ป่วยติดสุราเสพติด โดยใช้ Psychosocial intervention เพื่อให้การบำบัดมีประสิทธิภาพ ลดการกลับไปเสพซ้ำได้ดีขึ้น

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนำไปใช้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	- หน่วยงานมีความพร้อมด้านบุคลากร เนื่องจาก พยาบาลได้รับการฝึกในการบำบัดแบบ Cognitive behavioral therapy แบบผู้ป่วยนอกอยู่แล้ว 3) ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์ในการนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) - หน่วยงานอาจเสียค่าใช้จ่ายมากกว่ารูปแบบเดิม เพราะต้องนัดผู้ป่วยมารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก อีกสัปดาห์ละครั้ง รวม 4 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าเดินทางมา แต่เมื่อเปรียบเทียบกับสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถที่จะลดหรือหยุดดื่มสุราได้ การบำบัดจึงมีความคุ้มค่า และคุ้มทุน - การบำบัดการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำที่ใช้หลักการของ Cognitive behavioral therapy ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงในผู้ป่วยติดสุรา
การสกัดเพื่อนำไปใช้	- โปรแกรมการบำบัดใช้กับผู้ป่วยติดสุรา ซึ่งได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน อายุระหว่าง 21 – 65 ปี ผ่านระยะการถอนพิษสุราเฉลี่ย 6 วัน ลงนามในหนังสือยินยอมได้รับการบำบัดไม่น้อยกว่า 21 วัน และไม่มีอาการทางจิต - เครื่องมือประเมินผู้ป่วยที่นำมาใช้ได้แก่ การสัมภาษณ์ว่าเริ่มดื่มหรือไม่ และดูจากการที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาซ้ำภายใน 6 เดือน กรอบแนวคิดในการบำบัด - การบำบัดใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจ (Motivational intervention) ในการบำบัดแบบรายบุคคล และการบำบัดแบบกลุ่มใช้หลักการของแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) ระยะเวลาในการบำบัด - โปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่มใช้จำนวนครั้งในการบำบัด 9 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ผู้ป่วยจำนวน 8 – 12 คน และติดตามแบบผู้ป่วยนอกอีก 4 ครั้ง ทุกสัปดาห์ใน 1 เดือน คุณสมบัติผู้นำกลุ่ม - มีประสบการณ์ในการบำบัดผู้ติดสุรา 5 ปี - สามารถที่จะชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าพวกเขาเป็นเจ้าของพฤติกรรมตนเอง (Influence his/her own behavioral) วิธีการบำบัด - ส่งเสริมเพื่อให้เกิดการตระหนักถึงปัญหาการดื่มสุรา - ส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง ในการที่จะสามารถหยุดดื่มสุราได้

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อการนำไปใช้ (ต่อ)	3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะหาแหล่งช่วยเหลือในอนาคต เพื่อการหยุดดื่มสุรา 4. ให้ผู้ป่วยกลับไปเยี่ยมบ้านในวันที่ 1 และวันที่ 2 ของวันหยุดสุดสัปดาห์ แล้วนำปัญหาที่เกี่ยวกับสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การดื่มสุราของแต่ละคนที่ไปพบมาแล้วมาอภิปรายกันภายในกลุ่ม 5. ฝึกการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำตามของ Marlatt and Gordon (1985) ซึ่งประกอบด้วย การฝึกการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง 1 ครั้ง ให้กับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและร่วมกับสมาชิกภายในกลุ่ม ซึ่งสถานการณ์เสี่ยงประกอบด้วย ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อนชวน อารมณ์ทางด้านลบ เช่น โกรธ หงุดหงิด ซึมเศร้า เป็นต้น และอาการอยากเมื่อเผชิญกับตัวกระตุ้น 6. การบำบัดจะเน้นให้ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด แต่ครั้งจะมีการวางแผนที่ชัดเจนในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่ปัญหาการดื่มสุราของตนเอง โดยฝึกกับเพื่อนสมาชิกด้วยกัน 7. มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ 2 ครั้ง ครั้งแรกพูดเรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ ครั้งที่ 2 การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล 8. ผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย ทุก ๆ ชั่วโมง การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกอีก 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผู้นำกลุ่มยังเป็นผู้บำบัดคนเดิม จะเน้นในเรื่องการคิดกลยุทธ์ที่จะช่วยป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เสี่ยง โดยจะนำมาพูดกันในกลุ่มเกี่ยวกับการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้ดื่มสุราในอนาคตและการจะคงพฤติกรรมของการไม่ดื่มสุราไว้ - การบำบัดแบบกลุ่มมีบุคลากรในการบำบัด 2 คน คือ ผู้นำกลุ่ม (Leader) และผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม (Co – leader) ต่อผู้ป่วย 8 – 12 คน ซึ่งการบำบัดแบบกลุ่มลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดได้มากกว่าแบบรายบุคคล แต่ถ้ามีผู้ป่วยจำนวนน้อยหรือการบำบัดแบบกลุ่มปิดที่เปิดกลุ่มไปแล้ว พยาบาลสามารถนำการบำบัดแบบรายบุคคลมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยติดสุราได้ พบว่าได้ผลดีพอๆกับการบำบัดแบบกลุ่ม - ในการจัดกลุ่มบำบัด ควรเน้นการสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจที่จะคงการ

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อการนำไปใช้ (ต่อ)	หยุดดื่มสุราไว้ และส่งเสริมให้เข้ากลุ่มช่วยเหลือกันเอง อย่างต่อเนื่อง แต่สำหรับประเทศไทยยังไม่มีกลุ่มช่วยเหลือกันเอง ที่เป็นกลุ่มของคนไทยส่วนมากเป็นกลุ่มชาวต่างชาติ จึงน่าจะมีการส่งเสริมให้มีกลุ่มช่วยเหลือกันเองต่อไป เพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุราในระยะยาว - ในการบำบัดต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยแต่ละรายระบุพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นปัญหามากที่สุดของตนและมีกลยุทธ์ในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงนั้นๆ รวมทั้งมีการฝึกทักษะ อย่างน้อย 30 นาที เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าสามารถนำทักษะการเผชิญปัญหาต่างๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ ในการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ เช่น ปัญหาสัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด ปัญหาเรื่องสุขภาพ ปัญหาเรื่องงาน ปัญหาเรื่องอารมณ์ เมื่อกลับไปอยู่บ้านจะจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงเหล่านั้นอย่างไร เป็นต้น - การบำบัดแบบ CBT ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์มีทำอยู่แล้ว แต่ขั้นตอนการสร้างแรงจูงใจและการส่งเสริมความเชื่อมั่นในพันธะสัญญา และการส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองในการหยุดดื่มสุรายังไม่ชัดเจน จากงานวิจัยเน้นการสร้างแรงจูงใจที่ค่อนข้างมากกว่า จึงควรที่จะนำมาปรับใช้ในหน่วยงานต่อไป - การทำให้ผู้ป่วยจำหน้าแล้วกลับมาบำบัดแบบผู้ป่วยนอกอีก 4 ครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปเผชิญกับสถานการณ์จริง แล้วประเมินว่าสามารถจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงได้จริงหรือไม่ และเกิดปัญหาอะไรแล้วนำมาพูดคุยกันในกลุ่ม เพื่อร่วมกันวางแผนก่อนจะกลับไปเผชิญกับเหตุการณ์จริงต่อไป และต้องมีการส่งเสริมให้มีความมั่นใจใจตนเอง ว่าสามารถเลิกดื่มสุราได้ - จากข้อเสนอแนะของงานวิจัยควรที่จะมีการบำบัดหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แบบผู้ป่วยนอกอย่างน้อย 6 เดือน และต่อไปให้ติดตามทางจดหมาย เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง เพื่อกองไว้ซึ่งพฤติกรรมการหยุดดื่มสุราให้นานที่สุด การวัดผลลัพธ์การบำบัด 1. อัตราการเข้ากลุ่ม self –help group 2. อัตราการหยุดดื่มสุรา

เรื่องที่ 3

ชื่อเรื่อง

Cue exposure in The Treatment of Alcohol dependence: Effects on drinking outcome, craving and self- efficacy

ผู้วิจัย

**Loeber Sabine, Croissant Bernhard, Heinz Andreas, Mann Karl
and Flor Herta.**

แหล่งที่พิมพ์

British Journal of Clinical Psychology, 2006, 45, 515-529

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์งานวิจัย	เพื่อทดสอบสมมุติฐานว่าการบำบัดแบบเผชิญสิ่งเร้าจะทำให้ความอยากลดลง เป็นการลดการตอบสนองอย่างมีเงื่อนไขกับสุรา - การบำบัดแบบเผชิญสิ่งเร้ามีความสัมพันธ์ในการเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง
ระเบียบวิธีวิจัย	Quasi-Experimental
ระดับงานวิจัย	โดยใช้การจัดระดับความเข้มแข็งของงานวิจัย ของ Melnyk and Fineout-Overholt (2005) งานวิจัยนี้มีระดับความเข้มแข็งที่ ระดับ 3
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการบำบัดที่โรงพยาบาลจิตเวช ประเทศเยอรมัน จำนวน 71 คน คัดออก 7 คน แยกเป็น 4 คนมีคุณสมบัติไม่ครบ อีก 3 คน ปฏิเสธการเข้าร่วมการบำบัด เหลือผู้ป่วย 64 คน เป็นหญิง 27 คน และชาย 36 คน เมื่อสิ้นสุดการบำบัดคงเหลือผู้ป่วย 63 คน ในระหว่างการบำบัดมีผู้ป่วยอีก 1 คนที่ถูกคัดออกเนื่องจากเป็นมะเร็งที่ปอด เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุรา ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค Diagnostic and Statistical Manual Disorder - IV (DSM-IV) มีการติดสุราระดับปานกลาง ที่เข้ามารับการบำบัดตั้งแต่เดือนมีนาคม 2001 ถึงเดือนพฤษภาคม 2002 จากแผนกผู้ป่วยในที่ได้รับการถอนพิษสุราแล้วอย่างน้อย 3 วัน เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ - ติดสารเสพติดอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากสุราและบุหรี่ (จากการสุ่มตรวจปัสสาวะ) - มีภาวะแทรกซ้อนจากการถอนพิษสุรารุนแรง - มีประวัติปัญหาทางระบบประสาทส่วนกลางหรือมีอาการทางจิตกลับซ้ำ

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	- ผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านความอยาก (Anti-Craving) ก่อนที่จะรับไว้ในโรงพยาบาล และยังต้องการที่จะรับประทานต่อเนื่อง สรุป 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุรา ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค Diagnostic and Statistical Manual Disorder - IV (DSM-IV) 2. ถอนพิษสุราแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 3 วัน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการถอนพิษสุรารุนแรง 3. ไม่มีประวัติการมีปัญหาระบบประสาทส่วนกลางหรือมีอาการทางจิตกลับซ้ำ 4. ไม่ได้รับประทานยาต้านความอยาก (anti-craving) ก่อนที่จะรับไว้ในโรงพยาบาล
Sitting ของงานวิจัย	ในโรงพยาบาลจิตเวช ประเทศเยอรมัน
เครื่องมือที่ใช้วัด	1. การวัดทางจิต (Psychometric measures) ในวันแรกหลังจากที่เข้ารพ. และประเมินก่อนการบำบัด ซึ่งจะใช้ 1.1 แบบประเมินอาการทางจิต ใช้ The German version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV, axis I (Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz, & Zaudig, 1997) เพื่อให้แน่ใจว่าการวินิจฉัยติดสุราถูกต้อง ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช 1.2 แบบสัมภาษณ์การดื่มสุรา ใช้ The Time Line Follow Back Interview (TLFB; Sobell & Sobell, 1995) เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนการบริโภคสุราในแต่ละวันของผู้ป่วย และจำนวนวันที่หยุดดื่มสุรา 1.3 แบบประเมินการติดสุรา ใช้ The Alcohol Dependence Scale จะถูกนำมาใช้เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับการติดสุราของผู้ป่วย 2. การประเมินความอยาก (Assessment of craving) - แบบประเมินระดับความอยากสุราในระหว่างการบำบัด ใช้ The German version of the Alcohol Craving Questionnaire (ACQ; Singleton, Tiffany, & Henningfield, 1994; German version: Preuss, Schutz, Koch, & Soyka, 2000) นำมาประเมินก่อนและหลังการบำบัด The ACQ เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความอยากสุรา มี 47 ข้อ ถามเพื่อให้ผู้ป่วยจินตนาการถึง

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้วัด (ต่อ)	สถานการณ์ที่ทำให้มีอาการอยากสุรา โดยแบ่งระดับความอยาก 7 ระดับ 3. การประเมินความเชื่อมั่นในตนเอง (Assessment of self-efficacy) - แบบประเมินความเชื่อมั่นในตนเอง ใช้ The Craving Beliefs Questionnaire (CBQ; German version: Beck, Wright, Newman, & Liese, 1997) ระดับการเชื่อมั่นในตนเองถูกประเมินเป็นความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับความอยากและความสามารถในการควบคุมตนเอง มี 28 ข้อ โดยแบ่งระดับความเชื่อมั่นในตนเอง 7 ระดับ คะแนนที่สูงที่สุดเป็นการรับรู้ความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วยในความสามารถที่จะควบคุมความอยาก 4. การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Assessment of drinking behaviour) - แบบประเมินการดื่มสุราในระยะการติดตาม ใช้ The TLFB ประเมินทางโทรศัพท์แบบย่อๆ 3 เดือนแรก และนัดมาสัมภาษณ์ในเดือนที่ 3 และ 6 เดือนหลังจากจำหน่าย ตรวจสอบโดยการสุ่มตรวจเลือด biological alcoholism markers (serum gamma-glutamyl transpeptidase , GGT, serum aspartate aminotransferase และ serum alanine aminotransferase) การกลับไปดื่มซ้ำจะถูกประเมินโดยการใช้คำตอบว่า ใช่- ไม่ใช่ “การกลับไปดื่มซ้ำอย่างหนัก” คำจำกัดความคือ การบริโภคที่มากกว่า 60g. สำหรับผู้ชาย และมากกว่า 40 g. สำหรับผู้หญิง หรือการบริโภคสุราที่มากกว่า 5 วันติดต่อกัน “เวลาที่กลับไปดื่มหนักในครั้งแรก” “ระยะเวลา ของการหยุดดื่มที่นานขึ้น” (จำนวนของวันที่หยุดดื่มในระยะที่ติดตาม) และ “วันที่บริโภค ethanol” จะถูกประเมินโดยให้พูดบรรยายถึงพฤติกรรมการดื่มของตนเอง
การบำบัด	การบำบัดแบบการให้เผชิญกับสิ่งเร้า เป็นการบำบัดโดยยึดหลักของ Classical and operant learning models จำนวนผู้ป่วยกลุ่มละ 3 คน บำบัด 3 วันต่อสัปดาห์ ภายในระยะ 3 สัปดาห์ รวม 18 ครั้ง แบ่งเป็นช่วงเช้าและช่วงบ่าย ช่วงเช้าบำบัด 60 นาที ช่วงบ่าย 90 นาที การบำบัดแบบให้เผชิญกับสิ่งเร้าในช่วงเช้า 1. เป็นการสำรวจสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงของแต่ละคน

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	2. ให้ความรู้เรื่องอาการอยากและการพัฒนากลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดการกับสถานการณ์เหล่านี้ จุดมุ่งหมายหลักคือ เพื่อที่จะพัฒนากลยุทธ์การเผชิญความโกรธหรือสถานการณ์ที่เป็นความขัดแย้ง ที่เกี่ยวกับความรู้สึกที่ไม่สบายและความเครียด ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้เป็นสถานการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยจำนวนมาก ผู้ป่วยจะถูกสอนว่าอาการอยากอาจจะพัฒนาเป็นความคิดส่วนบุคคลและความรู้สึก (เช่น ความคาดหวังผลทางด้านบวกของการดื่มสุรา) จะเน้นว่าอาการอยากจะไม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่ออาการอยากขึ้นถึงจุดสูงสุดแล้วอาการอยากจะลดระดับลงมา ซึ่งผู้ป่วยสามารถควบคุมได้ โดยไม่ดื่มสุรา 3. สอนกลยุทธ์ในการควบคุมตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยจัดการกับความอยาก (เช่น การคิดเกี่ยวกับผลทางด้านลบของการดื่มสุราหรือผลทางด้านบวกของการไม่ดื่มสุรา) ในช่วงบ่าย เป็นการให้เผชิญกับสิ่งเร้า โดยให้ผู้ป่วยอยู่กับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ตนเองชอบและสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงอื่นๆ - ให้ผู้ป่วยจัดลำดับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อที่จะฝึกในการให้เผชิญกับสิ่งเร้า โดยทำตามลำดับสถานการณ์เสี่ยงที่ผู้ป่วยจัดลำดับไว้ในตอนเช้า แนวคิดของการให้เผชิญกับสิ่งเร้า เป็นการให้ฝึกปฏิบัติซ้ำๆ เพื่อให้เกิดความแน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจการบำบัดแบบให้เผชิญกับสิ่งเร้า ว่ามีจุดมุ่งหมายที่จะให้มีประสบการณ์ว่าอาการอยากจะมีมากขึ้นในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งจะก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย ความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นและพวกเขาสามารถจะจัดการกับสถานการณ์เหล่านี้ได้อย่างไรโดยไม่ดื่มสุรา - ผู้ป่วยจะถูกสอนให้เผชิญหน้ากับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่พวกเขาชอบ พวกเขาจะถูกแนะนำเปิดขวด เพื่อเตรียมเครื่องดื่มตามปกติของพวกเขาให้ดื่มแล้วสุรา ดมกลิ่นสุราและรวบรวมความคิดเกี่ยวกับปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย ความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้น การเปิดเผยถึงเครื่องดื่มจะถูกทำให้อยู่ติดเมื่อผู้ป่วยบอกว่าไม่มีความอยากที่เพิ่มมากขึ้นหรือไม่มีปฏิกิริยาทางด้านร่างกายเกิดขึ้น หลังจากที่ยุติการกระตุ้นด้วยเครื่องดื่มแล้ว

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	เครื่องมือที่ยังคงวางอยู่ข้างหน้าผู้ป่วย สำหรับการเปิดเผยประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจะถูกอภิปรายโดยการบันทึกปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย ความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นเหล่านี้ การเพิ่มขึ้นหรือลดลงในปฏิกิริยาต่างๆ ผู้ป่วยจะถูกถาม เพื่อให้พวกเขาฝึกกลยุทธ์การเผชิญกับอาการอยาก และพัฒนากลยุทธ์การเผชิญปัญหาขึ้นมา - จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปิดเผยถึงอาการอยากออกมาบ้างและให้ฝึกปฏิบัติบ้าง เพื่อให้เกิดทักษะ และแนะนำผู้ป่วยให้ฝึกการใช้กลยุทธ์การเผชิญกับอาการอยากที่พวกเขาชอบ ในครั้งต่อไป เป็นขบวนการต่างๆ ไปของการให้เผชิญกับสิ่งเร้า เป็นการบรรยายเหมือนครั้งแรก แต่จะขึ้นอยู่กับความก้าวหน้าของผู้ป่วย และสถานการณ์ในอนาคตที่อาจจะเกิดขึ้น ที่นำมาจัดเป็นลำดับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงเป็นรายบุคคล เพื่อนำมาฝึกปฏิบัติ ได้แก่ 1.การให้จินตนาการถึงสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงในลำดับต่อไปที่ยังกระตุ้นความคิดและกระตุ้นให้เกิดอาการอยากซึ่งจะก่อให้เกิดความยุ่งยากขึ้นในอนาคต 2. การไปเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงๆ (เช่น การไปผับ หรือ ศูนย์การค้ากับผู้ป่วย) การบำบัดปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive – behavioral treatment) บำบัด 18 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ผู้ป่วยจำนวน 10 คน เป้าหมายเพื่อพัฒนากลยุทธ์ที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงในอนาคต การบำบัดประกอบด้วย 1. การให้ความรู้ (Education modules) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาการติดสุรา ผลของสุขภาพที่ตามมาหลังการใช้สุราในทางที่ผิด (Alcohol abuse) และการกลับไปดื่มซ้ำ บำบัด 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที 2. กลุ่มบำบัด ผู้บำบัดจะสำรวจการติดสุราของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการค้นหาสถานการณ์ที่ดื่มในอดีตและเพื่อพัฒนากลยุทธ์ที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงในอนาคต ตัวอย่างหาข้อดีของการดื่มสุราและข้อไม่ดีของการดื่มสุราและนำมาอภิปรายเพื่อ

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา (เช่น การคิดเกี่ยวกับผลทางด้านลบของการดื่มสุรา การหลีกเลี่ยงบางสถานการณ์ การหาวิธีการผ่อนคลายทางอารมณ์ การติดต่อกับเพื่อนหรือสมาชิกของกลุ่ม self-help บำบัด 6 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที 3. ฝึกทักษะการไม่ดื่มสุรา เป็นการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับการเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การไปเยี่ยมผู้ที่ดื่มสุรา โดยมีการฝึกบทบาทสมมติและมีการให้ข้อมูลย้อนกลับ ฝึกการเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงของแต่ละคน บำบัด 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที 4. ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้ถึงการเผชิญกับความเครียดและโรคนอนไม่หลับ บำบัด 6 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที
ผลการวิจัย	1. การลดอาการอยากดื่มสุรา จากการรายงานของผู้ป่วยพบว่าอาการอยากสุราก่อนการทดลอง แตกต่างจากหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งความรู้สึอยากและความคงอยู่ของอาการอยาก โดยดูจากคะแนนของ ACQ และการให้แรงเสริม $F(1, 61) = 12.65, p < .01$ แต่อย่างไรก็ตาม ผลการบำบัดแบบเผชิญสิ่งเร้าและกลุ่มการบำบัดแบบ CBT มีอาการอยากสุรา ไม่แตกต่างกัน $P > .05$ ทั้งความรู้สึอยากและการให้แรงเสริม 2. ความเชื่อมั่นในการควบคุมอาการอยาก วัดการเปลี่ยนแปลงระหว่างการบำบัด กลุ่มตัวอย่างจากการบำบัดทั้ง 2 วิธี มีคะแนนความเชื่อมั่นในการเผชิญกับอาการอยาก หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(1, 61) = 63.16, p < .001$. และพบว่ากลุ่ม CET มีความเชื่อมั่นในการเผชิญกับอาการอยากสูงกว่ากลุ่ม CBT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(58) = -2.31, p < .05$) 3. ผลของการบำบัดในพฤติกรรมการดื่ม อัตราการกลับไปใช้ซ้ำ (relapse) ในช่วงการติดตาม พบว่าอัตราของการกลับไปใช้ซ้ำมีร้อยละ 65 ในกลุ่ม CET และกลุ่ม CBT มีร้อยละ 45 จากการวิเคราะห์โดยใช้ Fisher's exact test พบว่า ไม่แตกต่างกัน $p > .05$ และระยะเวลาที่กลับไปดื่มซ้ำอย่างหนัก

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ในครั้งแรก ของกลุ่ม CET ค่าเฉลี่ย 41.90 วัน และในกลุ่ม CBT ค่าเฉลี่ย 25.32 วัน แต่พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1,59) = 2.04, ns$) 4. จำนวนของการบริโภคสุราในแต่ละวัน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีการบริโภคสุราในแต่ละวัน ในระยะ 3 เดือนแรก (CET: ดื่มสุราต่อวันจาก 141.60 เป็น 8.74 กรัม CBT ดื่มสุราต่อวันจาก 124.65 เป็น 8.97 กรัม) ใน 3 เดือนที่สอง (CET: ดื่มสุราต่อวันจาก 141.60 เป็น 19.87 กรัม CBT ดื่มสุราต่อวันจาก 124.65 เป็น 21.66 กรัม) พบว่าการดื่มสุราหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่ม CET $t(59) = 9.64, p < .001$ และกลุ่ม CBT $t(59) = 8.33, p < .05$ แต่ไม่แตกต่างกัน $p > .05$ ในปริมาณการดื่มระหว่างกลุ่ม CET และกลุ่ม CBT $F(1, 64) = 0.55, ns$
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	- งานวิจัยนี้สอดคล้องในการแก้ปัญหาทางคลินิก คือผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาในการดื่มสุรา ควรมีโปรแกรมในการบำบัด เพื่อส่งเสริมการลดหรือการหยุดดื่มสุรา โดยการให้เผชิญกับสิ่งเร้าเพื่อจัดการกับอาการอยาก และส่งเสริมให้มีความเชื่อมั่นในการจัดการกับอาการอยากได้ - งานวิจัยช่วยพยาบาลในการตัดสินใจใช้วิธีการบำบัดแบบการให้เผชิญกับสิ่งเร้า (CET) หรือใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) เพื่อส่งเสริมการลดหรือการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา - พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำโปรแกรมมาใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วยติดสุรา
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	- งานวิจัยได้ตีพิมพ์ลงในวารสาร British Journal of Clinical Psychology - งานวิจัยนี้ไม่ได้กล่าวถึงการได้รับทุนสนับสนุน - คุณภาพงานวิจัย - ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นตัวแปรที่สำคัญ คือ ผลของการบำบัดด้วย CET และ CBT ต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา ความอยากและความเชื่อมั่นในตนเอง - งานวิจัยบอก วัตถุประสงค์การวิจัย และสมมุติฐานในการวิจัย - มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับทฤษฎี และเหตุผลในการเลือกการบำบัดแบบ CET และ CBT เพื่อส่งเสริมการลดหรือหยุดดื่มสุรา - งานวิจัยมีการระบุประชากรเป้าหมาย วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง การออกแบบการวิจัย แบบ Quasi - experimental มีการกำหนดให้เข้ากลุ่ม

