

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของ ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัด รักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

รุ่งรัตน์ สายทอง พย.ม.

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี

Abstract : Cognitive Behavioral Therapy Program in Alcohol Harmful use disorder and Alcohol dependence: 50 Pansa Mahavajiralongkorn Hospital, Ubon Ratchathani Province. Saithong R
50 Pansa Mahavajiralongkorn Hospital, Ubon Ratchathani Province.

The Objective aimed to the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy; CBT for the alcohol harmful use disorder and dependence; after-effects and post care alcohol withdrawal in the 50 Pansa Maha Vajiralongkorn hospital, Ubon Ratchathani province.

Methodology: Quasi-experimental research. The study population consisted of outpatients who had problems or effects of alcohol use and inpatients who had after-effects and post care alcohol withdrawal, evaluated by AWS <5. The Inpatients were admitted to the hospital in the 50 Pansa Maha Vajiralongkorn Hospital, in the fiscal year 2557-2559. The 429 samples of alcoholics aged 18 years and over were

diagnosed with primary alcohol or dangerous drink. AUDIT Alcohol: Harmful use 16-19 scores. Dependence score >20 scores and who have voluntary acceptance for one treatment session per week, total 8 times. Tools used include Cognitive and Behavioral Therapy (CBT) program developed from Osilla's cognitive and behavioral therapy. All 8 sessions highlight the fine thoughts and behaviors to reduce or stop drinking alcohol and study the results after one-year follow up. The descriptive statistics: frequency and percentage. The inferential statistics: Chi-square statistics were used to test the difference in the outcome of reduce or stop drinking alcohol of inpatient versus outpatient. The Odds ratio, the correlation of reducing or stopping alcohol consumption among inpatients per outpatients.

Result:

1. The results of alcohol treatment with CBT showed that stop drinking alcohol was 20.3%, alcohol reduced by 52.9% and continued to drink alcohol by 26.8%.

2. Analyze the results of the treatment for the years 2014-2016, outpatients were found that 20.2%, 17.9% and 13.1% stop drinking alcohol, and 27.4%, 57.1%, and 63.1% reduce drinking alcohol respectively. Inpatients were found that 48.2%, 24.2% and 27.9% stop drinking alcohol, 40.7%, 63.6%, and 60.5% reduce alcohol respectively.

3. Comparison of treatment outcomes in the two groups showed that the inpatients were significantly likely to reduce or stop drinking alcohol more than the outpatients (P -value <0.001), and inpatients were more likely to reduce or stop drinking alcohol than outpatients, 3,503 (95% CI of OR = 1.837 - 6.680). But by the same picture, the two groups behaved better than before, not to increase drinking to the amount of health hazards. Finally, the samples were satisfied with good or very good healing more than 85 percent.

Conclusion and Recommendation: Cognitive Behavioral Therapy useful in nursing practice. That makes alcoholic patients reduce or stop drinking in long term study.

Keywords: Alcohol Harmful use and Alcohol Dependence, alcohol withdrawal, Cognitive Behavioural Therapy

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ ศึกษาผลการบำบัดผู้ป่วยสุราหลังภาวะถอนพิษสุราหรือมีปัญหาจากการดื่มสุราด้วยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ จัหวัดอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง ประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยนอกที่มีปัญหา/ผลกระทบจากการดื่มสุราและเป็นผู้ป่วยในหลังภาวะถอนพิษสุราโดยประเมินจากค่าคะแนน AWS < 5 ที่เข้ารับการบำบัดใน รพ. ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557-2559 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 429 คน มีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโรคหลักเป็นผู้ดื่มสุราแบบอันตรายหรือดื่มแบบติด มีค่าคะแนน AUDIT Alcohol: Harmful use 16-19 คะแนน, Dependence คะแนน >20 คะแนน ต้องยินยอมและสมัครใจเข้ารับการบำบัดตามนัดหมายต่อเนื่อง 1 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 8 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) พัฒนาจากโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Osilla ทั้งหมด 8 Session ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง นัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในแต่ละ Session เน้นปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดหรือเลิกดื่มสุรา ศึกษาผลการบำบัดเมื่อครบ 1 ปี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน สถิติ Chi-square เพื่อทดสอบความแตกต่างในผลการลดหรือเลิกดื่มของผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยใน และค่า Odds ratio ค่าระดับความสัมพันธ์ของการลดหรือเลิกดื่มสุราของกลุ่มผู้ป่วยในต่อกลุ่มผู้ป่วยนอก

