

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดสุรา เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและสังคมไทยในปัจจุบัน ซึ่งมีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่กฎหมายและสังคมยอมรับ จึงมีการบริโภคสุราเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ประกอบกับความทันสมัยของเทคโนโลยีและสารสนเทศ ทำให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบที่รวดเร็วมากขึ้น นโยบายการเปิดตลาดการผลิตและการค้าอย่างเสรี การโฆษณา เพื่อให้ผู้บริโภคและเชื่อว่า สุราคือสัญลักษณ์ของความทันสมัย จากรายงานขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่าสุราเป็นสารเสพติดที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของประชาชนได้มากกว่าสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย (World Health Organization [WHO], 2005b) การดื่มสุราในประชากรไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี สำหรับประเทศไทยจากรายงานของกรมสุขภาพจิตพบว่า ในปี พ.ศ.2540-2544 ประชากรไทยมีการบริโภคเครื่องดื่มที่มีสุราเพิ่มขึ้นจากเฉลี่ยคนละ 36.4 ลิตรต่อคนเพิ่มเป็น 41.6 ลิตรต่อคน (กรมสุขภาพจิต, 2545ก) จากการศึกษาของพรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณนา อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, และ อัจฉรา จรัสสิงห์ (2547) พบว่า ความชุกของปัญหาจากสุราร้อยละ 28.5 และจากการสำรวจทางระบาดวิทยาของโรคจิตเวชและโรคจากการดื่มสุราของกรมสุขภาพจิต พ.ศ.2546 พบว่าการดื่มสุราและความผิดปกติจากการดื่มสุรามีอัตราสูงขึ้นอย่างมากในปัจจุบัน (กรมสุขภาพจิต, 2546)

การดื่มสุราส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดื่มทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ กล่าวคือ ผลกระทบด้านร่างกาย สุราส่งผลกระทบต่อระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ภาวะอาหาร และมีผลต่อดับอ่อน หัวใจ ปอด และตับ ผู้ที่ดื่มสุราในปริมาณมากสามารถเกิดอาการทางจิตได้เป็นระยะๆ (periodic psychosis) เกิดภาวะขาดน้ำตาลในเลือดได้เอง (spontaneous hypoglycemia) และเกิดโรคตับแข็ง (liver cirrhosis) (Robert, Leon, Byron, & Arther, 1995) ผลกระทบด้านจิตใจ จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่า ประชากร 58.3 ล้านคนเป็นผู้ที่ไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ และในจำนวนนี้มีร้อยละ 40 มีอาการทางโรคจิตโรคประสาทจากการบริโภคสุราเพิ่มขึ้น และดื่มมากจนทำให้เกิดปัญหาทางจิตเวชเพิ่มขึ้นด้วย (World Health Organization [WHO], 2005b) รวมไปถึงผลการศึกษาความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติด

สุราของ ปรีทรรศ ศิลปะกิจ, วนิตา พุ่มไพศาลชัย และ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2542) พบว่า ผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ติดสุราร้อยละ 51.20 มีความเครียดอยู่ในระดับสูงและรุนแรง ร้อยละ 11.30 มีอาการซึมเศร้า และร้อยละ 11.9 มีความคิดอยากฆ่าผู้อื่น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสีห์ วิศุตรรัตน์ (2542) พบว่า การติดสุราเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ผลกระทบด้านครอบครัว พบว่า ครอบครัวที่มีสมาชิกติดสุราจะมีผลกระทบต่อสมาชิกอื่นในครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากผู้ดื่มสุราบางรายดื่มจนขาดสติ อาจมีพฤติกรรมรุนแรง ไม่สามารถควบคุมได้ก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาทในครอบครัว เกิดความรุนแรงและหย่าร้าง (Gelder, Mayou, & Comen, 1996) จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ มุลนิธิเพื่อนหญิง (2546) พบว่าค่าใช้จ่ายในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในครอบครัวที่ดื่มสุราสูงเฉลี่ยวันละ 100-300 บาท เมื่อพิจารณาจากจำนวนผู้ดื่มสุราขั้นต่ำจำนวน 13 ล้านคน พบว่าเสียค่าใช้จ่ายถึง 4.68 หมื่นล้านบาทต่อปี บางรายการดื่มสุราทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ต้องออกจากงาน ไม่มีงานทำ ขาดรายได้จนเจือครอบครัว ซึ่งส่งผลถึงปัญหาเศรษฐกิจของตนเองและครอบครัว นอกจากนี้ยังมีผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ กล่าวคือ สุราทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตพยาบาลมนุษย์ เนื่องจากผู้ที่ติดสุราส่วนใหญ่เป็นผู้ชายวัยทำงาน ทำให้ผลผลิตลดลง เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศ และรัฐต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเกี่ยวกับสุราสูงถึง 2,500 ล้านบาทต่อปี (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544) จากสถิติพบว่า ผู้ดื่มสุรามีระดับสุราในเลือดสูงกว่า 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะทำให้จำนวนอุบัติเหตุสูงขึ้น เพราะสุรามีผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยจะทำให้การตอบสนองต่อสิ่งเร้าช้าลง การตัดสินใจช้าลง การคาดคะเนระยะทางผิดพลาด ประสิทธิภาพการเห็นและการได้ยินลดลงทำให้เกิดอุบัติเหตุต่างๆ ทั้งการจราจรบนท้องถนนและการทำงาน (อิสระ เจียวิริยบุญญา, ชาญชัย ชงพานิช, และ จันทร์เพ็ง มุลศรี (2546)