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	ทดลองและกลุ่มควบคุม ลักษณะของประชากรทั้งกลุ่ม 2 ไม่แตกต่างกัน - งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ - ผลการศึกษาตอบคำถามการวิจัยคือ หลังการบำบัดแบบกลุ่ม CET และ CBT พบว่าความอยากดื่มสุราลดลง และความเชื่อมั่นตนเองเพิ่มขึ้น - มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย การสรุปอ้างอิงถึงประชากรและข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ ข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัย
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of the Findings) ความรู้ในงานวิจัยมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยในหน่วยงานมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย หน่วยงานในงานวิจัยเป็นโรงพยาบาลจิตเวชคล้ายคลึงกับหน่วยงานของผู้ศึกษา ซึ่งมีการรับผู้ป่วยติดสุราเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในเหมือนกัน 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) - พยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้มาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้ แต่ต้องมีการเตรียม หน่วยงาน บุคลากร คือต้องมีการฝึกอบรมผู้นำกลุ่มในการบำบัดแบบการเผชิญสิ่งเร้า (CET) และมีการติดต่อขอใช้เครื่องมือในการบำบัดจากเจ้าของเครื่องมือก่อนที่จะนำมาใช้ มีการประสานงานกับทีมงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการปรับเปลี่ยนแผนการบำบัด เนื่องจากกระบวนการบำบัดต้องใช้เวลาและกำลังคนในการบำบัดแบบกลุ่ม แต่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่น่าพอใจคือลดปริมาณการดื่มและมีความมั่นใจที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่เสี่ยงในการกลับไปดื่มซ้ำ ความเป็นไปได้ที่หน่วยงานจะสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมนี้ 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost – Benefit Ratio) - หน่วยงานมีต้นทุนในด้านการอบรมบุคลากรถ้าจะใช้การบำบัดแบบเผชิญสิ่งเร้า และการหาแบบประเมินมาใช้ในการประเมิน เมื่อเทียบกับการการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราที่ลดลงหรือหยุดดื่มสุราได้ซึ่งจะมีผลดีต่อสุขภาพและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย ทำให้เกิดความพึงพอใจ

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนำไปใช้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	กับผู้ป่วยและญาติ โดยพยาบาลต้องได้รับการอบรมและฝึกทักษะการบำบัดแบบการเผชิญสิ่งเร้า
การสกัดเพื่อการนำไปใช้	โปรแกรมการบำบัดแบบ CET และ CBT เหมาะกับผู้ป่วยติดสุรา ซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุรา ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค Diagnostic and Statistical Manual Disorder - IV (DSM-IV) อายุ 21 -65 ปี ถอนสุราแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 3 วัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการถอนสุรารุนแรง ไม่มีประวัติมีปัญหาระบบประสาทส่วนกลาง หรือมีอาการทางจิตกลับซ้ำ และไม่ได้รับประทานยาต้านความอยากก่อนที่จะรับไว้ในโรงพยาบาล - เครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ป่วยที่นำมาใช้ได้แก่ - แบบประเมินความอยาก the German version of the Alcohol Craving Questionnaire (ACQ; Singleton, Tiffany, & Henningfield, 1994; German version: Preuss, Schutz, Koch, & Soyka, 2000) - แบบประเมินความเชื่อมั่นในตนเอง the Craving Beliefs Questionnaire (CBQ; German version: Beck, Wright, Newman, & Liese, 1997) - แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา The TLFB (Sobell & Sobell, 1995) - การกลับไปดื่มซ้ำ จะประเมินโดยใช้คำตอบว่า ใช่- ไม่ใช่ กรอบแนวคิดในการบำบัด - การบำบัดอยู่บนพื้นฐานแนวคิดทฤษฎี Cognitive behavioral therapy เน้นการฝึกทักษะการเผชิญกับสิ่งเร้า (Cue exposure) ในการอธิบายและทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่นำไปสู่การดื่มสุราและติดสุรา รวมทั้งกลยุทธ์ในการเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองที่จะไม่ดื่มสุราซ้ำ ระยะเวลาในการบำบัด โปรแกรม CET สามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยติดสุราได้ โดยใช้เวลาในการบำบัดระหว่าง 60 - 90 นาที บำบัดวันเว้นวัน 3 วัน ภายใน 3 สัปดาห์ บำบัดทั้งเช้าและบ่าย รวมการบำบัดทั้งหมดจำนวน 18 ครั้ง หลักการทำกลุ่ม การให้เผชิญกับสิ่งเร้า (Cue Exposure; CE) - ก่อนการบำบัดทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องมีความคุ้นเคยซึ่งกันและกันก่อนที่จะเริ่มการบำบัด

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อการนำไปใช้ (ต่อ)	ขั้นตอนในการดำเนินการ ในช่วงเช้า 1. เป็นการสำรวจสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงของแต่ละคน 2. ให้ความรู้เรื่องอาการอยากและพัฒนากลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดการกับสถานการณ์เหล่านี้ จุดมุ่งหมายหลักคือ เพื่อที่จะพัฒนากลยุทธ์การเผชิญความโกรธหรือสถานการณ์ที่เป็นความขัดแย้ง สถานการณ์ที่เกี่ยวกับความรู้สึกที่ไม่สุขสบายและความเครียด เหล่านี้เป็นสถานการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาของผู้ป่วยจำนวนมาก ผู้ป่วยจะถูกสอนว่าอาการอยากอาจจะพัฒนาเป็นความคิดส่วนบุคคลและความรู้สึก (เช่น ความคาดหวังผลทางด้านบวกของการดื่มสุรา) จะเน้นว่าอาการอยากจะไม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่ออาการอยากถึงจุดสูงสุดแล้วอาการอยากจะลดระดับลงมาซึ่งผู้ป่วยสามารถควบคุมได้ 3. สอนกลยุทธ์ในการควบคุมตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยจัดการกับความอยาก (เช่น การคิดเกี่ยวกับผลทางด้านลบของการดื่มสุราหรือผลทางด้านบวกของการไม่ดื่มสุรา) ในช่วงบ่าย เป็นการให้เผชิญกับสิ่งเร้า โดยให้ผู้ป่วยอยู่กับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ตนเองชอบและสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงอื่นๆ บำบัด 9 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ภายใน 3 สัปดาห์ - ให้ผู้ป่วยจัดลำดับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อที่จะฝึกปฏิบัติในการให้เผชิญกับสิ่งเร้า ส่งเสริมการพัฒนากลยุทธ์และฝึกกลยุทธ์ในการเผชิญกับสิ่งเร้าโดยไม่ดื่มสุรา - จะมีการกระตุ้นให้เปิดเผยสิ่งเร้าซ้ำๆ ส่งเสริมให้ปฏิบัติซ้ำๆ และแนะนำให้ฝึกการใช้กลยุทธ์การเผชิญกับอาการอยากจากสถานการณ์ต่างๆเท่าที่มีเวลา ในครั้งต่อไป เป็นขบวนการให้เผชิญกับสิ่งเร้า มีการบรรยายเหมือนครั้งแรก แต่จะขึ้นอยู่กับความก้าวหน้าของผู้ป่วย และสถานการณ์สิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าของแต่ละคนที่จัดลำดับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง โดยให้ฝึก 1. การจินตนาการเปิดเผยถึงสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงที่ยังกระตุ้นการคิดและกระตุ้นให้เกิดความอยากซึ่งคาดว่าจะก่อให้เกิดความ

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อการนำไปใช้ (ต่อ)	ยุ่งยากในอนาคต 2. การไปเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง (เช่น การไปผับ หรือ ศูนย์การค้ากับเพื่อน) ข้อเสนอแนะ จากการศึกษาครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้ป่วยติดสุราในระดับ Moderate dependence การบำบัดแบบ CET และ CBT ได้ผลไม่แตกต่างกัน พบว่า กลุ่ม CET มีปริมาณการดื่มในแต่ละวัน หลังการบำบัด 4-6 เดือน น้อยกว่า กลุ่ม CBT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) การวัดผลลัพธ์การบำบัด 1. ความเชื่อมั่นในการควบคุมอาการอยากดื่มสุรา 2. อัตราการกลับไปดื่มซ้ำ 3. ระยะเวลาของการหยุดดื่มที่นานขึ้น 4. ปริมาณการดื่มสุราในแต่ละวัน

เรื่องที่ 4

ชื่อเรื่อง

Cue exposure with coping skills training and communication skills training for Alcohol dependence: 6-and 12 – month outcomes.

ผู้แต่ง

Rohsenow J. Damaris, Monti M. Peter, Rubonis V. Anthony, Gulliver B.

Suzy, Colby M. Suzanne, Binkoff A. Jody & Abrams B. David.

แหล่งที่พิมพ์

Addiction, 2001, 96, 1161-1174

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์งานวิจัย	ข้อที่ 1. ประเมินประสิทธิผล การจัดการกับอาการอยาก เมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า เปรียบเทียบกับการทำสมาธิและผ่อนคลาย ข้อที่ 2. ประเมินประสิทธิผล การเพิ่มทักษะการสื่อสาร เปรียบเทียบกับการให้ความรู้ ข้อที่ 3. ประเมินประสิทธิผลของการบำบัดโดยการรวมการจัดการกับอาการอยาก เมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า และการเพิ่มทักษะการสื่อสารเข้าด้วยกัน
ระเบียบวิธีวิจัย	Quasi-experimental ด้วยวิธีการ Stratified random assignment balanced for baseline cue-elicited urge to drink and salivation. ซึ่งผู้ช่วยวิจัยไม่ทราบว่าผู้ป่วยติดสุรารายใดจะได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มใด
ระดับงานวิจัย	โดยใช้การจัดระดับความเข้มแข็งของงานวิจัย ของ Melnyk and Fineout-Overholt (2005) งานวิจัยนี้มีระดับความเข้มแข็งที่ ระดับ 3
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	ผู้ป่วยในที่ได้รับมาจากสถานที่ให้การบำบัดผู้ติดสารเสพติด ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวนผู้เข้าร่วมก่อนการบำบัดมี 129 คน ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ แต่มีผู้ป่วย 29 คน ที่ออกจากการบำบัดก่อนครบกำหนด ดังนั้นเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน แบ่งเป็นผู้ชาย 78 คน ผู้หญิง 22 คน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2. ได้รับการถอนพิษสุราแล้ว 3. ดื่มสุรามาภายใน 30 วันก่อนบำบัดรักษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1. มีอาการทางจิตกำเริบ 2. การทำงานของอวัยวะต่างๆเสื่อมลง 3. มีแนวความคิดจะทำร้ายตนเอง

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	4. มีอาการทางจิตกำเริบ 5. การทำงานของอวัยวะต่างๆเสื่อมลง 6. มีแนวความคิดจะทำร้ายตนเอง 7. ปัจจุบันได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น PTSD 8. ดื่มฝิ่น 9. มีอาการป่วยระยะสุดท้าย 10. ตั้งครรภ์ สรุป - มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป - ได้รับการถอนพิษสุราแล้ว - ดื่มสุรามาภายใน 30 วันก่อนบำบัดรักษา - ไม่มีอาการทางกายและอาการทางจิตกำเริบ - ไม่มีแนวความคิดทำร้ายตัวเอง - ไม่ติดสารเสพติดอื่น - ไม่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์
Setting ของงานวิจัย	ในหอผู้ป่วยที่บำบัดผู้ติดสารเสพติด ประเทศสหรัฐอเมริกา
เครื่องมือที่ใช้วัด	1. การประเมินผลลัพธ์ 1. แบบสัมภาษณ์การดื่มสุรา ใช้ The Timeline Follow-back Interview (TLFB; Sobell & Sobell, 1980) นำมาใช้ประเมิน 180 วันก่อนที่จะรับไว้ในรพ. และใช้ติดตามอีก 365 วันหลังจำหน่าย 2. การวิเคราะห์ลมหายใจ ใช้ Breath analysis ensured a zero breath alcohol 3. แบบประเมินการติดสุรา The Alcohol Dependence Scale-revised (ADS-R; Skinner & Allen, 1982) นำมาประเมินก่อนให้การบำบัดและติดตามต่ออีก 1 ปี 4. แบบสัมภาษณ์ตัวกระตุ้นการดื่ม ใช้ Drinking triggers interview (DTI; Monti et al., 1993b) เป็นการถามถึงสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการดื่มอย่างหนักการกลับไปดื่มซ้ำ หรือความอยากที่รุนแรงในการดื่มสำหรับแต่ละสถานการณ์ ผู้ป่วยจะ

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้วัด (ต่อ)	จัดลำดับความสามารถการรับมือได้ในแต่ละสถานการณ์โดยไม่ดื่มสุรา (self-efficacy) และพวกเขามีความอยากที่จะดื่ม ซึ่งแบ่งเป็น 11 ลำดับ (0-10) 5. การเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับสุรา (Coping with Alcohol-Relevant Situation; CARS) ประเมินก่อนและหลังการบำบัด มี 6 สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง แต่ละสถานการณ์จะถูกนำเสนอโดยการใช้เทป และให้ผู้ถูกทดสอบตอบคำถาม เช่น “ท่านจะอย่างไรกับสถานการณ์นี้ที่จะทำให้ไม่ดื่มสุรา?” และ “ท่านจะแน่ใจได้อย่างไรว่าท่านสามารถที่จะรับมือกับสถานการณ์นี้ได้โดยไม่ดื่มสุราในชีวิตจริงของท่าน” คำตอบจะถูกบันทึกไว้และนำมาประเมินว่าผู้ถูกทดสอบใช้กลยุทธ์ใดบ้างในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการใช้สุราและประเมินลำดับของความเชื่อมั่นในตนเองที่จะไม่ดื่มสุรา 6. การประเมินปฏิกิริยาที่ตอบสนอง (Cue – Reactivity Assessment) ประเมินก่อนและหลังการบำบัด สภาพของอารมณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นที่มีความสัมพันธ์กับอาการอยากสูง 7. ปฏิกริยาตอบสนองทางร่างกายต่อสุรา ใช้ Attention to Alcohol Scale (AAS) เป็นการรายงานปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายด้วยตัวเอง เช่น น้ำลาย, แรงดันเลือด (Mean Arterial Pressure; MAP) หรือ การเต้นของชีพจร (Pulse Rate; BPM) 8. สิ่งกระตุ้นที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมใช้ Cue in the Natural Environment ใช้ในการติดตาม 6 เดือน การเปิดเผยสิ่งกระตุ้นในสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ใช้สุราจะถูกประเมินด้วย 5 คำถาม และถามเกี่ยวกับจำนวนวันที่ใช้สุราใน 30 วันแรกหลังจำหน่าย และ 10 คำถามที่ถามเกี่ยวกับสถานที่ทำงาน หรือ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน ใดบ้างที่มีสุราเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ในกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ การเห็นคนทั่วไป การสังสรรค์กับเพื่อนๆ หรือ การอยู่ในบ้านของตนเอง และพวกเขาจะอย่างไรที่จะพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีสุราระหว่าง 30 วันแรกหลังจำหน่าย และใช้แบบสัมภาษณ์ TLFB เพื่อเตือนความจำในการใช้สุราที่ผ่านมา 9. แบบสอบถามการใช้กลยุทธ์เผชิญปัญหา Urge-Specific Strategies Questionnaire เป็นการติดตามผู้ป่วยด้วยคำถามที่ให้บรรยายว่าพวกเขาใช้

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้วัด (ต่อ)	กลยุทธ์อะไรในการป้องกันตัวเองจากการดื่มสุราเมื่ออยากดื่ม ต่อจากนั้นจะเป็นคำถามปลายปิดที่ให้บรรยาย 11 กลยุทธ์และผู้ป่วยจัดลำดับว่าพวกเขาใช้แต่ละกลยุทธ์อย่างไรเมื่อเขามีสิ่งกระตุ้นและพยายามที่จะควบคุมการดื่ม มี 7 ลำดับ ไม่เคย (1) ตลอดเวลา (7)
การบำบัด	ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการบำบัดที่เป็นโปรแกรมตามปกติของโรงพยาบาล ได้แก่ ชุมชนบำบัด, การบำบัดแบบกลุ่ม, การบำบัดแบบรายบุคคล, กลุ่มสุขศึกษาเกี่ยวกับสุราและสุขภาพ, การบำบัดคู่สมรส, การให้คำปรึกษาอาชีพ, 12- Step meetings, การวางแผนดูแลต่อเนื่อง และการดูแลหลังการจำหน่าย กลุ่มทดลอง - โปรแกรมการจัดการกับอาการอยากเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า ใช้เวลาบำบัด 8 ครั้ง ทำทุกวัน วันละ 60 นาที - ในกลุ่มนี้จะบอกกับผู้ป่วยว่าการจัดการกับอาการอยากเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าเป็นการทำให้ลดการกลับไปดื่มสุราซ้ำโดยการลดอาการอยากที่จะดื่มในสถานการณ์ที่มีตัวกระตุ้นที่รุนแรงที่ทำให้ดื่มสุรา กลุ่มการจัดการกับอาการอยากเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า จะสอนให้ผู้ป่วยระบุตัวกระตุ้นและให้ผู้ป่วยเปิดเผยออกมาพร้อมทั้งให้ฝึกทักษะการจัดการกับอาการอยากในระหว่างที่เข้าถึงตัวกระตุ้นออกมา แต่แต่ละครั้งจะประกอบด้วย 1. การจัดลำดับตัวกระตุ้น 2. ให้ผู้ป่วยเผชิญกับเครื่องดื่ม (โดยให้ถือแก้วเหล้า มองดูและดมกลิ่น) พร้อมกับให้จินตนาการ การใช้ทักษะการจัดการกับอาการอยากหลังจากที่ระดับของอาการอยากขึ้นถึงขีดสูงสุด (ยกเว้นการเปิดเผยครั้งแรก) 3. สอนทักษะการจัดการกับอาการอยาก 4. ให้เผชิญกับเครื่องดื่มซ้ำๆ แล้วให้ใช้ทักษะการจัดการกับอาการอยาก 5. ให้จินตนาการถึงตัวกระตุ้นการดื่มของแต่ละคนพร้อมกับจินตนาการการใช้ทักษะการจัดการกับอาการอยากเมื่ออาการอยากขึ้นถึงขีดสูงสุด 6. ให้จินตนาการซ้ำๆ ได้ตามเวลาที่มีอยู่ หลังจากที่ตัวกระตุ้นถูกจัดลำดับ เครื่องดื่มก็ยังวางอยู่ข้างหน้าผู้ป่วย ตลอดเวลาของการบำบัดจนกว่าผู้ป่วยจะบอกว่ารู้สึกเฉยๆ เมื่อนั้นจึงถือว่า

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	การจัดการกับอาการอยากเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าเสร็จสมบูรณ์ ขั้นตอนในการดำเนินการ ในครั้งที่ 1 ของการบำบัด เป็นการให้คำจำกัดความของคำว่าอยาก คืออะไร (ต้องการ มุ่งหวัง ปรารถนา กระหาย หรืออยาก) แล้วจัดลำดับอาการอยาก ตั้งแต่ 0 – 10 ในการเผชิญกับเครื่องดื่มครั้งแรก ผู้บำบัดจะเริ่มจับเวลาและเทเครื่องดื่มใส่ในแก้วของผู้ป่วยครึ่งแก้วซึ่งเป็นปริมาณตามปกติของคนที่ยึดสุราทั่วไป ผู้ป่วยจะได้รับการแนะนำให้ถือแก้วและดมกลิ่น พร้อมกับมุ่งความสนใจไปที่แก้วสุรา แล้วให้พูดถึงความรู้สึกที่อยากดื่มออกมา และบอกกับผู้บำบัดถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสุราที่เปลี่ยนแปลงไปแต่ละตัว ต่อจากนั้นจึงนำมาให้คะแนนความอยากที่เปลี่ยนแปลงไปตามเวลาที่เปลี่ยนไป การกระทำจะสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยพูดถึงความอยากที่เหลือน้อยเท่าที่จะน้อยได้ ซึ่งเครื่องดื่มยังคงวางอยู่ข้างหน้า ผู้ป่วยตลอดการบำบัดแต่ละครั้ง ต่อจากนั้นจะให้จินตนาการถึงตัวกระตุ้นอื่นๆที่ทำให้เกิดอาการอยากรุนแรงที่สุดที่กระตุ้นให้ดื่มที่ได้จากการสัมภาษณ์ แล้วใช้วิธีการทำที่คล้ายกัน โดยผู้บำบัดจะบันทึกเวลา ว่าอาการอยากสุรามากที่สุดจนเหลือน้อยที่สุดใช้เวลานานเท่าไรในทุกๆ ครั้งของการบำบัด ในการติดตามการเปิดเผยแต่ละครั้ง ผู้ป่วยจะพูดถึงความคาดหวังของพวกเขาและประสบการณ์ที่ได้ ซึ่งจุดประสงค์ของการบำบัดเพื่อลดความอยากอย่างช้าภายใน 15 นาที หรือให้เหลือน้อยที่สุด และผู้ป่วยสามารถจัดการอาการอยากในอนาคตของตนเองโดยเตือนตัวเองถึงการลดอาการอยากโดยไม่ดื่มสุรา ในการบำบัดครั้งต่อๆมา เป็นการฝึกทักษะการจัดการกับอาการอยากเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า คือให้จินตนาการ เพื่อเปิดเผยถึงตัวกระตุ้นอื่นๆทั้งหมดที่เกิดขึ้น ซึ่งทักษะการจัดการกับความอยากจะถูกสอน (1 หรือ 2 ทักษะต่อการบำบัด) ได้แก่ - การทำให้ช้าลง (การบอกตัวเองให้รอคอย หรือยับยั้งตนเองไม่ให้ดื่มจนอาการอยากจะหมดไป) - คิดเกี่ยวกับผลทางด้านลบของการดื่มในสถานการณ์นั้นๆ - คิดเกี่ยวกับผลทางด้านบวกของการไม่ดื่ม

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	- การใช้วิธีการจินตนาการหรือทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับสารเสพติด ทดแทน เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ (จาก Marlatt & Gordon, 1985) - การบอกกับตัวเองว่าสามารถที่จะควบคุมตนเองไม่ให้ดื่มได้ (Cognitive master) ผู้บำบัดมีหน้าที่ 1. จับเวลาถึงอาการอยากที่มากที่สุดจนเหลือน้อยที่สุดใช้เวลานานเท่าไรในทุกๆ ครั้งของการบำบัด 2. ให้ผู้ป่วยอภิปรายถึงความคิดหวังของตนเองและประสบการณ์ที่ได้รับเป็นอย่างไรหลังจากที่จบการบำบัดแต่ละครั้ง 3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักว่าอาการอยากจะลดลงได้โดยไม่ต้องดื่มสุรา 2. การบำบัดด้วยการเพิ่มทักษะการสื่อสาร (Communication skills training ;CST) การบำบัดแต่ละครั้งจะประกอบด้วย การใช้บทบาทสมมุติ (Behavioural role-plays) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) และการให้แรงเสริม (Reinforcement) แต่ละหัวข้อประกอบด้วย 1. ทักษะการปฏิเสธ 2. การให้คำชมเชยยกย่อง 3. การให้การวิจารณ์อย่างสร้างสรรค์ 4. การรับคำวิจารณ์อย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการดื่ม 5. ทักษะการฟัง 6. ทักษะการสนทนา 7. การพัฒนาแหล่งสนับสนุนที่ไม่ดื่มสุรา 8. การจัดการกับความขัดแย้ง กลุ่มควบคุม โปรแกรมใช้เวลาบำบัด 8 ครั้ง ทำทุกวัน วันละ 60 นาที ดังนี้ 1. การบำบัดแบบการทำสมาธิและการฝึกการผ่อนคลาย (Meditation- Relaxation Training; MRT) การบำบัดด้วยวิธีนี้จะบอกกับผู้ป่วยว่าการทำสมาธิและการฝึกการผ่อนคลาย จะช่วยลดการกลับไปดื่มสุราซ้ำ โดยการจัดการกับอารมณ์ทางด้านลบที่ทำให้ไม่สบายใจ ให้ผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ฝึกการผ่อนคลายทั่วทั้งร่างกายโดยให้ปฏิบัติจริง และจินตนาการให้มองเห็นความรู้สึกสบายใจ การสอนการผ่อนคลายร่างกายทุกส่วนจะมุ่งไปที่ความรู้สึก การฝึกการแยกแต่ละส่วนของร่างกาย จะเริ่มในครั้งที่ 3 การจินตนาการด้วยการทำสมาธิ จะถูกแนะนำและให้ฝึกปฏิบัติ เหตุการณ์ที่จินตนาการของแต่ละคนที่ทำให้รู้สึกสบายใจจะไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยจะถูกให้ฝึกการทำสมาธิและการฝึกการผ่อนคลายทุกวัน แต่จะไม่สอนให้นำไปใช้เผชิญกับความเครียด 2. การบำบัดแบบการให้ความรู้ (Education; ED) กลุ่มนี้ประกอบด้วยรูปแบบที่นำมาจากทำให้สุขภาพจิตศึกษาที่เป็นโปรแกรมสำหรับผู้ป่วยใน แต่ละครั้งส่วนใหญ่จะเป็นการสอน ด้วยการยกกรณีตัวอย่าง การอภิปรายจะมุ่งไปที่การตระหนักรู้ถึงเหตุการณ์และการตอบสนอง หัวข้อประกอบไปด้วย 1.การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง 2.การเรียนรู้จากบุคคลอื่นๆ 3.แหล่งสนับสนุนการไม่ดื่มสุรา 4.จุดอ่อนและจุดแข็ง 5.สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนสนิทและคนใกล้ชิด 6.การออกกำลังกายและการฟื้นฟูสมรรถภาพ 7.อาการเตือน 4 อย่างของการกลับไปดื่มซ้ำ 8.ขั้นตอนของการฟื้นฟูสมรรถภาพ 9.ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ 10.สถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น 11.สิ่งที่ขัดขวางการฟื้นฟูสมรรถภาพ 12.การฟื้นฟูเกี่ยวกับอาชีพ
ผลการวิจัย	ผลการวิจัย 1. ใน 6 เดือนแรกหลังการบำบัด พบว่า 1.1 การบำบัดแบบเผชิญสิ่งเร้า (CET) มีวันของการดื่มอย่างหนักน้อยกว่า การบำบัดแบบการฝึกสมาธิและการผ่อนคลาย (MRT) ในระดับ medium effect size ($F(1,67) = 4.95$, $f = 0.27$) , $p < .05$

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	1.2 การบำบัดแบบการเพิ่มทักษะการสื่อสาร (CST) มีวันของการดื่มอย่างหนักน้อยกว่าการบำบัดแบบให้ความรู้ (ED) ในระดับ medium effect size ($F(1,67) = 4.21, f = 0.25, p < .05$) 2. ใน 12 เดือนหลังการบำบัดพบว่า กลุ่มการบำบัดแบบเผชิญสิ่งเร้า (CET) ร่วมกับการเพิ่มทักษะการสื่อสาร (CST) มีจำนวนการดื่มต่อวันน้อยกว่ากลุ่มที่บำบัดแบบฝึกสมาธิและผ่อนคลาย (MRT) ร่วมกับการบำบัดแบบให้ความรู้ (ED) และการบำบัดแบบการฝึกสมาธิและผ่อนคลาย (MRT) ร่วมกับการบำบัดแบบการเพิ่มการฝึกทักษะการสื่อสาร (CST) [$F(1, 38) = 4.10$ with a medium effect size ($f = 0.33$) $p < .05$]
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	- งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือ ผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาในการดื่มสุรา ควรมีโปรแกรมบำบัดเพื่อส่งเสริมการลดหรือการหยุดดื่มสุรา โดยงานวิจัยนี้เน้นหลักบำบัดแบบ Cognitive – behavioral therapy - งานวิจัยช่วยพยาบาลในการตัดสินใจใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการอยากเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า หรือการบำบัดแบบเผชิญกับสิ่งเร้าร่วมกับการเพิ่มทักษะการสื่อสาร เพื่อส่งเสริมการลดหรือการหยุดดื่มสุรา ในผู้ป่วยติดสุรา - พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำโปรแกรมการจัดการกับอาการอยากเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า และการบำบัดการเพิ่มทักษะการสื่อสาร มาใช้ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยติดสุรา ตามขอบเขตของการพยาบาล - กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติจริงได้ในคลินิก เช่น แบบสัมภาษณ์การดื่มสุรา ใช้ The Timeline Follow-back Interview (TLFB; Sobell & Sobell, 1980) และแบบประเมินการติดสุรา ใช้ The Alcohol Dependence Scale-Revised (ADS-R; Skinner & Allen, 1982) เป็นต้น
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	- งานวิจัยนี้ได้ตีพิมพ์ลงในวารสาร Addiction ปี 2001 - งานวิจัยนี้ได้รับทุน grant number 2R01 AAO7850 and by a postdoctoral training grant (AA07459) from the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	- คุณภาพงานวิจัย 1. ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นถึงตัวแปรที่สำคัญ คือ โปรแกรมการบำบัดมีผลต่อ ผู้ป่วยที่ติดสุรา วัดผลใน 6 และ 12 เดือน 2. มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ การบำบัดผู้ป่วยติดสุรา และเหตุผลในการเลือกการใช้การจัดการกับอาการอยากเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า และการเพิ่มทักษะการสื่อสาร 3. งานวิจัยมีการระบุวัตถุประสงค์ชัดเจน 4. มีการระบุประชากรกลุ่มเป้าหมาย วิธีได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างชัดเจน 5. การออกแบบการวิจัยด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม โดยวิธี Stratified random assignment balanced for baseline cue- elicited urge to drink and salivation. 6. มีการระบุงานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบ Quasi-experimental งานวิจัยนี้ใช้วิธีการลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน คือผู้วิจัยมีผู้ช่วยวิจัยที่ไม่รู้สภาพของความเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 7. งานวิจัยนี้ไม่ได้กล่าวว่าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ ไม่ได้ระบุวิธีการรักษาความลับของผู้ร่วมการวิจัย 8. มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย การสรุปอ้างอิงถึงประชากร ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติและข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัย
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of the Findings) ความรู้ในงานวิจัยมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยในหน่วยงานมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย หน่วยงานในงานวิจัยคล้ายกับหน่วยงานของผู้ศึกษา ซึ่งมีการรับผู้ป่วยติดสุราเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในเหมือนกัน

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ ในการปฏิบัติ (ต่อ)	2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of Implementation) พยาบาลสามารถประยุกต์นำโปรแกรมนี้มาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้แต่ต้องมีการเตรียม หน่วยงาน บุคลากร คือต้องมีการฝึกอบรมผู้นำกลุ่มในการบำบัดแบบการเผชิญสิ่งเร้า (CET) และมีการติดต่อขอใช้เครื่องมือในการบำบัดจากเจ้าของเครื่องมือก่อนที่จะนำมาใช้ มีการประสานงานกับทีมงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการปรับเปลี่ยนแผนการบำบัด เนื่องจากกระบวนการบำบัดต้องใช้เวลาและกำลังคนในการบำบัดแบบกลุ่ม แต่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่น่าพอใจคือลดปริมาณการดื่มและมีความมั่นใจที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่เสี่ยงในการกลับไปดื่มซ้ำ มีความเป็นไปได้ที่หน่วยงานจะสนับสนุน การพัฒนาโปรแกรมนี้ 3.ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost – benefit ratio) - การนำโปรแกรมนี้ไปใช้บำบัดผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ไม่เกิดความเสียดังต่อผู้ป่วย แต่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการอยาก รวมทั้งมีทักษะในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง มีความคุ้มค่าในการช่วยให้ผู้ป่วยหยุดหรือลดการดื่มสุราลงซึ่งจะมีผลดีต่อสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย ทำให้เกิดความพึงพอใจกับผู้ป่วยและญาติ โดยพยาบาลต้องได้รับการฝึกอบรมและฝึกทักษะเรื่องการทำกลุ่มการบำบัดแบบเผชิญสิ่งเร้า เพื่อให้สามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องใช้เวลาในการฝึกจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายในการฝึกและค่าอุปกรณ์ต่างๆ
การสกัดเพื่อนำไปใช้	โปรแกรมการบำบัดแบบการเผชิญสิ่งเร้าเหมาะกับผู้ป่วยติดสุราระดับรุนแรง ซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการถอนพิษสุราแล้ว และดื่มสุรามาภายใน 30 วันก่อนบำบัดรักษา ไม่มีอาการทางกายและอาการจิตกำเริบ ไม่มีแนวความคิดจะทำร้ายตนเอง ไม่ติดฝิ่น ไม่ตั้งครุฑ - เครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ป่วยที่นำมาใช้ ได้แก่ 1. การประเมินปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้ The Timeline Follow-back interview (TLFB)

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อนำไปใช้	2. แบบประเมินการติดสุรา The Alcohol Dependence Scale-revised (ADS-R; Skinner & Allen, 1982) กรอบแนวคิดในการบำบัด - การบำบัดนี้ใช้ทฤษฎี Social learning theory (SLT) models (Abrams & Niaura, 1987; Drummond et al., 1995; Miller et al., 1995) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เชื่อว่าปัจจัยที่ทำบุคคลยังใช้สุรา ประกอบด้วย การขาดทักษะที่จะเผชิญปัญหาและการตอบสนองกับตัวกระตุ้นที่มีความสัมพันธ์ทำให้ดื่มสุรา และการตอบสนองกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงเป็นการเพิ่มตัวกระตุ้นที่จะดื่มสุรา ส่วนทางด้านจิตสังคม พบว่ามีการขาดการใช้ทักษะและการขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะนำมาตั้งเป็นเป้าหมายสำหรับการบำบัด (Abrams & Niaura, 1987; Rohsenow, Monti & Abrams, 1995) - ระยะเวลาในการบำบัด - การจัดการกับอาการอยากเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า และการเพิ่มทักษะการสื่อสารใช้เวลาบำบัด 8 ครั้ง ทำทุกวัน วันละ 60 นาที - กลุ่มการจัดการกับอาการอยากเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า ในกลุ่มนี้จะบอกกับผู้ป่วยว่าการจัดการกับอาการอยากเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า เป็นการทำให้ลดการกลับไปดื่มสุราซ้ำโดยการลดอาการอยากที่จะดื่มในสถานการณ์ที่มีตัวกระตุ้นที่รุนแรงที่ทำให้ดื่มสุรา กลุ่มการจัดการกับอาการอยากเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า จะสอนให้ผู้ป่วยระบุตัวกระตุ้นและให้ผู้ป่วยเปิดเผยออกมาพร้อมทั้ง ให้ฝึกทักษะการจัดการกับอาการอยากในระหว่างที่เล่าถึงตัวกระตุ้นออกมา ขั้นตอนการดำเนินการ แต่ละครั้งจะประกอบด้วย 1. การจัดลำดับตัวกระตุ้น 2. ให้ผู้ป่วยเผชิญกับเครื่องดื่ม (โดยให้ถือแก้วสุรา มองดูและดมกลิ่น) พร้อมกับให้จินตนาการ การใช้ทักษะการจัดการกับอาการอยากหลังจากที่ระดับของอาการอยากขึ้นถึงขีดสูงสุด 3. สอนทักษะการจัดการกับอาการอยาก 4. ให้เผชิญกับเครื่องดื่มซ้ำๆ แล้วให้ใช้ทักษะการจัดการกับอาการอยาก

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	5. ให้จินตนาการถึงอาการอยากดื่มของแต่ละคนพร้อมกับจินตนาการการใช้ทักษะการจัดการกับอาการอยากเมื่ออาการอยากขึ้นถึงขีดสูงสุด 6. ให้จินตนาการซ้ำๆ ได้ตามเวลาที่กำหนด หลังจากที่ตัวกระตุ้นถูกจัดลำดับ เครื่องดื่มก็ยังคงวางอยู่ข้างหน้าผู้ป่วย ตลอดเวลาของแต่ละการบำบัดจนกว่าผู้ป่วยจะบอกว่าอาการอยากลดลงหรือเหลือน้อยที่สุด เมื่อนั้นจึงถือว่าการจัดการกับอาการอยากเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าเสร็จสมบูรณ์ ทักษะการจัดการกับความอยากจะถูกสอน (1 หรือ 2 ทักษะต่อการบำบัด) ได้แก่ - การทำให้ช้าลง (การบอกตัวเองให้รอคอย) - คิดเกี่ยวกับผลทางด้านลบของการดื่มในสถานการณ์นั้นๆ - คิดเกี่ยวกับผลทางด้านบวกของการไม่ดื่ม - การใช้วิธีการจินตนาการเรื่องอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับสารเสพติด เพื่อลดความอยาก (จาก Marlatt & Gordon, 1985) - ใช้วิธีการอื่นๆ ทดแทนการดื่มสุรา - การบอกกับตัวเองว่าสามารถที่จะหยุดดื่มสุราได้ ผู้บำบัดมีหน้าที่ 1. จับเวลาถึงอาการอยากที่มากที่สุดจนเหลือน้อยที่สุดใช้เวลานานเท่าไรในทุกๆ ครั้งของการบำบัด 2. ให้ผู้ป่วยอภิปรายถึงความคิดหวังของตนเองและประสบการณ์ที่ได้รับเป็นอย่างไรหลังจากที่จบการบำบัดแต่ละครั้ง 3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักว่าอาการอยากจะลดลงได้โดยไม่ต้องดื่มสุรา - ผู้บำบัดสามารถใช้การติดตามพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราอย่างสม่ำเสมอทางโทรศัพท์ในช่วง 3 เดือนแรก และนัดมาสัมภาษณ์ในเดือนที่ 6 และเดือนที่ 12 หลังจำหน่าย การวัดผลลัพธ์การบำบัด 1. จำนวนและความถี่ในการดื่มสุรา 2. ตัวกระตุ้นที่มีความสัมพันธ์กับสุรา 3. การตอบสนองกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง 4. การใช้ทักษะในการจัดการกับอาการอยาก

เรื่องที่ 5

ชื่อเรื่อง

A trial of relapse prevention with severely dependent male problem drinkers

ผู้แต่ง

Allsop Sterve, Saunders Bill, Phillips Mike & Carr Adrian.

แหล่งที่พิมพ์

Addiction, 1997, 92(1), 61 – 74

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์งานวิจัย	เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ
ระเบียบวิธีวิจัย	Quasi-experimental การจัดกลุ่มโดยให้ 2 คนแรกเข้ากลุ่ม discussion อีก 2 คนเข้ากลุ่ม no-additional อีก 2 คนต่อมาเข้ากลุ่มการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (Relapse prevention; RP) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีมากกว่า 2 จะคัดเข้ากลุ่มแต่ละกลุ่ม โดยเขียนชื่อของแต่ละคนในกระดาษและจับสลากชื่อ 2 คนแรกให้เข้ากลุ่ม กลุ่มละ 20 คน
ระดับงานวิจัย	โดยใช้การจัดระดับความเข้มแข็งของงานวิจัย ของ Melnyk and Fineout-Overholt (2005) งานวิจัยนี้มีระดับความเข้มแข็งที่ ระดับ 3
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่รับเข้ารักษาตั้งแต่ปี 1984 ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มารับบำบัดที่ Alcohol Treatment Unit (ATU) ในประเทศสก็อตแลนด์ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี 60 คน คุณสมบัติในการเข้ากลุ่ม เป็นเพศชาย อายุมากกว่า 21 ปี แต่ไม่เกิน 60 ปี ได้รับการวินิจฉัยแรกว่าติดสุราและไม่มีอาการทางจิตหรืออาการทางสมอง กลุ่มตัวอย่างมีที่อยู่ที่เป็นหลักแหล่ง มารับการบำบัดพิษสุราเรื้อรังใน 6 เดือนไม่เกิน 1 ครั้ง และได้รับการถอนพิษสุราแล้วอย่างน้อย 10 วัน เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1.เป็นเพศชาย (ขณะที่ศึกษามีผู้ป่วยหญิงประมาณ 10% ใน ATU) 2.อายุมากกว่า 21 ปี แต่ไม่เกิน 60 ปี 3.ได้รับการวินิจฉัยแรกว่าติดสุราและไม่มีอาการทางจิตหรืออาการทางสมอง 4.กลุ่มตัวอย่างมีที่อยู่ที่เป็นหลักแหล่ง 5.ได้รับการถอนพิษสุราแล้วอย่างน้อย 10 วัน

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	สรุป - เป็นเพศชาย - อายุมากกว่า 21 ปี แต่ไม่เกิน 60 ปี - ได้รับการวินิจฉัยเร็วกว่าติดสุรา - ไม่มีอาการทางจิตหรืออาการทางสมอง - ได้รับการถอนพิษสุราแล้วอย่างน้อย 10 วัน
Setting ของงานวิจัย	ในโรงพยาบาล
เครื่องมือที่ใช้วัด	- แบบประเมินการใช้สุราสุราที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาที่เกิดขึ้น ใช้ The Scale of Alcohol-Related Problems พัฒนาโดย Chick และคณะ (1988) เป็นข้อมูลพื้นฐาน การบริโภคสุรา และภาวะสุขภาพ อาชีพ การเงิน ครอบครัวและปัญหาทางกฎหมาย - แบบสอบถามเกี่ยวกับความรุนแรงของการติดสุรา ใช้ The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) ที่นำมาใช้วัดภาวะการติดสุรา - แบบประเมินด้านความคิด ใช้ The Digit Symbol subtest of the Wechsler Adult Intelligence Test (WAIS) เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้แบ่งกลุ่มผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรากับกลุ่มที่ไม่มีปัญหาจากการดื่มสุรา - แบบประเมินสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ใช้ The Relapse Precipitants Inventory (RPI) และ The Inventory of Drinking Situation (IDS) ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะนำมาใช้เพื่อประเมินอาการทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง - แบบประเมินความเชื่อมั่นในตนเอง ใช้ The Situational Confidence Questionnaire (SCQ) นำมาใช้วัดความเชื่อมั่นในตนเองก่อนและหลังการบำบัด - แบบประเมินพฤติกรรมการดื่ม ใช้ The Time – Line (TL) (Sobell et al., 1988) นำมาใช้ประเมินพฤติกรรมการดื่มหลังจากได้รับการบำบัดแล้ว ในงานวิจัยไม่ได้บอกว่าเครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์ได้รับการประเมินคุณภาพ (ความตรง) และ (ความเที่ยง) ด้วยวิธีการอะไร

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด	ผู้เข้าร่วมการบำบัดทุกคนจะได้รับการบำบัดของ ATU ได้แก่ การถอนพิษสุรา กลุ่มสุศึกษาเกี่ยวกับสุรา กลุ่มการอภิปรายปัญหาจากการใช้สุรา เป็นต้น แล้วจึงมาแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง กลุ่ม RP บำบัด 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ต่อเนื่องกัน 2 สัปดาห์ โปรแกรมเป็นการส่งเสริมการแก้ปัญหาตามกรอบแนวคิด motivational interviewing ของ Miller (1983) และ the problem skills training model ของ D'Zurilla & Goldfried (1971) การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (Relapse prevention; RP) การบำบัดมีวัตถุประสงค์ คือ 1. พัฒนา ส่งเสริมและการคงไว้ของสัญญาณที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา 2. ช่วยให้ผู้เข้าร่วมอย่างแต่ละคนระบุสิ่งที่ทำให้กลับไปใช้สุราหรือสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง 3. พัฒนาทักษะเพื่อจัดการกับสิ่งที่ทำให้กลับไปใช้สุราตลอดจนการฝึกบทบาทสมมติและการรับมือกับสถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้กลับไปใช้สุรา และสถานการณ์ที่จะเป็นปัญหาที่จะเกิดในชีวิตจริง 4. การเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองเพื่อที่จะตอบสนองกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงและการกลับไปใช้ใหม่ ส่งเสริมการยอมรับในการกลับไปดื่มเป็นครั้งคราว ว่าไม่ได้ทำให้เกิดการกลับไปดื่มซ้ำอย่างถาวร และเรียนรู้กลยุทธ์ที่ให้เพื่อป้องกัน “full blown” การกลับไปดื่มซ้ำ ผู้เข้าร่วมการบำบัดทุกคนจะได้รับสมุดคู่มือที่ใช้บันทึกวิธีการของตนเองที่ทำให้ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เพื่อให้แต่ละคนมีการจดบันทึกประเด็นต่างๆเพื่อช่วยเตือนความจำ การใช้ทักษะหรือประสบการณ์ต่างๆของตนเองที่อยู่บนพื้นฐานของการฝึกทักษะการแก้ปัญหา ประกอบด้วย การให้คำแนะนำ การทำให้ดูเป็นตัวอย่าง และบทบาทสมมติ มีการให้การบ้านเพื่อนำเทคนิคที่ได้ลองไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์นอกการบำบัด และในการบำบัดครั้งที่ 7 จะมีการให้ผู้เข้าร่วมการบำบัดเผชิญกับสถานการณ์ที่ท้าทายที่จะพบได้ในสถานการณ์ที่มีอยู่ในชีวิตจริง

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	กลุ่มอภิปราย (Discussion group) ทำ 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ต่อเนื่องกัน 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนี้จะถูกส่งเสริมให้พูดและพัฒนาสัญญาณที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง การส่งเสริมประสบการณ์ในการแก้ปัญหาจะใช้ตามรูปแบบของกลุ่ม RP (เช่น การมุ่งไปที่สัญญาณเตือน สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง) แต่จะไม่อภิปรายกันถึงกลยุทธ์ที่กลุ่มตัวอย่างเคยใช้ในอดีต และที่อาจจะใช้ในอนาคต นำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน กลุ่มที่ไม่มีการเพิ่มการบำบัด (No-additional treatment control group) ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มนี้ จะไม่ได้มีส่วนร่วมอย่างหนึ่งอย่างใดในกลุ่มแต่จะมีส่วนร่วมในขบวนการบำบัดตามปกติของ ATU ได้แก่ ถอนพิษสุรา กลุ่มให้ความรู้เรื่องสุรา อภิปรายปัญหาที่เกิดจากสุรา เป็นต้น
ผลการวิจัย	ผลของโปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ 1. อัตราความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Efficacy Ratings) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มบำบัดป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (RP) แต่ละกลุ่มควบคุม (No-additional control) มีคะแนนความเชื่อมั่นในตนเอง หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่ม discussion อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่ม RP มีคะแนนแตกต่างกับกลุ่มควบคุม (No-additional) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) (ใช้สถิติ Duncan multiply comparison test) ซึ่งผู้วิจัยให้ข้อคิดเห็นที่ผลเป็นเช่นนี้ อาจเนื่องมาจาก จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการทดลองมีจำนวนน้อย จึงมีข้อจำกัดในเชิงสถิติ (limit statistical power) 2. จำนวนวันของการเริ่มใช้สุรา (Lapse) หลังออกจากการบำบัด (median time to lapse) พบว่ากลุ่ม RP, discussion group และ No-additional treatment เริ่มดื่มสุราใน 107, 31 และ 25 วัน หลังการบำบัด ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{long-rank } X^2 = 6.92, df = 2, p < 0.04$) และจำนวนวันของการ relapse เท่ากับ 189, 51.5 และ 26.5 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{long-rank } X^2 = 7.34, df = 2, p < 0.03$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่ม RP ลดอัตราการ lapse และ relapse ได้ดีกว่ากลุ่ม discussion และกลุ่ม No-additional treatment