ผลการศึกษา

1. ผลการบำบัดผู้ป่วยสุราด้วย CBT พบว่า เลิกดื่มสุราได้ร้อยละ 20.3 ดื่มสุราลดลงร้อยละ 52.9 และยังคงดื่มสุรา ร้อยละ 26.8 ตามลำดับ
2. วิเคราะห์จำแนกผลการบำบัด ประจำปี 2557-2559 พบว่า ผู้ป่วยนอกเลิกดื่มสุราได้ ร้อยละ 20.2, 17.9 และ 13.1 ลดการดื่มสุรา ร้อยละ 27.4, 57.1 และ 63.1 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยในเลิกดื่มสุรา ร้อยละ 48.2, 24.2 และ 27 ลดการดื่มสุรา ร้อยละ 40.7, 63.6 และ 60.5 ตามลำดับ
3. เปรียบเทียบผลการบำบัดของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มผู้ป่วยในลดหรือเลิกดื่มได้มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) และพบว่าผู้ป่วยในมีโอกาสลด

หรือเลิกดื่มสุราได้มากกว่าผู้ป่วยนอก 3.503 เท่า (95% CI ของ OR = 1.837–6.680) แต่โดยภาพรวมทั้งสองกลุ่มปรับพฤติกรรมได้ดีขึ้นจากเดิม คือ ไม่ดื่มติดลม ไม่เพิ่มปริมาณจนเป็นอันตรายต่อสุขภาพและกลุ่มตัวอย่างพึงพอใจในการบำบัดในระดับดี/ดีมาก มากกว่าร้อยละ 85

สรุปและข้อเสนอแนะ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยสุรา มีประโยชน์ในการปฏิบัติทางการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยสุราลดหรือเลิกดื่มได้ และอาจติดตามผลระยะยาวมากขึ้น

คำสำคัญ : ผู้ป่วยสุรา ภาวะถอนพิษสุรา การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสุรามีการแพร่ระบาดสูง เกิดผลกระทบด้านร่างกายรวมทั้งปัญหาสุขภาพจิตโดยส่งเสริมให้อาการรุนแรง มีพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มสูงขึ้น ยากต่อการรักษาให้หายและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น เกิดภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าคนปกติ 2-4 เท่า¹ พบความชุกร่วมกับการเกิดโรคอื่นได้ถึงร้อยละ 44 และยังเพิ่มปริมาณและความถี่ของการใช้สารเสพติดสูงขึ้นเกิดภาวะพึ่งพิง ขาดความมั่นใจ ความคิดผิดปกติ ความจำ การรับรู้การแก้ไขปัญหาลดลง มีพฤติกรรมไม่สนใจตนเอง ไม่ร่วมมือการรักษา ความคิดจิตสังคมเสื่อมถอย ครอบครัวแตกแยก เสี่ยงการงาน สังคม และใช้สุราจนติดรุนแรงมากขึ้นถึง 3.07 เท่า²

การดื่มสุราเชื่อมโยงปัจจัย ดังนี้ 1) ชีวเคมี ในสมองไม่สมดุล หรือถ่ายทอดทางพันธุกรรม 2) ปัจจัยในตัวบุคคล เช่น อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หรือพฤติกรรมเรียนรู้กลไกเผชิญปัญหา เช่น การสูญเสีย เครียด วิตกกังวล บวกกับความคิดที่บิดเบือน เช่น เหล้าทำให้รู้สึกดี นอนหลับ ลืม

