

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของกลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา ในเขตอำเภอ สันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. การติดสุรา
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 การวินิจฉัยการติดสุรา
 - 1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการติดสุรา
 - 1.4 ผลกระทบของการติดสุรา
 - 1.5 การประเมินการติดสุรา
 - 1.6 การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา
2. การเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา
3. ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา

การติดสุรา

ความหมาย

การติดสุรา เป็นความผิดปกติของการดื่มสุรา มีการดื่มสุราเป็นอาเจิม จนทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และการทำหน้าที่ในสังคม ถือเป็นความเจ็บป่วยชนิดหนึ่ง ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการดื่มสุราในปริมาณที่มากและเป็นเวลานาน (American Medical Association, 2005; World Health Organization, 2005a) และเป็นการเสพสุราซ้ำแล้วซ้ำอีกเป็นจำนวนมาก แม้ว่าอาจทราบผลร้ายของการดื่มสุรา แต่ผู้ดื่มไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ (Kalogerakis อ้างใน เสถียร ยุระชัย, 2546) และยังเป็นพฤติกรรมที่ดำเนินมานาน โดยแสดงออกด้วยการดื่มสุราบ่อยๆมากกว่าผู้คนในสังคมหรือชุมชนนั้นๆจะทำได้ และเป็นปริมาณที่รบกวนต่อสุขภาพหรือสภาวะทางสังคมของคนดื่ม และรบกวนต่อการประกอบอาชีพ (Keller อ้างใน

ปริทรรศศิลป์, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2542) สำหรับผู้ติดสุรานั้น จะไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มของตนเองได้ จะมีการดื่มมากขึ้นเพื่อให้ได้ผลหรือฤทธิ์จากสุรา หากลดการดื่มลงหรือหยุดดื่มจะมีอาการขาดสุราขึ้น และยังคงดื่มสุราอยู่แม้จะรู้ว่าผลเสียเกิดขึ้นกับตนเอง โดยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดสุรา (Alcohol Dependence) ตามเกณฑ์การประเมิน DSM-IV-TR ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันหรือได้รับการวินิจฉัยเป็น F10.2 ตามเกณฑ์การประเมิน ICD-10 (สถาบันสุขภาพจิต, 2541) ซึ่งการติดสุราจะไม่เพียงรูปแบบการบริโภคแบบซ้ำๆ บ่อยๆ เท่านั้น แต่จะประกอบด้วยความคิดปดิด้านพฤติกรรม ความคิด และทางร่างกายซึ่งมักจะเกิดขึ้นพร้อมๆ กันในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยมีลักษณะสำคัญคือ ไม่สามารถที่จะควบคุมการใช้สุราได้ มีความรู้สึกอยากดื่มอย่างรุนแรง ให้ความสำคัญกับการดื่มมากกว่าการทำกิจกรรมอื่นๆ ในบางรายจนเกิดอาการขาดสุรา และการที่ยังคงใช้สุราต่อไปแม้ว่าจะเกิดอันตรายขึ้นก็ตาม (ชรินทร์ กองสุข, 2547) ซึ่งการติดสุรามีจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องเพื่อนำไปสู่การดูแลและบำบัดรักษาที่เหมาะสม

การวินิจฉัยการติดสุรา (alcohol dependence)

ในการวินิจฉัยการติดสุรา สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2005) ได้จัดทำเกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุราไว้ในเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition [DSM-IV]) โดยจัดกลุ่มโรคหรือความผิดปกติเกี่ยวกับการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (alcohol-related disorders) ให้อยู่ในกลุ่มความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด (substance-related disorders) และจำแนกกลุ่มความผิดปกตินี้ออกเป็นสองกลุ่มย่อยประกอบด้วย กลุ่มความผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์ (alcohol use disorders) ได้แก่ การติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) และการฝ่าฝืนแอลกอฮอล์ (alcohol abuse) รวมทั้งกลุ่มความผิดปกติทางจิตที่เป็นผลมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol-induced disorders) ซึ่งประกอบด้วยภาวะต่างๆ ที่เป็นผลมาจากการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานาน เช่น ความผิดปกติทางอารมณ์ที่เป็นผลจากแอลกอฮอล์ (alcohol-induced mood disorders) ความผิดปกติทางจิตที่เป็นผลจากแอลกอฮอล์ (alcohol-induced psychotic disorders) โรควิตกกังวลที่เป็นผลจากแอลกอฮอล์ (alcohol-induced anxiety disorders) อาการเป็นพิษจากแอลกอฮอล์ (alcohol intoxication) หรืออาการขาดแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal) เป็นต้น

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2005) และ เฟาแมน (Fauman, 2002) อธิบายเกณฑ์การวินิจฉัยการติดสุรา (alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย

ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV) และฉบับที่ 4 ปรับปรุงเนื้อหา (DSM-IV-TR) ไว้ว่า บุคคลมีรูปแบบการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 3 อาการ หรือมากกว่า ในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ดังนี้

1. มีการคือต่อสุรา (tolerance) ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - 1.1 มีความต้องการใช้สุราเพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดความมึนเมา หรือให้ผลอื่นที่ต้องการ
 - 1.2 ได้รับผลจากสารลดลงอย่างมากหากคงการใช้สารนั้นในขนาดเท่าเดิม
 2. มีอาการขาดสุรา (withdrawal) ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - 2.1 หลังการหยุดดื่มสุราจะมีอาการต่อไปนี้ สองอาการหรือมากกว่า เกิดขึ้นภายในไม่กี่ชั่วโมงจนถึงสองสามวัน คือ เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็วกว่าปกติ มือสั่นมากขึ้น นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน เห็นภาพหลอน หูแว่ว สัมผัสหลอนหรือมองเห็นภาพผิดจากความจริง กระวนกระวาย กระสับกระส่าย วิตกกังวล ชักทั้งตัว
 - 2.2 การใช้สุราสามารถกำจัดอาการขาดสุราได้
 3. มีการใช้สุราในปริมาณมาก (taken in large amounts) หรือเป็นเวลานานกว่าที่ตั้งใจไว้
 4. มีความต้องการดื่มสุราต่อไป (persistent desire) หรือไม่สามารถหยุดดื่มหรือควบคุมการดื่มสุราได้ (impaired control)
 5. หมกมุ่นกับการดื่มหรือใช้เวลาอย่างมากในการดื่มสุรา (time spent drinking) ในการกระทำเพื่อให้ได้สุรามาดื่มหรือการฟื้นจากฤทธิ์ของสุรา
 6. ต้องลดหรืองดการเข้าสังคม การงาน หรือความสนใจอื่นๆ (neglect of activity) เนื่องจากการดื่มสุรา
 7. คงมีการดื่มสุราถึงแม้จะทราบว่ามีโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจ ที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น (continue use despite problems) เช่น ดื่มสุราแม้ทราบว่าสุราจะทำให้อาการแผลในกระเพาะอาหารเลวลง เป็นต้น
- ดังนั้น การวินิจฉัยผู้ติดสุราจึงต้องพิจารณาว่า มีอาการของการติดสุรา อย่างน้อย 3 อาการ ใน 7 อาการที่เกิดขึ้นภายใน 1 เดือนและเกิดขึ้นซ้ำอีกภายใน 1 ปี คือ 1) ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้นจึงจะได้ฤทธิ์เท่าเดิม 2) มีอาการทางกายเมื่อไม่ได้ดื่ม 3) ควบคุมการดื่มไม่ได้ 4) มีความต้องการอยู่เสมอที่จะเลิกดื่มหรือพยายามหลายครั้งแล้วแต่ไม่สำเร็จ 5) หมกมุ่นกับการดื่มสุราหรือการหาแอลกอฮอล์มาสำหรับดื่ม 6) มีความบกพร่องในหน้าที่ทางสังคม อาชีพการงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจ 7) ยังคงดื่มอยู่ทั้งๆที่มีผลเสียเกิดขึ้นแล้ว

ปัจจัยที่มีผลต่อการติดสุรา

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เป็นลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของสุรา เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ ซึ่งปริมาณ ความถี่ ของการดื่มส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเกิดจากปัจจัยต่างๆหลายประการ จากการทบทวนวรรณกรรม เกลดอร์ เมยอน และ โคเวน (Gelder, Mayon, & Cowen, 2001) ได้เสนอว่าปัจจัยที่เกี่ยวกับการติดสุราที่สำคัญ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านตัวบุคคล (individual factors) คือ กรรมพันธุ์ จากผลการวิจัยทางครอบครัว พบว่า อัตราการติดสุราในพ่อ แม่ พี่ น้องและบุตรของผู้ติดสุราสูงกว่าอัตราติดสุราในคนที่ทั่วไปถึง 3-5 เท่า บุตรชายของพ่อที่ติดสุรา และบุตรสาวของแม่ที่ติดสุรา มีโอกาสติดสุราได้มากกว่าคนที่ทั่วไปถึง 4 เท่า (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546) ส่วนผลการวิจัยในบุตรบุญธรรมที่บิดามารดาแท้ๆ ติดสุราและได้รับการเลี้ยงดูในครอบครัวที่ไม่ติดสุรา มีโอกาสติดสุราสูงกว่าคนปกติถึง 4 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544) ส่วนบุตรของคนที่ไม่ติดสุรา ถึงแม้ว่าจะถูกแยกจากพ่อแม่ตั้งแต่กำเนิดให้เลี้ยงดูในครอบครัวของผู้ติดสุรา จะมีโอกาสติดสุราอย่างเดียวกัน คนปกติ การศึกษาในฝาแฝดพบว่า ฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twins) มีลักษณะพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่เหมือนกันสูงกว่าฝาแฝดชนิด 2 ใบ (dizygotic twins) และผลการศึกษาพบอีกว่า ร้อยละ 50 - 60 ของการติดสุรา เกิดจากปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ (Gelder, Mayon, & Cowen, 2001)

2. ปัจจัยทางชีววิทยา (biological factors) การดื่มสุรามากของบุคคล หรือความต้องการอยากดื่มสุรา อยู่ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทส่วนกลาง คือ สมองบริเวณเวินทริล เท็กเมนทริล (ventral tegmental area) ที่เชื่อมโยงกับสมองส่วนนิวเคลียส แอ็คคัมเบ็นส์ (nucleus accumbens) ซึ่งเป็นบริเวณที่เรียกว่า ระบบการให้รางวัลของสมอง (brain reward system) ซึ่งในส่วนนี้ จะมีสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ที่สำคัญ 2 ชนิด คือ เอ็นโดจีนีออยด์ โอปิออยด์ (endogenous opioid) และโดปามีน (dopamine) ซึ่งสารทั้งสองนี้จะถูกกระตุ้นโดยสุรา และสุราทำให้การทำงานของกาบา (gamma-amino butyric acid [GABA] และเอ็นเอ็มดีเอ กลูตาเมท รีเซพเตอร์ (NMDA-glutamate receptor) เป็นผลทำให้เกิดการผ่อนคลายและเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ (กาญจพงษ์ จิตะสมบัติ, 2541) ส่งผลกระทบต่อร่างกายทำให้เกิดอาการ มือสั่น เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็ว แต่ในบางรายเกิดสารพิษนี้ค้างคั่งอยู่ ทำให้เกิดอาการอยู่แม้ระดับสุราในเลือดจะลดเป็นศูนย์แล้วก็ตาม (กรมสุขภาพจิต, 2548)

3. ปัจจัยด้านการเรียนรู้ (learning factors) การดื่มสุราในเด็กมักจะดื่มตามพ่อแม่ จากการศึกษาของ อวัสดา จันแสนตอ (2541) พบว่า การดื่มสุราของผู้หญิงเนื่องจากมีแบบอย่างบุคคลในครอบครัวติดสุรา แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า เด็กชายมีแนวโน้มดื่มสุรามากกว่าเด็กผู้หญิงเพราะเกิดกระบวนการเรียนรู้และซึมซับพฤติกรรมนั้น โดยไม่รู้ตัว

4. ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ (personality factors) บุคลิกภาพของผู้ติดสุราจะมีลักษณะวิตกกังวลเรื้อรัง (chronic anxiety)ต่อต้านสังคม (antisocial personality) ปรับตัวไม่ได้ ทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ มีการพึ่งพา ไม่สามารถต่อสู้กับความผิดหวัง รู้สึกเป็นบาป และรู้สึกไร้ค่า (Donald, Twardon, & Shaffer, 1996) ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงในการดื่มสุราแบบผิดๆและนำไปสู่การติดสุราได้

5. ปัจจัยทางด้านโรคทางจิตเวช (psychiatric disorder factors) โรคทางจิตเวชที่พบร่วมกับการติดสุรา ได้แก่ โรคซึมเศร้า (depressive disorder) และกลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorder) ได้แก่ โรคตื่นตระหนก (panic disorder) โรคกลัวการเข้าสังคม (social phobia) โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) และโรคจิตเภท (schizophrenia) จากการศึกษาของเอ็อมเดียน เนตรแหม (2541) ที่ศึกษาความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง พบว่าผู้ติดสุรา ร้อยละ 90 มีอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นกลุ่มที่เพิ่มความเสี่ยงในการติดสุราได้เช่นกัน

6. ปัจจัยการขาดแรงจูงใจ เนื่องจากแรงจูงใจ (motivation) เป็นปัจจัยด้านจิตใจที่กระตุ้นและชี้้นำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายและพฤติกรรมนั้นมีความคงทน พบว่าแบบแผนการแสดงพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากแรงจูงใจภายในบุคคลนั่นเอง ในบางภาวะอาจพบว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากแรงจูงใจภายนอก แบบแผนพฤติกรรมที่บุคคลแสดงพฤติกรรมดังกล่าวมีพื้นฐานมาจากบุคคลรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ และมีการกำหนดด้วยตนเองในการมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวเขา (Deci & Ryan, 1991) ดังนั้น หากบุคคลขาดแรงจูงใจในการเลิกสุราแล้วก็จะส่งผลให้ไม่สามารถลด เลิกดื่มสุราได้ และยังคงติดสุราต่อไป

สรุปได้ว่า ปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นมีความสัมพันธ์ต่อการติดสุราของบุคคล ซึ่งปัจจัยนั้นย่อมส่งผลให้บุคคลมีการใช้สุราและติดสุราจนได้รับผลกระทบที่แตกต่างกันไปด้วย

ผลกระทบของการติดสุรา

จากการติดสุราสามารถส่งผลกระทบต่อสมอง เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ โดยทำให้ผู้ที่ติดสุรามีอารมณ์แปรปรวน มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การเรียน การงาน และสัมพันธภาพในครอบครัว รวมทั้งสังคมด้วย ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

1. ผลกระทบต่อบุคคล

ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ติดสุรานั้นส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งฤทธิ์ของสุรามีผลต่อร่างกาย โดยในระยะแรกที่ดื่มสุรา ขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดต่ำ ผู้ดื่มจะเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และมีความสุข อารมณ์ดี มีความกล้ามากขึ้น แต่หากมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงระดับ 200 มิลลิกรัมซี.ซี จะลดการทำงานของสมอง ทำให้มีอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น ร้อง ตะโกน เอะอะ อาละวาด ชวนทะเลาะวิวาท หากมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงระดับ 300 มิลลิกรัมซี.ซี จะทำให้มีอาการมึนงงสับสน การควบคุมตนเองเสียไป และถ้าระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงระดับ 400-500 มิลลิกรัมซี.ซี ผู้ดื่มจะหมดสติ หรือเสียชีวิตได้ เนื่องจากการหายใจและการเต้นของหัวใจถูกกด ซึ่งการออกฤทธิ์ดังกล่าวมีผลต่อการเกิด โรคและการได้รับบาดเจ็บ โดยอาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรคร้อยละ 20-30 เช่น โรคมะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งตับ ตับแข็ง โรคลมชัก การฆ่าตัวตาย รวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุจากการเดินทาง (Sadock & Sadock, 2003) นอกจากนี้การดื่มสุรายังมีผลต่ออวัยวะต่างๆในร่างกายโดยทำให้เกิดการสะสมไขมันในตับ ตับอักเสบ และตับแข็ง ส่งผลต่อตับอ่อนทำให้เกิดโรคตับอ่อนอักเสบ และโรคมะเร็งตับอ่อน สำหรับผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร สุราทำให้เกิดโรคหลอดอาหารอักเสบ กระเพาะอาหารอักเสบ เป็นแผลในกระเพาะอาหาร เลือดออกในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น โรคมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร และหลอดเลือดดำโป่งพองบริเวณหลอดอาหารส่วนปลาย ส่วนผลต่อหัวใจและระบบการไหลเวียนโลหิต ทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคของกล้ามเนื้อหัวใจ หัวใจเต้นผิดปกติ และ เกิดอาการหัวใจวายได้ นอกจากนี้ สุรายังส่งผลกระทบต่อกรดไขมันของสารอาหารและวิตามิน ทำให้เกิดโรคขาดวิตามินอย่างรุนแรง เช่น บี-1 บี-12 โฟลิค ไนอาซิน เป็นต้น ผลต่อการนอนหลับ พบว่า สุราทำให้หลับได้ในระยะแรก แต่ต่อมากจะมีผลทำให้วงจรการนอนเสีย กล่าวคือ สุราลดวงจรการนอนระยะแรกที่มีการกลอกลูกตา (rapid eye movement sleep; REM) และ ระยะหลับลึก (non rapid eye movement sleep; NREM) ทำให้เกิดวงจรการนอนขาดเป็นช่วงๆ เป็นผลให้หลับไม่สนิท หลับๆตื่นๆ หรือไม่หลับทั้งคืน ผลกระทบต่อระบบเผาผลาญและต่อมไร้ท่อ ทำให้ผู้ชายเสื่อมสมรรถภาพทางเพศและเป็นหมันได้ ถ้าหยุดดื่มสุราทันที ปริมาณสุราในร่างกายจะลดลง เกิดภาวะขาดสุรา ซึ่งส่งผลกระทบต่อ

ทำงานของสมอง ทำให้เกิดอาการกระสับกระส่าย มือสั่น นอนไม่หลับ และเกิดอาการชักได้ (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น, 2546)

นอกจากนี้สุรายังส่งผลต่อจิตใจ เช่น มีภาวะเครียด วิตกกังวล อาการซึมเศร้า หรือมีความผิดปกติของพฤติกรรมในขณะมึนเมา โดยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว เกิดทะเลาะวิวาท ทำร้ายคนอื่น หรืออาจถูกทำร้าย และหากผู้ติดสุรายังมีการเสพสุราอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดโรคจิตจากสุรา ซึ่งบุคคลที่ดื่มสุราจะมีปัญหาโรคจิต ร้อยละ 28.5 โดยมีอาการประสาทหลอนทางหู และหลงผิด หวาดระแวง กลัวคนปองร้าย (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และ อัจฉรา จรัสสิงห์, 2547) หรืออาจมีอาการของโรคเวอร์นิค เอนเซฟาโลพาตี (wernick's encephalopathy) โดยจะมีอาการสับสน งุนงง และอาการทางระบบประสาท ได้แก่ การเดินเซ และกล้ามเนื้อตาผิดปกติ (ophthamoplegia) หากผู้ติดสุราไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาไม่ดีพอจะเกิดอาการคอรัซาคอร์ฟซินโดรม (Korsakoff s Syndrome) ซึ่งส่วนใหญ่จะมีความสูญเสียความจำ (retrograde amnesia) (Sadock & Sadock, 2005)

2. ผลกระทบต่อครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยของสังคมที่เล็กที่สุดที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากบุคคลในครอบครัวที่ติดสุรา โดยมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม พบว่าผู้ติดสุราบางรายดื่มจนขาดสติ อาจมีพฤติกรรมรุนแรง ไม่สามารถควบคุมได้ก่อให้เกิดทะเลาะวิวาทในครอบครัว เกิดความรุนแรง หย่าร้าง (Gelder et al., 2001; Rossow, 2002) การมีผู้ติดสุราอยู่ในครอบครัวจะส่งผลให้ครอบครัวขาดความอบอุ่น มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ดังเช่น การศึกษาของรณชัย คงสกนธ์ (2548) พบว่า สุรามีความสัมพันธ์กับปัญหาความรุนแรงในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) โดยครอบครัวที่ใช้สุรามีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัวเป็น 3.8 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่ไม่ใช้สุรา นอกจากนี้จากการศึกษาของไศยา ตระกูลมุด (2546) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตคู่สมรสที่เป็นโรคจิตจากสุรา พบว่า คู่สมรสมีปัญหาด้านสุขภาพ คิดเป็น ร้อยละ 65 นอกจากนี้ยังส่งผลต่อผู้ดูแลซึ่งต้องได้รับผลกระทบจากการดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีการพบปะเพื่อนฝูงน้อยลง รวมทั้งผู้ติดสุรามักจะมีเวลาอยู่ร่วมกับครอบครัวน้อยลง (สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ, 2542) ทำให้เด็กในครอบครัวของผู้ติดสุรามีความสับสน ขาดความมั่นใจ ไม่แน่ใจ รู้สึกไม่มั่นคงต่อความรักบิดาหรือมารดา โดยมักมีการแสดงออกทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง นอนไม่หลับ ซึมเศร้า เด็กกลุ่มนี้โตขึ้นจะพัฒนาเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพและอารมณ์ (Gelder et al., 2001)

3. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และสังคม

จากการติดสุราส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ติดสุราส่วนใหญ่เป็นผู้ชายวัยทำงานแต่มักจะหมกมุ่นกับการดื่มสุรา ไม่สนใจทำงาน ประสิทธิภาพการทำงานต่ำ ขาดงานโดยไม่มีเหตุผล จนกระทั่งไม่สามารถทำงานได้ บางครั้งต้องออกจากงาน ไม่มีงานทำ ขาดรายได้จนเจ็ครอบครัวย และถ้ายังดื่มสุราอยู่หลังจากออกจากงานจะทำให้รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สินเพิ่มภาระในการดูแลและรายจ่ายมากขึ้น (มูลนิธิเพื่อนหญิง, 2546) โดยเฉพาะผู้ติดสุรามักจะมีปัญหาโรคแทรกซ้อนทางกาย และมีอาการของโรคจิตจากสุรา (alcohol induced psychotic disorders)

ร่วมด้วย จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งตนเอง ครอบครัว และรัฐบาลที่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเกี่ยวกับสุราถึง 2,500 ล้านบาทต่อปี (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544) ถึงแม้ว่าผู้ติดสุราจะได้รับการรักษาแล้ว แต่หากพบปัญหา หรือมีความเครียดมักจะกลับไปใช้สุราอีก ทำให้มีอาการกลับติดซ้ำ (มานิต ศรีสุรภานนท์และ ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542) จากรายงานในประเทศเม็กซิโก ค่ารักษาอันเนื่องมาจากการบริโภคเครื่องดื่มสุราสูงถึง 51 ล้านดอลลาร์ต่อปี เปรียบเทียบจากรายได้จากการเก็บภาษีเครื่องดื่มสุราสูงมีเพียง 35 ล้านดอลลาร์ต่อปีเท่านั้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2546)

สำหรับผลกระทบต่อสังคม ผู้ดื่มสุรามักเกิดอุบัติเหตุทางจราจรมากที่สุด รองลงมาคืออุบัติเหตุในบ้านและสถานประกอบการ ซึ่งทำให้คนกลุ่มนี้เสียชีวิตและทุพพลภาพจำนวนมาก (อดิสรณ์ หลายชูไทย, อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, และ วิชัย โปษยะจินดา, 2544) เนื่องจากผู้ติดสุรามักจะใช้เวลาส่วนใหญ่กับการดื่มสุรา ทำให้ไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมขาดความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด มักจะสร้างความเดือดร้อนในสังคม เกิดการทะเลาะวิวาท ชกต่อยกัน ก่อความไม่สงบในสังคม ฝ่าฝืนกฎระเบียบต่างๆ และจากการศึกษาของ จารุวรรณ ลิมส์จะสกุล, จิรพรรณ บุญสูง, และ สุดใจ นันทารัตน์ (2546) พบว่า อุบัติเหตุจราจรในประเทศไทยมากกว่าครึ่งมีสาเหตุมาจากสุรา นอกจากนี้การดื่มสุราก็ก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรมและอุบัติเหตุจากจราจรบ่อย (Murray & Zentner, 1997) สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศชาติ นอกจากนี้พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของบุคคลนั้นยังส่งผลกระทบต่อชุมชนในเรื่องการขาดความร่วมมือในการพัฒนาชุมชนจากผู้ติดสุรา และผู้ติดสุราบางรายหรือบางกลุ่ม สร้างความเดือดร้อนให้ชุมชนจากการทำลายสิ่งของ เกิดทะเลาะวิวาท ชกต่อยกัน และก่อความไม่สงบให้กับชุมชนจากฤทธิ์ของสุราที่ทำให้การควบคุมตนเองบกพร่อง เป็นตัวอย่างที่ไม่เหมาะสมให้กับเยาวชนหรือบุตรหลานและส่งผลให้ชุมชนเกิดภาระในการดูแลบุคคลเหล่านี้อีกด้วย (ศูนย์บำบัดรักษาเสพติคชอนแก่น, 2546)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดื่มสุราจะส่งผลกระทบต่อต่างๆมากมายทั้งต่อบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม จากผลกระทบดังกล่าวจึงจำเป็นต้องหาวิธีที่ผู้ติดสุราต้องได้รับการประเมินอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดการบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป

การประเมินการติดสุรา

การประเมินปัญหาจากการดื่มสุรามีหลากหลายวิธี แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแบบประเมินระดับปัญหาของการดื่มสุรา และแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาในด้านความล้มเหลว มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แบบประเมินระดับปัญหาของการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test; [AUDIT]) เป็นเครื่องมือคัดกรองปัญหาการดื่มสุราที่มีประสิทธิภาพในสถานบริการปฐมภูมิแบบง่ายและสั้นที่ใช้คัดกรองผู้ที่ดื่มมากเกินไป จนเกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพหรือปัญหาสุขภาพ สามารถแยกกลุ่มผู้ดื่มเป็นกลุ่มดื่มแบบมีความเสี่ยงน้อย (non hazardous drinking) กลุ่มดื่มแบบมีความเสี่ยงหรืออันตราย (hazardous or harmful drinking) และกลุ่มดื่มแบบติด (dependence drinking) ซึ่งองค์การอนามัยโลกเป็นผู้พัฒนาเครื่องมือนี้ขึ้น (World Health Organization, 2005b) โดยนักวิชาการจากประเทศต่างๆ และได้ผ่านการทดลองใช้ในหลายประเทศทั่วโลก การแยกกลุ่มผู้ดื่มเป็นกลุ่มต่าง ๆ นั้น ได้มีข้อเสนอแนะถึงแนวทางการช่วยเหลือสำหรับแต่ละกลุ่มผู้ดื่มควบคู่ไปด้วย เครื่องมือคัดกรองนี้สามารถใช้ในสถานบริการปฐมภูมิหรือในบุคคลทั่วไป และยังสามารถใช้ประเมินได้ด้วยตนเอง มีค่าความไว (sensitivity) 96% และความจำเพาะ (specificity) 96% ในการตรวจพบการดื่มที่มีความเสี่ยง (hazardous drinking) และ มีค่าความไว (sensitivity) 87% และความจำเพาะ (specificity) 81% ในการตรวจพบการดื่มที่มีความเสี่ยง (harmful drinking) ในผู้คัดกรองแล้วสงสัยว่าติดสุรา ควรได้รับการประเมินความรุนแรงในการติดสุรา เพื่อวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสมและให้คำปรึกษาเฉพาะเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหยุดดื่มได้ (กรมสุขภาพจิต, 2548)

2. แบบประเมินขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES-8A) สำหรับผู้ดื่มสุรา แบบวัดนี้พัฒนาโดยมิลเลอร์และโทนิแกน (Miller & Tonigan, 1996) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย พิชัย แสงชาญชัย (2546) ซึ่งแปลจาก Assessing drinkers' motivation for change : The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES-8A) และปรับปรุงด้านภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และได้แปลกลับโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา ซึ่งแบบประเมินเป็นการให้ผู้ติดสุราตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self

report) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านการยอมรับ 2) ด้านความล้มเหลว 3) ด้านกำลังลงมือทำ และมีคำถาม 19 ข้อ โดยการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกประเมินผู้ติดยาในด้านการล้มเหลว เนื่องจากแนวคิดของมิลเลอร์ และ โทนิแกน (Miller & Tonigan, 1996) กล่าวว่า รูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจจะสามารถช่วยจัดการความล้มเหลวของผู้ติดยาได้

การบำบัดรักษาผู้ติดยา

การบำบัดรักษาผู้ติดยามีการรักษาหลายรูปแบบ ส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ติดยาหยุดดื่มสุราได้นานที่สุด แต่จะพบว่าการกลับไปดื่มใหม่เกิดขึ้นได้บ่อย จากรายงานการศึกษาผู้ติดยาหลังได้รับการรักษาภายใน 3 เดือนแรกจะกลับไปดื่มใหม่อีก ร้อยละ 50-60 (Hunt et al. อ้างใน ศูนย์บำบัดยาเสพติดขอนแก่น, 2546) ดังนั้นการบำบัดรักษาผู้ติดยาจำเป็นที่ผู้บำบัดต้องเข้าใจสาเหตุของการติดยาของผู้ป่วยด้วย เพื่อให้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย และสามารถให้การบำบัดรักษาครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย และสามารถป้องกันหรือให้การดูแลรักษาเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม วัตถุประสงค์ของการรักษาผู้ติดยาประกอบด้วย ผู้ป่วยลด-ละ-เลิกสุรา รักษาภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการกลับไปดื่มใหม่ และฟื้นฟูจิตใจ หน้าที่การงาน และสังคม (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และ สุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2543) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการบำบัดรักษาผู้ติดยา เป็นกระบวนการที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาและเพื่อหยุดการดื่มอย่างต่อเนื่อง (Gelder & et al., 2001) สามารถสรุปการบำบัดรักษาผู้ติดยาได้ดังนี้

1. การรักษาทางชีวภาพ (biological intervention) จากแนวคิดทฤษฎีทางชีวภาพ เชื่อว่าสุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง สุรากระตุ้นสารสื่อประสาทหลังออกมากกว่าปกติ โดยเฉพาะสาร โดปามีนและมีการยับยั้งการนำสารกลับสู่ที่เก็บสารสื่อประสาทซ้ำลง ทำให้สารสื่อประสาทค้างมากขึ้น มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ทำให้เกิดความ ร่าเริงมากกว่าปกติ บางครั้งมีอาการทางจิต ประสาทหลอน แผลภาพผิด (Sadock & Sadock, 2005) จึงใช้ยาเข้าไปปรับสมดุลของสารสื่อประสาทให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ดังนั้นการใช้ยาในการรักษาขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการรักษา เช่น เพื่อลดอาการขาดสุรา ลดอาการเมาสุรา เพื่อรักษาโรคจิตเวชที่เกิดจากการดื่มสุรา และลดการดื่มสุรา ป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ นอกจากนี้ยังต้องมีการรักษาอาการขาดสุรา (alcohol withdrawal) อาการขาดสุราจะเกิดขึ้นภายใน 2-10 วัน หลังจากมีการลดการดื่มหนักหรือหยุดดื่มในผู้ที่เคยดื่มปริมาณมากๆและดื่มมาเป็นเวลานาน (Slaby, 1994) ยาที่เหมาะสมในการรักษาภาวะขาดสุรา ได้แก่ ยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepine)

ได้แก่ คลอไดอะซีพ็อกไซด์ (Chlodiazepoxide) ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคตับหรือผู้สูงอายุ ควรใช้ยากลุ่มที่ออกฤทธิ์ระยะสั้น (short acting) ได้แก่ ลอราซีแพม (Lorazepam) เป้าหมายการรักษาคือ ป้องกันการเกิดอาการชักและอาการสับสนเพ้อคลั่ง (delirium tremens) ป้องกันหรือรักษาภาวะโรคแทรกซ้อนจากทางกายและทางจิต (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2546; สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

2. การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial Intervention) การรักษาทางจิตสังคมสำหรับผู้ติดสุรามีเป้าหมายคือ การให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม ให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มหรือหยุดดื่มได้นานที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รูปแบบการรักษามีหลายรูปแบบ ได้แก่ จิตบำบัดแบบประคับประคอง (support psychotherapy) การให้คำปรึกษา (counseling) การเสริมสร้างทักษะชีวิต (life skill) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavior therapy) การให้ความรู้เรื่องโรคติดสุรา (psycho-education) การทำครอบครัวบำบัด (family therapy) ชุมชนบำบัด (therapeutic community) และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy: MET) การรวมกลุ่มของผู้ติดสุราเพื่อให้กำลังใจและช่วยเหลือกันให้หยุดดื่มสุราได้ (alcoholic anonymous [AA]) หรือกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self help group) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2548; มานิต ศรีสุรภานนท์ และ ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542; มานิต ศรีสุรภานนท์, และ จำลอง ดิษยวิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2546; สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543 ; Gelder & et al., 2001) นอกจากนี้ การรักษาทางจิตสังคมยังมีรูปแบบการบำบัดรักษาอีก 3 รูปแบบคือ

1) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy: CBT) เป็นวิธีที่มุ่งเน้นการระบุสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุรา การพัฒนากลยุทธ์การจัดการกับปัญหา และการป้องกันการกลับมาดื่มซ้ำ จากผลการศึกษาพบว่า วิธีนี้ใช้ได้ผลดีในผู้ติดสุราในระดับไม่รุนแรงทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (National International on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2003)

2) การบำบัดแบบสิบสองขั้นตอน (twelve-step facilitation: TSF) เป็นการให้การปรึกษาที่อิงหลักของกลุ่มผู้ติดสุราที่รวมกลุ่มเพื่อช่วยกันหยุดดื่มสุรา (alcohol anonymous: AA) ใช้ได้ผลดีในผู้มีปัญหาการดื่มในระดับรุนแรงมากๆ ผู้มีปัญหาด้านจิตเวช หรือผู้มีปัญหาด้านการขาดแหล่งช่วยเหลือทางสังคม (National International on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2003)

3) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivation enhancement therapy: MET) เป็นการบำบัดแบบย่อ ใช้เวลา 2-4 ครั้ง โดยใช้หลักการให้คำปรึกษาเพื่อการสร้างแรงจูงใจ ซึ่งใช้ได้ผลดีในผู้ที่มีความโกรธและผู้ที่มีความคิดความรู้สึกต่อต้าน การรักษาในระยะแรกใช้ในการช่วยเหลือผู้ติดยาแบบรายบุคคล (individual) และรายกลุ่ม (group) ทั้งในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (Miller & Rollick, 1995b) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้การบำบัดนี้แบบรายกลุ่มเพื่อให้ผู้ติดยาได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา และมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีบุคลากรน้อย และประหยัดเวลา ซึ่งรายละเอียดจะกล่าวต่อไป

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การติดยา เป็นพฤติกรรมการดื่มสุรามากเกินไปในระยะเวลาอันยาวนานจนกระทั่งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ตลอดจนการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งพฤติกรรมการดื่มสุราเกิดจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ กรรมพันธุ์ สารเคมีในสมอง สมอง จิตใจและอารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ ชุมชน ทั้งนี้การวินิจฉัยโรคและการประเมินที่มีประสิทธิภาพย่อมส่งผลต่อการรักษา ซึ่งประกอบด้วยการรักษาทั้งทางชีวภาพ คือ ยา และทางจิตสังคม คือ จิตบำบัดแบบประคับประคอง การให้คำปรึกษา การเสริมสร้างทักษะชีวิต พฤติกรรมบำบัด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การให้ความรู้เรื่องโรคติดยา การทำครอบครัวบำบัด ชุมชนบำบัด และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy: MET)

การเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา

การเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัด (Motivational Enhancement Therapy: MET) เป็นแนวทางการให้การบำบัดทางจิตวิทยาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดยา และเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามแนวคิดของมิลเลอร์ และ โรลนิก (Miller & Rollick, 1995) โดยอิงทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of Change) 6 ขั้นตอน รวมทั้งเป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยใช้หลักการของจิตวิทยาการเสริมสร้างแรงจูงใจ และเป็นรูปแบบการบำบัดที่สามารถใช้ได้ผลอย่างรวดเร็วต่อการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจภายใน (Miller, 1995a) นอกจากนี้ ยังเป็นการบำบัดโดยตรงและยึดผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยการสำรวจ ค้นหา และแก้ไขความลังเลใจของผู้ป่วย โดยได้รับการเห็นอกเห็นใจ และสร้างความรู้สึกให้ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองสามารถทำได้ รวมทั้งค้นหาความลังเลใจในการหยุดดื่มสุรา (Miller, 1995a)

การเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัด พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาการเสริมสร้างแรงจูงใจ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม แนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการสัมภาษณ์เพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ (National International on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2003) ซึ่งในการเสริมสร้างแรงจูงใจยังใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน หรือ “FRAMES” ในการตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ติดสุราบอกข้อความที่จูงใจตนเอง และสะท้อนให้ผู้ติดสุรารับทราบในสิ่งที่คิด เมื่อผู้ติดสุราได้ฟังคำถามหลายๆครั้ง และคิดเพื่อตอบคำถาม จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยมีรายละเอียดพอสรุปได้ดังนี้ (Miller & Rollnick, 1995a)

1. ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เสี่ยงหรือปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา
2. เน้นให้มีความรับผิดชอบ (Responsibility) ต่อตนเองในการเปลี่ยนแปลงและมีอิสระในการเลือกและตัดสินใจ
3. ให้คำแนะนำ (Advice) และให้ข้อเท็จจริงเพื่อให้หยุดดื่มสุรา
4. เสนอทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดื่มสุราโดยช่วยผู้ติดสุรากำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะกลางในการลดการดื่มลง
5. แสดงความเข้าใจเห็นใจ (Empathy) โดยการรับฟัง สะท้อนความรู้สึกที่สื่อถึงการเข้าใจผู้ติดสุรา และช่วยในการค้นหาเหตุผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดื่มของตนเอง
6. เชื่อมั่นในความสามารถในตนเอง (Self-efficacy)

นอกจากนี้ มิลเลอร์ และ โรลนิก (Miller & Rollnick, 1995) ได้อธิบายถึงเทคนิคขั้นพื้นฐานในการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อเป็นขั้นตอนการเพิ่มแรงจูงใจ (motivation interviewing: MI) เสริมสร้างแรงจูงใจที่มีประสิทธิภาพซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- 1) แสดงความเห็นอกเห็นใจ (express empathy) ผู้บำบัดที่แสดงลักษณะท่าทีที่เต็มไปด้วยความเห็นอกเห็นใจผู้ติดสุรา ถือเป็นลักษณะที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการให้คำปรึกษาโดยการสร้างแรงจูงใจ โดยการแสดงความเห็นอกเห็นใจที่ถูกต้องและตรงกับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ติดสุรา (accurate empathy) ถือเป็นเครื่องบ่งชี้ที่สำคัญถึงผลสำเร็จในการให้คำปรึกษา การแสดงความเห็นอกเห็นใจจะสื่อออกมาจากท่าทีที่อบอุ่น เป็นมิตร ร่วมไปกับการสะท้อนการฟังตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นการให้การบำบัดไปจนตลอดกระบวนการให้คำปรึกษา ซึ่งหลักการบำบัดนี้หัวใจสำคัญอยู่ที่การยอมรับจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทักษะในการสะท้อนความรู้สึกเป็นสิ่งสำคัญพื้นฐาน และต้องตระหนักว่าความล้มเหลวเป็นเรื่องปกติ

2) การสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (support self-efficacy) ความเชื่อมั่นในความสามารถในตนเอง (self-efficacy) หมายถึงการที่บุคคลนั้นเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับเรื่องต่างๆ ให้บรรลุผลสำเร็จได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และยังเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีในการคาดการณ์ถึงความสำเร็จในการรักษาพฤติกรรมการติดสุรา ดังนั้นแม้ว่าผู้บำบัดดำเนินการช่วยเหลือไปตามหลักการข้างต้น และชักชวนให้ผู้ติดสุราตระหนักถึงปัญหาที่จะต้องได้รับการแก้ไข แต่หากผู้ติดสุรามองว่าปัญหาไม่มีหนทางแก้ไข เขาก็จะไม่พยายามเปลี่ยนแปลง นั่นคือ ความพยายามทั้งหมดของผู้บำบัดประสบกับความล้มเหลว ซึ่งหลักการสำคัญของข้อนี้อยู่ที่ความเชื่อมั่นในโอกาสในการเปลี่ยนแปลง เป็นปัจจัยสำคัญในตัวผู้ติดสุรา ผู้ติดสุราต้องรับผิดชอบในการเลือกและดำเนินการเปลี่ยนแปลง และแนวทางที่หลากหลายในการแก้ไข บังถึงความหวังในการเปลี่ยนแปลง

3) การยอมรับแรงต้านที่เกิดขึ้นกับผู้ติดสุรา (roll with resistant) การอธิบายถึงการเคลื่อนไปพร้อมกับแรงต้าน ประยุกต์ใช้ในการบำบัดโดยการสร้างแรงจูงใจ คือ ผู้บำบัดต้องเคารพในความคิดเห็นของผู้ติดสุรา ให้เกียรติเขาในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาคงของตนเอง รวมทั้งเข้าใจว่าภาวะลังเลใจของผู้ติดสุราเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ ไม่ได้เป็นการต่อต้านหรือเป็นปฏิปักษ์ต่อผู้บำบัด ผู้บำบัดไม่ควรบังคับให้ผู้ติดสุรมีเป้าหมายหรือมุมมองใหม่ตามตนเอง แต่ผู้ติดสุราจะถูกชักชวนให้พิจารณาข้อมูลใหม่ มีมุมมองที่ต่างจากเดิม แนวคิดในการมองใหม่คือ “เลือกเฉพาะที่ต้องการ และทิ้งที่เหลือไว้” เป็นแนวคิดที่ผู้ติดสุรมีอิสระที่จะตัดสินใจว่าจะนำไปใช้หรือไม่ก็ได้ และยากที่จะเกิดการเผชิญหน้าหรือขัดแย้งกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ติดสุรา โดยขั้นตอนนี้มีหลักการที่สำคัญคือ เราสามารถใช้ประโยชน์จากแรงต้าน การรับรู้สามารถเปลี่ยนแปลง เสนอแนวคิดในการมองปัญหาโดยไม่บังคับ และประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นแหล่งคำตอบของปัญหา

4) การค้นหาช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับสิ่งที่เป็นอย่างปัจจุบัน (develop discrepancy) เป้าหมายของการบำบัดโดยสร้างแรงจูงใจไม่ได้หมายความว่าช่วยผู้ติดสุราเกิดการยอมรับตนเอง โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆเลย ไม่ได้หมายความว่าการสะท้อนการฟังจะทำไปเรื่อยๆ แล้วแต่ผู้ติดสุราจะกล่าวถึงเรื่องใด การบำบัดด้วยรูปแบบนี้เชื่อว่า ผู้ติดสุราจนมีผลต่อสุขภาพที่จะกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ด้วยการให้เขาเผชิญหน้ากับความจริงที่ไม่พึงปรารถนานั้น ซึ่งหัวใจของการบำบัดนี้คือ การให้ผู้ติดสุรามองเห็นถึงความขัดแย้งที่มีอยู่ของตนเองเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยการตระหนักถึงผลที่ตามมา อุปสรรคที่เกิดจากพฤติกรรมในปัจจุบันที่มีต่อเป้าหมายสำคัญในชีวิตจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ และผู้ติดสุราควรจะเป็นผู้พูดถึงความจำเป็นและความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลง

ในการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ติดสุรา เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้เลิกดื่มสุรา โดยเป็นการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่มีลักษณะให้คำปรึกษาแบบชี้แนะแนวทาง (directive) ในขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ ในการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการรักษา ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกได้สำรวจ ค้นหาและแก้ไขความลังเลของตนเอง ซึ่งในการเสริมสร้างแรงจูงใจได้มีการนำแนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของ โพรชาสกา และ ไดคิเมนท์ (Prochaska & DiClemente) (พิชัย แสงชาญชัย, 2547ก; Miller, 1995a) เนื่องจากการเข้าใจวงจรการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราที่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำเมื่อหยุดดื่มแล้วนั้น จะทำให้ผู้บำบัดเกิดความตระหนักในผู้ป่วยและขั้นตอนการบำบัด สามารถดำเนินการบำบัดให้สอดคล้องกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ติดสุรา (Miller & Rollick, 1995a) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการหยุดสุรา ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีการดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 8 ครั้ง รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ขั้นไม่สนใจปัญหา (pre-contemplation stage) ในขั้นนี้ผู้ป่วยไม่คิดว่าตนเองมีปัญหาจากการใช้สุรายาเสพติด ผู้ป่วยมักคิดว่าตนเองควบคุมการใช้สุรายาเสพติดได้ จะหยุดเมื่อไรก็ได้ ขึ้นอยู่กับความต้องการของตนเอง รู้สึกชื่นชอบในความสุขที่ได้รับจากสุรายาเสพติด ไม่สนใจการตรวจเช็คสุขภาพ ไม่คิดว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ มองไม่เห็นผลเสียที่เกิดขึ้นจากการใช้สุรายาเสพติด มักโทษบุคคลรอบข้างหรือโทษสิ่งแวดล้อมว่าทำให้ตนเองเครียดจึงต้องใช้สุรายาเสพติดเป็นทางระบาย ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้รับการบำบัดจำเป็นต้องได้รับการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) และการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (information) การให้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา เน้นข้อเท็จจริง เป็นเหตุเป็นผล เป็นกลาง ไม่ชี้นำหรือครอบงำหรือขู่ให้กลัว

ในการศึกษาครั้งนี้ มีขั้นตอนการเสริมสร้างแรงจูงใจประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 2 ครั้งคือ ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักและย้ำให้ให้เกิดความตระหนักในปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา

2. ขั้นลังเลใจ (contemplation stage) ในขั้นนี้ผู้ป่วยมักประสบกับผลกระทบในทางลบจากการใช้สุรายาเสพติดบ้างแล้ว แต่อาจจะไม่รุนแรงมากนัก เช่น มีปัญหาสุขภาพ ถูกจับกุม มีปัญหากับญาติ ผู้บังคับบัญชาตึกเตือน เป็นต้น ผู้ป่วยยังเห็นว่าสุรายาเสพติดมีคุณมากกว่าโทษ ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังควบคุมการใช้สุรายาเสพติดได้ พยายามควบคุมตนเองมากขึ้นแต่ก็ยังใช้สุรายาเสพติดอยู่ ซึ่งสิ่งที่ผู้ติดสุราควรได้รับจากผู้บำบัดคือ การพูดคุยถึงข้อดี ข้อเสีย ของการใช้สุรายาเสพติดและ การเลิกสุรายาเสพติด โดยปกติผู้บำบัดมักเห็นข้อเสียของการใช้สุรายาเสพติดและ ข้อดีของการเลิกสุรายาเสพติด ส่วนผู้ป่วยมักจะเห็นข้อดีของการใช้สุรายาเสพติดและข้อเสียของ

การเลิกใช้สุรายาเสพติด การพูดคุยถึงข้อดีและข้อเสีย ผู้บำบัดควรเป็นกลางและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบทั้ง 4 ประเด็น ในขณะที่ตรวจสอบ ผู้บำบัดก็อาจให้ข้อมูลที่ถูกต้องไปด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้มีขั้นตอนการเสริมสร้างแรงจูงใจประกอบการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 1 ครั้งคือครั้งที่ 3 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อนำให้สมาชิกตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อตนเองและยอมรับในผลกรรมที่เกิดขึ้นหลังการตัดสินใจเลือกที่จะลด ละ เลิกสุรา และตัดสินใจได้หลังจากลังเลใจว่าจะดื่มหรือเลิกดื่ม

3) ขั้นตัดสินใจหยุดดื่มสุราอย่างจริงจัง (preparation stage or determination stage)

ในขั้นนี้ผู้ป่วยมักประสบกับโทษภัยของสุรายาเสพติดที่รุนแรงหรือตระหนักถึงปัญหาการใช้สุรายาเสพติดและต้องการเลิกสุรายาเสพติด ผู้บำบัดควรให้ทางเลือกในการเลิกสุรายาเสพติด (menu) ไม่ควรมีหนทางเลือกมากจนสับสนหรือน้อยเกินไปเหมือนถูกบังคับ ผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกได้อย่างอิสระ และเน้นความรับผิดชอบในการเลือกของผู้ป่วยเอง

ในการศึกษาครั้งนี้มีขั้นตอนการเสริมสร้างแรงจูงใจประกอบการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 1 ครั้งคือครั้งที่ 4 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อนำให้สมาชิกตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อตนเองและยอมรับในผลกรรมที่เกิดขึ้นหลังการตัดสินใจเลือกที่จะลด ละ เลิกสุรา และตัดสินใจได้หลังจากลังเลใจว่าจะดื่มหรือเลิกดื่ม

4) **ขั้นลงมือปฏิบัติ (action stage)** ในขั้นนี้ผู้ป่วยกำลังลงมือหยุดสุรายาเสพติดแต่ไม่สำเร็จ ระยะเวลาที่อยู่ในช่วง 6 เดือนแรก ผู้ป่วยได้พยายามทำตามวิถีทางที่ตนเองได้เลือกเพื่อเลิกสุรายาเสพติดได้ ผู้ป่วยอาจกระทำไม่ได้ไม่สม่ำเสมอในบางช่วง ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกได้อย่างต่อเนื่อง ความเข้าใจในวิธีการ ความชำนาญในการกระทำ ขจัดอุปสรรคที่อาจกระทำไม่ได้ต่อเนื่อง ความมั่นใจว่าตนเองสามารถกระทำได้ ความหวังและกำลังใจเป็นสิ่งที่สำคัญ

ในการศึกษาครั้งนี้มีขั้นตอนการเสริมสร้างแรงจูงใจประกอบการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 1 ครั้งคือครั้งที่ 5 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อนำให้สมาชิกมีเป้าหมายและมีความรับผิดชอบในการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งมีการวางแผนการเปลี่ยนแปลง สร้างความผูกพันและเลือกวิธีการรักษา

5) **ขั้นกระทำต่อเนื่อง (maintenance)** ในขั้นนี้ผู้ป่วยมักเลิกสุรายาเสพติดได้ประมาณ 6 เดือน อารมณ์ ความคิดค่อนข้างมั่นคง กระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกได้อย่างต่อเนื่อง มีความมั่นใจว่าตนเองเลิกสุรายาเสพติดได้ สิ่งที่คุณคิดสุราจะได้เรียนรู้และเข้าใจคือ การป้องกันการกลับไปใช้สุรายาเสพติดซ้ำ การมีวิถีชีวิตที่สมดุล ชีวิตที่มีคุณค่า การออกกำลังกาย การบริหารเวลา การผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพตนเอง อาหารที่เป็นประโยชน์ การควบคุมสิ่งเร้าที่ทำให้อยากดื่มสุรา การหมั่นสังเกตสัญญาณที่สื่อถึงการกลับไปดื่มซ้ำ เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้มีขั้นตอนการเสริมสร้างแรงจูงใจประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 2 ครั้งคือครั้งที่ 6 และครั้งที่ 7 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทักษะใหม่ๆ เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำและเตรียมชุดกลุ่ม

6) ขั้นกลับไปมีปัญหาซ้ำ (relapse stage) ในขั้นนี้ผู้ป่วยเริ่มต้นจากการนำพาตนเองเข้าไปสู่สถานการณ์เสี่ยง การปล่อยให้ตนเองมีความเปราะบางทางอารมณ์จิตใจ การไม่สามารถจัดการกับอาการอยากดื่มสุรา การไม่ดูแลตนเอง การเผลอใจกลับไปใช้สุรายาเสพติดซ้ำ ปฏิกริยาทางจิตใจที่ตามมาเช่น รู้สึกผิด ซ้ำเติมตนเอง ไม่เคารพนับถือตนเอง ปฏิเสธความจริง เป็นต้น จนกระทั่งควบคุมการใช้ไม่ได้ กลับไปมีปัญหาติดสุราอีก ผู้บำบัดต้องช่วยให้ผู้ป่วยหยุดสุราให้เร็วที่สุด และให้กำลังใจ การสารภาพผิด มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา การมุ่งมั่นในการเลิกสุราต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้มีขั้นตอนการเสริมสร้างแรงจูงใจประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 1 ครั้งคือครั้งที่ 8 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของสมาชิก เพื่อเตือนใจให้สมาชิกนึกถึงเป้าหมายและแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ มีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและสามารถควบคุมตนเองให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ในการนำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ไปใช้ในการบำบัดสามารถใช้ได้ทั้งในรายเดี่ยวและรายกลุ่ม หากใช้รายกลุ่มต้องมีการคัดเลือกสมาชิกเข้ากลุ่ม ดำเนินกลุ่มโดยผู้นำที่ได้รับการฝึกฝนด้านนี้มาแล้ว เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการใช้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิก มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จนเกิดการเรียนรู้ สามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมได้ ซึ่งกลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจนี้มีข้อดีคือให้บริการครั้งเดียวได้หลายคน เกิดปัจจัยบำบัด เป็นการผสมผสานการบำบัดแบบย่อใช้เวลาไม่นาน (Miller, 1995a) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงได้สร้างโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มมาใช้บำบัดกลุ่มผู้ติดสุราที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ในคลินิกสารเสพติด

ผลการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา

การเพิ่มแรงจูงใจ (Motivaion Interviewing, [MI]) เป็นการให้คำปรึกษาแบบตรงไปตรงมาที่ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีเป้าหมายที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาและแก้ไขความลังเลใจหรือภาวะสองจิตสองใจที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม โดยการเพิ่มแรงจูงใจได้ถูกพัฒนาให้มีรูปแบบที่ชัดเจนลักษณะของกลุ่มวิธีการให้คำปรึกษา 4 ครั้งคือการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัด (Motivational Enhancement Therapy,[MET]) ซึ่งรูปแบบนี้ได้ถูก

นำไปเปรียบเทียบกับการรักษาทางจิตสังคมอีก 2 รูปแบบคือ การบำบัด 12 ขั้นตอน (twelve – step facilitation therapy) และการบำบัดทางปัญญา (cognitive behavior therapy, [CBT]) ในโครงการวิจัยแมทซ์ (Project MATCH) เพื่อศึกษาการรักษาทางจิตสังคมทั้ง 3 รูปแบบดังกล่าวว่าแบบใดเหมาะสมกับผู้ที่ติดสุรา ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การรักษาทั้ง 3 รูปแบบช่วยลดการดื่มสุราได้ไม่แตกต่างกัน (Miller, 1995b) นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review and meta-analysis of randomized_controlled) ของ รูบัก, แซนด์แบค, ลูริทเซน และ คริสเตนเซน (Rubak, Sandback, Lauritzen & Christensen, 2003) ที่ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งพัฒนาโดยมิลเลอร์และโรลนิก (Miller & Rollnick, 1995) ในประเทศเดนมาร์ก โดยศึกษาในผู้ที่มีปัญหาจากพฤติกรรมสุขภาพและผู้ป่วยเป็นโรคที่เกิดจากการดำเนินชีวิต (lifestyle problems and disease) เช่น ความอ้วน ความดันโลหิตสูง ไขมันในกระแสเลือดสูง และผู้ที่มีแอลกอฮอล์ในเลือดสูง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจมีผลการตรวจวัดด้านร่างกายดีขึ้นถึงร้อยละ 95 อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงการนำไปส่งเสริมสุขภาพกับผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของรัมพ์ฟ, แฮพเค, เมย์เยอร์, และจอห์น (Rumpf, Hapke, Meyer, and John, 1999) ซึ่งศึกษาการเปรียบเทียบผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ที่ติดสุราที่นอนรักษาในโรงพยาบาลกับผู้ติดสุราทั่วไป ในประเทศเยอรมันโดยใช้ผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของโพรชาสกา และไดคลิเมนต์ (Prochaska and DiClemente) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดสุราที่นอนรักษาในโรงพยาบาลที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแตกต่างจากผู้ติดสุราทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) นอกจากนี้ จอห์น, เวลทรัพ, คริสเตน, เวทเทอร์ลิงก์ และ ดิลลิง (John, Veltrup, Driessen, Wetterling, & Dilling, 2003) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายเดี่ยวและรายกลุ่มในผู้ติดสุรา ผลการศึกษาพบว่า ทั้งการบำบัดรายเดี่ยวและรายกลุ่มทำให้ผู้ติดสุราที่มีอัตราหยุดดื่มสุรา (abstinence rate) ไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าการบำบัดรายกลุ่มอาจจะมีอัตราการมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือกัน (self-help group) สูงกว่าการบำบัดรายเดี่ยว แต่อัตราการหยุดดื่มสุรา 6 เดือนหลัง โปรแกรมสิ้นสุดไม่เพิ่มขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถช่วยให้พฤติกรรมการดื่มสุราลดลง และเป็นแนวทางเลือกหนึ่งสำหรับบุคลากรในการนำการเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้ในการบำบัดดูแลผู้ติดสุรา เพื่อให้ผู้ติดสุราที่มีแรงจูงใจ มีความตั้งใจสำหรับการดื่มสุราเพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้แนวคิดของ มิลเลอร์ (Miller, 1995a) ซึ่งให้ความหมายของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ว่าเป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยใช้หลักการของจิตวิทยาการเสริมสร้างแรงจูงใจ และเป็นรูปแบบการบำบัดที่สามารถใช้ได้ผลอย่างรวดเร็วต่อการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจภายใน โดยมีหลักการในการเสริมสร้างแรงจูงใจตามกระบวนการ “FRAMES” ประกอบด้วย 6 หลักการ คือ 1) ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) 2) เน้นให้มีความรับผิดชอบ (responsibility) 3) ให้คำแนะนำ (advice) 4) เสนอทางเลือกในการปฏิบัติ (menu) 5) แสดงความเข้าใจเห็นใจ (empathy) 6) เชื่อมั่นในความสามารถในตนเอง (self-efficacy) โดยเชื่อว่าผู้ติดสุราจะมีขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาทั้งด้านการยอมรับ ด้านความตั้งใจ และด้านกำลังลงมือทำ โดยที่กลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจจะเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ติดสุรามีความตั้งใจ เอาชนะความลังเล และช่วยให้ผู้ติดสุรามองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ทำให้มีการลงมือปฏิบัติในที่สุด และในขณะที่ทำกลุ่มจะเกิดปฏิสัมพันธ์ที่จะช่วยให้ผู้ติดสุราได้เรียนรู้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และช่วยเหลือกัน ส่งผลให้ผู้ติดสุราสามารถเอาชนะความลังเลได้จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงได้