

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ในผู้ที่เข้ามารับบริการในคลินิกบำบัดสุราโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมถึงหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคติดสุรา

1.1 ความหมายของโรคติดสุรา

1.2 ปัจจัยที่ทำให้ติดสุรา

1.3 ผลกระทบจากการติดสุรา

1.4 พฤติกรรมการดื่มสุรา

1.5 การบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

2. กระบวนการการตัดสินใจในการใช้นวัตกรรม

3. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

3.1 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

3.2 สารสำคัญของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรม
การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุรา ของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก

3.3 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

4. สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

โรคติดสุรา

ในประเทศไทยได้ใช้คำว่า “สุรา” แทนคำว่า “เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์” และได้ให้ความหมายของสุราดังนี้

สุรา (เหล้า เบียร์ วิสกี้ ไวน์) เป็นสารเสพติดประเภท ออกฤทธิ์ผสมผสาน มีทั้งกระตุ้นและกดประสาท หรือทำให้ประสาทหลอน สารเสพติด หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุใด ๆ เมื่อเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะโดยการรับประทาน ฉีด เหน็บ ทา สูบ หรือดม เป็นเวลาติดต่อกันในระยะหนึ่งแล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม คือ มีความต้องการเสพอยู่ตลอดเวลาและต้องแสวงหาให้ได้ (craving behavior) มีความโน้มเอียงที่จะเสพติดต่อกันและเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ (tolerance) และเมื่อไม่ได้เสพหรือหยุดใช้สารนั้นจะเกิดการขาดยา (withdrawal symptoms) เมื่อใช้ไปนาน ๆ สุขภาพร่างกายทรุดโทรมและสมรรถภาพทางจิตสังคมเสื่อมถอย (psychobiosocial dysfunctions) (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2546)

สุรา (alcohol) หมายถึง สารที่มีส่วนประกอบของเอทิลแอลกอฮอล์ (ethyl alcohol) ทุกชนิด เช่น แอลกอฮอล์ เบียร์ ไวน์ ออกฤทธิ์โดยจับกับ GABA receptor ซึ่งจะกดประสาท ทำให้มีผลต่อการควบคุมการเคลื่อนไหว อารมณ์ และสติสัมปชัญญะ (มานุษย หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

สุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ ได้แก่ เบียร์ เหล้าสาโท กระแช่ วิสกี้ สเปย์ ไวน์ เป็นเครื่องดื่มที่ถูกกฎหมาย สุรา ประกอบด้วย สารเคมีถึงธรรมชาติ กึ่งสังเคราะห์ มีชื่อทางเคมีว่า ethanol (พื้นฐานภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549)

สุราเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง เกิดจากการหมักผลไม้ ผัก หรือเมล็ดพืช สุรามีหลายชนิด แต่ชนิดที่ใช้ดื่มเรียกว่า เอทิลแอลกอฮอล์ (ethyl alcohol) หรือ เอทานอล (ethanol) ซึ่งเรียกกันโดยทั่วไปว่าแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์โดยตัวของมันเองไม่มีรสหรือกลิ่น แต่รสหรือกลิ่นในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมาจากส่วนประกอบในการหมักและการแต่งกลิ่น (กรมสุขภาพจิต, 2547)

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายของสุรา หมายถึง เหล้า น้ำเมาที่ได้จากการกลั่น (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

สรุป “สุรา” หรือ “เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์” หมายถึง สารที่มีส่วนประกอบของเอทิลแอลกอฮอล์ (ethyl alcohol) เกิดจากการหมักหรือกลั่นผลไม้ ผัก หรือเมล็ดพืช สามารถดื่มได้ ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางและออกฤทธิ์ต่อจิตประสาททำให้เกิดอาการมึนเมา

ความหมายของโรคติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้ความหมายของการติดสุราไว้ ดังนี้

มานิต ศรีสุรกันนธ์ (2552) ให้ความหมายของผู้ที่เป็นโรคติดสุราว่า เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคม เช่น พันธุกรรม บุคลิกภาพ สภาพจิตใจ สภาพแวดล้อม

สมภพ เรืองตระกูล (2549) ให้ความหมายของผู้ที่เป็นโรคติดสุราว่า ผู้ป่วยจะมีอาการดื้อหรืออาการขาดสุรา จะเกิดภายหลังลดปริมาณการดื่มลงเป็นเวลา 12 ชั่วโมง อาการขาดสุราจะเกิดกับผู้ที่ดื่มจำนวนมาก และเป็นเวลานาน ผู้ป่วยจะใช้เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการแสวงหาและการดื่มสุรา รวมทั้งดื่มอย่างต่อเนื่องแม้จะมีปัญหาทางจิตใจและทางกาย เช่น อาการซึมเศร้า สูญเสียความจำหรือโรคตับ

การติดสุราเป็นอาการทางด้านจิตชีวภาพ และจะไม่เป็นเพียงรูปแบบการบริโภคแบบซ้ำ ๆ เท่านั้น แต่จะประกอบด้วยความคิดปกติด้านพฤติกรรม ความคิด และทางกายภาพ ซึ่งมักจะเกิดขึ้นพร้อมกันในเวลาใดเวลาหนึ่ง ลักษณะหลัก ๆ คือ ไม่สามารถที่จะควบคุมการใช้สุราได้ มีความรู้สึกอยากดื่มอย่างรุนแรง ให้ความสำคัญกับการดื่มสุรามากกว่าการทำอย่างอื่น เกิดการขาดสุรา (ในบางราย) และการที่ยังคงใช้สุราต่อไป แม้ว่าจะเกิดอันตรายขึ้นก็ตาม (Saunders, 2004)

บาเบอร์และคณะ (Babor et al., 2001) ให้ความหมายของผู้ที่เป็นโรคติดสุราว่า เป็นกลุ่มอาการทางด้านพฤติกรรม ความคิดและสรีระที่เป็นผลมาจากการดื่มสุรา มีความต้องการการดื่มอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ดื่มอย่างต่อเนื่องแม้ว่าจะเกิดผลเสีย ให้ความสำคัญกับการดื่มมากกว่าการทำกิจกรรมอื่น มีความทนทานต่อฤทธิ์ของสุราเพิ่มขึ้น และเกิดอาการทางกายเมื่อหยุดดื่ม

ในปัจจุบัน โรคติดสุรา ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition [DSM-IV]) และใช้ F10.2 วินิจฉัยกลุ่มโรค ตามรหัสของโรคในระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem [ICD-10]) (American Psychiatric Association, 2005)

เกณฑ์การวินิจฉัยกลุ่มอาการที่ติดสุรา จะต้องมีอาการต่อไปนี้ 3 อย่างหรือมากกว่าที่เกิดขึ้นพร้อมกันในเวลาอย่างน้อย 1 เดือน และเกิดขึ้นซ้ำอีกในเวลา 12 เดือนคือ 1) มีการกระทำอย่างหมกมุ่นเพื่อให้ได้สารนั้นมา 2) ไม่สามารถที่จะลดหรือควบคุมการใช้สารนั้นได้ 3) ใช้สารนั้นต่อไป เพื่อหลีกเลี่ยงอาการทางกายหรืออาการถอนพิษ 4) เพิ่มปริมาณการใช้สารมากขึ้นจึงจะได้ฤทธิ์เท่าเดิม 5) ยังคงใช้สารนั้นอยู่ทั้ง ๆ ที่ได้รับผลกระทบจากการใช้สารนั้น (Sadock and Sadock, 2003)

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์ (2548) การดื่มสุรา ทำให้เกิดการติดทางกาย (physical dependence) โดยฤทธิ์ของสุราส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนในระบบประสาท ทำให้เกิดการติดต่อฤทธิ์ของสุรา มีอาการขาดสุรา เช่น นอนไม่หลับมือสั่น หากไม่ได้ดื่ม จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ต้องดื่มอย่างต่อเนื่อง และการดื่มสุรามีผลทำให้เกิดการติดทางใจ (psychological dependence) ที่แสดงออกในรูปของความอยาก ความเคยชิน มีพฤติกรรมแสวงหาสุรามาเพื่อดื่มโรคติดสุราเป็นรูปแบบการใช้สารที่มีปัญหาที่ทำให้เกิดความเสียหายหรือมีผลเสียต่อตัวเอง ซึ่งจะต้องมีข้อต่อไปนี้อย่างน้อย 3 ข้อ ในเวลาใดเวลาหนึ่งช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

1. การดื้อยา (tolerance) ตามข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - 1.1 มีความต้องการที่จะใช้สารนั้นเพิ่มขึ้นอย่างมาก เพื่อให้ได้ซึ่งผล หรืออาการที่ต้องการ
 - 1.2 ผลของสารนั้นจะลดลงไปอย่างมาก เมื่อมีการใช้อย่างต่อเนื่องในจำนวนเท่าเดิม
 2. อาการขาดยา (withdrawal) ตามข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - 2.1 เกิดลักษณะของกลุ่มอาการขาดยา
 - 2.2 มีการใช้สารนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาอาการขาดยา
 3. มักจะใช้สารนั้นในจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น หรือใช้ติดต่อกันนานมากกว่าที่คิดไว้
 4. ต้องการให้สารนั้นอยู่ตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง หรือมักไม่สำเร็จในการพยายามที่จะหยุดหรือเลิกใช้สารนั้น
 5. เวลาในแต่ละวันหมดไปกับกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อที่จะให้ได้สารนั้นมาเพื่อการเสพสาร หรือในการฟื้นจากผลของสารนั้น
 6. การใช้สารนั้นมีผลทำให้กิจกรรมสำคัญ ๆ ในด้านสังคม อาชีพและกิจกรรมส่วนตัวเสื่อมลง
 7. มีการใช้สารนั้นอยู่ต่อไปเรื่อย ๆ แม้จะทราบว่าสารนั้น ๆ ก่อให้เกิดปัญหาทางกาย และจิตใจอยู่เป็นประจำก็ตาม
- พูนศรี รังษิณี รัชชัย กฤษณะประกรกิจ และนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล (2547) กล่าวว่า ลักษณะต่าง ๆ ที่บ่งบอกว่าเป็นโรคติดสุรา (alcohol dependence) จะต้องมีอาการ 3 ใน 7 ข้อดังนี้
1. ดื่มสุราปริมาณมากขึ้นหรือดื่มนานกว่าที่ตั้งใจไว้
 2. ผู้ดื่มทราบว่าตนเองดื่มมากกว่าปกติ และพยายามที่จะลดหรือควบคุมการดื่มแต่ก็ทำไม่สำเร็จ

3. ใช้เวลาส่วนใหญ่ทำกิจกรรมต่าง ๆ (รวมทั้งขโมย) เพราะจำเป็นที่จะต้องจัดหาสุรามาดื่ม หรือเพื่อให้พ้นจากฤทธิ์ต่าง ๆ ของการขาดสุรา

4. ผู้นั้นอาจจะเกิดอาการไม่สบายจากอาการเมาสุรา หรืออาการขาดสุรา เมื่อคาดว่าจะต้องทำงานที่สำคัญให้สำเร็จ เช่น การทำงานหรือการเรียน ไม่ไปทำงานหรือเรียนเพราะเมากัง

5. ไม่สนใจหรือมีความสนใจลดลงในกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีความสำคัญ

6. เมื่อดื่มหนักเป็นระยะเวลานาน ก็จะเกิดปัญหาทางสังคม จิตใจ และร่างกาย และจะเกิดอาการกำเริบเมื่อใช้อย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าจะเกิดปัญหาเหล่านี้ และผู้นั้นก็ทราบดีว่าการดื่มจะทำให้เกิดปัญหาขึ้นแต่ก็ยังดื่มต่อไป