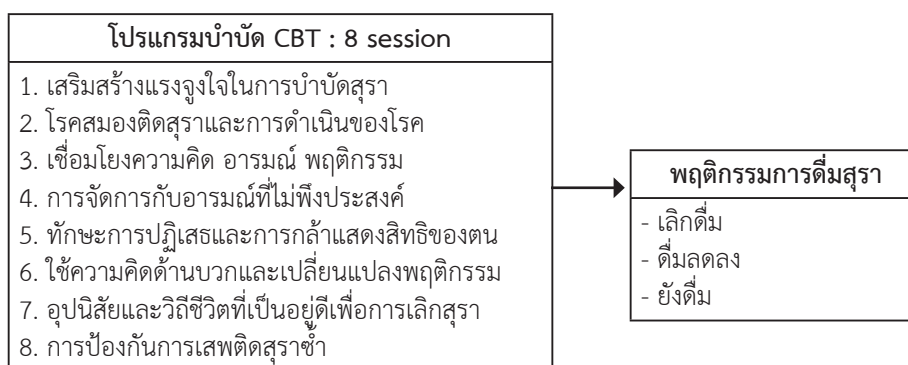
ทำให้เกิดพฤติกรรมไปดื่มสุราและใช้อย่างต่อเนื่อง 3) ประสบการณ์เรียนรู้ในครอบครัว สังคมและวัฒนธรรม สภาพแวดล้อม เช่น สภาพครอบครัวที่ขัดแย้ง หย่าร้าง สังคมที่เป็นแหล่งชักนำ 4) มโนทัศน์การรับรู้คุณค่าของตนเองต่ำ อ่อนแอ ไม่ควบคุมความอยาก คาดหวังผลดีของสุรา³ ผู้ดื่มสุราแบ่งระดับความรุนแรงได้เป็น 4 ระยะ คือ 1) แบบเสี่ยงต่ำ 2) แบบเสี่ยง 3) แบบอันตราย ที่มีภาวะพึ่งพิงสารทางจิตใจแต่ไม่ติดจนมีอาการทางกาย 4) แบบติด โดยเฉพาะในผู้ที่พึ่งพิงทางจิตใจ จะคาดหวังเพื่อตอบสนองความสุข ผ่อนคลายได้เร็วสุด⁴ โดยถ้าประเมินได้ชัดเจนจะนำไปสู่การบำบัดรักษาและแก้ไขปัญหามาจากการเป็นเพียงผู้ใช้สุราแบบอันตราย (Harmful Use) ไม่กลายเป็นผู้ติด (Dependence) เพราะจะทำให้มีภาวะพึ่งพิงและไม่สนใจเปลี่ยนแปลงตนเอง ส่งผลทำให้การบำบัดไม่ได้ผล⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยสู่การปฏิบัติทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่าโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy; CBT) บำบัดผู้ป่วยสุราได้มีรายงาน

ผลการวิจัยหลายเรื่องที่สนับสนุนว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสามารถใช้ในการบำบัดรักษา ลดหรือเลิกดื่มสุราลงได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวจากการติดตามที่ 1 ปี 3 ปี 6-12 ทั้งยังช่วยในด้านการป้องกันไม่กลับเป็นซ้ำหรือป่วยเรื้อรัง 13, 14 ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจ

ในการใช้โปรแกรมบำบัด CBT เข้ามาบำบัดผู้ป่วยสุราเพื่อช่วยให้ลดหรือเลิกดื่มสุราได้

วัตถุประสงค์ ศึกษาผลการบำบัดผู้ป่วยสุราหลังภาวะถอนพิษสุราหรือมีปัญหากจากการดื่มสุราด้วยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ใน รพ. ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัตถุประสงค์และวิธีการ

วิธีการศึกษา รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลหลังการทดลอง

กลุ่มประชากร

ผู้ดื่มสุราที่วินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 ที่เข้ารับการบำบัดใน รพ. ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557-2559

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดื่มสุราที่เข้ารับการรักษาใน รพ. ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ จำนวน 429 คน เป็นผู้ป่วยนอก 326 คน และเป็นผู้ป่วยใน 103 คน สุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

ได้แก่ 1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) มีค่าคะแนน AUDIT Alcohol คะแนน 16 ขึ้นไป 3) คะแนนประเมินสภาพจิตด้วย MMSE ค่าคะแนนมากกว่า 20 คะแนนขึ้นไป 4) พุดคุยสื่อสารเข้าใจ 5) ค่าคะแนน AWS < 5 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษา แบ่งเป็น 2 ชุด

ชุดที่ 1 เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยสุรา (Cognitive Behavior Therapy; CBT) ผู้ศึกษาได้พัฒนาและปรับจากโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Osilla ที่เน้นปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดหรือเลิกดื่มสุรา

ทั้งหมด 8 Session ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง นัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในแต่ละ Session มีกระบวนการ ดักจับ ตรวจสอบ ความคิดด้านลบที่เกิดจาก ตัวกระตุ้นภายนอกหรือภายในที่ส่งผลให้เกิด พฤติกรรมการดื่มของตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนแก้ไข ใหม่ เน้นที่การตระหนักตนเอง ทำความเข้าใจ ตัดสินใจปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ให้ความสำคัญกับการแก้ไขเฉพาะสิ่งที่เกิดขึ้น ในปัจจุบันกับการเผชิญกับสถานการณ์ที่เข้ามา กระตุ้นความคิดอยาก ให้สามารถหยุดความคิด และมีทักษะการปฏิเสธ ลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดหรือเลิกดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง จำนวน 8 ครั้ง ได้แก่

1. ค้นปัญหา วางแผน แนะนำ เสริมสร้าง แรงจูงใจ ให้เข้ารับการบำบัดสุราปรับเปลี่ยน ความคิดและพฤติกรรม

2. โรคสมองติดสุรา การดักจับความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ตัวกระตุ้นภายในและภายนอก ที่สำคัญ

3. เชื่อมโยงความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ใช้ CBT Model วจรความสัมพันธ์ของตัวกระตุ้น ความคิดความอยาก และพฤติกรรมการดื่มสุรา

4. การจัดการอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ วางเป้าหมายที่ต้องแก้ไขเร่งด่วน ปรับคิดใหม่ เลือกวิธีแก้ไขปัญหา ไม่กลับไปดื่มสุรา

5. ทักษะการปฏิเสธและการกล้าแสดงสิทธิ ของตนอย่างเหมาะสม เผื่อระวัง และตรวจสอบ ความคิดอันตรายที่เสี่ยงต่อความอยากดื่มสุรา ฝึกทักษะการหยุดความคิด ควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม ไม่ดื่มหรือลดการดื่มลง

6. ใช้ความคิดด้านบวกและเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมดำเนินชีวิตในปัจจุบัน ให้มีวิถีจัดการ อารมณ์ หยุดหรือลดใช้สุราต่อเนื่อง

7. อุปนิสัยและวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ประจำวัน เพื่อการเลิกสุรา ครอบครัวหรือผู้ดูแลช่วยแก้ไข ปัญหาสุรา

8. การป้องกันการเสพติดสุราซ้ำ ประเมิน ผลการบำบัดและติดตามต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 0.98 และ หาความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้ผู้สัมภาษณ์คนเดียวสัมภาษณ์ ซ้ำ ห่างกัน 1 สัปดาห์ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยดื่มสุรา หรือเสพยาบ้าแบบสมัครใจ จำนวน 30 คน และ ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะซึมเศร้าร่วม จำนวน 12 คน ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93

ชุดที่ 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการ ดื่มสุราของผู้เข้ารับการบำบัด

2. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการ บำบัด ใช้ประเมินความพึงพอใจ ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่มีต่อการบำบัดครบ 8 สัปดาห์ พัฒนาโดยผู้ศึกษา ถ้ามประเมินความชัดเจน เข้าใจง่าย ช่วยให้มีความรู้มากขึ้นและสามารถ นำไปปฏิบัติ ความเหมาะสมของระยะเวลา และ ความพึงพอใจต่อการบำบัดในภาพรวม มีระดับ

ความคิดเห็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยประเมิน หลังจากสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมที่ 8 โดยผู้เข้าร่วมศึกษาเป็นผู้เขียนตอบในแบบประเมินความพึงพอใจ

3. เครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา คือ แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา เป็นแบบประเมินตามมาตรฐานผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำมาใช้วัดประเมินเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการบำบัด โดยผู้บำบัดเป็นผู้สัมภาษณ์และประเมินติดตามการเปลี่ยนแปลง ความถี่หรือปริมาณของการลดหรือเลิกดื่มสุรา ซึ่งในแต่ละวันให้บันทึกเหตุการณ์การดื่ม ความถี่ และปริมาณการดื่มสุราสรุปจำนวนครั้ง/วัน/สัปดาห์ คิดปริมาณการดื่มสุราเป็นจำนวนครั้ง คิดปริมาณการเทียบเคียงคือ 1 ดื่มมาตรฐานหมายถึง สุรากลั่น 30 ซีซี หรือเบียร์ 285 ซีซี หรือไวน์ 120 ซีซี มีแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด 15 มิลลิกรัม และใช้แบบประเมิน AWS ติดตามภาวะถอนพิษสุรา ซึ่งวัดติดตามผลในทุกครั้งที่มารับการบำบัดจนครบ 1 ปี

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. เตรียมผู้ป่วยสุราเข้ารับการบำบัด ประเมินคัดกรองตามเกณฑ์การคัดเข้า สร้างสัมพันธภาพอธิบายความสำคัญขั้นตอนของกระบวนการบำบัด รวมทั้งโปรแกรมการบำบัดทั้ง 8 สัปดาห์ ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้ารับการบำบัด ณ คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชราลกรณ

2. นัดเข้ารับกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 8 สัปดาห์ ให้ผู้ป่วยเขียนบันทึกข้อมูลลงในใบกิจกรรมที่แจกให้ ผู้บำบัดนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาทบทวนร่วมกับผู้ป่วยและสรุปผลเชื่อมโยงเข้ากับโปรแกรมการบำบัดทุกครั้งในแต่ละสัปดาห์

3. นัดติดตามผลการบำบัดครบ 1 ปี คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชราลกรณสามารถลด เลิกดื่ม หรือยังดื่ม เป็นบทสรุปผลการบำบัดสุดท้าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน Chi-square เพื่อทดสอบความแตกต่างในผลการลดหรือเลิกดื่มของผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยใน และคำนวณค่า Odds ratio พร้อม 95% CI ด้วยโปรแกรม Epi InfoTM 7 เพื่อหาความสัมพันธ์ของการลดหรือเลิกดื่มสุราของกลุ่มผู้ป่วยในหรือกลุ่มผู้ดื่มแบบติดต่อกับกลุ่มผู้ป่วยนอกหรือกลุ่มผู้ดื่มแบบอันตราย

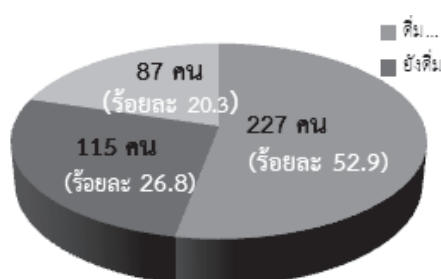
ผล

1) คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง 429 คน เป็นผู้ป่วยนอกหรือกลุ่มผู้ดื่มแบบอันตราย 326 คน ผู้ป่วยในหรือกลุ่มผู้ดื่มแบบติด 103 คน ส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 82.2 กลุ่มอายุมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 33.3 ปัจจัยกระตุ้นพบว่า ดื่มเพราะเพื่อนชวนร้อยละ 25.9 อยากดื่มเองร้อยละ 44.4 ดื่มเพราะปัญหาครอบครัวร้อยละ 18.6 และดื่มเพราะมีงานบุญร้อยละ 11

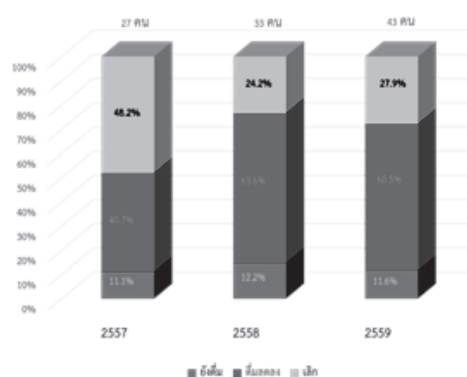
2) ผลการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ครบ 8 สัปดาห์ และหลังติดตามครบ 1 ปี พบว่า จำนวน 87 คน (ร้อยละ 20.3) เลิกดื่มสุรา จำนวน 227 คน (ร้อยละ 52.9) ต่ำลง และมีจำนวน 115 คน (ร้อยละ 26.8) ยังคงดื่ม (แผนภูมิ 1) และเมื่อวิเคราะห์แยกตามปีงบประมาณ 2557-2559

พบว่า ผู้ป่วยนอก จำนวน 84, 112 และ 130 คน เลิกดื่มสุราร้อยละ 20.2, 17.9 และ 13.1 ลดการดื่มสุราร้อยละ 27.4, 57.1 และ 63.1 ตามลำดับ ผู้ป่วยใน จำนวน 27, 33 และ 43 คน เลิกดื่มสุราร้อยละ 48.2, 24.2 และ 27.9 ลดการดื่มสุราร้อยละ 40.7, 63.6 และ 60.5 ตามลำดับ (แผนภูมิ 2 และแผนภูมิ 3)

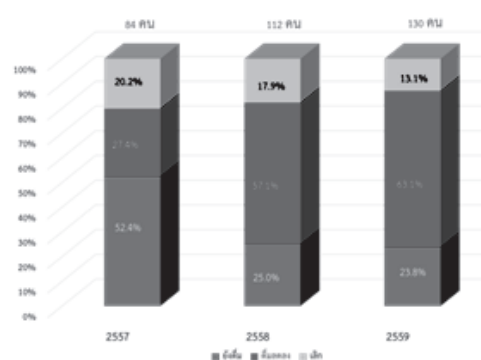
แผนภูมิ 1 ผลการบำบัดผู้ป่วยสุราหลังการบำบัด CBT และติดตามครบ 1 ปี (จำนวน 429 คน)



แผนภูมิ 2 ร้อยละของผลการบำบัดผู้ป่วยสุราในกลุ่มผู้ป่วยใน



แผนภูมิ 3 ร้อยละของผลการบำบัดผู้ป่วยสุราในกลุ่มผู้ป่วยนอก



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการบำบัดของผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยใน หลังการบำบัด CBT และติดตาม 1 ปี

ผู้ป่วยสุรา	ผลการบำบัดด้วย CBT		รวมจำนวน (ร้อยละ)	Chi Square Test (P-value)
	ปีงบประมาณ 2557-2559			
	เลิก/ดื่มลดลง	ยังดื่ม		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ผู้ป่วยใน	91 (88.4)	12 (11.6)	103 (100.0)	15.869*
ผู้ป่วยนอก	223 (68.4)	103 (31.6)	326 (100.0)	
รวม	314 (73.2)	115 (26.8)	429 (100.0)	

* Significant $\alpha = 0.05$ (P-value < 0.05) Odds Ratio = 3.503 (95% CI ของ OR = 1.837–6.680)

เปรียบเทียบผลการบำบัด CBT และติดตาม 1 ปี ใน 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยใน พบว่า กลุ่มผู้ป่วยในลดหรือเลิกดื่มได้มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) และพบว่า ผู้ป่วยในมีโอกาสดื่มหรือเลิกดื่มสุราได้มากกว่าผู้ป่วยนอก 3.503 เท่า (95% CI ของ OR = 1.837–6.680) แต่โดยภาพรวมทั้งสองกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้นจากเดิม คือ ไม่ดื่มติดลม ไม่เพิ่มปริมาณจนเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และจากปี 2558-2560 ผู้ป่วยพึงพอใจการบำบัดภาพรวมในระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 89.0, 89.0 และ 92.0 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ตั้งไว้ร้อยละ 85.0

วิจารณ์

จากผลการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยประยุกต์ใช้โปรแกรม CBT ของ Osilla, K.C. et al.⁶ พบว่า มีความเหมาะสม

ได้ผลดี ทำให้ลดหรือเลิกการดื่มสุราได้ โปรแกรมการบำบัดที่นำมาประยุกต์ใช้มีขั้นตอนและกระบวนการบำบัดที่ชัดเจน ค้นหาความคิดช่วยในการดักจับความคิด และจัดการกับตัวกระตุ้นที่ส่งผลนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมลดหรือเลิกสุราของตนเองได้ตรงกับผลการศึกษาของ Hunter et al.⁸ ที่ใช้ CBT ในกลุ่มผู้บำบัดที่ศูนย์บำบัดสารเสพติดในสหรัฐอเมริกา 6 แห่ง ช่วยยืนยันว่าโปรแกรมการบำบัด CBT ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพกับการใช้โปรแกรมบำบัด ของ Osilla, K.C. et al.⁶ ที่มีการใช้สารเสพติดหรือดื่มสุราลดลง ภายหลังการติดตามที่ 3 และ 6 เดือน

ผลด้านตัวโปรแกรมบำบัด มีขั้นตอนและกระบวนการบำบัดที่ชัดเจน ทำความเข้าใจได้เร็ว มีความเหมาะสม ดักจับความคิดและอารมณ์ ระบุปัญหา นำมาวิเคราะห์ได้ตรงจุด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดหรือหยุดการดื่มสุราของตนเองได้ดีขึ้น ด้านผู้ป่วยพบว่ามีความแตกต่างด้านเพศ

ชัดเจนระหว่างเพศหญิงกับเพศชายโดยเพศหญิงจะเน้นไปที่การจัดการความคิดความรู้สึกด้านอารมณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นภายในมากกว่าการแก้ไขที่ตัวกระตุ้นภายนอก แต่เพศชายมุ่งไปที่การควบคุมความคิดความอยาก เพื่อให้ตนเองหยุดดื่มสุราจากตัวกระตุ้นภายนอกมากกว่าสนใจที่จะจัดการอารมณ์หรือความรู้สึกของตน เพศชายเริ่มมีการใช้สุราอายุน้อยกว่าเพศหญิง โดยมากเริ่มในช่วงวัยรุ่น คิดอยากลอง เชื่อว่าดีช่วยให้คลายเครียดลงได้ ทำให้สนุกสนาน มีกลุ่มเพื่อนชักชวนโดยอายุน้อยที่สุดคือ 19 ปี มากสุด 48 ปี ในผู้ที่มีการได้รับผลกระทบชัดเจนรุนแรงเกิดการเจ็บป่วยจากการดื่ม เช่น การมีภาวะถอนพิษสุราหรือเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน จะมีแนวโน้มเลิกได้ดีกว่า อายุที่มากขึ้นจะมีความรับผิดชอบในการบำบัด เห็นความสำคัญในการหยุดดื่ม ตระหนักในสุขภาพตนเองหรือครอบครัวมากกว่าอายุน้อย ในผู้ติดสุราเล็กน้อยกว่าผู้ดื่มแบบอันตรายจะขอลดการดื่มมากกว่าหยุดดื่ม สอดคล้องกับการศึกษา ของ Liese, B.S.9 วิเคราะห์การใช้สารเสพติดและสุราเกี่ยวข้องกับอายุ เชื้อชาติ เพศ การเปลี่ยนแปลงด้านลบจากความเสื่อมถอยลงของสภาพจิตใจ และร่างกายหรือการกลับไปเสพสารซ้ำ โดยเพศชายพบอายุน้อยกว่าเพศหญิงโดยเฉพาะช่วงวัยรุ่นช่วงอายุ 19-24 ปี และพบว่าอายุที่น้อยมีผลต่อความร่วมมือและออกจากโปรแกรมก่อนกำหนด

สรุป

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยสุรา มีประโยชน์ในการปฏิบัติทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยสุราลดหรือเลิกดื่มได้ และผู้ป่วยในหลังการรักษาภาวะถอนพิษสุราที่สมัครใจบำบัดต่อเนื่องด้วยโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมหลังติดตามครบ 1 ปี มีโอกาสลดหรือเลิกดื่มมากกว่าผู้ป่วยนอกที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

การบำบัดผู้ป่วยสุราด้วยโปรแกรมทางความคิดและพฤติกรรม หรือ CBT ต้องใช้เทคนิคขั้นสูงโดยผู้มีความชำนาญเฉพาะทางด้านจิตเวช ผู้บำบัดจึงต้องเรียนรู้ฝึกทักษะให้เกิดความชำนาญก่อนบำบัดจริง และควรศึกษาประเมินผลการบำบัดและติดตามในระยะยาวมากกว่า 1 ปี ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพและผู้บำบัดในกลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช

เอกสารอ้างอิง

1. Conway K. P., Compton W., Stinson F. S., & Grant B. F. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67(2): 247-257.
2. Boden, J. M., & Fergusson, D. M. Alcohol and depression. *Addiction*. May, 2011; 106(5): 906-914.
3. Tiet, Q.Q., & Mausbach B. Treatments for patients with dual diagnosis: a review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2007; 31(4): 513-536.
4. Beck, J. S., Liese, B. S., & Najavits, L.M. Cognitive therapy. *Clinical textbook of addictive disorders* (3rd ed.). New York: Guilford Press. 2005.
5. เพ็ญพักตร์ ดารากร. ความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพจิต*. 2556; 27(1): 1-15.
6. Osilla, K.C., et al. Developing an integrated treatment for substance use and depression using cognitive-behavioral therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2009; 37(4): 412-420.
7. Baker, A.L., et al. Randomized controlled trial of MICBT for co-existing alcohol misuse and depression: Outcomes to 36-months. *Addiction*. 2013; 46(3): 281-402.
8. Hunter, et al. Treating depression and substance use: A randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2012; 43(2): 137-151.
9. Liese, B. S. *Cognitive-Behavioral Therapy for Addictions*. Clinical work with substance abusing clients (3rd ed.). New York: Guilford Press; 2014.
10. Lisa, J., & Mark A.B. CMO Alcohol Guidelines Review. CPH Center for public health; 2014.
11. ชนกฤทัย ชื่นอารมณ์. การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดสารเสพติด. *คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*; 2554.
12. ดร.ณิ ภูขาวและคณะ. การบำบัดผู้ติดสุราและสารเสพติดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและ พฤติกรรม. *เชียงใหม่: แผนงานวิชาการและสารเสพติดชุมชน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*; 2555.
13. แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. *คู่มือการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ*. *วนิดาการพิมพ์*; 2557.
14. กรมสุขภาพจิตรายงานประจำปี. *การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช*. *กรมสุขภาพจิต*; 2560.