ในปัจจุบันมีการส่งเสริมให้ผลิตสุราในหมู่บ้านที่เรียกกันว่า “สุราเสรี” จึงทำให้เกิดการบริโภคสุราเพิ่มขึ้น ซึ่งจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (กรมสุขภาพจิต, 2547) พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปมีสถิติแนวโน้มในการดื่มสุราเพิ่มขึ้น เนื่องจากหาซื้อง่าย ราคาถูกและเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย นอกจากนี้ยังมีการดื่มสุราที่ผิดกฎหมายที่เรียกกันว่า “เหล้าเถื่อน” ซึ่งพบว่ามียาเสพติดที่มีพิษอื่นๆปลอมปนอยู่ในสุราเถื่อน ทำให้ผู้ดื่มสุราได้รับอันตรายโดยตรงจากสุราและจากวัตถุที่มีพิษ ทำให้เกิดอาการทางร่างกายอย่างรุนแรง เช่นปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อวัยวะภายในร่างกาย ได้แก่ ปอด ไตถูกทำลาย ทำให้หายใจไม่ออกและเสียชีวิตในที่สุด (จารุวรรณ วิริยะหิรัญไพบูลย์, 2537) นอกจากนี้ผู้ที่ดื่มสุรานานๆทำให้เกิดโรคพิษสุราเรื้อรัง และเป็นโรคจิตจากสุราโดยมีความผิดปกติของพฤติกรรมหรือจิตใจในขณะมีเมเมา เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว พุดไม่ชัด การทรงตัวเสีย เดินเซ ความจำเสีย หรือหมดสติ และอาจมีอาการ

ขาดสุรา (alcohol withdrawal) เช่น ประสาทหลอน (hallucinations) หรือแปลสิ่งเร้าผิด (illusion) เป็นต้น(สมภพ เรื่องตระกูล,2544) ทำให้ต้องทนอยู่กับความทุกข์ทรมานซึ่งองค์การอนามัยโลก เรียกว่า การสูญเสียปีสุขภาวะหรือ DALYs ( Disability Adjusted Life Years) โดยพบว่า การตาย และความพิการทั่วโลกเกิดจากการบริโภคสุรามีประมาณร้อยละ 4 ซึ่งมากกว่ายาเสพติดถึง 5 เท่า (ยงยุทธ ขจรธรรม และบังอร ฤทธิภักดี, 2547) อีกทั้งการติดสุราและโรคพิษสุราเรื้อรังยังเป็นอันดับที่ 11 ของการสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทย (กรมสุขภาพจิต, 2545ข) นอกจากนี้ถ้าผู้เสพติดสุรายังมีการใช้สุราอยู่เรื่อยๆ จะทำให้เกิดโรคจิตจากสุรา(alcohol psychotic disorder) ซึ่งจะมีอาการประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination) และมีอาการหลงผิด (delusion) หรือบางที่อาจมีอาการหวาดระแวง กลัวคนมาปองร้าย (Sadock & Sadock, 2003) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยสุราจะได้รับการรักษาแล้ว แต่เมื่อผู้ป่วยพบปัญหาหรือมีความเครียดจะกลับไปดื่มสุราอีก ทำให้มีอาการกลับเป็นซ้ำ เกิดปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพตนเองและบุคคลในครอบครัวได้