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	3. กลุ่มบำบัดป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (RP) มีอัตราการไม่กลับไปดื่มสุรามากกว่ากลุ่ม discussion และกลุ่ม No-additional treatment กล่าวคือร้อยละ 40, ร้อยละ 5 และร้อยละ 5 ซึ่งต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทดสอบด้วย Fisher Exact Test, $p < 0.01$
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	- งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ที่ต้องการแก้ไข คือการส่งเสริมการหยุดดื่มสุรา หรือลดการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา โดยงานวิจัยนี้เน้นหลักการบำบัดแบบ Cognitive – behavioural therapy - งานวิจัยนี้มีการทดสอบสมมุติฐานที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข - พยาบาลสามารถนำนวัตกรรมมาประยุกต์ใช้ได้ตามขอบเขตของการพยาบาล - กระบวนการเก็บข้อมูล สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติจริงได้ในคลินิก เช่น - แบบสอบถามเกี่ยวกับความรุนแรงของการติดสุรา ใช้ The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) ที่นำมาใช้วัดภาวะการติดสุรา - แบบประเมินพฤติกรรมการดื่ม ใช้ The Time – Line (TL) (Sobell et al., 1988) นำมาใช้ประเมินพฤติกรรมการดื่มหลังจากได้รับการบำบัดแล้ว - แบบประเมินความเชื่อมั่นในตนเองใช้ The Situational Confidence Questionnaire (SCQ) นำมาใช้วัดความเชื่อมั่นในตนเองก่อน-หลังการบำบัด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	-งานวิจัยนี้ได้ตีพิมพ์ลงในวารสาร Addiction - งานวิจัยได้รับเงินสนับสนุนจาก The Alcohol Education and Research Council, London. คุณภาพงานวิจัย 1. ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษา ตัวแปรที่สำคัญในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างของการวิจัย 2. งานวิจัยได้ระบุปัญหา และเหตุผลที่ต้องทำการวิจัยอย่างชัดเจน 3. มีการระบุกรอบทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย คือการใช้ทฤษฎี Cognitive – behavioral therapy

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	4. มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย และสมมุติฐานการวิจัยอย่างชัดเจน 5. มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง ที่สนับสนุนสมมุติฐานการวิจัย เป็นวรรณกรรมที่ทันสมัย 6. มีการระบุประชากรเป้าหมาย วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างมีความพอเพียง โดยผู้วิจัยได้ระบุจำนวนผู้ร่วมการบำบัดก่อนการให้การบำบัด 7. มีการระบุงานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบ Quasi-experimental งานวิจัยนี้ใช้วิธีการลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน คือผู้วิจัยมีผู้ช่วยวิจัยที่ไม่รู้สภาพของความเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 8. งานวิจัยนี้ไม่ได้กล่าวว่าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ ไม่ได้ระบุวิธีการรักษาความลับของผู้ร่วมการวิจัย 9. มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย การสรุปอ้างอิงถึงประชากรและข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติและข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัย
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1.การเทียบความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of the Findings) ความรู้ในงานวิจัยมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยในหน่วยงานมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย หน่วยงานในงานวิจัยคล้ายกับหน่วยงานของผู้ศึกษา ซึ่งมีการรับผู้ป่วยติดสุราเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในเหมือนกัน 2.ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of Implementation) พยาบาลสามารถประยุกต์นำโปรแกรมนี้มาประยุกต์ใช้ ในหน่วยงานได้แต่ต้องมีการเตรียม หน่วยงาน บุคลากร คือต้องมีการฝึกอบรมผู้นำกลุ่มในการบำบัด มีการประสานงานกับทีมงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการปรับเปลี่ยนแผนการบำบัด เนื่องจากกระบวนการบำบัดต้องใช้เวลาและกำลังคนในการบำบัดแบบกลุ่ม แต่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่น่าพอใจคือลดปริมาณการดื่มและมีความมั่นใจที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่เสี่ยงในการกลับไปดื่มซ้ำ มีความเป็นไปได้ที่หน่วยงานจะสนับสนุน การพัฒนาโปรแกรมนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ(ต่อ)	3.ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost – benefit ratio) การนำโปรแกรมนี้ไปใช้บำบัดผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในไม่เกิดความเลื่อมต่อผู้ป่วย แต่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการอยาก รวมทั้งมีทักษะในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง มีความคุ้มค่าในการช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง มีระยะเวลาที่นานกว่าของการกลับไปดื่มครั้งแรก การกลับไปดื่มซ้ำ และสามารถหยุดดื่มสุราโดยสิ้นเชิงมากกว่า 6 เดือนที่ติดตาม ซึ่งจะมีผลดีต่อสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย ทำให้เกิดความพึงพอใจกับผู้ป่วยและญาติ โดยพยาบาลต้องได้รับการฝึกอบรมและฝึกทักษะเรื่องการทำกลุ่ม เพื่อให้สามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องใช้เวลาในการฝึก จำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายในการฝึกและค่าอุปกรณ์ต่างๆ
การสกัดเพื่อนำไปใช้	- โปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ เหมาะกับผู้ป่วยติดสุรา ซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน เพศชาย อายุมากกว่า 21 ปี แต่ไม่เกิน 60 ปี ได้รับการวินิจฉัยเร็วกว่าติดสุรา ไม่มีอาการทางจิตหรืออาการทางสมอง ได้รับการถอนพิษสุราแล้วอย่างน้อย 10 วัน - เครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ป่วยที่นำมาใช้ ได้แก่ 1.แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา ใช้ The Time –Line (TL) นำมาใช้ประเมินพฤติกรรมการดื่มหลังจากได้รับการบำบัดแล้ว 2.แบบสอบถามเกี่ยวกับความรุนแรงของการติดสุรา ใช้ The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) ที่นำมาใช้วัดภาวะการติดสุรา 3. แบบประเมินความเชื่อมั่นในตนเองใช้ The Situational Confidence Questionnaire (SCQ) นำมาใช้วัดความเชื่อมั่นในตนเองก่อน-หลังการบำบัด กรอบแนวคิดในการบำบัด - การบำบัดได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎี Cognitive – behavioral therapy เป็น การส่งเสริมการแก้ปัญหาตามกรอบแนวคิด motivational interviewing ของ Miller (1983) ซึ่งมีการอธิบายและทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่นำไปสู่การดื่มสุรา การใช้ทักษะหรือประสบการณ์ต่างๆที่อยู่บนพื้นฐานของการฝึกทักษะการแก้ปัญหา ประกอบด้วย การให้คำแนะนำแบบจำลอง และบทบาทสมมุติ มีการให้การบ้านเพื่อนำเทคนิคที่ได้ลองไป

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ประยุกต์ใช้ในสถานการณ์นอกการบำบัด - ระยะเวลาในการบำบัด โปรแกรมการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ นำไปใช้กับผู้ป่วยติดสุราได้ บำบัด 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ต่อเนื่องกัน 2 สัปดาห์ กลุ่ม RP มีวัตถุประสงค์ คือ 1. เพื่อพัฒนา ส่งเสริมและการคงไว้ของสัญญาณที่จะเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดื่มสุรา 2. เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนระบุสิ่งที่ทำให้กลับไปใช้สุราซ้ำ หรือสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง 3. เพื่อพัฒนาทักษะการจัดการกับสิ่งที่ทำให้กลับไปใช้สุราซ้ำ ตลอดจนการฝึกบทบาทสมมติและการรับมือกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาที่จะเกิดขึ้นในชีวิตจริง 4. เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองเพื่อที่จะตอบสนองกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงและการกลับไปใช้ในระยะแรกๆ 5. ส่งเสริมการยอมรับในการกลับไปดื่มเป็นครั้งคราว ว่าไม่ได้ทำให้เกิดการกลับไปดื่มซ้ำอย่างถาวรและกลยุทธ์ที่ให้เพื่อป้องกัน “Full blown” การกลับไปดื่มซ้ำอย่างถาวร กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับหนังสือคู่มือความสำเร็จด้วยตนเอง ให้เก็บไว้เพื่อบันทึกข้อมูลที่ตรงกับประเด็นของแต่ละคนเพื่อช่วยในเรื่องการเตือนความจำของวิธีการปฏิบัติต่างๆ และในการบำบัดครั้งที่ 7 ผู้ป่วยแต่ละคนจะถูกดึงเข้าไปสู่สถานการณ์ที่ล่อใจเพื่อให้เกิดการทำหาย แต่ไม่รุนแรง จะเป็นสถานการณ์เสี่ยงสูงในชีวิตจริง ซึ่งอาจจะนำไปสู่การใช้สุรา - พยาบาลสามารถใช้การติดตามพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราอย่างสม่ำเสมอทางโทรศัพท์หรือการใช้ไปรษณียบัตรและการนัดมาสัมภาษณ์ ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายเล็กน้อย การวัดผลลัพธ์การบำบัด 1. อัตราความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy ratings) 2. พฤติกรรมการดื่มสุราที่ติดตามใน 6 และ 12 เดือน

ภาคผนวก ง

แบบประเมินการวัดระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale) ((ครุณี ภูเขา, 2545)

อาการ	ลักษณะเฉพาะอาการ	คะแนน
1. เหงื่อออก	0 ไม่มีเหงื่อออก 1. ฝ่ามือชื้นเหงื่อ 2. ฝ่ามือชื้นและมีเม็ดเหงื่อ เช่น บนใบหน้า หน้าอก 3. ร่างกายชื้นทั้งตัวจากเหงื่อ 4. เหงื่อมากจนเสื้อผ้า ฝ่ามือที่นอนเปียกเหงื่อ	
2. อาการสั่น	0 ไม่มีอาการสั่นเลย 1. มือสั่น เวลาอยู่ในท่าต่างๆ เท่านั้น เช่น เวลาจะไปหยิบของ 2. มือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา 3. มือสั่นมากอย่างเห็นได้ชัดตลอดเวลา	
3. วิดกกังวล	0 สงบไม่มีความวิตกกังวลเลย 1. อยู่ไม่สุข 2. หวาดหวั่นและตกใจง่าย 3. วิตกกังวลและหวาดกลัวอย่างที่สงบนิ่ง 4. วิตกกังวลมากควบคุมไม่ได้ รวมทั้งตกใจอย่างรุนแรง (Panic attack)	
4. กระสับกระส่าย	0 พฤติกรรมปกติไม่มีกระสับกระส่าย 1. อยู่ไม่นิ่ง หงุดหงิด 2. กระสับกระส่ายยับตัวไปมา ผิดลุกผุดนั่งยากที่จะให้นอนพักได้ 3. ตื่นเต้นมากยับตัวไปมาบ่อยครั้ง เคลื่อนไหวไม่มีเหตุผลชักชวนให้นอนได้ในเวลาสั้นๆ อยู่หนึ่งไม่ได้เคลื่อนไหวรวดเร็วตลอดเวลา	
5. อุณหภูมิได้ร้	0 อุณหภูมิ 37.0 C หรือต่ำกว่า 1. อุณหภูมิ 37.1 C – 37.5 C 2. อุณหภูมิ 37.6 C – 38 C 3. อุณหภูมิ 38.1 C – 38.5 C 4. อุณหภูมิ 38.5 C	
6. ความคิดปกคิของการรับรู้	0 ไม่มีอาการประสาทหลอน 1. มีกรมองเห็นหรือได้ยินสิ่งต่างๆ บิดเบือนเป็นครั้งคราวทราบดีว่าสิ่งเหล่านั้นไม่เป็นความจริง 2. มีประสาทหลอนชัดเจนแต่จะเกิดเฉพาะกับสิ่งของหรือเหตุการณ์บางอย่างเป็นบางเวลาสั้นๆ แนะนำได้ง่าว่าสิ่งที่รับรู้เป็นเพียงจินตนาการ 3. ประสาทหลอนชัดเจน จำเพาะคล้ายข้อ 2 แต่ไม่สามารถสอดคล้องได้ว่าเป็นจินตนาการ 4. ประสาทหลอนมากไม่สามารถติดต่อกับโลกความจริงได้อย่างสมเหตุสมผล	
7. การรับรู้เวลา/สถานที่/บุคคล	0 การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคลปกติ 1. การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคลดี แต่มีปัญหาในการรับรู้เวลา 2. การรับรู้บุคคลดี มีการรับรู้สถานที่และเวลาเสียบ้าง 3. การรับรู้บุคคลเป็นบางคน ไม่สามารถรับรู้สถานที่และเวลา 4. ไม่สามารถรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล ไม่รู้ว่าตนเองอยู่ที่ไหน คนรอบข้าง และเวลา	
คะแนนรวม		

ภาคผนวก จ

แบบประเมิน Thai Mental State Examination (TMSE) (กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ศิริราช, 2536)

1. ORIENTATION (6 คะแนน)

คะแนน

- (1) วันนี้ วันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัสฯ ฯลฯ)
- (1) วันนี้ วันที่เท่าไร
- (1) เดือนนี้ เดือนอะไร
- (1) ขณะนี้เป็นช่วง (ตอน) ไหนของวัน (เช้า เย็น บ่าย เย็น)
- (1) ที่นี้ที่ไหน (บริเวณที่ตรวจ)
- (1) คนที่เห็นในภาพนี้มีอาชีพอะไร (ภาพอยู่ด้านหลัง)

2. REGISTRATION (3 คะแนน)

(3) ผู้ทดสอบบอกชื่อของ 3 อย่าง โดยพูดห่างกัน ครั้งละ 1 วินาที (ต้นไม้ รอยนตร์ มือ) เพียงครั้งเดียว แล้วให้ผู้ถูกทดสอบบอกให้ครบตามที่ผู้ทดสอบบอกในครั้งแรกให้ 1 คะแนน ในแต่ละคำตอบที่ตอบถูก
หมายเหตุ หลังจากให้คะแนนแล้วให้บอกจำนวนผู้ถูกทดสอบจำได้ทั้ง 3 อย่าง และบอกให้ผู้ทดสอบทราบว่าจะกลับมาถามใหม่

4. CALCULATION (3 คะแนน)

ให้คำนวณ 100-7 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง (ให้ 1 คะแนน ในแต่ละครั้งที่ตอบถูกใช้เวลาคิดในแต่ละช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาที หลังจากจบคำถาม)

- (1) 100 - 7
- (1) - 7
- (1) - 7

5. LANGUAGE (10 คะแนน)

- (1) ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือ แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (นาฬิกา)
- (1) ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อของตนเองแล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (เสื้อ, ผ้า)
- (1) ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า จงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี แล้วจำไว้ จากนั้นให้พูดตาม “ชายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด”
จงทำตามคำสั่งต่อไปนี้ (มี 3 ขั้นตอนคำสั่ง) ให้ผู้ทดสอบพูดออกไปให้ครบประโยคทั้ง 3 ขั้นตอน ให้คะแนนขั้นตอนละ 1 คะแนน
- (1) หยิบกระดาษด้วยมือขวา
- (1) พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น
- (1) แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ
- (1) ให้ผู้ทดสอบอ่านแล้วทำตาม “หลับตา” (ข้อความอยู่ด้านหลัง)
- (1) ให้วาดภาพให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุด เท่าที่ท่านจะสามารถทำได้ (ภาพอยู่ด้านหลังและให้ผู้ถูกทดสอบดูตัวอย่างตลอดเวลาที่วาด)
- (1) กล้วยกับส้มเหมือนกันคือเป็นผลไม้
แมวกับสุนัขเหมือนกันคือ (เป็นสัตว์, เป็นสิ่งมีชีวิต)

คะแนนรวม

ผู้ตรวจ

หมายเหตุ กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง สารศิริราช ปีที่ 45 ฉบับที่ 6 มิถุนายน 2536 (359-374)

ภาคผนวก จ

แบบประเมินระดับการติดสุรา ใช้ The Severity Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ-C) Community version (ครุณี ภูขาว, 2545)

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีจำนวนทั้งหมด 5 หน้า ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 25 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย ตอน ก. มีข้อคำถามทั้งหมดเป็นจำนวน 5 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับประสบการณ์ของท่านซึ่งเกี่ยวกับการควบคุมปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ตอน ข. ข้อคำถามทั้งหมดเป็นจำนวน 16 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับตัวท่านในเช้าวันรุ่งขึ้นถัดจากวันที่ท่านได้ดื่มแอลกอฮอล์ และถามเกี่ยวกับปริมาณของแอลกอฮอล์ที่ท่านได้ดื่มในครั้งหนึ่งๆ

ตอน ก. ข้อคำถามทั้งหมดเป็นจำนวน 4 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับอาการอยากที่จะดื่มแอลกอฮอล์ที่อาจเกิดขึ้นกับท่านภายหลังจากที่ท่านได้หยุดการดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลาหนึ่ง

ในช่วงรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีอาการมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ชนิดต่างๆบ้างหรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐

ถ้าท่านตอบว่าใช่ โปรดตอบข้อคำถามในแบบสอบถามนี้โดยการขีดเครื่องหมายถูก (/) ลงในช่อง ☐ หน้าคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน ถ้าท่านตอบว่าไม่ใช่ โปรดหยุดการทำแบบสอบถามชุดนี้

ตอน ก. โปรดระบุความถี่ของเหตุการณ์ต่อไปนี้ที่เกิดขึ้นกับท่านในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

1. ฉันรู้สึกอยากที่จะดื่มแอลกอฮอล์อีก ภายหลังจากที่ได้ดื่มไปแล้วเป็นจำนวน 1-2 ดื่มมาตรฐาน (เบียร์สิงห์, กลอสเตอร์, คาร์ล เบิร์กส์ 1-2 กระป๋อง เหล้า 1 เป๊ก, ไวน์ 1-2 แก้ว)

☐ ไม่เคยหรือเกือบจะไม่เคยเลย ☐ บางครั้ง ☐ บ่อยๆ ☐ เกือบจะทุกครั้ง ☐

2. ภายหลังจากที่ฉันได้ดื่มแอลกอฮอล์ไปแล้วเป็นจำนวน 2 หรือ 3 ดื่มมาตรฐาน ฉันสามารถที่จะหยุดดื่ม ได้ถ้าฉันมีสิ่งอื่นๆที่จะต้องกระทำ

☐ ไม่เคยหรือเกือบจะไม่เคยเลย ☐ บางครั้ง ☐ บ่อยๆ ☐ เกือบจะทุกครั้ง ☐

ตอน ข. โปรดระบุความถี่ของเหตุการณ์ต่อไปนี้ที่เกิดขึ้นกับท่านในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

โปรดใช้ข้อความต่อไปนี้ในการตอบคำถามข้อ 1-12 ซึ่งข้อคำถามทั้ง 12 ข้อดังกล่าวเป็นการถามถึงเหตุการณ์ต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับท่านในเช้าวันรุ่งขึ้นถัดจากวันที่ท่านได้ดื่มแอลกอฮอล์

“ในเช้าวันรุ่งขึ้นถัดจากวันที่ฉันได้ดื่มแอลกอฮอล์.....”

1. ฉันตื่นนอนขึ้นมาด้วยอาการเหนียวเหนอะหนะตัวเนื่องจากมีเหงื่อออกมาก

☐ ไม่เคยหรือเกือบจะไม่เคยเลย ☐ บางครั้ง ☐ บ่อยๆ ☐ เกือบจะทุกครั้ง ☐

2. ฉันสังเกตเห็นว่ามีอาการสั่น

☐ ไม่เคยหรือเกือบจะไม่เคยเลย ☐ บางครั้ง ☐ บ่อยๆ ☐ เกือบจะทุกครั้ง ☐

ตอน ค. โปรดใช้สถานการณ์สมมติต่อไปนี้ในการตอบคำถามข้อ 17-20

ในช่วงเวลา 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านแทบจะไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์เลย แต่ หลังจากนั้นคุณได้ดื่มแอลกอฮอล์เป็นปริมาณที่มากเป็นเวลา 2 วันติดต่อกัน คุณรู้สึกอย่างไรในตอนเช้าของวันรุ่งขึ้นถัดจาก 2 วันที่ได้ดื่มอย่างหนัก

1. ฉันเริ่มมีอาการเหงื่อออก ☐ ไม่พบ ☐ เล็กน้อย ☐ ปานกลาง ☐ ก่อนข้างมาก ☐

2. มีอาการสั่นเกิดอาการสั่น ☐ ไม่พบ ☐ เล็กน้อย ☐ ปานกลาง ☐ ก่อนข้างมาก ☐

ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (Timeline Follow Back Interview; TLFB) เป็นแบบสอบถามข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับการวัดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ตอบแบบสอบถามในแต่ละวันภายในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 4 เดือน (ครุณี ภูขาว, 2545)

วัน (วัน เดือน ปี)	จันทร์ (.....)	อังคาร (.....)	พุธ (.....)	พฤหัสบดี (.....)	ศุกร์ (.....)	เสาร์ (.....)	อาทิตย์ (.....)
เหตุการณ์ที่ เกิดขึ้นในวันนี้							
จำนวนที่ดื่มใน วันนี้							
วัน (วัน เดือน ปี)	จันทร์ (.....)	อังคาร (.....)	พุธ (.....)	พฤหัสบดี (.....)	ศุกร์ (.....)	เสาร์ (.....)	อาทิตย์ (.....)
เหตุการณ์ที่ เกิดขึ้นในวันนี้							
จำนวนที่ดื่มใน วันนี้							
วัน (วัน เดือน ปี)	จันทร์ (.....)	อังคาร (.....)	พุธ (.....)	พฤหัสบดี (.....)	ศุกร์ (.....)	เสาร์ (.....)	อาทิตย์ (.....)
เหตุการณ์ที่ เกิดขึ้นในวันนี้							
จำนวนที่ดื่มใน วันนี้							

ภาคผนวก ข

แบบประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมการบำบัด (กรณี ภูขาว, 2545)

คำชี้แจง: เป็นการสอบถามระดับความพึงพอใจของท่าน ซึ่งคำถามทั้งหมดจะเป็นทั้งแบบมีตัวเลือกให้ท่านเลือก และเป็นแบบบรรยาย มี 5 ข้อ

1. โปรดระบุระดับคุณภาพของกลุ่ม

ไม่พอใจ 1 2 3 4 5 6 7 พอใจมาก

2. กลุ่มที่ท่านได้รับตรงกับความต้องการของท่านหรือไม่

ไม่ตรง 1 2 3 4 5 6 7 ตรงมาก

3. โปรดระบุสาเหตุที่ท่านไม่แนะนำโปรแกรมนี้ให้กับเพื่อนๆ หรือนุคคลอื่นๆ ซึ่งมีความสนใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. ท่านประทับใจอะไรในการร่วมกลุ่มครั้งนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ฅ

แบบประเมินอาการอยาก The Alcohol Craving Questionnaire- Revised Version (ACQ-R)

Please indicate how much you agree or disagree with each of the following statements by placing a cross (X) along each line between STRONGLY DISAGREE and STRONGLY AGREE. The closer you place your cross to one end or the other indicates the strength of your disagreement or agreement. Please complete every item. We are interested in how you are thinking or feeling *right now* as you are filling out the questionnaire. (Raabe, Grusser, Wessa, Podschus & Flor, 2005)

1. If there was alcohol right here in front of me, it would be hard not to use it

STRONGLY DISAGREE _ : _ : _ : _ : _ STRONGLY AGREE

2. I would feel better if I could drink

STRONGLY DISAGREE _ : _ : _ : _ : _ STRONGLY AGREE

3. If I had the chance to use alcohol, I think I would drink

STRONGLY DISAGREE _ : _ : _ : _ : _ STRONGLY AGREE

13. I want to drink so bad I can almost taste it

STRONGLY DISAGREE _ : _ : _ : _ : _ STRONGLY AGREE

14. Nothing would be better than drinking right now

STRONGLY DISAGREE _ : _ : _ : _ : _ STRONGLY AGREE

19. I am thinking of ways to get alcohol

STRONGLY DISAGREE _ : _ : _ : _ : _ STRONGLY AGREE

20. All I want to do right now is drink

STRONGLY DISAGREE _ : _ : _ : _ : _ STRONGLY AGREE

29. Drinking would put me in a better mood

STRONGLY DISAGREE _ : _ : _ : _ : _ STRONGLY AGREE

30. My desire to drink seems overpowering

STRONGLY DISAGREE _ : _ : _ : _ : _ STRONGLY AGREE

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ-สกุล	พรรณนิภา แสนปัญญา
วัน เดือน ปีเกิด	15 กุมภาพันธ์ 2513
สถานที่เกิด	จังหวัดสุพรรณบุรี
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนิจกรรัช จ. ราชบุรี 2541 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551 พยม. สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
สถานที่ทำงาน	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ 23 หมู่ 8 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 แขวงทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา กรุงเทพฯ 10170 โทรศัพท์ 02 – 8899066 อีเมล: panni_oon@yahoo.com
ที่บ้าน	115 หมู่ 2 ต. มะขามล้ม อ. บางปลาม้า จ. สุพรรณบุรี 72150 มือถือ 086 - 9824253