

การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกด้านร่างกายและจิตใจสำหรับฟื้นฟูความจำแบบจำได้ในผู้ป่วยติดสุรา

นรากร สารีแหล้ พย.ม.*
ภัทราวดี มากมี ศ.ด.**
ศราวิน เทพสถิตย์ภรณ์ PhD**
สมจิต แดนสีแก้ว ศศ.ด.***

(วันรับบทความ: 12 พฤษภาคม พ.ศ.2563/ วันแก้ไขบทความ: 8 มิถุนายน พ.ศ.2563/ วันตอบรับบทความ: 10 มิถุนายน พ.ศ.2563)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มุ่งพัฒนาโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกด้านร่างกายและจิตใจสำหรับฟื้นฟูความจำแบบจำได้ในผู้ป่วยติดสุรา เปรียบเทียบภาวะพุทธิปัญญา และการเรียนรู้และจดจำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี จำนวน 40 คน ที่สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่าๆกัน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกด้านร่างกายและจิตใจ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกด้านร่างกายและจิตใจ แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญา และแบบประเมินการเรียนรู้และจดจำ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ independent *t*- test

ผลการวิจัย พบว่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการเรียนรู้และจดจำ ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมก่อนและหลังการดูแลตามมาตรฐาน (M = 10.18, SD = 2.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ในขณะเดียวกัน และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะพุทธิปัญญา ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมก่อนและหลังการดูแลตามมาตรฐาน (M = 23.60, SD = 2.06) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เช่นเดียวกัน

คำสำคัญ: บำบัดความคิดและพฤติกรรม ความจำแบบจำได้ ผู้ป่วยติดสุรา

*โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
**หน่วยวิจัยวิทยาการปัญญาและนวัตกรรม วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา
***คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: monarchy_hk33@hotmail.com Tel: 086-1392062

Development of CBT Combined with MAP Program Improving Recognition Memory in Alcohol Dependence Patients

Narakorn Sareelae M.N.S.*
Pattrawadee Makmee PhD**
Sarawin Thepsatitporn PhD**
Somjit Daenseekaew PhD***

(Received Date: May 12, 2020, Revised Date: June 8, 2020, Accepted Date: June 10, 2020)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to develop a cognitive and behavioral therapy programs, combining physical and mental training to improve recognition memory among alcohol-dependent patients. The effects of the program were evaluated through the comparisons of the cognitive state and learning and remembering ability, within and between the experimental group and the control group. The sample consisted of 40 alcohol-dependent patients admitted at Thanyarak Udonthani, Hospital. The subjects were randomly assigned into the experimental and the control groups equally. The experimental group participated in the cognitive and behavioral therapy program whereas the control group received the hospital standard care. The research instruments included the mind and behavior therapy program combining physical and mental training, the Hopkins Verbal Learning Test-Revise (HVLT-R), and the Mentreal Cognitive Assessment (MoCA). The descriptive statistics were used to analyze descriptive data, independent t-test for an analysis of differences between the groups.

Results showed that mean difference of the HVLT-R scores before and after the experiment in the experimental group was significantly higher than that of the control group ($M = 10.18$, $SD = 2.01$; $p < 0.05$). Similarly, the mean difference of the MoCA scores before and after the experiment in the experimental group was also significantly higher than that of the control group ($M = 23.60$, $SD = 2.06$; $p < 0.05$).

Keywords: CBT combined with MAP, recognition memory, alcohol-dependent patients

*Thunyarak Udonthani Hospital

**Cognitive Science and Innovation Research Unit, College of Research Methodology and Cognitive Science, Burapha University, Thailand

***Faculty of Nursing, Maha Sarakham University

*Corresponding Author, Email: monarchy_hk33@hotmail.com Tel: 086-1392062

บทนำ

การรู้จำ หรือความจำแบบจำได้ (Recognition Memory) เป็นวิธีการวัดความจำด้วยวิธีแสดงสิ่งของหรือเหตุการณ์ ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่เคยประสบมาในอดีต หรือเป็นสิ่งเร้าใหม่ไม่ว่าจะเป็นภาพหรือเสียง[1]

ลักษณะของความจำที่เกิดจากการดื่มสุราที่มีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อหน่วยความจำระยะสั้น (Short-term Memory) ทำให้เกิดความจำเสื่อมชนิดที่มีอาการ Wernicke-Korsakoff มากที่สุด[2] ผลกระทบของสุราต่อการทำงานของสมองและระบบประสาททำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหน่วยความจำลดลง อย่างไรก็ตามหน่วยความจำที่เสียไปขึ้นอยู่กับปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกาย และช่วงเวลาของการวัดปริมาณแอลกอฮอล์อีกด้วย[3]

งานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับความจำในผู้ป่วยติดสุรายังมีการวิจัยอีกหลายเรื่องที่มุ่งศึกษาปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราที่ส่งผลต่อความจำ และผลกระทบต่อการดื่มสุราที่ส่งผลต่อความจำ เช่น Bezdicek et al[4] พบว่าความผิดปกติด้านการรู้คิด ความรู้ความเข้าใจส่งผลให้ความจำมีความผิดปกติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nowakowska-Domagała et al[5] ที่พบว่าการที่สมองได้รับผลกระทบจากการดื่มสุรา ทำให้กระบวนการรับรู้ เข้าใจในด้านภาษา และความจำมีความผิดปกติ และมีความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลา และปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้ปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลโดยตรงต่อความจำไม่ว่าจะเป็นทั้งระยะสั้น และระยะยาว แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยติดสุราที่ดื่มสุรามีความบกพร่องในการเรียกคืนเหตุการณ์อัตชีวประวัติ (Autobiographical Events) ส่วนการศึกษาของ Ganguli et al[6] มีความสอดคล้องคือการที่ผู้ที่ดื่มสุรามีอายุ และการศึกษาที่น้อยจะส่งผลต่อความจำ การรู้คิดและระดับสติปัญญา และยังพบว่าส่งผลต่อด้านความจำ ด้านภาษา ด้านความใส่ใจและด้านมิติสัมพันธ์ (Visuospatial) ที่น้อยลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hoffman, Sklar, & Nixon[7] ที่มีความสอดคล้องคือ ผลกระทบจากพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ในระดับต่ำและปานกลางในผู้สูงอายุ ประสิทธิภาพการทำงานของหน่วยความจำลดลงทั้งชายและหญิง ส่วนการศึกษาของ Lindemann, Antille, & Clarke[8] พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางสติปัญญาที่แตกต่าง ขึ้นอยู่กับปริมาณที่ได้รับเข้าไปในร่างกาย มักทำให้เกิดความเสียหายจากสมองที่นำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ตลอดเวลา

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นแนวคิดทางความคิด (Cognitive model)[9] ซึ่งได้อธิบายความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ 4 ด้านคือ ความคิด (Cognition) พฤติกรรม (Behavior) สรีระ (Physiology) และอารมณ์ (Emotion) ซึ่งมีความสัมพันธ์กันหมด[10] การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy: CBT) เป็นโปรแกรมที่นิยมและประสบความสำเร็จอย่างมาก[11] เพราะมีผลต่อการหยุดเสพยาวนานกว่าการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ อย่างไรก็ตามรูปแบบการบำบัดทางจิต-สังคมรูปแบบหนึ่งที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base) และการศึกษาหลายการศึกษาที่สนับสนุนว่าเป็นวิธีการบำบัดผู้ป่วยติดสุราและสารเสพติด[12]

แนวคิดการฝึกด้านร่างกายและจิตใจ Mental and Physical : MAP[13,22] เป็นการฝึกทางจิตและทางกายภาพควบคู่กันไปด้วย ซึ่งการฝึกนี้จะช่วยส่งผลต่อการเพิ่มการทำงานของระบบประสาทได้ โดยเพิ่มการเรียนรู้ของเซลล์ประสาทที่สร้างใหม่ในส่วนของ Hippocampus ได้[13] โดยการนั่งสมาธิ 20 นาที และเดิน 10 นาที การออกกำลังกายแบบแอโรบิคเป็นอีกวิธีการเพิ่มเซลล์ประสาทสำหรับผู้ใหญ่ในการรู้จำมากขึ้น[13] และในงานวิจัยนี้ยังบอกว่าการใช้กิจกรรมควบคู่กันสองอย่างนี้ ช่วยเพิ่มเซลล์ประสาท และการรู้จำได้ดีกว่าจากการมีหลักฐานจากการศึกษาที่เพิ่มขึ้น[14-17] ซึ่งกระบวนการเรียนรู้ทักษะทางกายภาพช่วยให้ เซลล์ฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ที่ตายแล้วได้รับการฟื้นฟูขึ้นมาใหม่โดยการเพิ่มจำนวนเซลล์

การฟื้นฟูความจำแบบจำได้ (Recognition Memory) มีวิจัยจำนวนมากที่เป็นการเพิ่มความจำขณะทำงาน เช่น การฝึกหัดสมอง (Cognitive Training) เนื่องจากจากฝึกหัด (Training) สามารถชักนำให้เซลล์ประสาทมีพลาสติกซิตี้ (Plasticity) คือ มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสมอง เช่น การเพิ่มจำนวนจุดเชื่อมต่อสัญญาณประมาท (Synapses) เมื่อได้เรียนรู้หรือมีประสบการณ์ใหม่ๆ[18] รวมไปถึงมีการกระตุ้นการทำงานของสมองส่วน Ventrolateral Prefrontal Cortex: VLPFC และ Dorsolateral Prefrontal Cortex: DLPFC ซึ่งเป็นสมองที่เกี่ยวข้องกับความจำและการคิด

ผลการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560 จากผลสำรวจ พบว่าจากจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบปีที่แล้วประมาณ 15.9 ล้านคน (ร้อยละ 28.4) โดยเป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ 6.98 ล้านคน (ร้อยละ 12.5) และเป็นผู้ที่ดื่มนานๆครั้ง 8.91 ล้านคน (ร้อยละ 15.9) โดย

กลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราการดื่มสุราสูงสุด (ร้อยละ 36.0) กลุ่มอายุ 20-24 ปี และ 45-49 ปี มีอัตราการดื่มสุราใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 33.5 และ 31.1 ตามลำดับ) กลุ่มผู้สูงวัย (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีอัตราการดื่มสุราร้อยละ 15.2 สำหรับกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-19 ปี) มีอัตราการดื่มสุราต่ำสุด (ร้อยละ 13.6) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสม่ำเสมอในรอบปีที่แล้ว พบว่าสัดส่วนผู้ชายที่ดื่มสุราร้อยละ 47.5 มากกว่าผู้หญิง ร้อยละ 10.6[19] จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า ผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หน้าใหม่มีเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรจะเน้นในการลดผู้บริโภคหน้าใหม่ รวมทั้งการบำบัดรักษาผู้ที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันให้เลิกดื่ม เพราะการเริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อย จะมีแนวโน้มที่จะพบปัญหาทางด้านสมองเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้ผู้ติดสุราส่วนใหญ่ได้รับการรักษาไม่ทัน และส่งผลต่อภาวะสมองที่รุนแรงเกินกว่าที่จะได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที[20]

ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะบกพร่องทางสมอง (Cognitive Impairment) ที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานีในปีงบประมาณ 2558-2561 มีจำนวน 88; 89; 92 และ 88 รายตามลำดับ ผู้ป่วยทุกรายใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ ถึง 4 เดือน ซึ่งเป็นระยะเวลาในการบำบัดรักษาที่นานในการฟื้นฟูภาวะบกพร่องทางสมอง นอกจากนั้นยังมีเรื่องค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการบำบัดรักษาที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลา หรืออาการของผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล จากข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษา พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาเมื่อใช้การประเมินภาวะบกพร่องทางสมอง (Cognitive Impairment) โดยใช้แบบประเมิน The Mentreal Cognitive Assessment (MoCA) พบผู้ป่วยมีปัญหาด้านความจำ (Memory) ความใส่ใจ (Attention) การบริการจัดการ (Executive Function) ด้านภาษา (Language) และด้านมิติสัมพันธ์ (Visuospatial Ability) ผู้ป่วยทุกรายมีภาวะบกพร่องทางสมองเกือบทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคติดสุรามีปัญหาด้านความจำ โดยเฉพาะการเรียกคืนความจำแบบจำได้ (Recognition Memory) ร้อยละ 100 ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับเข้ามารับการรักษาด้วยอาการเดิม (Re-admit) มากขึ้น เห็นได้จากข้อมูลสถิติของผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางสมอง (Cognitive Impairment) หลังได้รับการส่งเสริมการทำงานของสมองมีคะแนนประเมิน MoCA ในระดับปกติ ในปี พ.ศ. 2555-2560 คิดเป็นร้อยละ 76.7; 78.8; 68.1; 64.3 และ 73.9 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้คือร้อยละ 80.0 นอกจากนี้ด้านผู้ปฏิบัติงานยังพบว่า ผู้ให้การบำบัดขาดทักษะในการพัฒนาทักษะเฉพาะด้านที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ทำให้ทักษะเฉพาะด้านที่เป็นปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขด้วยผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน โดยรูปแบบการบำบัดรักษาจะเป็นกลุ่มกระตุ้นความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Training Group) เป็นกลุ่มกิจกรรมที่เน้นการกระตุ้น ส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจ การรับรู้และการคิดแบบเป็นองค์รวม คือเป็นการกระตุ้นความสามารถทั้งหมดของสมอง (Cognitive Function) ทั้งในส่วนที่บกพร่องและส่วนที่ยังทำหน้าที่ได้ดี

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกด้านร่างกายและจิตใจ สำหรับเพิ่มความจำแบบจำได้ในผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะบกพร่องทางสมอง โดยใช้ระยะเวลาที่เพียงพอต่อการกระตุ้นสมอง เป็นการเพิ่มศักยภาพของสมองระยะยาว (Long Term Potentiation: LTP) เพิ่มการรู้จำได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาใช้ในการฝึกฝน และพัฒนาสมองในการเรียกคืนความจำแบบจำได้ในผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะบกพร่องทางสมอง ให้ได้รับการฟื้นฟูที่เหมาะสมกลับมาสู่ภาวะปกติให้ได้มากที่สุด รวมถึงผู้ปฏิบัติงานมีความพอใจในรูปแบบกิจกรรมที่เฉพาะ มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านมากขึ้น ลดระยะเวลาในการดำเนินงานและมีความเหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลที่มีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดในบริบทของคนไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูความจำแบบจำได้ในผู้ป่วยติดสุราโดยใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกด้านร่างกายและจิตใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการเรียนรู้และจดจำ (HVLT-R) และภาวะพุทธิปัญญา (MoCA) ก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกด้านร่างกายและจิตใจ เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดและทฤษฎีที่เชื่อว่าเป็นการเพิ่มความจำแบบจำได้ (Recognition Memory) ในผู้ติดสุราที่มีภาวะบกพร่องทางสมอง ประกอบด้วยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