โรงพยาบาลสันป่าตอง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงได้ดำเนินการจัดตั้งงานสุขภาพจิตขึ้นเมื่อเดือนธันวาคม 2547 จากการที่โรงพยาบาลสันป่าตองได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพจิตเนื่องจากข้อมูลเชิงประจักษ์ของอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี พ.ศ. 2547 มีสูงถึง 20.3 ต่อแสนประชากร โดยเป้าหมายของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขต้องไม่เกิน 7 ต่อแสนประชากร จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่าเกี่ยวข้องกับปัญหาการดื่มสุรามากกว่า ร้อยละ 40 และจากสถิติข้อมูลปีงบประมาณ 2547 มีผู้ป่วยที่มีปัญหาจากสุรามารับบริการจำนวน 886 ราย ในจำนวนนี้มีภาวะเป็นพิษจากการดื่มสุรา(alcohol intoxication) จำนวน 304 ราย มีปัญหาจากการฝ่ำดื่มสุรา(alcohol abuse) จำนวน 87 ราย โรคตับจากสุรา(alcoholic cirrhosis) จำนวน 96 โรคตับอ่อนอักเสบ(acute pancreatitis) จากสุรา จำนวน 24 ราย มีภาวะผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจจากสุรา(mental and behavior disorders due to use of alcohol) จำนวน 375 ราย นอกจากนี้สถิติผู้รับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากกว่าร้อยละ 50 มีปัญหาการจากดื่มสุรา และจากการจัดอันดับโรคเรื้อรังและมีผลต่อคำรักษาพยาบาล 5 อันดับนั้น โรคจากสุราจัดอยู่ในอันดับที่ 4 (โรงพยาบาลสันป่าตอง, 2548) ดังนั้นโรงพยาบาลสันป่าตองจึงได้จัดตั้งคลินิกสารเสพติดขึ้นในเดือนมีนาคม 2548 เพื่อทำหน้าที่ดูแล บำบัด รักษาและส่งเสริมฟื้นฟูผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา รวมทั้งผู้ที่มีอาการรุนแรงจากภาวะขาดสุรา จากรายงานผลการปฏิบัติงานปีงบประมาณ 2548 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 66 ราย และจากการดำเนินงานบริการคลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลสันป่าตอง ที่ผ่านมามีพบว่า สถิติผู้ที่ติดสุราที่เข้ารับการรักษาในคลินิกสารเสพติดจากการติดตามผู้ที่ติดสุราที่เข้า

รับการบำบัดจำนวน 6 เดือน พบว่า 153 ราย เลิกสุราได้ 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.34 (โรงพยาบาล สันป่าตอง, 2548)

วิธีการบำบัดรักษาผู้ติดสุราประกอบด้วย การบำบัดด้านร่างกาย (biological treatment) การรักษาด้านจิตสังคม (psychosocial treatment) และการบำบัดแบบอื่นๆ (Gelder, Mayou, & Cowen, 2001) โดยการบำบัดทางร่างกายนั้น เช่น การใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมการดื่มหรือหยุดดื่มสุรา การรักษาอาการขาดสุรา (alcohol withdrawal) สำหรับผู้ติดสุราที่มักจะมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกคือ ผู้ที่ผ่านการบำบัดด้านร่างกายแบบผู้ป่วยในมาแล้วและเป็นกลุ่มที่ฝาดื่มสุรา (abuse) และป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (relapse prevention) ดังนั้นผู้บำบัดจึงต้องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง สำหรับการรักษาทางจิตสังคมนั้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมการรักษาผู้มีปัญหาจากสุราแบบผู้ป่วยนอกที่สามารถช่วยให้ผู้ติดสุรา มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavior therapy) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) การบำบัดแบบย่อ (brief intervention therapy) และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy, [MET]) (Kick, 2001) โดยเฉพาะการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นวิธีการบำบัดที่เหมาะสม เนื่องจากผู้ติดสุรามักกลับไปดื่มซ้ำเพราะขาดความตั้งใจ ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษา การชวนกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำแล้วซ้ำอีก รวมทั้งปัญหาในชีวิตที่ไม่สามารถแก้ไขได้ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้ผู้ติดสุราสนใจในการลดการดื่มสุราลงได้ (Miller, 1995a)

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา เป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยแก้ไขภาวะความลังเล (ambivalence) โดยใช้การเพิ่มแรงจูงใจ (Motivational Interviewing [MI]) ซึ่งเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการบำบัดที่จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถเอาชนะความลังเลได้ และยังมีส่วนช่วยให้พวกเขามองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและสิ่งทีอาจจะเป็นปัญหาในอนาคตได้ (Miller, 1995b) ซึ่งการเพิ่มแรงจูงใจ (Motivational Interviewing [MI]) ได้รับการพัฒนาโดยมิลเลอร์และโรลนิก ในปี พ.ศ. 2534 ทฤษฎีที่เป็นพื้นฐานของการบำบัดนี้คือทฤษฎีของกลุ่มมนุษยนิยม (humanistic approach) และทฤษฎีจากการบำบัดทางความคิด (cognitive therapy) โดยทฤษฎีของกลุ่มมนุษยนิยม (humanistic approach) นั้นได้ให้ความสำคัญกับ “สัมพันธภาพเชิงบำบัด” (therapeutic alliance or therapeutic relationship) การให้คำปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client – centered style of counseling) ว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความไว้วางใจและลดปฏิกิริยาเชิงต่อต้าน (resistance) ในผู้ป่วย ดังนั้นการใช้สัมพันธภาพเชิงบำบัดโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการใช้เทคนิคในการจูงใจผู้ติดสุรา จะช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจและแก้ไขความลังเลที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สุราของตนเองได้ (ครุณี

ภูขาว, 2547) วิธีการสร้างแรงจูงใจจึงสามารถกระทำได้โดยการใช้กระบวนการสนทนาแบบมีโครงสร้าง ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) การกระตุ้นให้ผู้ติดสุราเกิดความรู้สึกขัดแย้งในพฤติกรรมที่ตนกำลังประพฤติ (develop discrepancy) 2) การใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลแทนที่จะใช้วิธีบอกหรือแนะนำข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา (process of exchange information) 3) การเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (self efficacy enhancement) 4) การแสดงความเห็นใจบุคคล (express empathy) โดยใช้ทักษะการฟังแบบสะท้อนความ (reflectivelistening) 5) ความสามารถในการแยกแยะปฏิกิริยาต่อต้านที่อาจพบได้ในผู้ป่วย (ability to identify resistance) และ 6) ความสามารถในการจัดการกับปฏิกิริยาต่อต้านนั้นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ability to deal with resistance) ซึ่งการเสริมสร้างแรงจูงใจช่วยให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการค้นหาและแก้ไขความรู้สึกลังเลใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มโดยผ่านกระบวนการดังกล่าวข้างต้น (Miller, 1995b)

มิลเลอร์ (Miller, 1995a) ให้ความหมายของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ว่าเป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยใช้หลักการของจิตวิทยาการเสริมสร้างแรงจูงใจ และเป็นรูปแบบการบำบัดที่สามารถใช้ได้ผลอย่างรวดเร็วต่อการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจภายใน ซึ่งระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดจะใช้อย่างน้อย 15 นาที ถึง 1 ชั่วโมง นอกจากนี้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ยังนำหลักการของการเพิ่มแรงจูงใจ (motivation interviewing [MI]) มาใช้ โดยประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ตามคำย่อ ที่เรียกว่า “FRAMES” (Miller, & Rollnick, 1995; Miller, 1995b) ดังนี้ 1) ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เสี่ยงหรือปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา 2) เน้นให้มีความรับผิดชอบ (responsibility) ต่อตนเองในการเปลี่ยนแปลงและมีอิสระในการเลือกและตัดสินใจ 3) ให้คำแนะนำ (advice) และให้ข้อเท็จจริงเพื่อให้หยุดดื่มสุรา 4) เสนอทางเลือกในการปฏิบัติ (menu) เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยช่วยผู้ติดสุรากำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะกลางในการลดการดื่มลง 5) แสดงความเข้าใจเห็นใจ (empathy) โดยการรับฟัง สะท้อนความรู้สึกที่สื่อถึงการเข้าใจผู้ติดสุรา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดสุราค้นหาเหตุผลว่าทำไมต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มของตนเอง 6) เชื่อมมั่นในความสามารถในตนเอง (self-efficacy) เพื่อให้ผู้ติดสุราเชื่อมั่นในความสามารถเปลี่ยนแปลงตนเอง

นอกจากนี้ ผู้ติดสุราจะมีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การหยุดดื่มสุรา โดยประกอบด้วยกระบวนการ 6 ขั้นตอนดังนี้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2547ก; NIAAA, 2004)

- 1) ขึ้นไม่สนใจปัญหา (pre-contemplation stage) ขั้นตอนนี้ผู้ติดสุราไม่คิดที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองเลย ไม่คิดว่าตนเองมีปัญหาจากการดื่มสุรา มักคิดว่าตนเองควบคุมการดื่มสุราได้ จะดื่มหรือไม่ดื่มก็ได้ขึ้นอยู่กับความต้องการของตนเอง มองไม่เห็นผลเสียที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา มักโทษบุคคล

รอบข้างหรือโทษสิ่งแวดล้อมว่าทำให้ตนเองเครียดจึงใช้สุราเป็นทางระบาย ผู้บำบัดควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วย (feedback) และให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (information)

2) **ขั้นตั้งใจ (contemplation stage)** ขั้นตอนนี้ผู้ติดสุราจะรู้สึกไม่แน่ใจในพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองว่าเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดี จะรู้สึกขัดแย้งในตนเอง เพราะเริ่มประสบกับผลกระทบจากการดื่มสุราบ้างแล้ว แต่อาจไม่รุนแรงมากนัก ขณะเดียวกันผู้ติดสุรายังเห็นว่าสุรามีคุณค่ามากกว่าโทษ พยายามควบคุมการดื่มมากขึ้นแต่ยังดื่มสุรายู่ ผู้บำบัดควรพูดถึงข้อดี ข้อเสียของการดื่มและการไม่ดื่มสุรา เปิดโอกาสให้ผู้ติดสุราได้ทบทวนอย่างอิสระ พร้อมทั้งอาจให้ข้อมูลที่ถูกต้องไปด้วย

3) **ขั้นตัดสินใจหยุดดื่มสุราอย่างจริงจัง (preparation stage or determination stage)** ขั้นตอนนี้ผู้ติดสุรามักประสบกับโทษของสุราที่รุนแรง หรือตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและต้องการเลิกสุรา ผู้บำบัดควรให้ทางเลือกในการเลิกสุรา (menu) ในจำนวนที่ไม่มากเกินไปจนเกิดความสับสนหรือมีน้อยเกินไปเหมือนถูกบังคับ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ติดสุราเลือกได้อย่างอิสระและเน้นความรับผิดชอบในการเลือกของผู้ป่วยเอง

4) **ขั้นลงมือปฏิบัติ (action stage)** เป็นขั้นตอนที่ผู้ติดสุราสนใจซักถามวิธีการแก้ปัญหา พยายามทำตามวิธีทางที่ตนเองได้เลือก เพื่อให้เลิกดื่มสุรา แต่อาจกระทำไม่ได้ไม่สม่ำเสมอในช่วง ซึ่งมักอยู่ในช่วง 6 เดือนแรก ผู้บำบัดควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกอย่างต่อเนื่อง ช่วยจัดอุปสรรคที่อาจทำให้เลิกดื่มได้ไม่ต่อเนื่อง ตรวจสอบความเข้าใจในวิธีการสอบถามวิธีการที่ใช้ได้ผลและไม่ได้ผล และให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้ ให้ความหวังและกำลังใจ

5) **ขั้นกระทำต่อเนื่อง (maintenance stage)** ในขั้นตอนนี้ผู้ติดสุรามักเลิกสุราได้ประมาณ 6 เดือน อารมณ์ความคิดค่อนข้างมั่นคง กระทำตามวิธีการที่ตนเองได้เลือกอย่างต่อเนื่อง มีความมั่นใจว่าตนเองเลิกสุราได้ และสอบถามถึงปัญหาอื่น ผู้บำบัดควรให้คำแนะนำการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ แนวทางการปฏิบัติตนให้มีชีวิตที่มีคุณค่า เช่น การออกกำลังกาย การบริหารเวลา การผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพตนเอง การควบคุมสิ่งเร้าที่ทำให้เสี่ยงต่อการดื่มอีก การสังเกตสัญญาณเตือนของการกลับไปดื่มซ้ำ

6) **ขั้นกลับไปมีปัญหาซ้ำ (relapses stage)** ในขั้นตอนนี้ผู้ติดสุราจะเริ่มนำตนเองเข้าไปสู่สถานการณ์ที่เสี่ยง ปล่อยให้ตนเองมีความประมาททางอารมณ์จิตใจ ไม่สามารถจัดการกับอาการอยากดื่มได้ มีความประมาทเลินเล่อ การเปลืองใจกลับไปดื่มสุราอีก ปฏิกริยาทางจิตใจที่ตามมาคือ รู้สึกผิด ซ้ำเติมตนเอง ปฏิเสธความจริง ผู้บำบัดควรระคับระคองทางจิตใจ ให้กำลังใจ การยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น การสรุปทบทวน และสนับสนุนให้เลิกสุราต่อไป

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) นั้นถูกนำมาใช้ในประเทศไทยโดย พิชัย แสงชาญชัย และนำมาใช้ในงานวิจัยโดยสายรัตน์ นกน้อย, พิชัย แสงชาญชัย, อุษา ตันติแพทยางกูร, และ ราม รั้งสินธ์ (2547) โดยศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษากับผู้มีปัญหาจากเครื่องดื่มสุรา

โดยใช้เทคนิคการเพิ่มแรงจูงใจ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า สามารถลดการดื่มให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศที่ใช้การเพิ่มแรงจูงใจเป็นองค์ประกอบการรักษาผู้ติดสุราในศูนย์บำบัดสุรา ประเทศเม็กซิโก พบว่า หลังการบำบัด 3 เดือนผู้ป่วยลดการดื่มลงครึ่งหนึ่ง (Lauren Aubry Lawendowski Cited in Miller, 1995b) สอดคล้องกับการศึกษาของเกรย์ (Gray, McCambridge, Strang, 2005) ซึ่งศึกษาประสิทธิภาพของการเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มสุรา สูบบุหรี่และกัญชาในกลุ่มวัยรุ่น เมืองลอนดอน ประเทศอังกฤษ จำนวน 162 คน พบว่า หลังการติดตามผล 3 เดือนวัยรุ่นที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 87 (141 คน จากทั้งหมด 162 คน) เช่นเดียวกับการศึกษาของไฟกลี ดันน์ โกเมส ทูริสโก พายาและ ลารันโจรา (Figlie, Dunn, Gomes, Turisco, Paya & Laranjeira, 2005) ซึ่งได้ศึกษาความแตกต่างของการเสริมสร้างแรงจูงใจในคลินิกผู้ป่วยนอกที่มีปัญหาด้านระบบทางเดินอาหารจากการดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 151 ราย เปรียบเทียบกับแผนกบำบัดเฉพาะแอลกอฮอล์ จำนวน 175 รายในประเทศบราซิล พบว่า ผู้ป่วยนอกมีปัญหาด้านระบบทางเดินอาหารจากการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง รวมทั้งมีปัญหาด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจลดลงด้วย นอกจากนี้ผลการศึกษามากกว่า 24 การศึกษาพบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา เป็นวิธีการบำบัดที่ให้ประสิทธิผลในการบำบัดระยะแรก และส่งผลกระทบยาวทำให้ลดปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา (alcohol-relate problems) และลดปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการดื่ม (Bien, Miller, & Tonigan as cited in Miller, 1995a)

จากการทบทวนวรรณกรรมของต่างประเทศพบว่า ในปี 1989 มิลเลอร์ (Miller) และคณะได้พัฒนาวิธีการมาตรฐานหลักเพื่อบำบัดผู้ติดสุราในโครงการ Project MATCH ของสถาบันการบำบัดรักษาการใช้สุรา (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: NIAAA) เรียกว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational enhancement therapy) ผลการศึกษาพบว่า วิธีนี้ได้ผลดีอย่างมีนัยสำคัญและไม่แตกต่างจากวิธีการบำบัดมาตรฐานอื่นๆ เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavior therapy) การบำบัดแบบสิบสองขั้นตอน (twelve steps facilitation) และในปี 1998 มิลเลอร์และคณะได้ศึกษาถึงประสิทธิภาพรูปแบบการบำบัดผู้ติดสุรา (effective treatment for alcohol problems) ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่ได้ผลมากที่สุดคือ การให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief intervention: BI) และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งใช้หลักการ 6 ขั้นตอนตามคำย่อที่เรียกว่า “FRAMES” และได้ศึกษารวมถึงชนิดของผู้ที่ได้รับการบำบัด ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทั้งแบบรายเดี่ยว (individual) และรายกลุ่ม (group therapy) ส่วนการทบทวนวรรณกรรมของประเทศไทยพบว่า งานวิจัยของดร.ณี ภูขาว (2545) ที่พัฒนาและตรวจสอบประสิทธิภาพโปรแกรมการรักษาซึ่งได้รับการออกแบบให้เข้ากับสภาพ

สังคมไทย เพื่อใช้ในการให้บริการผู้ป่วยด้วยโรคพิษจากสุราและโรคพิษสุราเรื้อรัง เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (clinical randomized control trial) โดยการประยุกต์แนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการบำบัดผู้ที่ติดสารเสพติดร่วมกับกระบวนการกลุ่มบำบัด และพบว่าหลังการบำบัดเมื่อติดตามผล 6 เดือน ผู้ป่วยมีทักษะด้านความคิดและทักษะในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งที่ผ่านมามีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นการบำบัดแบบรายบุคคลในแผนกผู้ป่วยนอกในกลุ่มผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา แต่การรักษาอีกรูปแบบหนึ่งคือแบบรายกลุ่ม โดยการใช้ปัจจัยที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่มเพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น ได้กำลังใจ ความหวัง มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่การดื่มสุราลดลง แต่อย่างไรก็ตาม การวิจัยดังกล่าวได้ทำการบำบัดแบบรายกลุ่มในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งต่างจากประชากรที่ผู้ศึกษาวิจัยที่คลินิกสารเสพติด ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชน และการทำแบบกลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจจะเหมาะสมกับพื้นที่ เนื่องจากมีผู้ติดสุรามารับการบำบัดที่คลินิกสารเสพติดประมาณ 8-14 รายต่อวัน ในขณะที่เดียวกันมีพยาบาลที่มีความสามารถให้การบำบัดได้เพียง 1-2 คน ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการให้บริการ เนื่องจากพยาบาลต้องให้คำปรึกษาผู้ติดสุรารายบุคคล โดยใช้เวลาประมาณคนละ 30 นาที (โรงพยาบาลสันป่าตอง, 2549) แต่หากทำการบำบัดเป็นรายกลุ่มจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ติดสุราที่มารับบริการ ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าผู้ศึกษาในฐานะผู้ปฏิบัติงานในคลินิกสารเสพติด จึงได้ประยุกต์แนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยทำเป็นรายกลุ่ม เพื่อให้เหมาะสมกับประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ ในขณะเดียวกันเพื่อจะศึกษาว่า การกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจลักษณะนี้มีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้หรือไม่ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่การดื่มสุราลดลงต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในคลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลสันป่าตอง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

## สมมุติฐานของการศึกษา

คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราหลังการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มน้อยกว่าก่อนการเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะหลังการบำบัดสิ้นสุดทันที ระยะ 2 สัปดาห์หลังการบำบัดสิ้นสุด และระยะ 1 เดือนหลังการบำบัดสิ้นสุด

## ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลองและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์และ 1 เดือน (one-group pre-post test design) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา ก่อนและหลังบำบัดแบบกลุ่ม โดยศึกษาในผู้ติดสุราที่มารับบริการบำบัด ที่คลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

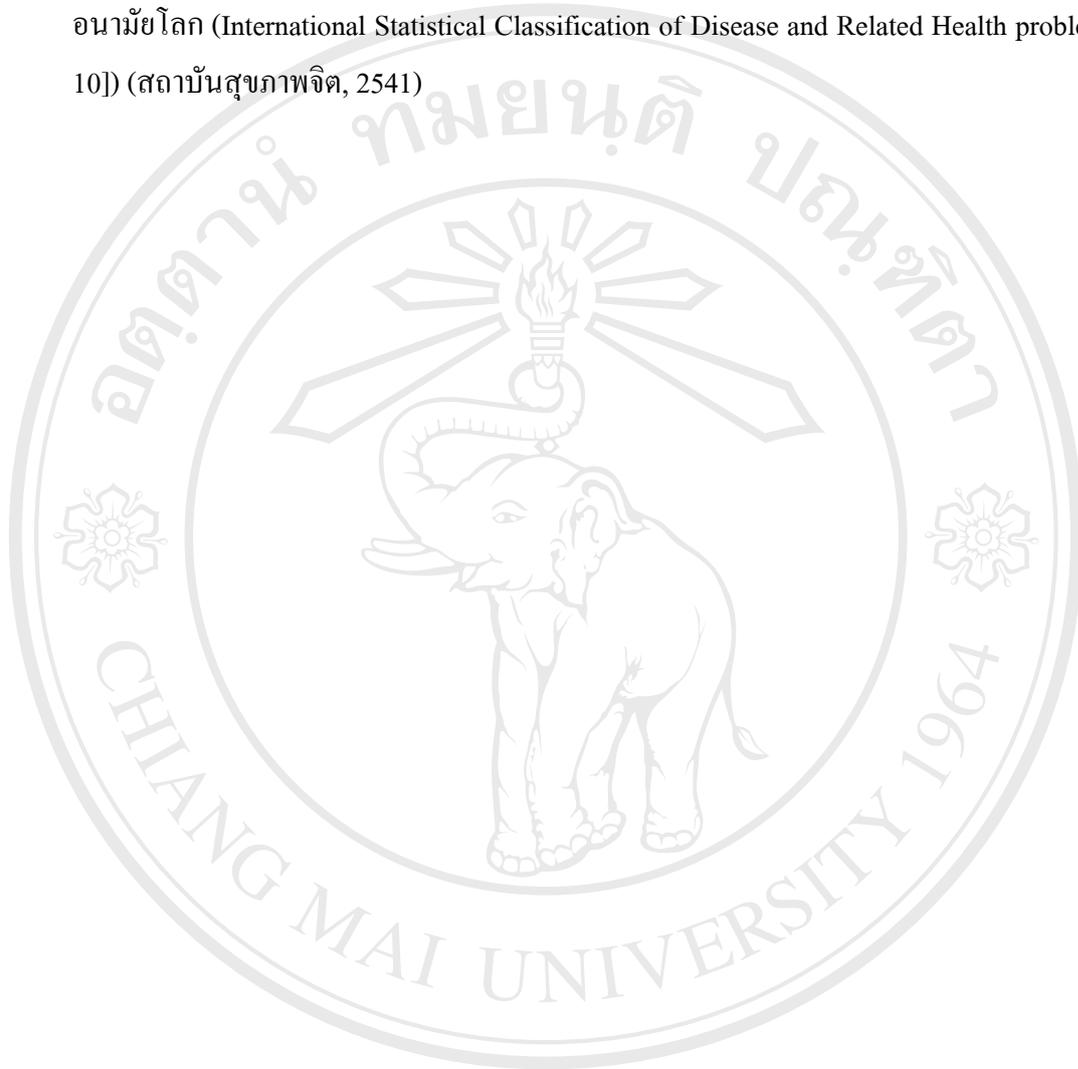
## คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

**การเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่ม** หมายถึง ขั้นตอนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจประกอบด้วย 6 ขั้นตอน จำนวน 8 ครั้ง ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นไม่สนใจปัญหา (pre-contemplation stage) จำนวน 2 ครั้ง ขั้นตอนที่ 2 ขั้นลังเลใจ (contemplation stage) จำนวน 1 ครั้ง ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตัดสินใจหยุดดื่มสุราอย่างจริงจัง (preparation stage or determination stage) จำนวน 1 ครั้ง ขั้นตอนที่ 4 ขั้นลงมือปฏิบัติ (action stage) จำนวน 1 ครั้ง ขั้นตอนที่ 5 ขั้นกระทำต่อเนื่อง (maintenance) จำนวน 2 ครั้ง และ ขั้นตอนที่ 6 ขั้นกลับไปมีปัญหาล้ำ (relapse stage) จำนวน 1 ครั้ง ซึ่งพัฒนาโดยผู้ศึกษา ตามแนวคิดของ มิลเลอร์ และ โรลนิก (Miller & Rollnick, 1995)

**พฤติกรรมการดื่มสุรา** หมายถึง การดื่มสุราในปริมาณที่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มดื่มแบบมีความเสี่ยงน้อยหรือระดับเสี่ยงต่ำ (non-hazardous drinking) 2) กลุ่มดื่มแบบเสี่ยงหรืออันตราย (hazardous or harmful drinking) และ 3) กลุ่มดื่มแบบติด (dependence drinking) ประเมินโดยแบบประเมินระดับปัญหาของการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test [AUDIT]) ของกรมสุขภาพจิต (2548)

**ผู้ที่ติดสุรา** หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition: TR [DSM-IV-TR]) (American Psychiatric Association, 2005) หรือได้รับการบันทึกเป็น F 10.2 ตามรหัสของโรคที่ยึดตามระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Disease and Related Health problem [ICD-10]) (สถาบันสุขภาพจิต, 2541)



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved