



นิพนธ์ต้นฉบับ การใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อ การดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

จรีรัตน์ ไกรวงษ์, พ.ย.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราก่อนและหลังการเข้าร่วมการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

วัสดุและวิธีการ : กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษามี 3 ชุด ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 2) เครื่องมือกำกับการศึกษา คือ แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และ 3) แบบสอบถามปริมาณการดื่มสุราเครื่องมือทั้ง 3 ชุดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน สำหรับเครื่องมือชุดที่ 2 ได้วิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่า Cronbach alpha coefficient เท่ากับ .84 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผล : การดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหลังได้รับกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป : กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการบำบัดพฤติกรรมดื่มสุรา

คำสำคัญ: การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กลุ่มบำบัด ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา



GROUP COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY ON ALCOHOL CONSUMPTION IN ALCOHOLIC PSYCHOSIS PATIENTS

*Chareerat Kriwong, M.N.S**

Abstract

Objective : The purposes of this research were to to drink alcohol of patient alcoholic psychosis disorder before and after receiving group cognitive behavior therapy.

Materials and Methods : The study sample were 20 patient with alcoholic psychosis disorder who admitted in Somdet chaopraya institute of psychiatry .The instruments utilized in this study were 1) Group Cognitive Behavior Therapy Program, 2)The Process of Change Alcohol Questionnaire and 3) Time Line Follow Back. All instruments were validated for content validity by three professional experts. The reliability of the Questionnaire was .84. Statistical techniques used for data analysis were percentage, mean, standard deviation and paired t = test.

Results : Alcohol consumption of patient alcoholic psychosis disorder after receiving group cognitive behavior therapy was less than before receiving group cognitive behavior therapy significantly, at the .05 level.

Conclusion : Group cognitive behavior therapy on alcohol consumption in alcohol psychosis patients was effective.

Key word : Alcohol Consumption, Cognitive Behavior Therapy ,Group Therapy

บทนำ

การติดสุราในผู้ป่วยโรคจิต มีหลายแนวคิดที่อธิบายถึงสาเหตุของการเสพสุราและติดสุรา โดยแนวคิดหลักๆ มี 3 แนวคิด คือ ทางด้านชีวภาพ เชื่อว่าพันธุกรรมมีส่วนส่งเสริมการติดสุราและจากการที่สุรามีผลต่อ Dopamine และ Serotonin ซึ่งมีเป็น Positive reinforcement คือ ทำให้เคลิบเคลิ้ม (Euphoria) มีความอยาก (Craving) และความต้องการ (Need) บุคคลจึงดื่มสุราซ้ำๆ เพื่อให้ได้รับความสุข และมีการในปริมาณเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากไม่สามารถเลิกดื่มได้ แนวคิดด้านจิตใจและอารมณ์ เชื่อว่าผู้ใช้สุราและสารเสพติดเป็นผู้ที่มีพัฒนาการทางด้านจิตใจอารมณ์และบุคลิกภาพอ่อนแอ ภาวะทางอารมณ์ต่ำ ขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาชีวิต และแนวคิดด้านสังคม เป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อการใช้สุรา เนื่องจากการที่สุราไม่ใช่สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย และสามารถหามาดื่มได้และตลอดเวลา^{3,4} และจากการที่สุรามีผลต่อ Dopamine และ Serotonin ดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้บุคคลดื่มสุราในปริมาณมาก และเป็นระยะเวลาอันยาวนานหลายปี จนเกิดอาการของโรคจิตจากสุราในที่สุด

ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่เข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาจะมาด้วยอาการทางจิตเวชฉุกเฉิน เช่น ก้าวร้าว กระสับกระส่าย เพ่งงอง สับสน หงุดหงิด โกรธง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ทำลายข้าวของหรือบุคคลรอบข้าง และทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตาย จากมีอาการประสาทหลอน ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการแทรกซ้อนทางกายจะมีเหงื่อออก อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และอาจเกิดอาการชักได้ 2-3 วันหลังการหยุดดื่มสุรา จากการขาดสารแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดภาวะนี้เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องการการรักษาด่วน ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะเกิดภาวะสารเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล เกิดภาวะขาดน้ำ³

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เป็น

โรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิขนาด 300 เตียง ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป และผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่ต้องให้การบำบัดต่อเนื่อง จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี คือ ปี พ.ศ. 2548 - 2550 มีจำนวน 212,174, 210 ราย ตามลำดับ 5 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในปริมาณมากพอควร ผู้ศึกษาจึงได้ทบทวนการปฏิบัติงานเดิมในการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ซึ่งมีการรักษาด้วยยาในกลุ่ม Benzodiazepines และวิตามิน การบำบัดด้วยกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆ ในหน่วยงาน และยังไม่มีรูปแบบการบำบัดที่ชัดเจน จึงส่งผลให้หลังการบำบัดมีอัตราการกลับมาป่วยซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา จากสถิติ 3 ปีย้อนหลังปี พ.ศ. 2548 - 2550 จำนวน 12, 8 และ 15 ราย ตามลำดับ และจากการศึกษาพบว่า การบำบัดผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่ได้ผลดีจะต้องให้การรักษาด้วยยาควบคู่ไปกับการบำบัดทางจิต⁶ ผู้ศึกษาจึงทำการศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Group Cognitive Behavioral Therapy) ในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ที่น่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตจากสุรา (Alcoholic Psychosis : F10.3) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (DSM - IV) ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา กรุงเทพมหานคร จำนวน 20 คน โดยพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ และให้ข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มี

ส่วนร่วมในการศึกษา แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการศึกษาแล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามปริมาณการดื่มสุรา แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา และข้อมูลส่วนบุคคล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่ 1) โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มของ Beck⁷ ซึ่งเป็นการบำบัดเชิงรุก และมีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (time - limited) และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน (structured) ร่วมกับการนำแนวคิดการบำบัดกลุ่มของ Yalom⁸ และนำเอาประเด็นการศึกษาของนิชนันท์ คำล้าน⁹ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยเน้นผลลัพธ์ที่มีปัจจัยการบำบัดที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 8 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ การประเมินพฤติกรรมความคิดที่ทำให้ดื่มสุรา กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับสุรา สาเหตุของการติดสุรา ผลกระทบจากดื่มสุรา กิจกรรมที่ 3 สำรวจและวิเคราะห์ปัจจัยนำที่นำมาสู่การดื่มสุรา กิจกรรมที่ 4 ปรับแก้ความคิดที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงที่นำไปสู่การดื่มสุรา กิจกรรมที่ 5-7 ฝึกทักษะการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่สำคัญของแต่ละคน กิจกรรมที่ 8 ประเมินผลและยุติโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 2) แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา (The Process of Change Alcohol Questionnaire) แบบสอบถามชนิดนี้ได้รับการพัฒนาโดยโดเคลเมนเต ในปี พ.ศ. 2439 แปลเป็นภาษาไทย โดยครุณี ภูขาว¹ เป็นแบบวัดชนิดที่ให้ผู้ตอบรายงานตนเอง (Self-Report) โดยมีมาตราประเมินค่าแบบเรียงลำดับ (Ordinal rating scale) แบบ 5 มาตราและมีข้อความทั้งหมดจำนวน 40 ข้อจัดได้เป็น 2 ประเภทคือเทคนิคทาง

ความคิดและเทคนิคทางการกระทำ 3) แบบสอบถามปริมาณการดื่มสุรา (Time Line Follow Back) พัฒนาโดย Sobell et al. ดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยครุณี ภูขาว¹ เป็นแบบสอบถามย้อนหลังเกี่ยวกับปริมาณการดื่มสุราในแต่ละวันพร้อมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในวันที่ยื่นดื่มสุรา โดยปริมาณการดื่มสุราคิดเป็น 1 คืมมาตรฐานหรือครั้งต่อสัปดาห์ใช้แบบประเมินนี้ก่อนการบำบัดโดยสอบถามย้อนหลังก่อนการบำบัด 1 เดือน เพื่อเป็นข้อมูลในการเปรียบเทียบหลังการบำบัดในระยะติดตามผลหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 30 คนแล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง Cronbach alpha coefficient เท่ากับ .84

การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุราเป็นจำนวน ครั้ง/สัปดาห์ ก่อน/หลังการได้รับการบำบัด 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน โดยหาค่า Mean และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน โดยใช้สถิติ Dependent t- test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผล

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนของทัศนคติที่มีต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ก่อนการบำบัด และหลังการบำบัดของกลุ่มตัวอย่าง (N = 20)

รายชื่อ	ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 20 – 100 คะแนน		ต่ำสุด 20 คะแนน	คะแนนสูงสุด 100 คะแนน
	เทคนิคทางการคิด		เทคนิคทางการกระทำ	
	ก่อนการบำบัด	หลังการบำบัด	ก่อนการบำบัด	หลังการบำบัด
1	59	68	54	73
2	64	86	51	83
3	62	78	52	71
4	52	61	49	61
5	59	60	42	61
6	45	52 *	39	63
7	54	63	30	65
8	76	77	57	77
9	67	92	56	78
10	39	69	45	73
11	53	72	49	75
12	46	68	44	71
13	48	78	56	73
14	39	66	50	70
15	53	82	58	76
16	55	74	41	79
17	45	73	44	67
18	42	80	34	74
19	50	67	29	43 *
20	51	72	47	60

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเทคนิคทางการคิดหลังได้รับกลุ่มการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสูงกว่า 60 คะแนน 19 คน ต่ำกว่า 60 คะแนน 1 คน คือ รายที่ 6 คะแนนเทคนิคทางการกระทำหลังได้รับกลุ่มการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สูงกว่า 60 คะแนน 19 คน และต่ำ

กว่า 60 คะแนน 1 คน คือรายที่ 19 ผู้ศึกษาให้ความรู้เพิ่มเติมและให้ตอบแบบประเมินผลทัศนคติที่มีต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราใหม่อีกครั้ง จนได้คะแนนมากกว่า 60 คะแนนคือ 64 และ 67 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุรา ก่อนหลังการได้รับกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 1 เดือน (N = 20)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	(n=20)		(n=20)				
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ปริมาณการดื่มสุรา	22.4	10.58	2.1	3.16	19	8.83	.00*

จากตารางที่ 2 พบว่าปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา หลังได้รับกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์

จากการวิจัยปริมาณการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลา 1 เดือนเปรียบเทียบก่อนหลังการใช้กลุ่มการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาค่าคะแนนเทคนิคทางการคิด และเทคนิคทางการกระทำหลังการใช้กลุ่มบำบัดมีคะแนนเทคนิคทางการคิดสูงกว่า 60 คะแนน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 95 และคะแนนเทคนิคทางการกระทำสูงกว่า 60 คะแนน 19 คิดเป็นร้อยละ 95 สอดคล้องกับการศึกษาของ ครุณี ภูขาว¹ ศึกษาการปรับพฤติกรรม

ความคิดและพฤติกรรม ผลพบว่าผู้ป่วยมีทักษะในด้านเทคนิคทางความคิดเพิ่มขึ้นร้อยละ 85 มีทักษะในด้านเทคนิคทางการกระทำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.3 จากการศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราในกลุ่มตัวอย่างนั้นการสร้างแรงจูงใจ โดยการสร้างสัมพันธภาพที่มีความเชื่อถือ และไว้วางใจ³ การรับรู้ความสามารถตนเองยังต่ำ (Self Efficacy) การเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้สำเร็จ⁹ มีการตั้งเป้าหมาย และมี

ส่วนร่วมในการวางแผนในการเลิกดื่มสุรา ทำให้เกิดแรงจูงใจที่ดีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม¹⁰ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้มีแรงสนับสนุนและแรงจูงใจ มีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น มีข้อเสนอแนะในการมองเหตุการณ์ใหม่หรือเปลี่ยนตนเองในทางใหม่ (Chaining Chain) การหลีกเลี่ยง(Avoidance) การทำเวลาว่างให้แคบลง(Narrowing Intencedence) การจัดการกับตัวกระตุ้น และวิธีการต่างๆ ที่โยงสู่การปรับเปลี่ยนความคิด (Restructuring) ในการเลิกดื่มสุราซึ่งกันและกัน ในขณะที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งเป็นปัจจัยการบำบัด (Curative Factor) ที่เกิดขึ้นในขณะที่ทำกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถเลิกดื่มสุราได้ เมื่อได้รับการบำบัดแล้วสามารถปรับความคิดเปรียบเทียบข้อดีและผลกระทบจากการดื่มสุราได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองและเริ่มต้นชีวิตใหม่ และคิดว่าตนเองสามารถที่จะเลิกดื่มสุราได้

นอกจากนี้พบว่าญาติ ผู้ดูแลให้ความร่วมมือดี ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการเอาใจใส่ในการติดตามผล การช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเปลี่ยนแปลงการดื่มสุราได้นานขึ้น¹¹ การโทรศัพท์ติดตามผลจากกลุ่มตัวอย่าง ญาติ หรือผู้ดูแล ยังสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่กลับไปดื่มสุราอีกตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการบำบัดระยะสั้นทางโทรศัพท์ พบว่ามีประสิทธิผลของการบำบัดขึ้นอยู่กับจำนวนครั้งของการ โทรศัพท์ติดตาม การคงอยู่ของอาการจะดีมากขึ้นถ้ามีการโทรศัพท์ติดตามเป็นระยะๆ¹²

การที่กลุ่มตัวอย่างมีการดื่ม และวันเวลาที่ดื่ม น้อยลงเพราะสืบเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มีการดื่มสุรามานานคือมีการดื่มต่ำสุดระยะเวลา 7 ปี และสูงสุดระยะเวลา 20 ปี และมีการดื่มทุกวันจนคิดเป็นนิสัย เนื่องจากความคิดที่ทำให้ดื่มสุราคือสุรา

ทำให้สบายใจ และนอนหลับ ส่วนเหตุสนับสนุนที่ทำให้ต้องดื่ม ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะอารมณ์ คือ เครียด เหงา ตีใจ โดยมีลักษณะดื่มคนเดียวมากที่สุด การที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเลิกดื่มสุราได้ทันทั้งที่นั้น เป็นเรื่องที่ต้องใช้ความพยายามอย่างมาก เพราะการมีกลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญอยู่กับสิ่งกระตุ้นที่ท้าทาย มีเพื่อนมาหาและมีญาติพี่น้องร่วมสังสรรค์ รวมถึงค่านิยมของสังคมไทยที่เข้าใจว่าสุราเป็นสื่อสร้างไมตรี เมื่อมีการพบกัน การจัดเลี้ยงจึงขาดสุราไม่ได้¹³ ดังจะเห็นตามงานเลี้ยง ร้านค้าขายสุรา ร้านอาหาร เป็นต้น บางครั้งทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องกลับไปดื่มซ้ำ การจะช่วยให้เลิกดื่มจึงต้องใช้เวลาและให้โอกาสสนับสนุนการเสริมแรงทางบวกแก่กลุ่มตัวอย่าง อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้อย่างยาวต่อไป ดังนั้น การให้ความรู้แก่ญาติ ผู้ดูแล จึงมีความจำเป็น เพราะญาติจะเป็นกำลังใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้การเอาใจใส่ในการติดตามผล และการช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ ยังสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเปลี่ยนแปลงการดื่มสุราได้นานขึ้น¹¹ โดยเฉพาะการใช้วิธีโทรศัพท์ติดตามผล ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่กลับไปดื่มสุราอีกตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการบำบัดระยะสั้นทางโทรศัพท์ พบว่ามีประสิทธิผลของการบำบัดอยู่ที่จำนวนครั้งของการโทรศัพท์ติดตาม การคงอยู่ของอาการจะดีมากขึ้นถ้าได้โทรศัพท์ติดตามเป็นระยะๆ¹² การใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรานี้นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราสามารถลดหรือเลิกดื่มสุราได้แล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราได้มีทักษะในการแก้ไขปัญหา และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม โครงการทั้ง 20 ราย ยังไม่มีสมาชิกในกลุ่มตัวอย่างรายใดที่ต้องกลับไปเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลอีก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเปรียบ

เทียบการบำบัดด้วยกลุ่มจิตศึกษาและกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดติดตามผล 3 เดือน และ 9 เดือน พบว่ากลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสามารถอยู่ในชุมชนและมีชีวิตที่ดีขึ้น มีการกลับมารักษาซ้ำน้อยลง¹² และเช่นเดียวกับการศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานีติดตามผล 2 สัปดาห์ 1 เดือน และ 2 เดือนพบว่าไม่มีการกลับมารักษาซ้ำ⁷ และสอดคล้องกับการศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยที่เสพยาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น และมีการติดตามผล 2 สัปดาห์ 1 เดือน และ 2 เดือนพบว่าไม่มีการกลับมารักษาซ้ำเช่นกัน¹²

สรุป

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตจากสุราให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราจนสามารถลด เลิกได้ที่มีประสิทธิผล สามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตจากสุราได้เนื่องจากในปัจจุบันสถานการณ์ของผู้ใช้แอลกอฮอล์ที่มารับบริการในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยามีแวนวโน้มสูงชัน

ข้อเสนอแนะ

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตจากสุราสามารถให้การบำบัดแบบรายบุคคลได้ แต่ต้องคำนึงถึงความพร้อมของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา โดยเฉพาะทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ทางจิตต้องสงบ สามารถคิดและเรียนรู้เนื้อหาในการบำบัดได้¹² ควรมีการติดตามประเมินผลพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 1 ปี โดยมีระยะติดตามทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือนและ 1 ปี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ที่ให้คำปรึกษาในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Phukao,D. Development and evaluation of a culturally appropriate treatment program for people with alcohol use disorders in Thailand. University of Queensland .2006.
2. Heinz et al.,2003;Wong et al. Therapy and supportive care of alcoholics:guidelins for practitioners. Best Proctice & Research Clinical Gastroenterology 2003; 17(4) , 695-708.
3. สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: โรงพิมพ์รัตนสุพรรณ.
4. ทรงเกียรติ ปิยะกะ และเวทิน ศันสนีย์เวทย์,(2540). ยัมสูเรียนรู้ยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ: พิมพ์พรินต์ติ้ง เซ็นเตอร์;2545..
5. กองแผนงานและนโยบาย. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
6. พิชัย แสงชายชัย. ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ: วัชรอินเตอร์ปริ้นติ้ง; 2544.
7. นิชนันท์ คำล้าน. การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ติดสุรา. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
8. Yalom, I.D. Theory and Practise of Group Psychotherap (4th edn). New York: Basic Books; 1995.
9. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
10. ยงยุทธ ขจรธรรม. และคณะ. ประสิทธิภาพของนโยบาย และมาตรการการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัทไชด์; 2547.
11. ประไพ ทายุทธ. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
12. นิมิตร แก้วอาจ. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยที่เสพยาในโรงพยาบาลจิตเวช. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
13. นิสานถ โโชคเกิด. ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุราในโรงพยาบาลลำพูน. การศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.