7. เกิดอาการดื้อต่อสุรา หมายถึง จำเป็นต้องดื่มปริมาณเพิ่มขึ้นอีกอย่างน้อยร้อยละ 50 ของขนาดที่เคยดื่มตั้งแต่แรกเพื่อให้ได้ฤทธิ์เมา หรือได้รับผลจากสุราลดลงอย่างมากเมื่อดื่มสุราขนาดเท่าเดิม หรือเมื่อหยุดหรือลดขนาดการดื่มสุราจะเกิดอาการต่าง ๆ ของการขาดสุรา

กล่าวโดยสรุป โรคติดสุรา ดังกล่าวมาข้างต้น เป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราที่ผิดปกติเป็นระยะเวลานาน แล้วส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ และต้องดื่มปริมาณมากขึ้นแม้จะทราบว่าเกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ การประเมินโรคติดสุราต้องอาศัยเกณฑ์การประเมินที่ละเอียดและรอบคอบ สำหรับการประเมินโรคติดสุราในคลินิกบำบัดสุรา โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย จึงได้ใช้เกณฑ์ประเมินตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) และใช้ระบบการบันทึกเลขรหัสตามเกณฑ์ของ ICD-10 คือ F10.2 ตามรหัสของโรคในระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem [ICD-10]) (American Psychiatric Association, 2005) ว่าเป็นโรคติดสุรา (alcohol dependence: F 10.2) อ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช [DSM-IV]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 2005) โดยมีอาการสำคัญ 3 อาการหรือมากกว่า เกิดขึ้นในเวลาใดก็ตาม ในระยะ 12 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่

1. มีการดื้อยา (tolerance) ซึ่งมีนิยามอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้
 - 1.1 มีความต้องการเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้เกิด intoxication หรือผลอื่นที่ต้องการ
 - 1.2 ได้รับผลจากการดื่มลดลงอย่างมากหากยังคงดื่มเท่าเดิม
2. มีอาการขาดยา (withdrawal symptom) ซึ่งมีนิยามอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้
 - 2.1 มีอาการขาดสุรา
 - 2.2 การดื่มสุรา (หรือสารใกล้เคียง) สามารถลดหรือกำจัดอาการขาดสุราได้
3. มีการดื่มสุราในปริมาณมาก หรือเป็นเวลายาวนานกว่าที่ตั้งใจ
4. มีความต้องการดื่มอยู่ตลอดเวลา หรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มได้

5. ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อหาสุรามาคืบ ในการคืบหรือในการพ้นจากการเมาสุรา
6. ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงานหรือการหย่อนใจอื่น ๆ เนื่องจากการคืบ
7. ยังคงคืบอยู่ แม้จะทราบว่ามีโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น เช่น ยังคงคืบสุราแม้ทราบว่าสุราจะทำให้แผลในกระเพาะแสบ

ปัจจัยที่ทำให้ติดสุรา

ปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุของการติดสุราเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ซึ่งมีผลต่อกันและกัน (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548)

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factor) จากการศึกษาผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง พบว่าพันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่ง ค่าความสัมพันธ์ของการติดสุราและยาเสพติดในคู่แฝดไข่ใบเดียวกัน (identical twins) ที่มีลักษณะทางพันธุกรรมใกล้เคียงกัน สูงกว่าค่าความสัมพันธ์ของการติดสุราและยาเสพติดในคู่แฝดไข่คนละใบ (dizygotic twins) ซึ่งเกิดจากครรภ์เดียวกันแต่อาจมีพันธุกรรมที่แตกต่างกัน (Dick and Agrawal, 2008) ซึ่งจะพบญาติสนิทของผู้ป่วยติดสุรา ในอัตราที่สูงกว่าประชากรทั่วไป 3 เท่า คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันถ้าคนหนึ่งติดสุรา อีกคนมีโอกาสดูดด้วยถึงร้อยละ 60 บุตรบุญธรรมซึ่งบิดา มารดาแท้ ๆ ติดสุราและได้รับการเลี้ยงดูห่างไกลจากบิดามารดาของตน มีอัตราการติดสุราสูงกว่าปกติถึง 4 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) สารชีวเคมีในร่างกาย มีการตั้งสมมติฐานว่า สุราอาจผลิตจากสารสื่อประสาทอย่างหนึ่งที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน และมีผลให้เกิดการติดสารดังกล่าว ซึ่งจะออกฤทธิ์ในรูปของ active amines เมื่อร่างกายมี alcoholic metabolism ได้แก่ สารโดปามีน (dopamine), ซีโรโทนิน (serotonin) นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่า กลไกการออกฤทธิ์ของสุรา ส่งผลต่อ neuroreceptor ในสมอง ทำให้เกิดอาการอยากยา และเกิดอาการถอนยาเมื่อหยุดใช้ยา จึงทำให้ผู้เสพต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเรื่อย ๆ และไม่สามารถหยุดการใช้สารนั้น ๆ ได้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549) นอกจากนี้ ปัจจัยด้านชีววิทยาที่เกี่ยวกับความผิดปกติของสมองก็อาจทำให้เด็กมีพฤติกรรมและบุคลิกภาพผิดปกติ ซึ่งจะมีแนวโน้มใช้ยาเสพติดได้ง่ายกว่าเด็กปกติ เช่น เด็กที่มีประวัติ hyperactivity (สถาบันวิจัยยาเสพติด, 2546)

2. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (social and cultural factors) ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการใช้สุรา เป็นผลจากการเบี่ยงเบนในบรรทัดฐานทางสังคม วัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมที่สับสน สังคมมีความอ่อนแอ บุคคลขาดความรู้สึกรู้สึกผูกพันต่อสังคม ไม่ยอมรับในกฎระเบียบของสังคม มีปัญหาสัมพันธภาพในสถาบันครอบครัวและในสังคม (สถาบันวิจัยยาเสพติด,

2546) ยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มสุราของเด็กนักเรียนคือบิดา มารดา พี่น้องและเพื่อน (Felton et al., 1999) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เด็กติดสุราง่ายคือ บิดามารดาติดสุรา เนื่องจากไม่สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีแก่เด็ก สภาพครอบครัววุ่นวาย บิดาและมารดามีเรื่องบาดหมางกัน มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ขาดความสามารถในการยกระดับของครอบครัว รวมทั้งขาดความสำนึกในคุณค่าของตน เพื่อนมีอิทธิพลต่อการใช้สุราของเด็กโดยเฉพาะเพื่อนที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ ติดสุราแล้วมาชักจูงผู้ปวย มีท่าทีส่งเสริมการใช้สุรา และสามารถหาสุรามาได้โดยง่าย(สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) การคบเพื่อนเป็นปัจจัยภายนอกที่มีผลให้วัยรุ่นหญิงในจังหวัดอ่างทองส่วนใหญ่ เสพติดสุรามากที่สุด ส่วนใหญ่จะเริ่มดื่มเมื่ออายุ 13-15 ปี โดยมีเพื่อนชักชวนให้ดื่ม และการไปโบสถ์เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราในหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่สาม (แผนงานการพัฒนากระบวนการ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ, 2553) สังคมและวัฒนธรรมบางแห่งยอมรับ เช่น การเข้าสังคมชั้นสูงต้องมีการดื่มสารพวก alcohol เช่น สุรา ไวน์ บางวัฒนธรรมนิยมใช้สุรายาต้องเป็นเครื่องบำรุงร่างกาย บางคนนิยมดื่มชา กาแฟ เพื่อกระตุ้นให้สดชื่นมีประสิทธิภาพในการทำงาน เมื่อใช้จำนวนมากจึงเกิดการติดขึ้น และมีอาชีพที่ผลักดันให้เกิดการใช้สารเสพติดจนติดได้แก่ อาชีพที่ทำงานตอนกลางคืน (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) การได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา ที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจรของผู้ป่วยกลุ่มวัยทำงานที่ประสบอุบัติเหตุจราจร (พัชรินทร์ ชมเดช, 2548) สถานที่บางแห่งถือว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องปกติและสังคมยอมรับ เช่น ในหอพักนักศึกษา ค่ายทหาร จึงนิยมการดื่มแอลกอฮอล์มาก กลุ่มคนบางกลุ่ม เช่น ขาวยิว และชาวเอเชียอัตราโรคติดสุราน้อยกว่า ชาวคริสต์ นิกายคาทอลิก ชาวอเมริกันพื้นเมืองหรือชาวอินเดียนแดง ชาวเอสกีโม และชาวอเมริกันสเปน (พูนศรี รังษิณี, รัชชัย กฤษณะประกรกิจ และนวนันท์ ปิยะวัฒนกุล, 2547)

3. ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตใจ (personality and psychological factors) สุราสามารถทำให้เกิดอาการหงุดหงิด พฤติกรรมรุนแรง และมีภาวะซึมเศร้า (Kaplan and sadock, 2007) พบว่าอัตราของการเป็นโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมชอบแสวงหาความสุขมีสูงในผู้ป่วยติดสุรา เมื่อได้ใช้สุราผู้ป่วยจะรู้สึกพึงพอใจและมีความสุข ไม่ต้องรับรู้ถึงปัญหาทางด้านจิตใจ ซึ่งเท่ากับเป็นแรงเสริมให้ผู้ป่วยเสพสุรามากขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) การดื่มสุรายังส่งผลให้การสื่อสารภายในครอบครัวขาดประสิทธิภาพ พบว่า พฤติกรรมสื่อสารในครอบครัวด้าน พื้นฐานการเข้าใจบุคคล ด้านการฟังอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเอง และด้านการสื่อสารความรู้สึกและร่วมกันแก้ปัญหา อยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ที่ป็นโรคติดสุรา มีพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวโดยรวมสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ทางลบ ในระดับต่ำมาก (อัจฉราพี จำปา, 2550) บุคลิกภาพที่แยกตัว มีปมด้อย ขี้อาย ไม่สามารถเข้ากับใครได้ ไม่กล้าเข้า

สังคมต้องใช้สารเสพติดช่วยให้เกิดความกล้า พฤติกรรมต่อต้านสังคม ไม่ชอบปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ทางสังคม มีความสนุกสนานความเดือดร้อนของผู้อื่น พยายามแสวงหาสารเสพติดมาเสพโดยวิธีต่าง ๆ ที่ไม่ถูกต้อง ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ติดสุราได้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549)

ผลกระทบจากการติดสุรา

การดื่มสุราทำให้เกิดผลกระทบได้หลายอย่างขึ้นกับลักษณะการดื่ม เช่น ดื่มบ่อยหรือนาน ๆ ครั้ง และขึ้นกับปริมาณการดื่ม เช่น ดื่มน้อยหรือดื่มมาก (สมบัติ ตรีประเสริฐสุข, 2550) ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ทำให้สุขภาพทรุดโทรม เกิดโรคแทรกซ้อนทางกาย ถ้าใช้ในขนาดสูงอาจทำให้ถึงตายได้ การบริโภคสุราเป็นสาเหตุของโรคมามากกว่า 60 โรค ทั้งที่เกิดจากสุราโดยตรง หรือโรคที่ได้รับอิทธิพลจากสุรา สุราส่วนใหญ่จะถูกดูดซึมในกระเพาะอาหารและกระจายเข้าสู่กระแสเลือดภายในเวลาเพียง 5 นาที ก่อนจะส่งต่อไปยังเซลล์เนื้อเยื่อของเหลวทุกแห่งของร่างกาย และอวัยวะต่าง ๆ ภายใน 10-30 นาที จะสามารถตรวจพบสุราในเลือดได้ภายใน 5 นาที หลังจากเริ่มดื่ม ร้อยละ 95 ของสุราที่ดื่มเข้าไป จะซึมเข้ากระแสเลือดอย่างรวดเร็ว สุราลดการสร้างเม็ดเลือดแดงทำให้เกิดโลหิตจาง และยังไปทำให้เม็ดเลือดขาวทำลายแบคทีเรียช้าลง สุราทำให้เซลล์ของตับถูกทำลาย เมื่อถูกทำลายเพิ่มมากขึ้น ทำให้เนื้อตับที่อ่อนนุ่มแข็งตัวขึ้น ทำให้เกิดตับแข็ง ในที่สุด สุราจะมีพิษต่อสมองโดยตรง ทำให้เซลล์สมองเสื่อม (กรมควบคุมโรค, 2547) ซึ่งเป็นผลมาจากการดื่มสุราที่มากเกินไป จึงส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรง รวมถึงความเสียหายที่ตับและสมอง (Ringold, 2006) การดื่มสุราในปริมาณที่มากเกินไปจะมีความสัมพันธ์กับอัตราป่วย และอัตราตายจากโรคต่าง ๆ เช่น โรคตับแข็ง โรคมะเร็งปาก โรคมะเร็งคอหอย โรคมะเร็งกล่องเสียง โรคความดันโลหิตสูง โรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันและเรื้อรัง (กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, 2546) ความเสี่ยงทางด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์กับระดับการดื่มโดยเฉลี่ย และความถี่ของการดื่มในปริมาณที่มากเกินไป ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น ตับแข็ง ตับอ่อนอักเสบ และกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ จะพบมากอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มบุคคลที่ใช้สุราที่ก่อให้เกิดอันตราย ส่วนผลแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น โรคแผลในกระเพาะอาหาร ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน และการเกิดบาดแผลต่าง ๆ จะเกิดจากการดื่มแต่ละครั้งมากเกินไป (Saunders, 2004) การดื่มสุรายังมีผลต่อการนอนหลับพบว่าสุราทำให้หลับง่ายในระยะแรก แต่ต่อมาจะทำให้วงจรการนอนเสีย เป็นผลให้นอนหลับไม่สนิท จนถึงขั้นนอนไม่หลับทั้งคืน และสุราทำให้เกิดโรคหลอดอาหารอักเสบ กระเพาะอาหารอักเสบ กระเพาะอาหารเป็นแผล หลอดเลือดดำโป่งพองบริเวณหลอดอาหารส่วนปลาย โรคขาด

วิตามินอย่างรุนแรง (พูนศรี รังสีจิ, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2547) และจากการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 จัดทำโดยคณะทำงาน ภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) พบการดื่มเครื่องดื่มสุราเป็นประจำเป็นสาเหตุจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โรคต่าง ๆ การ ถูกทำร้ายและทำร้ายตนเอง รวมถึงทำให้มีการตาย 1.7 หมื่นราย และสูญเสียปีสุขภาวะจากการตาย และพิการเป็น 5.4 แสน DALYs (หรือร้อยละ 5.8 ของทั้งหมด) การดื่มสุราส่งผลให้เกิดภาวะโรค ร่วมที่เกิดการเจ็บป่วยทางกาย ภาวะโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะติดบุหรี่ และโรคซึมเศร้า ร้อยละ 23.53, 17.65, และ 11.76 ตามลำดับ (กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง และคณะ, 2550)

2. ผลกระทบทางจิต สุราเป็นสารที่ออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการ เปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทในสมอง จิตใจและอารมณ์เปลี่ยนแปลง (Frances and Franklin อ้างใน ประไพ ทายุทธ, 2545) สุราทำให้เกิดอาการมึนเมา สับสนมีความผิดปกติคล้ายกับโรคจิตเภท ความจำเสื่อมอย่างรุนแรง (Kaplan and Sadock, 1998) ในผู้ติดสุราพบมีการฝ่อลีบของสมองส่วน คอร์เทกซ์ (cortex) ซึ่งมีผลต่อการเชื่อมทางจิต เช่น ขาดความรับผิดชอบ ความจำเสื่อม เมื่อเป็นมาก จะเกิดอาการประสาทหลอน หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง คลุ้มคลั่ง (กรมควบคุมโรค, 2547) เมื่อดื่ม ปริมาณน้อยจะทำให้ผู้ดื่มรู้สึกสบายและอารมณ์ดี แต่ถ้าดื่มมากขึ้นสุราจะไปกดสมองส่วนที่เกี่ยวข้อง กับความรู้สึกนึกคิด การควบคุมตนเอง การตัดสินใจและการยับยั้งใจ จึงทำให้บุคคลนั้นแสดง อาการต่าง ๆ ที่อยู่ในจิตสำนึกออกมา เช่น ระบายความในใจ ทำลายข้าวของ (ศูนย์บำบัดรักษายา เสพติดเชียงใหม่, 2547) ผลจากการดื่มสุรานาน ๆ ทำให้ขาดไทอะมิน (thiamine) ส่งผลให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงในสมองส่วนกลางและลดการนำกระแสประสาท มีผลกระทบต่อปลายประสาท หัวใจ และสมอง (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2552) อุบล ก้องแก้ว (2547) ได้ศึกษาระดับภาวะ ซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวช จังหวัดลำพูน พบว่า ร้อยละ 66.67 ของผู้เสพติดสุราในคลินิกสุขภาพจิต มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ ระดับน้อยจนถึงระดับรุนแรง โดยมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 18.75 ภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลางร้อยละ 12.50 ภาวะซึมเศร้าระดับมากร้อยละ 27.08 และมีภาวะซึมเศร้าระดับ รุนแรงร้อยละ 8.34 ไสยา ตระกูลมูล (2546) พบว่า นอกจากจะเกิดผลกระทบด้านจิตกับตัวผู้ป่วย แล้วยังพบว่าคู่สมรสของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรายังมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป สอดคล้องกับ การศึกษาของเพรสและคณะ (Preuss et al., 2002) ที่ศึกษาเปรียบเทียบสาเหตุภาวะซึมเศร้าใน ผู้ที่ดื่มสุรากับประวัติการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ดื่มสุรา จำนวน 371 คน พบว่าผู้หญิงที่เสพติด สุรามีประวัติพยายามฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 62

3. ผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม การดื่มสุราเกิดผลกระทบหลายด้าน ต่อตัวผู้ดื่ม ผลกระทบต่อครอบครัว บุคคลที่เกี่ยวข้อง ต่อเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อสังคมและ ประเทศชาติ (Cliente, 2001) กล่าวคือ จะเกิดปัญหากับคนใกล้ชิด เสียเพื่อน ทำลายความสัมพันธ์ กับคู่สมรสและคนใกล้ชิด เกิดปัญหาการหย่าร้าง แยกกันอยู่ ไม่ได้รับการเลื่อนตำแหน่ง ถูกไล่ออกจากงาน ว่างาน ขาดรายได้ประจำที่เคยได้จากการทำงาน เงินทองไม่พอใช้ มีคดีเกี่ยวกับ ทรัพย์สิน ถูกทำร้ายร่างกาย ฆ่ากันตาย และขายบริการทางเพศ (Saunders, 2004) สุรายังทำให้ สูญเสียบุคคลในครอบครัว จะเห็นได้จากการศึกษาของ ชลธิพร แสนไชย (2549) เกี่ยวกับความเสี่ยง ในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยติดสุราในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการรักษามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 100 โดยมีระดับความเสี่ยงในการ ฆ่าตัวตายตั้งแต่ระดับน้อยถึงสูงมาก และส่งผลกระทบถึงประสิทธิภาพของงาน ซึ่งเห็นได้จากการ ศึกษาถึงพฤติกรรม การดื่มสุรากับการขาดงานและการมาทำงานสายของพนักงาน พบว่า พนักงานที่ดื่มสุรากับพนักงานที่ไม่ดื่มสุรา มีการขาดงานกับการมาสายต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01 (กมลมาลย์ ศิริพูนสวัสดิ์, 2550) ผู้ติดสุรามีการทะเลาะเบาะแว้งกับคนในครอบครัว ร้อยละ 48.8 มีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานร้อยละ 48.3 มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกับเพื่อนร้อยละ 23.2 เกิดคดีมาแล้วจับร้อยละ 60 (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2547) และจากการศึกษาของเสาวณี วิกัน (2548) พบว่า ผลกระทบของการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพและ เป็นภาระต่อบุคคลอื่น และพบผู้ดื่มสุราบางรายขาดสติ มีพฤติกรรมรุนแรง ไม่สามารถควบคุม ตนเองได้ ก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาทในครอบครัว คุณภาพชีวิตลดลง (Rossow, 2000)

สรุปได้ว่าพฤติกรรม การดื่มสุราส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจและ สังคม ทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว ผลกระทบที่ได้รับจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของ การดื่มสุราของแต่ละบุคคลและเมื่อเกิดผลกระทบดังกล่าว ผู้ที่ดื่มสุราควรได้รับการบำบัด เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ถึงผลเสียในด้านต่าง ๆ จากการดื่มสุราของตน และส่งผลให้ผู้ติดสุราลดปริมาณ การดื่มสุราลง หรือเลิกได้ในที่สุด

พฤติกรรม การดื่มสุรา

การดื่มสุราในปริมาณที่พอเหมาะ ทำให้เกิดผลทางบวกต่อผู้ดื่ม เช่น ดื่มแล้วมีความสุข มีสังคม แต่อย่างไรก็ตามการดื่มสุราก็เกิดผลเสียต่อตัวเองและเกิดผลกระทบกับผู้อื่น เช่น เกิดอุบัติเหตุ เกิดความรุนแรงในครอบครัว สิ่งที่เกิดขึ้นดังกล่าวไม่ได้เกิดจากปริมาณการดื่มเท่านั้นแต่ยังขึ้นกับ ลักษณะพฤติกรรม การดื่มด้วย ซึ่งพฤติกรรม การดื่มในแต่ละลักษณะส่งผลต่อการเกิดปัญหาทาง

สังคมและปัญหาทางสุขภาพที่แตกต่างกันองค์การอนามัยโลกกำหนดค่าของ “หนึ่งดื่มมาตรฐาน” (one standard drink) ไว้ดังนี้ (พันธุภา กิตติรัตนไพฑูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) หนึ่งดื่มมาตรฐาน คือเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ 10 กรัม ซึ่งเมื่อเทียบกับเครื่องดื่มประเภทต่าง ๆ จะได้ดังนี้

1. เบียร์ชนิดอ่อน (light beer) ที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ร้อยละ 2-2.9 ประมาณ 1.5 กระป๋อง
2. เบียร์ชนิดปานกลาง (mid strength beer) ที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ ร้อยละ 3-3.9 เช่น ไฮเนเกน ประมาณ 1 กระป๋อง
3. เบียร์ชนิดแรง (heavy beer) ที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ร้อยละ 4-5 เช่น สิงห์ คลอสเตอร์ ลิโอ ซ้าง คาร์ลสเบอร์ก ประมาณ 3/4 กระป๋อง
4. ไวน์ธรรมดาที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ร้อยละ 12.5 ประมาณ 1 แก้วขนาด 100 ซีซี
5. ไวน์องุ่น (Fortified wine) ที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ร้อยละ 20.5 ประมาณ 1 แก้ว ขนาด 60 ซีซี
6. เหล้า (spirit) วิสกี้ หรือเหล้าขาว ที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ ร้อยละ 40 ประมาณ 1 ถ้วยเล็กขนาด 30 ซีซี

พฤติกรรมการดื่มสุราที่มากเกินไป ส่งผลเสียต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน และทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในผู้ที่ดื่มสุราอยู่ในระดับสูง ส่วนใหญ่ผู้ที่ดื่มสุราไม่ค่อยได้รับการคัดกรองเกี่ยวกับการดื่มสุราในสถานพยาบาล แม้ว่าจะพบการเจ็บป่วยทางกายหรือปัญหาทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา ระดับพฤติกรรมการดื่มสุราประเมินได้จากแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test [AUDIT]) แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ (low risk drinking) 2) กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking) 3) กลุ่มดื่มแบบมีปัญหา (harmful drinking) และ 4) กลุ่มดื่มแบบติด (alcohol dependence) (ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพฑูลย์, 2552) ซึ่งมีรายละเอียดที่ พันธุภา กิตติรัตนไพฑูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ (2549) กล่าวไว้ดังนี้

1. พฤติกรรมการดื่มสุราที่มีความเสี่ยงต่ำ (low risk drinking) ประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา AUDIT ได้คะแนน 0-7 คะแนน หมายถึง การดื่มไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน เทียบเป็นเหล้า 40 ดีกรีไม่เกิน 2 ถัง (60 ซีซี.) เบียร์ประมาณ 1.5-2 กระป๋อง ไวน์ประมาณ 2 แก้ว และวันที่ไม่ดื่มเลย อย่างน้อย 2 วันในหนึ่งสัปดาห์ การดื่มในลักษณะนี้อาจเรียกว่า ดื่มอย่างปลอดภัยได้ ยกเว้นในผู้สูงอายุ สตรีมีครรภ์หรือให้นมบุตร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรุนแรง ผู้ป่วยเบาหวานที่

ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ หรือผู้ที่ต้องรับประทานยาใด ๆ ก็ตามที่มีปฏิกิริยากับสุรา ไม่ควรดื่มเลยหรือดื่มน้อยกว่านี้

2. พฤติกรรมการดื่มสุรแบบเป็นอันตรายหรือเสี่ยง (hazardous drinking หรือ risky drinking) ประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา AUDIT ได้คะแนน 8-15 คะแนน หมายถึง การดื่มในปริมาณหรือลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มเพิ่มความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดผลเสียในด้านสุขภาพ สุขภาพจิต และสังคม โดยผลเสียนี้เกิดขึ้นทั้งต่อตัวเองและผู้อื่น แม้ว่าตัวผู้ดื่มจะยังไม่ป่วยด้วยโรคใด ๆ ก็ตามการดื่มแบบเสี่ยงสามารถเทียบเป็นปริมาณการดื่มโดยประมาณคือ

ในผู้หญิง คือ การดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (เบียร์ชนิดแรงไม่เกิน 3 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรีไม่เกิน 1/4 แบน) หรือการดื่มมากกว่า 7 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (เบียร์ประมาณ 5 กระป๋อง)

ในผู้ชาย คือ การดื่มมากกว่า 5 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (เบียร์ชนิดแรงไม่เกิน 4 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรีไม่เกิน 1/2 แบน) หรือการดื่มมากกว่า 14 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (เบียร์ประมาณ 10 กระป๋อง)

นอกจากนี้ ยังรวมทั้งการดื่มเล็กน้อยแต่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น กำลังตั้งครรภ์ มีโรคทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือกำลังรับประทานยาใด ๆ ก็ตามที่มีปฏิกิริยากับสุรา รวมทั้งการดื่มแบบ “binge drinking” คือการดื่มหนักมากติดต่อกันแบบเม้าท์วุ่น

3. พฤติกรรมการดื่มสุรแบบมีปัญหา (harmful drinking) ประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา AUDIT ได้คะแนน 16-19 คะแนน หมายถึง การดื่มจนได้รับผลเสียตามมา ซึ่งอาจเป็นผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต หน้าที่การงาน หรือสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น

4. พฤติกรรมการดื่มสุรแบบติด (alcohol dependence) ประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา AUDIT ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน หมายถึง ผู้ที่ดื่มจนติด มักใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดื่ม ทำให้ความรับผิดชอบในหน้าที่ต่าง ๆ บกพร่องไป และไม่สามารถควบคุมการดื่มทั้งปริมาณ ความถี่ หรือไม่สามารถหยุดดื่มได้ บางคนดื่มเป็นประจำจนไม่ทราบว่าตนเองติด จนเมื่อต้องหยุดดื่มด้วยสาเหตุใดก็ตามซึ่งทำให้เกิดอาการถอนพิษ (withdrawal) ขึ้น

แบบประเมินภาวะติดแอลกอฮอล์ (The Alcohol Use Disorder Identification Test [AUDIT]) ได้พัฒนามาตลอดในช่วง 2 ทศวรรษ พบว่ามีความแม่นยำในการประเมินในเพศ อายุ และวัฒนธรรมที่แตกต่าง แบบประเมิน AUDIT ได้เลือกข้อคำถามที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ดื่มสุราที่มีความเสี่ยงต่ำ กลุ่มผู้ดื่มแบบเสี่ยง ผู้ดื่มแบบอันตราย และผู้ดื่มจนติดสุราออกจากกัน รายงานล่าสุดที่ทบทวนการวิจัยที่ใช้ มีความแม่นยำตามหลักเกณฑ์ (construct validity) (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, 2552)

การบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

การบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบัน คือ การรักษาแบบผสมผสาน ระหว่างการรักษาด้วยยา ร่วมกับจิตสังคมบำบัด การบำบัดทางยาช่วยบรรเทาอาการถอนพิษสุรา อาการอยากยา และอาการทางจิตเวช และจิตสังคมบำบัดทำให้ผู้ติดสุรามีทักษะในการที่จะช่วยให้เลิกสุราได้ มีแรงสนับสนุนด้านจิตใจ เกิดกำลังใจในการลดหรือหยุดดื่มสุรา จากรายงานการศึกษา ผู้ที่เข้ารับการบำบัดด้วยโรคติดสุราภายหลังการบำบัด 3 เดือนแรก จะกลับไปดื่มซ้ำร้อยละ 50-60 การรักษาถ้าผู้ติดสุราหยุดดื่มก็จะมีอาการขาดสุรา หลักการรักษาคือถอนพิษสุรา (Hunt et al. อ้างใน ศูนย์บำบัดยาเสพติดขอนแก่น, 2546) จึงสรุปการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุราได้ดังนี้

1. การบำบัดรักษาด้วยยา ทฤษฎีทางชีวภาพ เชื่อว่าสุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทที่สมอง กระตุ้นให้สารสื่อประสาทหลั่งออกมามากเกินไป โดยเฉพาะสารโดปามีน (dopamine), ซีโรโทนิน (serotonin) และมีการยับยั้งการนำสารสู่ที่เก็บสารสื่อประสาทซ้ำลง ทำให้เกิดการค้างมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ยาจะไปช่วยปรับสมดุลของสารสื่อประสาทที่สมองให้อยู่ในระดับใกล้เคียงกับปกติหรืออยู่ในระดับปกติ การใช้ยาในการรักษาการติดสุรา ในปัจจุบันองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ให้การรับรองยาสำหรับการรักษาการติดสุราเพียง 3 ชนิด 4 ขนาน คือ ยา disulfiram ยา naltrexone ชนิดรับประทาน ยา naltrexone ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อซึ่งสามารถออกฤทธิ์ได้นาน และยา acamprosate ยารักษาผู้ติดสุราทั้ง 3 ชนิดมีกลไกการออกฤทธิ์และผลข้างเคียงที่แตกต่างกัน เหมาะสำหรับผู้ติดสุราที่มีลักษณะต่างกัน และมีประสิทธิผลที่แตกต่างกัน (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2552)

2. การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial intervention) จิตสังคมบำบัดช่วยให้ผู้ติดสุรามีอาการดีขึ้นในช่วงเริ่มต้นหลังหยุดดื่ม (early recovery) และถอนพิษสุรา (detoxification) ช่วยป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำในช่วงการฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ผู้ป่วยยังไม่ยอมรับการบำบัดหรือเข้าสู่กระบวนการบำบัด จิตสังคมบำบัดช่วยลดอันตรายจากการดื่มและสนับสนุนให้ผู้ติดสุราเข้ารับการบำบัดได้ จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุราที่มีประสิทธิภาพได้แก่ การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention: BI) การส่งเสริมให้พัฒนาไปตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation: TSF) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapies) การดูแลรายกรณี (Case Management) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) การบำบัดแบบผสมผสาน (Integrated Treatment) (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) การบำบัดทางจิตสังคมเป็นการช่วยเหลือหรือรักษาทางด้านจิตใจ โดยอาศัยสัมพันธภาพระหว่างผู้

บำบัดกับผู้รับการบำบัด มุ่งหวังเพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และมีความทุกข์ในจิตใจน้อยลง ดังเช่น

1) การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) การคิดสุราเป็นผลมาจาก กระบวนการเรียนรู้และพฤติกรรมที่ซับซ้อนและสามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เกิดเป็นแนวทางบำบัดที่เรียกว่า การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม หรือ Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) CBT เป็นวิธีการบำบัดเพื่อส่งเสริมการควบคุมตนเองและฝึกทักษะทางสังคม ที่จำเป็นในการควบคุมการดื่มสุรา โครงสร้างการบำบัดที่สำคัญ ได้แก่ การให้จิตวิทยาศึกษา การเฝ้าติดตามตนเอง การกำหนดเป้าหมายพฤติกรรม การให้รางวัลเมื่อบรรลุเป้าหมาย การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา และมีการบ้านเพื่อฝึกปฏิบัตินอกชั่วโมงบำบัด ผลลัพธ์ที่ดีของ CBT มักสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงศักยภาพสูงของตนเอง (self-efficacy) และการให้ผู้ป่วยใช้วิธีการแก้ไขปัญหามากกว่าวิธีหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่ม การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive therapy) ที่ขาดองค์ประกอบของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavior therapy) พบว่าไม่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา การฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) ที่จำเป็น ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) หลักการในการบำบัดคือ มองว่าพฤติกรรมและอารมณ์ เป็นผลมาจากลักษณะความคิด ซึ่งแต่ละคนจะมีปฏิกิริยาต่อสิ่งแวดล้อมทำให้ตีความแตกต่างกันไป ปฏิกิริยาความคิดที่คลาดเคลื่อน (cognitive error) จะทำให้การใช้เหตุผลผิดไป (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548) กลไกที่จะช่วยให้คนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ต้องพัฒนาให้บุคคลนั้น สามารถใช้ทักษะที่เกี่ยวข้องกับความคิด เพื่อนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Leise and Franz, 1996)

2) การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) MI เป็นแนวทางการให้คำปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นหลัก (Client-centered counseling) เป็นการสนทนาเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (change talk) กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (Self Perception Theory) ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้นจากการได้พูดคุยกับตนเอง (self talk) โดยผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเอง (Self Motivational Statement: SMS) ซึ่งเป็นข้อความที่ดีในการปรับเปลี่ยนตนเอง เมื่อผู้ป่วยกล่าวข้อความที่ดีกับตนเองนี้ ผู้ป่วยก็ยิ่งคิดสิ่งที่ดึงดูดต่อการเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) การเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการบำบัดแบบสั้นชนิดหนึ่ง ที่ให้ประสิทธิผลต่อการลดการดื่มสุราได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มตัวอย่างเพศชาย แต่ไม่พบมีการศึกษาชัดเจนในกลุ่มเพศหญิง (สุนทรี ศรีโกไสย, 2553)

3) การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention: BI) การบำบัดแบบสั้นเป็นการให้ข้อมูลผู้ป่วยถึงผลเสียของการดื่มสุรา ซึ่งการให้ข้อมูลนี้ครอบคลุมหลายวิธีการ ตั้งแต่การให้ความรู้คำแนะนำ (advice) ไปจนถึงการให้คำปรึกษา (counseling) (สายรัตน์ นกน้อย, 2552) เพื่อให้ลดปริมาณการดื่มสุรา สำหรับระยะเวลาและจำนวนครั้งของการให้คำแนะนำปรึกษามีความหลากหลาย การให้คำแนะนำครั้งหนึ่งอาจใช้เวลาสั้นเพียง 5 นาที ไปจนถึง 1 ชั่วโมง จำนวนครั้งของการให้คำแนะนำ อาจให้คำแนะนำครั้งเดียวหรือมีการติดตามให้คำแนะนำเพิ่มเติม แต่โดยส่วนใหญ่การให้คำแนะนำจะไม่เกิน 3-5 ครั้ง การบำบัดแบบสั้นส่วนใหญ่จะใช้กับกลุ่มผู้มีปัญหาการดื่มระดับที่มีความเสี่ยงสูงหรือเป็นอันตราย (hazardous or harmful drinkers/problem drinkers) แต่ยังไม่ถึงขั้นติดสุรา (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) การบำบัดแบบสั้น เป็นวิธีที่นิยมใช้มากในการลดปัญหาการดื่มสุราแบบเสี่ยง (hazardous) หรืออันตราย (harmful) (สุนทรี ศรีโกไสย, 2553)

4) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapies) พฤติกรรมบำบัดที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ติดสุรา ได้แก่ การเสริมแรงบวก ต่อพฤติกรรมเป้าหมาย (Positive Reinforcement) และพฤติกรรมบำบัดร่วมกับคู่สมรส (Behavioral marital therapy) การให้คำปรึกษาที่เน้นกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมที่ปลอดสุรา การเข้าชมรมปลอดสุรา (Alcohol free social club) (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) หลักการของพฤติกรรมบำบัดคือ พฤติกรรมทั้งหลายเกิดจากการเรียนรู้ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาเกิดจากการเรียนรู้ที่ผิด การเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ได้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

5) การดูแลรายกรณี (Case Management) ใช้ในผู้ติดสุราเรื้อรังที่ยังไม่มีเป้าหมายในการหยุดดื่มหรือยังไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนเองได้ เพื่อช่วยให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลแบบนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง เพิ่มความสามารถทางจิตสังคม และคุณภาพชีวิต ช่วยบรรเทาอาการทางจิต ลดอัตราการกลับเข้าไปรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลอาจเป็นบุคลากรในทีมพหุสาขาวิชาชีพ เช่นนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

6) กลุ่มช่วยเหลือตนเองและการบำบัดรักษาที่อิงหลัก 12 ขั้นตอน (Self help group and 12 step oriented treatments) เป็นกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นเพื่อช่วยแก้ปัญหาพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาซ้ำ ตัวอย่างของกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ติดสุรานินาม (Alcoholics Anonymous or AA) คือกลุ่มที่ตั้งขึ้นโดยผู้ป่วยติดสุรา 2 คน คือ Bill Wilson และ Dr.Bob Smith ในปี ค.ศ.1935 โดยตั้งใจให้ช่วยประคับประคองผู้ป่วยติดสุราที่มีความพยายามจะหยุดดื่ม ช่วยให้เขาหยุดดื่มสุรานานที่สุดเท่าที่จะทำได้ ปัจจุบันมีสมาชิกร่วมล้านคน เป็นกลุ่มสมัครใจปฏิบัติตามหลัก 12 ขั้นตอน (twelve steps) ไม่แสวงหาผลประโยชน์ ไม่เสียค่าใช้จ่าย จุดประสงค์ของกลุ่ม คือ ให้เพื่อนที่เคยติดสุราแล้วเลิกได้

ช่วยเพื่อนที่กำลังติดสุราให้หยุดดื่ม การเข้ากลุ่มจะเป็นการมาเล่าประสบการณ์และความรู้สึกของตนให้เพื่อนสมาชิกฟัง ทุกคนต่างให้กำลังใจ ทำให้ตนเองละเลิกการดื่มสุราได้ สาระ สำคัญในหลัก 12 ขั้นตอน คือขั้นต้นเป็นการยอมรับตนเองว่ามีปัญหาติดสุรา และไม่สามารถแก้ปัญหของตนได้ ผู้ติดสุราต้องหันกลับมาเคารพศรัทธาพลังอำนาจที่อยู่เหนือตน (higher power) ในการกลับฟื้นตัวจากโรคติดสุรา พลังอำนาจคือสิ่งที่เป็พลังใจศรัทธาความเชื่อของผู้นั้น ซึ่งอาจแตกต่างกันไปตามความเชื่อของแต่ละศาสนา การหมั่นทบทวนถึงการกระทำที่ผ่านมา การยอมรับสิ่งผิดพลาดในอดีต การยอมรับผิดกับบุคคลอื่นเป็นที่รักและการขอมาค่อนบุคคลที่เคยล่วงเกิน ความสม่ำเสมอในการทบทวนตนเอง ยอมรับผิดอย่างจริงใจเมื่อรู้ว่าผิด สวดอธิษฐานและทำสมาธิเพื่อเข้าถึงสิ่งที่เป็พลังใจ เมื่อค้นพบความสุขก็ช่วยเหลือผู้ที่ยังมีปัญหาดติดสุราต่อไป (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

7) การบำบัดแบบผสมผสาน (Integrated Treatment) เป็นโปรแกรมการบำบัดรักษาที่ใช้ทีมพหุสาขาวิชาชีพ ที่สามารถให้การบำบัดทั้งโรคติดสุราและโรคจิตเวช ในทีมจะมีผู้จัดการรายกรณี (case manager) หรือ case manager ทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัวบำบัดที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคติดสุราและ โรคจิตเวช นอกจากนี้ยัง ผสมผสานแนวทางการบำบัดที่หลากหลาย ได้แก่ การรักษาด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ สังคมสงเคราะห์ การรับตัวเข้าบำบัดในสถานพยาบาลระยะยาว หรือ อาชีวะบำบัด (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

8) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy: MET) เป็นรูปแบบการบำบัดที่อาศัยทฤษฎีขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of Change) และการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) มาจัดเป็นชั่วโมงการบำบัดรักษา 1-4 ครั้ง เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยติดสุราให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) จากการศึกษาของ สุนทรี ศรีโกไสย (2548) เรื่องประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีผลลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ลดผลลัพท์ที่ตามมาจากการดื่มสุรา เพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่ม เพิ่มความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการรักษา และเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมของผู้ติดสุรา

9) พฤติกรรมบำบัดแบบผสมผสาน (Combined Behavioral Intervention: CBI) ใช้แนวทางการเสริมสร้างแรงจูงใจตลอดการบำบัดรักษา ช่วงแรกใช้วิธีการของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการจูงใจให้เปลี่ยนแปลงตนเอง มีการวิเคราะห์พฤติกรรมการดื่ม เพื่อวางแผนการบำบัดรักษาผู้ป่วยแต่ละราย ตรวจสอบจุดแข็ง ทรัพยากร และความสำเร็จในอดีตของผู้ป่วยปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และระบบสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย ตามหลักการเสริมแรงทางสังคม ดึงสมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตลอดการบำบัดรักษา สนับสนุนการรักษาด้วยยา

สนับสนุนให้เข้าร่วมโปรแกรมช่วยเหลือตามหลัก 12 ขั้นตอน ฝึกทักษะที่จำเป็น เช่น การจัดการ ความอยากสุรา การปฏิเสธการดื่ม ทักษะการสื่อสาร การจัดการอารมณ์ เป็นต้น ชั่วโมงการบำบัด แต่ละครั้งนานประมาณ 50 นาที จำนวนครั้งยืดหยุ่นได้ถึง 20 ครั้งขึ้นอยู่กับความจำเป็นตามกรณี ผู้ป่วย (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ที่ เป็นโรคติดสุราพบว่าเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ เช่น จากการศึกษาของ นิชนันท์ คำถ่าน (2547) ได้นำแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้กับผู้ที่ เป็นโรคติดสุราที่รักษาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วม โครงการไม่ดื่มสุราจำนวน 16 ราย กลับไปดื่มสุราในปริมาณ 2-50 ครั้งต่อสัปดาห์จำนวน 4 ราย ใน ระยะติดตามผล 2 เดือน ผู้เข้าร่วมโครงการไม่ดื่มสุราจำนวน 13 ราย และดื่มสุราในปริมาณ 1-26 ครั้งต่อสัปดาห์จำนวน 7 ราย (จากจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 20 ราย) การบำบัดรายบุคคล ผู้ติดสุราโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับ การปรับความคิดและพฤติกรรมทาง ปัญญาในโรงพยาบาลด่านขุนทด พบว่าในการติดตามผล 3 เดือนหลังการบำบัด ผู้ป่วยจำนวน 15 คน ออกจากการศึกษา 1 คน ผู้ป่วยไม่ดื่มสุราตลอดระยะเวลาการศึกษา 11 คน และ 3 คน ลดปริมาณการดื่มลง (ดวงใจ จงปัดนา, 2552) และจากการศึกษาของเนสและโออี (Ness and Oei) ที่ ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรม ในกลุ่มผู้ป่วยใน ที่ถูกวินิจฉัยว่า เป็นกลุ่มติดสุราประกอบด้วยเพศชายจำนวน 37 คน เพศหญิงจำนวน 34 คน จากการศึกษาพบว่ามี ผู้เข้าร่วม 42 คน บำบัด 1 ชั่วโมงต่อครั้ง ใช้เวลาบำบัดตามโปรแกรม 3 สัปดาห์ หลังจากติดตาม 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา ซึ่งมี ข้อเสนอแนะว่า โปรแกรมนี้ไม่ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการค้นหาความเชื่อ ในเรื่องการดื่มสุรา ที่เฉพาะเจาะจง ดังนั้นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ควรมีเป้าหมายไปที่การค้นหาความเชื่อ ที่เฉพาะเจาะจงของการดื่มสุราของผู้ติดสุราแต่ละคน เพื่อปรับความคิดและความเชื่อนั้นให้ เหมาะสม มุ่งสู่เป้าหมายเพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดลดการดื่มสุราลง (Ness and Oei, 2003) และ การศึกษาถึงโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในผู้เป็นโรคติดสุราของจรรยา ใจหนูน (2551) ทำในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดสุรา จำนวน 12 รายที่มารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในคลินิกบำบัดสุรา โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 302 เตียง จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลองที่ผ่านระเบียบวิธีวิจัยอย่างเป็นระบบ และการสร้าง โปรแกรมดังกล่าวได้จากการทบทวนวรรณกรรมและยังได้รับการตรวจสอบเนื้อหาที่ถูกต้องและ ความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และผ่านการทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มี

ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 2 ราย ผลของโปรแกรมดังกล่าวพบว่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มของผู้ที่เป็นโรคติดสุราของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาสนใจรูปแบบการรักษาทางจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุราที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง ซึ่งได้แก่ การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มุ่งเน้นช่วยให้ผู้ติดสุรามีอาการดีขึ้นในช่วงเริ่มต้นหลังหยุดดื่ม (early recovery) และถอนพิษสุรา (detoxification) และช่วยป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำในช่วงการฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจะช่วยลดการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสม จะทำให้พฤติกรรมการดื่มสุราลดลงในระยะยาว และช่วยแก้ปัญหาการกลับไปดื่มซ้ำของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ส่งผลทำให้ผู้ติดสุรามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพื่อประเมินความเหมาะสมของกิจกรรม ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้เป็นโรคติดสุรา ของจรรยา ใจหนูน (2551) มาเผยแพร่ให้กับบุคลากรทางสุขภาพ โรงพยาบาลศรีสะเกษ และประเมินประสิทธิผลว่ามีความยากง่ายหรือเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลศรีสะเกษ มากน้อยเพียงไร เพื่อจะให้เกิดระบบการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราในคลินิกบำบัดสุรา ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกคล้ายกับของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก และทางหน่วยงานจะได้นำประสิทธิผลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติ และนำไปแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราในพื้นที่ต่อไป

การเผยแพร่เป็นกระบวนการที่นวัตกรรมหรือความคิดใหม่ ๆ สื่อสารผ่านช่องทางในช่วงเวลาหนึ่ง ท่ามกลางสมาชิกในระบบสังคม องค์ประกอบหลัก ๆ ของการเผยแพร่ประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 ประการของกระบวนการเผยแพร่ (Rogers, 2003) ได้แก่

1. มีนวัตกรรมเกิดขึ้น (Innovation) หมายถึง ความคิด วิธีปฏิบัติ วัตถุประสงค์ที่บุคคลหรือกลุ่มเกิดการยอมรับ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งใหม่ โดยตัวบุคคลหรือหน่วยงานได้นำมาใช้ ความคิดที่ถือว่าเป็นสิ่งใหม่นั้น วัดจากเวลาที่นำไปใช้เป็นครั้งแรกหรือค้นพบเป็นครั้งแรก

2. ใช้สื่อเป็นช่องทางการส่งผ่านนวัตกรรมนั้น (The Communication Channels) การสื่อสารเป็นกระบวนการที่คนเราสร้างและแบ่งข้อมูลซึ่งกันและกัน เพื่อที่จะสร้างความเข้าใจให้ตรงกัน การเผยแพร่เป็นการสื่อสารชนิดหนึ่ง ที่หัวข้อของสารนั้นได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดใหม่ ๆ ความสำคัญอยู่ที่ว่า มีการสื่อสารความคิดใหม่ ๆ ระหว่างบุคคล ช่องทางการสื่อสาร หมายความว่า มีการส่งสารจากบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลอื่น ๆ ข้อมูลได้มีการแลกเปลี่ยนระหว่างคู่สนทนา ที่ได้ตัดสินใจภายใต้แหล่งข้อมูลว่าจะส่งหรือไม่ส่งผ่านนวัตกรรมไปยังผู้รับสาร

3. ช่วงระยะเวลาที่เกิดเผยแพร่ (Time) เป็นช่วงกระบวนการตัดสินใจที่จะยอมรับหรือปฏิเสธ เวลาเป็นปัจจัยที่สามในกระบวนการการเผยแพร่ข้อมูล การจัดลำดับการนำไปใช้เป็นทางเลือกที่สามในมิติของเวลา ที่มีความเกี่ยวข้องกับการเผยแพร่นวัตกรรม

4. ผ่านไปยังสมาชิกในระบบสังคมหนึ่ง (The social system) ซึ่งเป็นหน่วยทางสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์กันที่มีความเกี่ยวข้องกันในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง สมาชิกหรือกลุ่มทางสังคมอาจเป็นบุคคล กลุ่มที่ไม่เป็นทางการ สถาบันหรือระบบย่อย ๆ สมาชิกในกลุ่มทุกคนต่างร่วมมือกัน ในการหาทางแก้ไขปัญหา เพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งจะทำให้เกิดการผูกพันสมาชิกเข้าไว้ด้วยกันในระบบสังคม



ภาพที่ 1 ประยุกต์การแสดงหลักการเผยแพร่กระจายนวัตกรรมตามแนวคิดของของโรเจอร์
 หมายเหตุ แหล่งที่มาจาก Diffusion of innovations (5 ed.) (p.170), by Rogers, 2003, New York: The Free Press, A Division of Simon and Schuster, Inc.

กระบวนการการตัดสินใจในการใช้นวัตกรรม

โรเจอร์ (Roger, 1995) ได้ให้แนวความคิดเกี่ยวกับกระบวนการการตัดสินใจใช้นวัตกรรม ว่าเป็นกระบวนการที่แบ่งเป็น 5 ขั้นตอนคือ

1) ขั้นความรู้ (the knowledge stage) เป็นขั้นที่ทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติทางด้านการพยาบาลที่มีงานวิจัยเป็นหลัก จะประสบความสำเร็จได้โดยการสื่อสารอย่างเป็นทางการผ่านสื่อ เช่น การสัมมนา การประชุมระดับผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพ ความไม่พึงพอใจกับการปฏิบัติก่อนหน้านี้ นำไปสู่ถึงความต้องการ หรือปัญหาที่ต้องการการเปลี่ยนแปลง ความต้องการอาจทำให้เกิดการค้นหาคำปฏิบัติการพยาบาลที่จะนำไปปรับปรุงการปฏิบัตินั้น ๆ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติใหม่ ๆ อาจทำให้เกิดความต้องการในการเปลี่ยนแปลง นวัตกรรมถือว่าเป็นความเร็วของการนำความคิดใหม่ ๆ ไปใช้ จากพยาบาลแต่ละคน ผู้บริหาร หรือองค์กรด้านการดูแลสุขภาพ

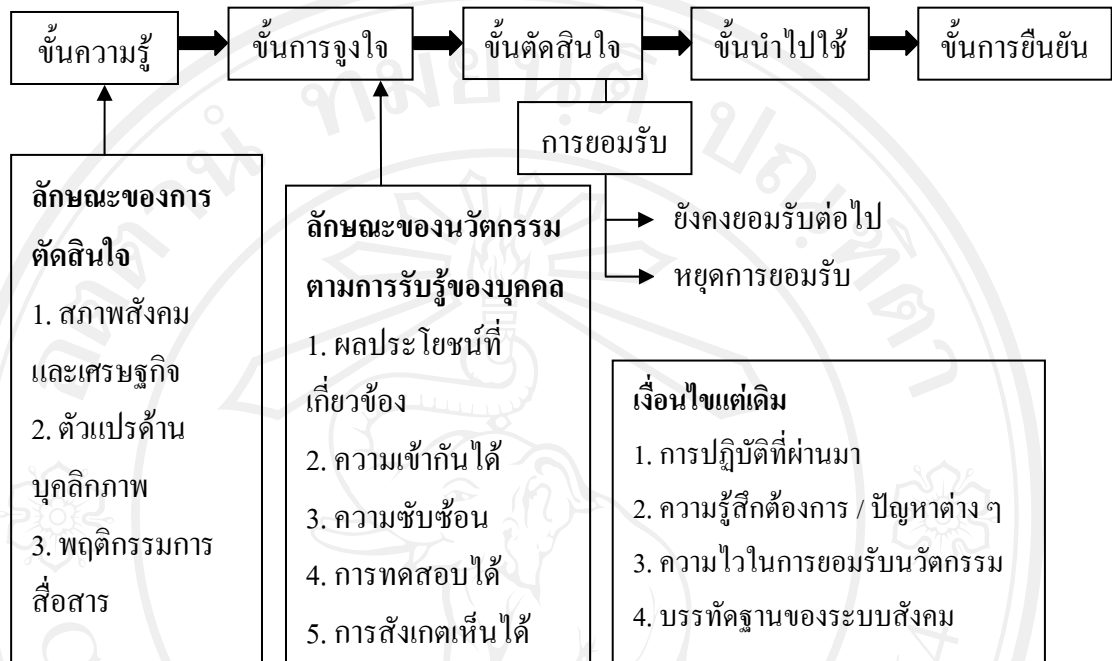
2) ขั้นการชักชวน (the persuasion stage) ในขั้นตอนนี้พยาบาลแต่ละคน และผู้บริหาร จะพัฒนาทัศนคติในแง่บวกและลบต่อการเปลี่ยนแปลงต่อสิ่งใหม่ ๆ ในทางที่เห็นด้วยหรือไม่เห็น ด้วยต่อ "นวัตกรรม" นั้น ๆ การตัดสินใจถึงความเป็นไปได้และความเร็วของการนำนวัตกรรมมาใช้ ประกอบด้วย ผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง (relative advantage) ความเข้ากันได้ (compatibility) ความ ซับซ้อน (complexity) การทดสอบได้ (trialability) การสังเกตเห็นได้ (observability) ผลประโยชน์ ที่เกี่ยวข้อง คือ ขอบเขตการปฏิบัติแบบใหม่ถูกมองว่าดีกว่าการปฏิบัติที่ทำกันอยู่ในปัจจุบัน ความ เข้ากันได้ คือ ระดับที่การปฏิบัติถูกมองว่าสอดคล้องกับค่านิยมในปัจจุบัน ความซับซ้อน คือ ระดับ ที่การปฏิบัติแบบใหม่ถูกมองว่ายากแก่การเข้าใจและการนำไปใช้ถ้าการปฏิบัติต้องการพัฒนาทักษะ ใหม่ ๆ ความซับซ้อนก็จะเพิ่มขึ้น การทดสอบได้ คือ ระดับที่คนแต่ละคน หรือองค์กรได้พยายามใช้ ความคิดซึ่งมีข้อจำกัดโดยมีแนวคิดในการกลับไปลองปฏิบัติสิ่งทำก่อนหน้านี้ การสังเกตเห็นได้ คือ ระดับที่ผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นผลลัพธ์ของการใช้การปฏิบัติได้ การปฏิบัติที่สามารถสังเกตเห็น ได้ อย่างชัดเจนโดยมีผลลัพธ์ที่ให้ประโยชน์นั้นจะเกิดการเผยแพร่อย่างรวดเร็ว

3) ขั้นตัดสินใจ (the decision stage) ในขั้นนี้ทั้งพยาบาลและผู้บริหารรับเอาไปใช้หรือ ปฏิเสธการปฏิบัติใหม่ การรับเอาไปใช้เกี่ยวกับการยอมรับการปฏิบัติเพื่อนำไปปลูกฝังให้เกิดลงมือ ปฏิบัติ เป็นขั้นที่ผู้รับนวัตกรรมสนใจเข้าร่วมกิจกรรมที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการ ปฏิเสธจะไม่นำไปปฏิบัติ การตัดสินใจว่าจะรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้น ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ความรู้ ทัศนคติส่วนบุคคล สังคมวัฒนธรรม ที่มีอยู่แต่เดิมในองค์กร และแรงกระตุ้นจากคนกลุ่ม ใหญ่ในองค์กร

4) ขั้นนำไปปฏิบัติ (the implementation stage) คือ ขั้นที่บุคคลนำเอานวัตกรรมไป ปฏิบัติจริง ซึ่งอาจจะปฏิบัติไม่ตรงกับความรู้ที่ได้รับมา เนื่องจากการแก้ไขเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับ สภาพขององค์กร และการนำเอานวัตกรรมไปปฏิบัติจริงนั้น ผู้ที่นำนวัตกรรมมาเผยแพร่มีบทบาท สำคัญในการที่จะช่วยแนะนำการใช้นวัตกรรมนั้น แก่ผู้นำไปใช้ในองค์กร ในระยะแรกของการ นำไปใช้ เพราะการนำมาใช้แบบไม่เข้าใจ อาจทำให้มีผลต่อการตัดสินใจนำนวัตกรรมมาปฏิบัติ อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

5) ขั้นยืนยันผล (the confirmation stage) ในขั้นนี้ พยาบาลและผู้บริหารจะประเมิน ประสิทธิภาพของการปฏิบัติและตัดสินใจที่จะทำต่อหรือไม่ทำต่อ ถ้าการปฏิบัตินั้นมีการประเมิน ในแง่บวกโดยผู้ที่เกี่ยวข้อง ก็จะมีการตัดสินใจที่จะทำต่อหรือขยายออกไปในองค์กรด้านการดูแล รักษาสุขภาพ การไม่ทำต่อ ประกอบด้วย การแทนที่ และการหมดความสนใจในการแทนที่นั้น มีการปฏิเสธการปฏิบัติเพื่อที่จะรับเอาความคิดที่ดีกว่า ดังนั้นการปฏิบัติจะเกิดขึ้นในลักษณะของคลื่น คือ ความคิดใหม่ ๆ จะมาแทนที่ความคิดที่ล้าสมัยและใช้การไม่ได้ไปแล้ว

ผู้ศึกษาได้สรุปและเขียนแผนภาพ 5 ขั้นตอน (Roger, 2003) กระบวนการการตัดสินใจในการใช้นวัตกรรม ดังนี้



ภาพที่ 2 แสดง 5 ขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจในการใช้นวัตกรรม (Rogers, 2003)

หมายเหตุ แหล่งที่มาจาก Diffusion of innovations (5 ed.) (p.170), by Rogers, 2003, New York: The Free Press, A Division of Simon and Schuster, Inc.

กระบวนการยอมรับนวัตกรรม (Adoption Process) เป็นกระบวนการตัดสินใจของแต่ละคนว่าจะยอมรับหรือไม่ยอมรับในนวัตกรรมนั้น ๆ ก็ได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการ ส่วนการเผยแพร่เป็นกระบวนการที่นวัตกรรมหรือความคิดใหม่ ๆ สื่อสารผ่านทางช่องทางในช่วงเวลาหนึ่ง องค์ประกอบหลัก ๆ ของการเผยแพร่ประกอบด้วย นวัตกรรม ช่องทางการสื่อสาร เวลา และระบบสังคม ช่องทางการสื่อสารอาจประกอบด้วย การสื่อสารระหว่างคนสองคน หรือคนหนึ่งคนสื่อสารกับอีกหลายคนหรือสื่อสารมวลชน เมื่อบุคคลคนใดคนหนึ่งยอมรับนวัตกรรมและถ่ายทอดหรือบอกต่อ ๆ กันไปสู่บุคคลอื่น ก็นับว่าอยู่ในกระบวนการ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกใช้แนวคิดการเผยแพร่ นวัตกรรมของโรเจอร์ (Roger, 2003) มาศึกษาในงานวิจัย

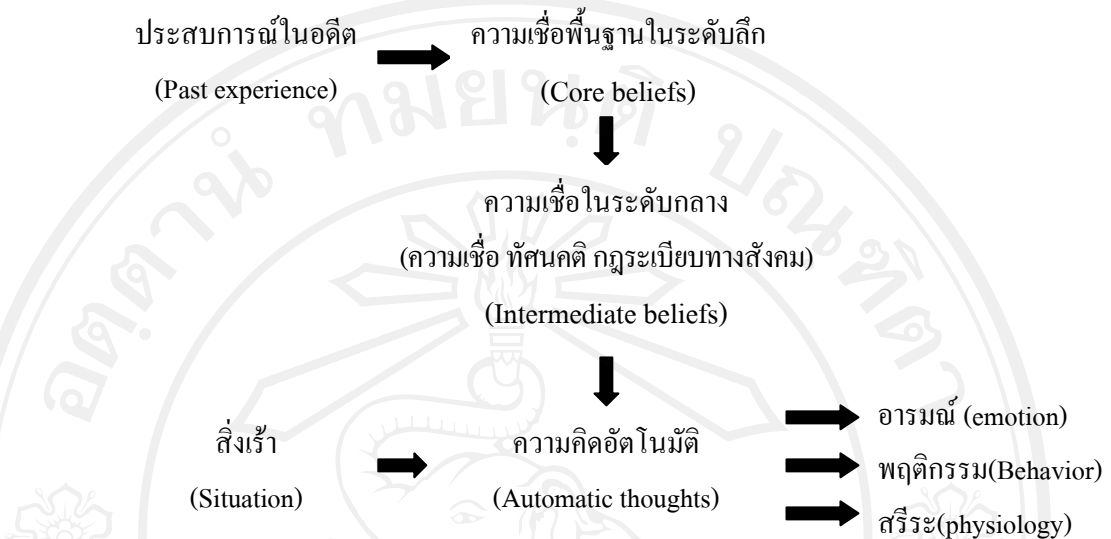
โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ได้จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อเป็นเครื่องมือในการบำบัดผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ในแผนกผู้ป่วยนอก สำหรับการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคติดสุราซึ่งจรรยา ใจหนูน (2551) โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของเบ็คและคณะ (Beck et al., 1993) ซึ่งจรรยา ใจหนูน (2551) พบว่า จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดผู้ติดสุรา/สารเสพติด โดยใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จะทำให้พฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราลดลง ผู้ศึกษาจึงได้นำโปรแกรมนี้นำใช้ในคลินิกบำบัดสุรา โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย ตามกระบวนการการตัดสินใจวัตรกรรม 5 ขั้นตอน (Roger, 2003)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy; CBT) เป็นจิตบำบัดระยะสั้น ซึ่งมีโครงสร้างและกระบวนการในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน มีเป้าหมายของการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและบิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549)

รูปแบบของการคิด (Cognitive model)

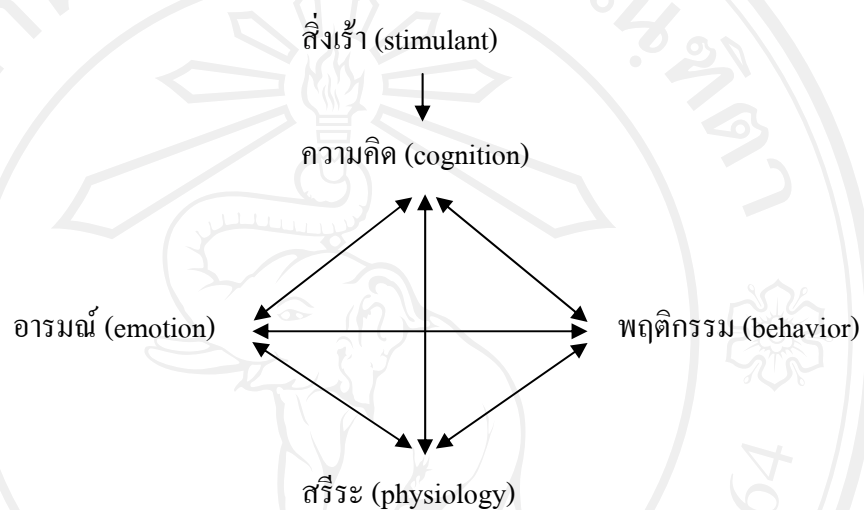


ภาพที่ 3 แสดงรูปแบบของการคิดตามแนวคิดของเบ็ค (Beck, 1995)

หมายเหตุ แหล่งที่มาจาก Cognitive therapy: Basics and beyond (P.18), by Beck, 1995, New York: Guilford.

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy [CBT]) เป็นการบำบัดทางจิตที่ช่วยลดปฏิกิริยาทางอารมณ์และพฤติกรรมโดยการปรับเปลี่ยนความคิดที่บกพร่องหรือความคิดที่ไม่ถูกต้องและความเชื่อที่ผิดปกติ (the faulty or erroneous thinking and maladaptive beliefs) (Beck, 1976) แนวคิดดังกล่าวมีความเชื่อว่าความคิดที่ไม่เหมาะสม (dysfunctional thinking) ทำให้มีผลกระทบต่ออารมณ์และพฤติกรรม ดังนั้นแนวทางในการบำบัดคือถ้าประเมินเกี่ยวกับอารมณ์ (emotion) และพฤติกรรม (behavior) ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดเข้าใจก่อนว่าความคิดที่ไม่เหมาะสมเป็นอย่างไร ให้ประเมินและแก้ไขให้ดีขึ้น เมื่อมีสถานการณ์เกิดขึ้น จะทำให้นักเกิดความคิดอัตโนมัติ ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เกิดขึ้นโดยที่เราไม่ได้ตั้งใจให้เกิด เกิดได้ทั้งวันเป็นความคิดทางบวกหรือทางลบก็ได้ เนื้อหาความคิดส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่ตนกระทำ และเกี่ยวกับอนาคตของตัวเอง ซึ่งความคิดอัตโนมัติจะถูกตีความอย่างไรขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การเรียนรู้หรือความเชื่อพื้นฐานในระดับลึก จากแผนภูมิจะเห็นว่า เหตุการณ์ (Situation) จะนำไปสู่ความคิดอัตโนมัติ (automatic thoughts) แล้วทำให้เกิดอารมณ์ (emotion) พฤติกรรม (behavior) และอาการทางร่างกาย (physiology) ซึ่ง พฤติกรรมก็จะสอดคล้องกับอารมณ์ เช่น ได้ยินเสียงดังบนหลังคามืออารมณ์กลัวคิดว่าเป็นโจร ไม่กล้าออกมาจากห้อง เพราะคิดว่าออกไป

จะต้องเจอโจรและจะถูกทำร้าย สรีระ (physiology) จึงเปลี่ยนแปลงไปด้วย เช่น หัวใจเต้นเร็ว มือเย็น เหงื่อออก เป็นต้น อาการทางกายที่เกิดขึ้น เกิดจากระบบประสาทอัตโนมัติ (sympathetic) สรุปก็คือ เหตุการณ์ (Situation) และ ความคิดอัตโนมัติ (automatic thoughts) ทำให้เกิดอารมณ์ (emotion) พฤติกรรม (behavior) และอาการทางร่างกาย (physiology) ที่เปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงนั้นเกิดจากความคิดอัตโนมัติที่มาจากความเชื่อในระดับกลางและในระดับลึก (Beck, 1995)



ภาพที่ 4 แสดงรูปแบบการคิดตามแนวคิดของเบ็ค

หมายเหตุ แหล่งที่มาจาก Cognitive therapy: Basics and beyond. (p. 33-35) by Beck, 1995, New York: Guilford.

จะเห็นว่าความคิด (cognition) อารมณ์ (emotion) พฤติกรรม (behavior) และสรีระ (physiology) มีความสัมพันธ์กันและส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน กล่าวคือ พฤติกรรมการกระทำและความรู้สึกของคนเราจะถูกกำหนดจาก ความเชื่อ ทักษะคิด การรับรู้ และกรอบความคิดในการรับรู้ หากกระบวนการคิดบิดเบือนไป หรือไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่ตอบสนองต่อความคิดนั้นก็ไม่ใช่เหมาะสม การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จึงมุ่งความสนใจที่ความคิดที่ไม่เหมาะสม (dysfunctional thinking) โดยเฉพาะโรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความคิดที่ไม่เหมาะสม เช่น โรคซึมเศร้า (Major Depressive) โรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (Substance abuse) เป็นต้น ผู้ที่เป็นโรคเหล่านี้มักมีความคิดที่บิดเบือนโดยรู้สึกผิด มองโลกเป็นทางลบ (Beck, 1993) ดังนั้นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จะช่วยสอนให้ผู้รับการบำบัดรู้จักแยกความคิดที่บิดเบือน ยอมรับและแก้ไขให้เป็นการนึกคิดที่สมเหตุสมผลตรงความเป็นจริง สามารถเกิด

ความคิดที่จะริเริ่มเปลี่ยนแปลงตนเองและสามารถกำกับตนเองได้ให้เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ครุณี ภู่วา, 2549)

สาระสำคัญของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุรา ของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 305 เตียง รับผิดชอบผู้ป่วยโรคทั่วไป และผู้ติดสุรายาเสพติด การบำบัดสุราโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ได้ให้การบำบัดผู้ติดสุราเหมือนกับผู้ติดยาเสพติดอื่น ๆ คือ การบำบัดรักษาด้วยยา การให้คำปรึกษา จึงพบว่าผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราหลังจบการบำบัดได้ไม่นาน หรือคิดว่าอาการดีขึ้นก็กลับไปดื่มสุรา บางครั้งทำให้อาการโรคทางกายกำเริบก็เข้ารับการรักษาน้ำในโรงพยาบาลและเข้าสู่กระบวนการบำบัดสุราซ้ำอีก ก่อนการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุรา โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ได้ใช้การบำบัดระยะสั้น (brief intervention) ในการลดพฤติกรรมการดื่ม ซึ่งก็ได้ผลระดับหนึ่ง แต่ผู้ป่วยยังมีโอกาสที่จะกลับไปดื่มซ้ำ พบว่าผู้ติดสุรามักมีความคิดว่าการดื่มเล็ก ๆ น้อย ๆ และไม่ได้หนักเหมือนก่อนคงจะไม่มีอะไร มักมีลักษณะปฏิเสธความจริง มองปัญหาน้อยกว่าความเป็นจริง อ้างเหตุผลต่าง ๆ และดื่มเพื่อผ่อนคลายโดยมีความคิดว่าการดื่มสุราเป็นทางเดียวที่จะแก้ปัญหาได้ จรรยา ใจหนูน (2551) เชื่อว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม น่าจะช่วยให้ผู้ติดสุราลดพฤติกรรมการดื่มสุรา และผลที่ได้จากการศึกษาจะสามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้ติดสุราให้สามารถลดหรือหยุดดื่มสุราได้ ซึ่งจะช่วยเหลือแก้ปัญหาการกลับไปดื่มซ้ำของผู้ติดสุรา ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป โดยโปรแกรมดังกล่าวมีวัตถุประสงค์ คือ

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรม ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบตามความเป็นจริง และการปรับเปลี่ยนความคิดบิดเบือนให้ถูกต้อง เหมาะสมและตรงกับความจริง ซึ่งจะทำให้พฤติกรรมการดื่มสุราลดลง
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถนำเทคนิคและวิธีการในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราที่ได้เรียนรู้ในการบำบัดตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ไปใช้ในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุรา ของจรรยา ใจหนูน (2551) มีขั้นตอนของการบำบัด 3 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความคิด

อัตโนมัติ โดยการวิเคราะห์หาข้อความและวิธีการคิดที่ไม่เหมาะสม ที่เกิดขึ้นเองแบบอัตโนมัติ
 2) การประเมินและการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติว่าตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ และ 3) การเผชิญ
 หรือการปรับความคิดอัตโนมัติตามความเป็นจริง มีกิจกรรมการบำบัดทั้งหมด 6 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที
 สัปดาห์ละ 3 ครั้ง คือ วันจันทร์ พุธ ศุกร์ รวม 2 สัปดาห์ และมีระยะเวลาที่ติดตามหลังการบำบัด
 2 สัปดาห์ จำนวน 1 ครั้งโดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพและทำความเข้าใจในเป้าหมายและกระบวนการ
 บำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และเชื่อมโยงสู่พฤติกรรมการดื่มสุรา และโรคติดสุรา

กิจกรรมครั้งที่ 2: การค้นหาความคิดอัตโนมัติ

กิจกรรมครั้งที่ 3: การประเมินและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติตามความเป็นจริง

กิจกรรมครั้งที่ 4: การเผชิญหรือการปรับความคิดอัตโนมัติต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา

กิจกรรมครั้งที่ 5: การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาวางแผนหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่
 นำไปสู่พฤติกรรมการดื่มสุรา

กิจกรรมครั้งที่ 6: การนำวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในการปรับ
 เปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา และการยุติการบำบัด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยกลุ่มโรคติดสุราที่มารับบริการที่คลินิก
 บำบัดสุรา กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก จำนวน 12 ราย

ผลการศึกษาพบว่า

การบำบัดหลังจบโปรแกรมการบำบัดทันที ผู้รับการบำบัดสามารถหยุดดื่มสุราได้ทันที
 จำนวน 11 ราย (จากจำนวน 12 ราย) มี 1 ราย ที่สามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้ และหลังจาก
 ติดตามอีก 2 สัปดาห์ สามารถหยุดดื่มสุราได้จำนวน 10 ราย มี 2 รายที่ยังดื่มสุรา

ในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้พิจารณาอย่างรอบคอบถึงประโยชน์ที่จะได้รับและความเหมาะสม
 ในบริบทของพื้นที่ถึงความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมมาใช้ ตลอดจนความคุ้มค่าคุ้มทุนของการ
 นำมาใช้โดยคำนึงถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดกับองค์กรและผู้ติดสุรา ทั้งนี้โปรแกรมการบำบัดทางความคิด
 และพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุรา ของจรรยา ใจหนูน (2551) เป็น
 โปรแกรมที่ใช้บำบัดผู้ที่เป็โรคติดสุรา โดยได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่า
 ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .87 และได้ผ่านกระบวนการวิจัยอย่างเป็นขั้นตอน มีขั้นตอนการบำบัด
 ที่ชัดเจน ในแต่ละครั้งของการบำบัดได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการทำกิจกรรม และการ
 ประเมินผล รวมถึงสื่อและอุปกรณ์ในการบำบัด โปรแกรมดังกล่าวได้ถูกนำไปทดลองใช้ในผู้ที่เป็

โรคติดสุราที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก และพบว่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุราของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุราของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างจากหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ทีมดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีสัชนาลัยได้ร่วมพิจารณาโปรแกรมและเห็นว่าเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในคลินิกบำบัดสุรา โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย เนื่องจากมีบริบทใกล้เคียงกันกับโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก คือ โรงพยาบาลจะรักษาผู้ป่วยด้วยอาการเจ็บป่วยทางกายเป็นหลัก ไม่มีตึกนอนสำหรับผู้ที่เป็โรคติดสุรา ดังนั้นผู้เป็นโรคติดสุราจึงต้องเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอก ไม่มีจิตแพทย์ที่รับผิดชอบคลินิกโดยตรง จึงทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง และจังหวัดสุโขทัยมีพื้นที่ติดกับจังหวัดตาก จึงมีความคล้ายคลึงกันทางด้านสังคมและวัฒนธรรม พบผู้ดื่มสุรากลุ่มเดิมที่ไม่สามารถลดหรือหยุดดื่มสุราได้ เข้ามารับการบำบัดซ้ำในคลินิกบำบัดสุรา และมีจำนวนผู้ที่เข้ามารับการรักษาด้วยโรคติดสุราเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี การนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมาใช้ จึงมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้ประเมินประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็โรคติดสุรา ที่มารับบริการในคลินิกบำบัดสุรา โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา ภายหลังจากการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ซึ่งจรรยา ใจหนูน (2551) ได้พัฒนาขึ้นตามแนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของเบ็คและคณะ (Beck et al., 1993) โดยประเมินจากแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test [AUDIT]) (ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2552) ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้ 1) ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (low risk drinker) 2) ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinker) 3) ดื่มแบบอันตราย (harmful use) 4) ดื่มแบบติด (alcohol dependence) และประเมินจากความคิดเห็นของผู้ใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราของ

ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ของอมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) ซึ่งมี 5 ด้านคือ 1) ความเหมาะสมในการนำมาใช้ในหน่วยงาน 2) ความมีประโยชน์ต่อพยาบาลในการปฏิบัติงาน 3) ความมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ 4) ความสะดวกและง่ายต่อการบันทึก 5) ความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา แบ่งเป็น 3 ระดับ มาก ปานกลาง และน้อย

สถานการณ์การดูแลผู้เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง มีแพทย์ จำนวน 6 คน มีพยาบาลวิชาชีพในทีมสุขภาพจิต จำนวน 4 คน ซึ่งแต่ละคนมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 15 ปี และได้มีการจัดตั้งคลินิกบำบัดสุราแยกออกมาจากผู้ป่วยนอกที่มาตรวจด้วยโรคอื่น ๆ มีการใช้การบำบัดระยะสั้น (brief intervention) และการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา แต่ยังมีผู้ป่วยที่กลับไปดื่มซ้ำ หลายคนลดและหยุดดื่มไม่ได้ ถึงแม้ว่าจะได้ใช้วิธีการบำบัดระยะสั้นและการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแล้วก็ตาม ปัญหาที่พบในโรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย คือ แม้ว่าจะได้มีการจัดตั้งคลินิกเพื่อรักษาผู้ดื่มสุราโดยเฉพาะ แต่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางที่รักษาผู้ดื่มสุราโดยตรง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง จะเห็นได้จากการศึกษาข้อมูลสถิติ ผู้มารับบริการที่คลินิกบำบัดสุราโรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย พบว่า มีผู้ดื่มสุรามารับบริการเพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่มีการบำบัดที่ชัดเจนและการรักษา ที่สามารถช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราสามารถลดหรือหยุดดื่มได้ ในปี 2552 มีผู้เข้ารับบริการในคลินิกบำบัดสุรา จำนวน 51 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา (alcohol dependence) จำนวน 38 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยในอำเภอศรีสัชชนาลัยทั้งหมด มีผู้ที่หยุดดื่มสุราได้จำนวน 7 คน คิดเป็น ร้อยละ 13.72 ผู้ที่ลดปริมาณการดื่มได้ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 19.61 และผู้ที่หยุดดื่มไม่ได้จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 64.71 ในจำนวนผู้ที่ลดปริมาณการดื่มสุรา และผู้ที่หยุดดื่มสุราไม่ได้จำนวนทั้งหมด 43 คน พบผู้ที่กลับมาดื่มสุราซ้ำทั้งหมด 20 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคตับแข็ง 1 คน จากการติดตามภายใน 1 ปีที่ผู้เป็นโรคติดสุราเข้ารับการรักษาในคลินิก คิดเป็น ร้อยละ 1.96 (ทะเบียนบำบัดสุราโรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย, 2552) และผู้ที่ดื่มสุรามารับบริการ ปี 2553 จำนวน 47 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา (alcohol dependence) จำนวน 47 คน มีผู้ที่หยุดดื่มสุราได้จำนวน 22 คน จากการติดตามประเมินผล 1 ปี โดยประเมินจากแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) คิดเป็น ร้อยละ 46.81 ผู้ที่ลดปริมาณการดื่มได้จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 10.64 และผู้ที่หยุดดื่มไม่ได้จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 40.43 ใน

จำนวนผู้ที่ลดปริมาณการดื่มสุราและผู้ที่หยุดดื่มสุราไม่ได้จำนวนทั้งหมด 24 คน พบผู้ที่กลับมาดื่มสุราซ้ำทั้งหมด 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.38 มีผู้เสียชีวิต 1 ราย จากการติดตามภายใน 1 ปีที่ผู้เป็นโรคติดสุราเข้ารับการบำบัดในคลินิก คิดเป็น ร้อยละ 2.13 (ทะเบียนบำบัดสุราโรงพยาบาลศรีสะเกษ, 2553) และจากการสอบสวนโรคหาสาเหตุการฆ่าตัวตายพบว่าสุราเป็นสาเหตุร่วมในการฆ่าตัวตาย ปี 2550, 2551, 2552 และ 2553 คิดเป็นร้อยละ 20, 33.33, 25 และ 46.67 ตามลำดับ (เวชสถิติโรงพยาบาลศรีสะเกษ, 2553) จะเห็นได้ว่าการดำเนินการบำบัดรักษา แต่ก็พบว่ายังได้ผลลัพธ์ในด้านดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราไม่ดีพอ จึงน่าจะได้มีการศึกษาทบทวนวรรณกรรม เพื่อค้นหาการบำบัดที่จะช่วยให้การบำบัดรักษา มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดและทฤษฎี

โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย มีผู้ที่เป็นโรคติดสุราเข้ารับการบำบัดในคลินิกบำบัดสุราเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี โดยปัญหาการไม่สามารถลดหรือหยุดการดื่มก็ยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่อง และยังไม่มียุทธศาสตร์สำหรับบำบัดผู้ที่เป็นโรคติดสุรา จากการทบทวนวรรณกรรมได้พบโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุรา โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ของจรรยา ใจหนูน (2551) ซึ่งโปรแกรมจะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราได้ปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสมและบิดเบือน ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม จนทำให้มีผลต่อการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา และสร้างมาจากการทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของ โรเจอร์ (1995) (Roger's theory diffusion of innovation based model) เป็นการนำนวัตกรรมและความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงาน ซึ่งขั้นตอนในการเผยแพร่วัตกรรมของโรเจอร์มี 5 ระยะดังนี้ คือ ระยะที่ 1) ระยะให้ความรู้ (knowledge state) 2) ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) 3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) 4) ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) 5) ระยะยืนยันผลหรือระยะการประเมินประสิทธิผล (confirmation stage) ซึ่งหากพบว่าได้ผลลัพธ์ของคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง ก็จะได้้นำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุรา ของจรรยา ใจหนูน (2551) ไปใช้ในงานประจำต่อไป