(Cognitive behavior therapy: CBT)[9,11] เป็นโปรแกรมทางเลือกในการช่วยเหลือกระบวนการปรับปรุงการรู้คิด (Cognitive Functioning) มีผลต่อความสามารถในการคิดเนื่องจากความบกพร่องของระบบประสาทและสมองจากการใช้แอลกอฮอล์[21] เพราะมีผลต่อการหยุดเสพยาวนานกว่าการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ มุ่งหวังให้ผู้ติดสุราเกิดความตระหนัก และสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ควบคู่กับแนวคิดการฝึกด้านร่างกายและจิตใจ Mental and Physical : MAP[13,22] เป็นการฝึกทางจิตและทางกายภาพควบคู่กันไปด้วย ซึ่งการฝึกนี้จะช่วยส่งผลต่อการเพิ่มการทำงานของระบบประสาท โดยเพิ่มการเรียนรู้ของเซลล์ประสาทที่สร้างใหม่ในส่วนของ Hippocampus ได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) การศึกษาแบบ pre -post test design with controlled trial โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง หมายถึง กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูความจำแบบจำได้ในผู้ป่วยติดสุรา และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม (standard care) มีแบบประเมินก่อนและหลังการทดลอง (Pre and Post intervention) การประเมินผลประสิทธิภาพของโปรแกรมมีการประเมินผลเชิงปริมาณได้แก่ 1) แบบวัดการเรียนรู้และจดจำ The Hopkins Verbal Learning Test-Revise (HVLT-R) 2) แบบประเมิน The Mentreal Cognitive Assessment (MoCA)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้การคำนวณหาค่า effect size จากผลการศึกษาที่ผ่านมาโดยการคำนวณขนาด effect size ของงานวิจัยที่ผ่านมาที่ใช้เครื่องมือเหมือนกันและมีความใกล้เคียงกันกับการศึกษาครั้งนี้ได้ค่า effect size = 0.80[23] จากนั้นนำค่า Effect size มาเปิดตาราง เพื่อหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยกำหนด α = 0.05 Power Analysis =0.80[24] และ effect size = 0.80 เปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ต่อกลุ่ม รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

การศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูความจำแบบจำได้ในผู้ติดสุราโดยใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย การทำกลุ่มบำบัดทั้งหมด 9 ชั่วโมง การทำกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง ในระยะเวลาทุกสัปดาห์ ระยะเวลาในการทำกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้งประกอบด้วย การนั่งสมาธิ 20 นาที การออกกำลังกายด้วยวิธีการเดิน 10 นาที และการทำกลุ่มในแต่ละกิจกรรมใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที รวมระยะเวลาในการทำกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที ระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกของโปรแกรม ใช้เวลาในการฝึก 7 สัปดาห์ ตาม Seven Weeks of Goal Management Training (GMT)[25] โดยเนื้อหาในการทำกลุ่มประกอบไปด้วยกิจกรรมการบำบัดจำนวน 6 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1: การประเมิน (Psychological Assessment) และการเข้าใจตนเอง (Understanding yourself) ครั้งที่ 2:การเปลี่ยนความคิด (Reconceptualization) และการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม (Coping with problems) ครั้งที่ 3: การฝึกทักษะการเพิ่มความจำแบบจำได้ (Skills Acquisition) ครั้งที่ 4: การประยุกต์ใช้โดยทั่วไป (Application training) และการธำรงรักษา (Maintenance) ครั้งที่ 5: การดูแลตนเอง (Taking care of yourself) และการการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Effective communication) และครั้งที่ 6: การประเมินหลังการบำบัด (Evaluation) และการใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข (Living in happy) ระยะที่ 2 การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม ดังนี้ 1) การ Screening ใช้การประเมินวันแรกของการเริ่มต้นโปรแกรมโดยการใช้แบบสอบถาม 3 แบบสอบถาม การประเมินครั้งที่ 1 (Pre test) ใช้แบบประเมิน 2 แบบสอบถามผู้เข้าร่วมโครงการก่อนการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุม หรือกลุ่มทดลอง และข้อมูลที่ได้จะเป็นการประเมินในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 2) การประเมินครั้งที่ 2 (Post test) ใช้แบบประเมิน 2 แบบสอบถาม เช่นเดียวกับการประเมินก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แบบสอบถามโดยใช้สำหรับการประเมินกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังที่กลุ่มทดลองเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมทันที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกด้านร่างกายและจิตใจ

2. แบบประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความผิดปกติทางการมองเห็นประเมินโดยการทดสอบตาบอดสี 2) แบบสำรวจความถนัดในการใช้มือของเอดินเบิร์กแบบสั้น (Edinburgh Handedness Inventory Short Form) พัฒนาโดย Veale[26] และ 3) แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้นThai Mental Health Indicator-15 (TMHI-15)

3. แบบประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม เป็นประเมินก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ประกอบด้วย 1) แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญา The Mentreal Cognitive Assessment (MoCA) 2) แบบวัดการเรียนรู้และจดจำ The Hopkins Verbal Learning Test-Revise (HVLT-R)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำคู่มือโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกด้านร่างกายและจิตใจ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิจัยและวิทยาการปัญญา ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาและสารเสพติด และผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เพื่อพิจารณาตรวจสอบความความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของคู่มือโปรแกรมก่อนนำไปใช้จริงมีผลลัพธ์ดังนี้ คู่มือสำหรับผู้บำบัดหรือผู้นำกลุ่มมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.82 คู่มือสำหรับผู้ป่วยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.82

จริยธรรมการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงหลักความปลอดภัย การยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ให้ข้อมูล โดยได้เสนอขอรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยจากวิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ 010/2562 เพื่อทวนสอบการพิทักษ์สิทธิ์ก่อนดำเนินการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยปกป้องผู้ให้ข้อมูลโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อสกุล และผู้ให้ข้อมูลสามารถขอถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) ประชาสัมพันธ์ให้เข้าร่วมโครงการวิจัย 2) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม 2 กลุ่ม ได้เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน 3)แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 3 กลุ่มย่อย กลุ่มย่อยละ 6-7 คน โดยแต่ละกลุ่มย่อยจะได้รับการบำบัดโดยการเข้าร่วมโปรแกรมเหมือนกัน และเข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มเอง ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการรักษาตามปกติ (Standard care) ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี 4) ประเมินผลโปรแกรมโดยการควบคุมคุณภาพในการประเมินผลจะใช้ Blind assessor รายละเอียดดังนี้ ครั้งที่ 1 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมิน MoCA และ HVLT-R ครั้งที่ 2 หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมิน MoCA และ HVLT-R

การวิเคราะห์ข้อมูล เก็บวิเคราะห์ข้อมูลด้วนสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมตจิฐานด้วยสถิติ Independent *t*-test

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูความจำแบบจำได้ในผู้ป่วยติดสุราโดยใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกด้านร่างกายและจิตใจ ผลการศึกษาแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการเปรียบเทียบผลการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหวางกลุมทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบทางสถิติ พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างในเรื่อง ความผิดปกติด้านการมองเห็น ความถนัดในการใช้มือ และดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง

พบว่าผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองพบว่า มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความผิดปกติด้านการมองเห็น ความถนัดในการใช้มือ ส่วนดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันในระยะก่อนทดลองซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความคลายคลึงกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=20) Mean (SD)	กลุ่มควบคุม (n=20) Mean (SD)	*t*	*p*
ความผิดปกติด้านการมองเห็น	12.00 (0.00)	12.00 (0.00)	0.000	.000
ความถนัดในการใช้มือ	89.30 (4.08)	87.00 (2.81)	2.077	.045
ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต	46.95 (1.43)	47.00 (1.38)	-0.113	.911

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบผลการศึกษาในเรื่อง ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะพุทธิปัญญา (MoCA) และการเรียนรู้และจดจำ (HVLT-R) ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะพุทธิปัญญา (MoCA) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะพุทธิปัญญา (MoCA) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะพุทธิปัญญา (MoCA) ก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะพุทธิปัญญา (MoCA) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean difference	*t*	*p*
	mean	SD	mean	SD			
กลุ่มทดลอง	21.80	2.14	23.60	2.06	1.950	3.220	0.003
กลุ่มควบคุม	21.65	1.70	21.65	1.76	0.150	0.246	0.807

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการเรียนรู้และจดจำ (HVLT-R) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้และจดจำ (HVLT-R) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเรียนรู้และจดจำ (HVLT-R) ก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการเรียนรู้และจดจำ (HVLT-R) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean difference	*t*	*p*
	mean	SD	mean	SD			
กลุ่มทดลอง	8.35	1.23	10.18	2.01	1.300	2.66	0.012
กลุ่มควบคุม	8.50	0.89	8.85	0.88	-0.150	-0.044	0.660

การอภิปรายผล

ประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูความจำแบบจำได้ในผู้ป่วยติดสุราโดยใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกด้านร่างกายและจิตใจ ต่อภาวะพุทธิปัญญา พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีภาวะพุทธิปัญญา เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้ากลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) ซึ่งหมายถึงมีภาวะพุทธิปัญญา ของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ แต่ในระยะหลังทดลองกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่าง ($p = 0.807$) จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม โปรแกรมมีการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดและได้ ระบายความรู้สึกแบ่งปันประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกับสมาชิกคนอื่นๆ การแสดงออกถึงความเข้าอกเขาใจกัน และนอกจากนี้ยังเป็นโปรแกรมที่ออกแบบมาสำหรับการฝึกฝนทางทางด้านระบบประสาท เชื่อมโยงกับการปรับความคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกมาในทางที่ถูกต้องและเหมาะสม ตลอดจนการฝึกทางด้านร่างกายและจิตใจ คือการเดินเร็ว และการนั่งสมาธิ จึงทำให้เกิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แสดงออกในทางที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยติดสุรามีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก (Positive change) โดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านพฤติกรรมและทัศนคติในเรื่องการดื่มสุรา การควบคุมอารมณ์ตนเอง จากการศึกษาการฟื้นฟูการรู้คิดในการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาสำหรับผู้มีปัญหาการสุราพบว่าโปรแกรมการบำบัดการรู้คิด ช่วยทำให้ความพร่องการรู้คิดดีขึ้น และมีประโยชน์ในการบำบัดด้วยวิธีการอื่นๆ ให้มีประสิทธิภาพขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wollenweber et al[27] ดังนั้นการฟื้นฟูการรู้คิดจึงเป็นโปรแกรมที่ช่วยให้บุคคลที่พิการทางสมองหรือบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาสามารถเรียกคืนการทำงานตามปกติหรือชดเชยการขาดดุลทางสมองได้[28] นอกจากนี้ยัง

สัมพันธ์กับการศึกษาของ Bernardin, Maheut-Bosser & Paille[29] ที่พบว่าความสัมพันธ์ของการดื่มสุรากับการรู้คิดพบว่ามีความบกพร่องหลักๆ หลายด้าน และด้านที่สำคัญมีมีความสัมพันธ์คือ ด้านความจำ (Episodic Memory) การหยุดดื่มสุราทำให้การรู้คิดดีขึ้นความพร่องการรู้คิดในผู้ที่มีปัญหาจากการติดสุรามักจะตอบสนองต่อการรักษาได้ไม่ดีและมีอาการกำเริบซ้ำต้องกลับมารักษาบ่อยๆ ซึ่งโปรแกรมการบำบัดรักษาเป็นโปรแกรมการฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

นอกจากนั้นยังพบว่า ประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูความจำแบบจำได้ในผู้ป่วยติดสุราโดยใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกด้านร่างกายและจิตใจ ต่อการเรียนรู้และจดจำ โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้และจดจำ ระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งหมายถึงมีการเรียนรู้และจดจำของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ แต่ในระยะหลังทดลองกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่าง ($p = 0.660$) ผลการศึกษาอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น (Positive change) ดังจะเห็นได้จากการทำกลุ่มบำบัดโดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านพฤติกรรม ในเรื่องการดูแล ตนเองและตอบสนองความต้องการของตนเอง และทางด้านความคิดทัศนคติต่อการดื่มสุรา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bernadin, Maheut-Bosser & Paille[29] ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์กับการรู้คิดพบว่ามีความพร่องหลักคือ ด้านการจัดการ และการตัดสินใจ (Executive function) ด้านความจำ (Episodic memory) และด้านความสามารถเชิงมิติสัมพันธ์ (Visuospatial ability) หากได้รับการบำบัดฟื้นฟูจะส่งผลให้ภาวะบกพร่องดังกล่าวกลับมาดีขึ้น

ผลของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Khamchiangta, Kavanagh & Shochet[30] ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรม TFS ในครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิโดยพบว่าโปรแกรม TFS สามารถช่วยลดปัญหาให้กับสมาชิกด้านภาวะสุขภาพ โดยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และพบว่าภายหลังทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลอง ($F = 51.08$, $p < .001$) โดยพบค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพหลังเข้ากลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่ม นอกจากนั้นยังพบความสอดคลองกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในงานวิจัยที่ใช้แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy: CBT)เป็นการใช้แนวคิดพื้นฐานมาจากแนวคิดการฟื้นฟูการรู้คิด (Cognitive Rehabilitation Therapy: CRT) มาใช้ในการพัฒนากล่าวคือการฟื้นฟูการรู้คิดเป็นโปรแกรมทางเลือกในการช่วยเหลือกระบวนการปรับปรุงการรู้คิด (Cognitive Functioning) จากการศึกษาการฟื้นฟูการรู้คิดในการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา สำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราพบว่า โปรแกรมการบำบัดการรู้คิดช่วยทำให้ความพร่องการรู้คิดดีขึ้น และมีประโยชน์ในการบำบัดด้วยวิธีการอื่นๆ ให้มีประสิทธิภาพขึ้นด้วย[27]

นอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรมฟื้นฟูความจำแบบจำได้ในผู้ป่วยติดสุราโดยใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกด้านร่างกายและจิตใจ มีการนำการฝึกทางด้านร่างกายและจิตใจในการฟื้นฟูการเรียกคืนความจำแบบจำได้ (Recognition Memory) ในผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะบกพร่องทางสมอง โดยการฝึกด้านร่างกายและจิตใจ (Mental and Physical : MAP) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shors, Olson, Bates, Selby, & Alderman[22] เป็นการฝึกทางจิตใจและทางกายภาพควบคู่กันไปด้วย ซึ่งการฝึกนี้จะช่วยส่งผลต่อการเพิ่มการทำงานของระบบประสาทได้ โดยเพิ่มการเรียนรู้ของเซลล์ประสาทที่สร้างใหม่ในส่วนของ Hippocampus ได้ โดยการนั่งสมาธิ 20 นาที และเดิน 10 นาที และสอดคล้องกับ Curlik, & Shors[31] ที่พบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิคเป็นอีกวิธีการเพิ่มเซลล์ประสาทสำหรับผู้ใหญ่ในการรู้จำมากขึ้น และในงานวิจัยนี้ยังบอกว่าการใช้กิจกรรมควบคู่กันสองอย่างนี้ช่วยเพิ่มเซลล์ประสาทและการรู้จำได้ดีกว่า นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอีกมากมายที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการฝึกทางด้านร่างกายและจิตใจ[32,33] เป็นต้น ที่ทำการศึกษาและพบว่าการฝึกทางร่างกายและจิตใจควบคู่กันไปนั้น ส่งผลต่อการพัฒนาด้านการรู้จำได้เป็นอย่างดี

การฟื้นฟูความจำแบบจำได้มีกิจกรรมหลากหลาย เช่น การฝึกหัดสมอง (Cognitive Training) และการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มความจำขณะทำงานได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stamenova, Levine[25] เนื่องจากจากฝึกหัด (Training) สามารถชักนำให้เซลล์ประสาทมีพลาสติกซิตี้ (Plasticity) คือมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสมองเพิ่มจำนวนจุดเชื่อมต่อสัญญาณประมาท (Synapses) เมื่อได้เรียนรู้หรือมีประสบการณ์ใหม่ๆ และสอดคล้องกับ Smith et al[34] ที่พบว่าการกระตุ้นการทำงานของสมองส่วน Ventrolateral Prefrontal Cortex: VLPFC และ Dorsolateral Prefrontal Cortex: DLPFC ซึ่งเป็นสมองที่เกี่ยวข้องกับ

ความจำและการคิด นอกจากนี้ยังพบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Strength Training)ทำให้มีการเพิ่มระดับของ Insulin-Like Growth-Factor1: IGF-1 ส่งผลให้ความจำดีขึ้นโดยการฝึกหัดประจำจะมีการเพิ่มของเนื้อเยื่อสมองรอบนอก Grey Matter ส่วนที่เกี่ยวกับความจำได้เป็นอย่างดี[35]

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่าการศึกษาในเรื่อง ภาวะพุฒิปัญญา การเรียนรู้และจดจำภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งพบว่าดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรม ควรทำการประยุกต์โปรแกรมและทำการศึกษาต่อในระยะติดตามผล หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม

2. รูปแบบการทำกลุ่มบำบัดตามรูปแบบโปรแกรมนั้น เป็นการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยติดสุราในการเพิ่มความจำแบบจำได้ ดังนั้นโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในส่วนภูมิภาคอาจนำกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการในส่วนของการดูแลผู้ติดสุราได้

3. โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเหมาะสำหรับผู้ป่วยสุราที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสรรรถภาพ เพราะผู้ป่วยติดสุราดังกล่าวจะสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ และดำเนินกิจกรรมได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยติดสุรา ที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี ขอขอบคุณคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะโปรแกรมที่เป็นประโยชน์และสามารถนำมาใช้ในการทำงานด้านยาและสารเสพติดได้

References

1. Rabiner L. Fundamentals of speech recognition. Fundamentals of speech recognition; 1993.
2. Ryback RS. The continuum and specificity of the effects of alcohol on memory; a review. Quarterly journal of studies on alcohol 1971; 32(4): 995-1016.
3. Poltavski DV, Marino JM, Guido JM, Kulland A, Petros TV. Effects of acute alcohol intoxication on verbal memory in young men as a function of time of day. Physiology & behavior 2011; 102(1): 91-5.
4. Bezdicek O, Michalec J, Vaneckova M, Klempir J, Liskova I, Seidl Z, Janikova B, Miovsky M, Hubacek J, Diblik P, Kuthan P. Cognitive sequelae of methanol poisoning involve executive dysfunction and memory impairment in cross-sectional and long-term perspective. Alcohol 2017; 59: 27-35.
5. Nowakowska-Domagała K, Jabłkowska-Górecka K, Mokros Ł, Koprowicz J, Pietras T. Differences in the verbal fluency, working memory and executive functions in alcoholics: Short-term vs. long-term abstainers. Psychiatry Research 2017; 249: 1-8.
6. Ganguli M, Snitz BE, Lee CW, Vanderbilt J, Saxton JA, Chang CC. Age and education effects and norms on a cognitive test battery from a population-based cohort: The Monongahela-Youghiogheny Healthy Aging Team. Aging and Mental Health 2010; 14(1): 100-7.
7. Hoffman LA, Sklar AL, Nixon SJ. The effects of acute alcohol on psychomotor, set-shifting, and working memory performance in older men and women. Alcohol 2015; 49(3): 185-91.
8. Lindemann A, Antille V, Clarke S. Cognitive impairment in alcohol addiction. Revue medicale Suisse 2011; 7(302); 1450-2.
9. Beck JS. Cognitive therapy: Basics and beyond. New York, NY, US: Guilford Press; 1995.
10. Wright FD, Beck AT, Newman CF, Liese BS. Cognitive therapy of substance abuse: theoretical rationale. NIDA research monograph 1993; 123-137.
11. Scott J, Williams JM, Beck AT, editors. Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook. Routledge; 2003.
12. Marlatt GA, Witkiewitz K. Relapse prevention for alcohol and drug problems. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors 2005: 1-44.
13. Shors TJ. The adult brain makes new neurons, and effortful learning keeps them alive. Current Directions in Psychological Science 2014; 23(5): 311-8.
14. Herring MP, Puetz TW, O'Connor PJ, Dishman RK. Effect of exercise training on depressive symptoms among patients with a chronic illness: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Archives of Internal Medicine 2012; 172(2): 101-11.

15. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. Journal of consulting and clinical psychology 2010; 78(2): 169.
16. Davidson RJ, McEwen BS. Social influences on neuroplasticity: stress and interventions to promote well-being. Nature neuroscience 2012; 15(5): 689-95.
17. Van Vugt MK, Hitchcock P, Shahar B, Britton W. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on affective memory recall dynamics in depression: a mechanistic model of rumination. Frontiers in human neuroscience 2012; 6: 257.
18. Klingberg T. Training and plasticity of working memory. Trends in cognitive sciences 2010; 14(7): 317-24.
19. National Statistical Office. [Database on the internet]. 2019 [cited 2019 Jan 2]. Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014
20. Center of Alcohol Studies. [Database on the internet]. 2016 [cited 2016 Feb 20]. Available from: http://cas.or.th/cas/
21. Bates ME, Buckman JF, Nguyen TT. A role for cognitive rehabilitation in increasing the effectiveness of treatment for alcohol use disorders. Neuropsychology review 2013; 23(1): 27-47.
22. Shors TJ, Olson RL, Bates ME, Selby EA, Alderman BL. Mental and Physical (MAP) Training: a neurogenesis-inspired intervention that enhances health in humans. Neurobiology of learning and memory 2014; 115: 3-9.
23. Vishuda C, Saipin K. A Comparative study of Cognitive Performance among Individuals Experiencing TIA, Having Risk Factors to Cerebrovascular Disease, and Healthy Individuals. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2554; 26(3): 14-30.
24. Denis F, Polit. Data Analysis and Statistics for Nursing Research; 1996.
25. Stamenova V, Levine B. Effectiveness of goal management training® in improving executive functions: A meta-analysis. Neuropsychological rehabilitation 2019; 29(10): 1569-99.
26. Veale JF. Edinburgh handedness inventory-short form: a revised version based on confirmatory factor analysis. Laterality: Asymmetries of Body, Brain and Cognition 2014; 19(2):164-77.
27. Wollenweber FA, Halfter S, Brügmann E, Weinberg C, Cieslik EC, Müller VI, Hardwick RM, Eickhoff SB. Subtle cognitive deficits in severe alcohol addicts-Do they show a specific profile?. Journal of Neuropsychology 2014; 8(1): 147-53.
28. Wilson BA. Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation. Neuropsychological rehabilitation 2002; 12(2): 97-110.
29. Bernardin F, Maheut-Bosser A, Paille F. Cognitive impairments in alcohol-dependent subjects. Frontiers in psychiatry 2014; 16(5) :78.
30. Khamchiangta A, Kavanagh D, Shochet I. Implementing Thai family support (TFS) programme for family members of young substance users in primary care, Thailand: EAFONS CS-C-13. International Journal of Nursing Practice; 2012.
31. Curlik 2nd DM, Shors TJ. Training your brain: do mental and physical (MAP) training enhance cognition through the process of neurogenesis in the hippocampus?. Neuropharmacology 2013; 64: 506-14.
32. Herring MP, Puetz TW, O'Connor PJ, Dishman RK. Effect of exercise training on depressive symptoms among patients with a chronic illness: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Archives of Internal Medicine 2012; 172(2): 101-11.
33. Davidson RJ, McEwen BS. Social influences on neuroplasticity: stress and interventions to promote well-being. Nature neuroscience 2012; 15(5): 689-95.
34. Smith GE, Housen P, Yaffe K, Ruff R, Kennison RF, Mahncke HW, Zelinski EM. A cognitive training program based on principles of brain plasticity: results from the Improvement in Memory with Plasticity-based Adaptive Cognitive Training (IMPACT) Study. Journal of the American Geriatrics Society 2009; 57(4): 594-603.
35. Angevaren M, Aufdemkampe G, Verhaar HJ, Aleman A, Vanhees L. Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. Cochrane database of systematic reviews; 2008