

บททวนองค์ความรู้
A Literature Review

จิตสังคมบำบัดสำหรับ ผู้ติดสุรา

Psychosocial Treatment for Alcohol Dependence



โดย
พ.อ. นพ.พีเชย์ แสงชาญชัย



สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนาาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษา
ผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.)

จิตสังคมบำบัด สำหรับผู้ติดสุรา

Psychosocial Treatment for Alcohol Dependence



สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนาาระบบ รูปแบบ

และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.)

การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง

จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา

Review of Psychosocial Treatment for Alcohol Dependence

เรียบเรียงโดย

พันเอกนายแพทย์พิชัย แสงชาญชัย

ISBN : 978-616-11-0017-9

สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ เผยแพร่ และสงวนลิขสิทธิ์โดย

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)

ชั้น 2 อาคารจิตสันติ โรงพยาบาลสวนปรุง

เลขที่ 131 ถนนช้างหล่อ ตำบลหายยา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100

โทรศัพท์ 0-5328-0228 ต่อ 236, 525 โทรสาร 0-5327-3201

www.i-mapthailand.org

พิมพ์ครั้งที่ 1 : พฤศจิกายน 2552

จำนวน : 50 หน้า

จัดพิมพ์โดย : แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)

จำนวนที่พิมพ์ : 1,000 เล่ม

ออกแบบ/พิมพ์ที่ : วนิตการพิมพ์

โทรศัพท์ 0-5311-0503-4, 08-1783-8569

ข้อมูลการค้นคว้า:

พิชัย แสงชาญชัย. การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา. เชียงใหม่:

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2552.

เอกสารนี้เผยแพร่เป็นเอกสารสาธารณะ ไม่อนุญาตให้จัดเก็บ ถ่ายทอด ไม่ว่าด้วยรูปแบบหรือวิธีการใดๆ เพื่อวัตถุประสงค์ทางการค้า หน่วยงานหรือบุคคลที่มีความสนใจ สามารถติดต่อขอรับการสนับสนุนเอกสารได้ที่แผนงาน ผรส.

โทรศัพท์ 0-5328-0228 ต่อ 236, 525 โทรสาร 0-5327-3201 หรือดาวน์โหลดข้อมูลได้ที่ www.i-mapthailand.org

คำนิยาม

จากปัญหาการดื่มสุราที่รุนแรงมากขึ้นจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดื่ม ทำให้มีความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ในขณะที่ยังมีช่องว่างบริการสำหรับผู้มีปัญหาการบริโภคสุราและผู้ติดสุราในระบบบริการสาธารณสุข และปัญหาการดื่มสุรานี้ไม่สามารถแก้ไขได้เฉพาะในระดับบุคคล ต้องอาศัยความร่วมมือของครอบครัวและชุมชนร่วมด้วย

แผนงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มสุรา สำนักสนับสนุนการสร้างสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงหลัก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้เล็งเห็นปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดทำข้อตกลงดำเนินการร่วมกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงการ “แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้มีปัญหาการบริโภคสุราและบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยในพื้นที่นำร่อง

ภายใต้ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการองค์ความรู้ การวิจัย และฐานข้อมูลเพื่อการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้มีปัญหาการบริโภคสุราและบำบัดรักษาผู้ติดสุรา ได้จัดให้มีการทบทวนองค์ความรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์ให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถเข้าถึงข้อมูลวิชาการที่ทันสมัยด้านการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราในระบบสุขภาพ และนำไปพัฒนาบริการที่มีคุณภาพได้

การทบทวนองค์ความรู้ในกรอบประเด็นด้านการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราในระบบบริการสุขภาพนั้น ประกอบด้วย

1. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การคัดกรองผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา
2. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การให้คำปรึกษาแบบสั้นในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา
3. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา
4. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ติดยา
5. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยา

เอกสารทบทวนองค์ความรู้เรื่อง “จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยา” ฉบับนี้จัดทำโดย พันเอกนายแพทย์พิชัย แสงชาญชัย มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับจิตสังคมบำบัดทั้งในและต่างประเทศสำหรับผู้ติดยาในปัจจุบัน เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับจิตสังคมบำบัดสำหรับการพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความเสี่ยงในการดื่มสุรา และการบำบัดผู้ติดยา และแนวทางการศึกษาวิจัยในบริบทของสังคมไทยต่อไป เนื่องจากการรักษาด้วยยาในประเทศไทยยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงจิตสังคมบำบัดจึงเป็นทางเลือกที่สำคัญในการบำบัดรักษาผู้ติดยา ผลการทบทวนองค์ความรู้นี้เป็นประโยชน์มากในการปรับปรุงพัฒนางานบริการบำบัดรักษาผู้ติดยาในสถานบริการแต่ละระดับ

แผนงาน ผรส. หวังว่าเอกสารวิชาการฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสุขภาพ เพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการที่มีคุณภาพ ส่งผลลดผลกระทบต่อสุขภาพในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา



แพทย์หญิงพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์

ผู้จัดการแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการ
บำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะที่ปรึกษาวิชาการแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการ
บำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.) ดังรายนามต่อไปนี้ ที่ให้
คำปรึกษา วิจารณ์ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อเอกสารวิชาการฉบับนี้

- รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง ดร.สาวิตรี อัษณางค์กรชัย
หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์
ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- นายแพทย์ปรีทรรศ ศิลปกิจ
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลสวนปรุง

สารบัญ

๐ บทนำ	1
๐ วัตถุประสงค์	2
๐ วิธีการดำเนินงาน	3
๐ ข้อควรปฏิบัติในการให้จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา	4
๐ การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม	6
(Cognitive-Behavioral Therapy : CBT)	
๐ การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	9
(Motivational Interviewing and Motivational Enhancement Therapy : MI/MET)	
๐ พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy)	14
๐ การบำบัดแบบสั้น (Brief Interventions : BI)	17
๐ การดูแลรายกรณี (Case Management)	19
๐ การฟื้นฟูทางจิตวิญญาณ (Spirituality Recovery)	21
๐ กลุ่มช่วยเหลือตนเองและการบำบัดรักษาที่อิงหลัก 12 ขั้นตอน	23
(Self-Help Group and 12-Step-Oriented Treatment)	
๐ พฤติกรรมบำบัดแบบผสมผสาน (Combined Behavioral Intervention : CBI) ...	26
๐ การบำบัดแบบผสมผสาน (Integrated Treatment)	28
๐ รูปแบบของการบำบัด (Treatment Setting)	30
๐ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุราและสารเสพติดแบบผู้ป่วยใน	33
รูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (Phramongkutklao Model : PMK Model)	
๐ บทสรุป	36
๐ เอกสารอ้างอิง	37

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

- จิตสังคมนำบำบัดสำหรับผู้ติดสุราที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่
 - ก. การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy : CBT) และการป้องกันการเสพยาซ้ำ (Relapse Prevention : RP)
 - ข. การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) and Motivational Enhancement Therapy : MET)
 - ค. การบำบัดแบบสั้น (Brief Interventions : BI)
 - ง. การส่งเสริมให้พัฒนาไปตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation : TSF)
 - จ. พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapies) ได้แก่ Community Reinforcement Approach : CRA, Behavioral Marital Therapy, Community Reinforcement Approach and Family Training : CRAFT เป็นต้น
 - ฉ. การดูแลรายกรณี (Case Management)
 - ช. กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Group) เช่น กลุ่มผู้ติดสุรานานาม หรือกลุ่มเอเอ (Alcoholics Anonymous : AA) เป็นต้น
 - ซ. การบำบัดแบบผสมผสาน (Integrated Treatment)
- จิตสังคมนำบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ติดสุรามีอาการดีขึ้นในช่วงเริ่มต้นหลังหยุดดื่ม (early recovery) และถอนพิษสุรา (detoxification) และช่วยป้องกันการกลับไปติดซ้ำในช่วงการฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าสู่การบำบัดหรือยังไม่ยอมรับการบำบัด จิตสังคมนำบำบัดสามารถช่วยลดอันตรายและผลกระทบจากการดื่มและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษาต่อไป



- จิตสังคมบำบัดที่เหมาะสมกับสถานพยาบาลปฐมภูมิ เช่น BI, MI, RP, การให้คำปรึกษารายบุคคล, การให้สุศึกษา เป็นต้น ส่วนจิตสังคมบำบัดบางชนิดจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่มีทักษะ เช่น CBT เป็นต้น
- รูปแบบในการบำบัดผู้ติดสุราที่มีความหลากหลาย เช่น การบำบัดในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Residential Program), การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (Outpatient Program), การบำบัดแบบผู้ป่วยใน (Inpatient Program), โรงพยาบาลกลางวัน (Day Hospital), การบำบัดระยะสั้น (Brief Therapy) เป็นต้น
- การบำบัดระยะสั้น (Brief Therapy) เช่น BI, MI, MET เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเองและความร่วมมือในการบำบัด สามารถกระทำได้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิทั่วไป เนื่องจากใช้ชั่วโมงบำบัดน้อย บุคลากรสุขภาพทั่วไปที่ผ่านการฝึกอบรมสามารถให้บริการได้ และค่าใช้จ่ายต่ำ
- การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (Outpatient Program) อย่างเข้มข้น เช่น CBT จำเป็นต้องอาศัยทีมพหุสาขาวิชาชีพที่มีทักษะเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เหมาะสำหรับผู้ติดสุราที่ไม่มีโรคทางกายและจิตเวชแทรกซ้อน และมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ ผู้ป่วยหยุดเข้าร่วมโปรแกรมก่อนกำหนด (drop-out)
- การบำบัดแบบผู้ป่วยใน (Inpatient Program) เหมาะสำหรับผู้ติดสุราที่ต้องการถอนพิษสุราในโรงพยาบาล ผู้ติดสุราที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องหลังการถอนพิษ ผู้ติดสุราที่มีโรคทางกายหรือจิตเวชแทรกซ้อน หรือไม่มีการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ
- การบำบัดในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Residential Program) เหมาะสำหรับผู้ติดสุราที่ไม่สามารถหยุดสุราได้หากใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน ต้องการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยจากสุราและสารเสพติด ไม่มีโรคทางกายหรือจิตเวชแทรกซ้อน



- การป้องกันการเสพติดซ้ำ (Relapse Prevention) เป็นองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ได้ อย่างหลากหลาย ได้แก่ การให้สุศึกษาข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยโดยสื่อต่างๆ การให้ คำปรึกษารายบุคคล การให้คำปรึกษารายกลุ่ม กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น และ ยังผสมผสานเข้าไปในรูปแบบการบำบัดต่างๆ ได้อย่างกว้างขวาง
- Community Reinforcement Approach and Family Training (CRAFT) เป็นการบำบัด ที่เริ่มต้นโดยการช่วยเหลือคู่สมรสหรือญาติใกล้ชิดก่อน เหมาะสมกับกรณีผู้ติดสุรา ที่ยังไม่ยอมเข้าสู่การบำบัดรักษา
- การดูแลรายกรณี (Case Management) เป็นการดูแลผู้ติดสุราเรื้อรังที่ยังไม่ได้มี เป้าหมายหยุดดื่มหยุดเสพโดยเด็ดขาด หรือยังไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ เพื่อช่วยลด อันตรายและผลกระทบจากการดื่ม และจูงใจผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่การบำบัดรักษาต่อไป
- บุคลากรสุขภาพควรส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Group) สำหรับผู้ติดสุรา เช่น กลุ่มผู้ติดสุรานินนาม (เอเอ) โดยเรียนรู้แนวทางของกลุ่มเอเอ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสุราจัดตั้งกลุ่มเอเอในสถานพยาบาล แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่ม เอเอ และนำองค์ความรู้ของกลุ่มเอเอไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดผู้ป่วย
- การบำบัดแบบผสมผสาน (Integrated Treatment) เหมาะสำหรับผู้ติดสุราที่มี โรคจิตเวชร่วม ต้องอาศัยทีมพหุสาขาวิชาชีพที่สามารถให้การบำบัดทั้งภาวะติดสุราและ โรคจิตเวช จิตสังคมบำบัดที่พบว่าได้ผลดีในผู้ติดสุราที่มีโรคร่วม ได้แก่ CBT, MI, contingency management และการดูแลแบบรายกรณี (Case Management)





จิตสังคัมบำบัด
สำหรับผู้ป่วยติดสุรา

บทนำ

การบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ติดสุราในปัจจุบัน คือ การผสมผสานการบำบัดทางยา ร่วมกับจิตสังคมบำบัด การบำบัดทางยาช่วยลดบรรเทาอาการถอนพิษสุรา อาการอยากยา และอาการทางจิตเวช ในขณะที่จิตสังคมบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง และให้มีทักษะที่จำเป็นต่อการเลิกสุราให้สำเร็จ จากหลักฐานทางการแพทย์ในปัจจุบัน จิตสังคมบำบัดที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ติดสุรา (1,2,3,4,5) ได้แก่

1. การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy : CBT) และการป้องกันการเสพยาซ้ำ (Relapse Prevention)
2. การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI and Motivational Enhancement Therapy : MET)
3. การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI)
4. การส่งเสริมให้พัฒนาไปตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation : TSF)
5. พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) ได้แก่ Community Reinforcement Approach : CRA, Behavioral Marital Therapy, Community Reinforcement Approach and Family Training : CRAFT
6. การดูแลรายกรณี (Case Management)
7. กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Group) เช่น กลุ่มผู้ติดสุรานานาม หรือ กลุ่มเอเอ (Alcoholics Anonymous : AA) เป็นต้น
8. การบำบัดแบบผสมผสาน (Integrated Treatment)



โดยทั่วไปจิตสังคมบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ติดสุรามีอาการดีขึ้นในช่วงเริ่มต้นหลังหยุดดื่ม (early recovery) และถอนพิษสุรา (detoxification) และช่วยป้องกันการกลับไปติดซ้ำในช่วงการฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าสู่การบำบัดหรือยังไม่ยอมรับการบำบัด จิตสังคมบำบัดสามารถช่วยลดอันตรายและผลกระทบจากการดื่มและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษาต่อไป

การเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) สามารถใช้ได้ทุกระยะของการบำบัดรักษา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนตนเองอย่างต่อเนื่อง และมีความสม่ำเสมอต่อการบำบัดรักษาต่อเนื่อง (adherence) จิตสังคมบำบัดสามารถทำได้โดยบุคลากรสุขภาพทั่วไปที่ไม่ได้มีทักษะทางจิตวิทยาระดับสูงในสถานพยาบาลปฐมภูมิ เช่น BI, MI, RP การให้คำปรึกษารายบุคคล, การให้สุศึกษา ยกเว้นจิตสังคมบำบัดบางชนิดจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่มีทักษะ เช่น CBT

วัตถุประสงค์

1. ทบทวนองค์ความรู้จิตสังคมบำบัดทั้งในและต่างประเทศสำหรับผู้ป่วยติดสุราในปัจจุบัน
2. เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับจิตสังคมบำบัดสำหรับการพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความเสี่ยงในการดื่มสุรา และการบำบัดผู้ติดสุราในบริบทของสังคมไทย
3. เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับจิตสังคมสำหรับการศึกษาวิจัยการลดความเสี่ยงในการดื่มสุรา และการบำบัดผู้ติดสุราในบริบทของสังคมไทยต่อไป

วิธีดำเนินงาน

จากการคัดกรองเอกสารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับองค์ความรู้จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยา เช่น clinical practice guideline การวิเคราะห์ประสิทธิภาพของจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยา ผลการวิจัยแบบทดลองขนาดใหญ่ในต่างประเทศ ผลการวิจัยแบบทดลองภายในประเทศ ผลการดำเนินโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นหลักฐานสำคัญในการทบทวนองค์ความรู้ในครั้งนี้ มีรายการดังต่อไปนี้

1. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders ฉบับที่ 2 ของ American Psychiatric Association ในปี ค.ศ. 2007
2. Clinical practice guideline for the management of substance use disorders in the primary care setting ของ Veterans health administration, Department of Defense ในปี ค.ศ. 2009
3. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders ของ William R. Miller และ Paula L. Wilbourne ในปี ค.ศ. 2001
4. โครงการวิจัย The COMBINE study ของ National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse (NIAAA) ในปี ค.ศ. 2006
5. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยในรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (Phramongkutklao Model : PMK Model)
6. การศึกษาแบบ meta-analysis และผลงานวิจัยแบบทดลองและมีกลุ่มควบคุมของต่างประเทศ
7. ผลงานวิจัยภายในประเทศแบบทดลองและมีกลุ่มควบคุม



ข้อควรปฏิบัติในการให้จิตสังคมบำบัด สำหรับผู้ติดสุรา

สิ่งที่บุคลากรสุขภาพควรปฏิบัติในการให้จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา
มีดังต่อไปนี้ (1, 2)

1. ควรเน้นกับผู้ป่วยและญาติว่าการได้รับจิตสังคมบำบัดมีประสิทธิภาพมากกว่า
การไม่บำบัดรักษา และการใช้จิตสังคมบำบัดร่วมกับการบำบัดทางยาได้ผล
ดีกว่าการบำบัดด้วยยาอย่างเดียว
2. ควรมีท่าทีเห็นอกเห็นใจ (empathic) ไม่ตัดสินผิดถูก (non-judgement) ซึ่ง
เหมาะสมกับการสร้างแรงจูงใจมากกว่าการเผชิญหน้า (confrontation) และ
มีส่วนช่วยเพิ่มผลลัพธ์ของการบำบัดรักษา
3. ควรให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเลือกจิตสังคมบำบัดตามความชอบโดยเฉพาะในช่วง
เริ่มต้น เนื่องจากไม่มีวิธีการบำบัดใดที่ได้รับการพิสูจน์ว่าดีที่สุด
4. ควรพิจารณาจิตสังคมบำบัดที่มีหลักฐานทางการแพทย์ว่ามีประสิทธิภาพสำหรับ
ผู้ติดสุรา
5. ควรกำหนดเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงของการบำบัดรักษา โดยคำนึงถึงความเสี่ยง
ในการกลับไปดื่มซ้ำของผู้ป่วย ทบทวนความพยายามในการเปลี่ยนแปลงตนเอง
ประสบการณ์การบำบัดรักษาและเหตุผลของการหยุดรับการรักษาที่กำหนด
ในอดีต
6. ควรเน้นกับผู้ป่วยว่าตัวคาดการณ์ที่สำคัญของผลสำเร็จในการบำบัด คือ
การคงอยู่ (retention) ในขบวนการบำบัดรักษา และการมีแรงสนับสนุนทางสังคม
7. ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่อาศัยหลัก 12 ขั้นตอน
เช่น กลุ่มเอเอ ที่ส่งเสริมการฟื้นตัวจากภาวะติดสุรา เป็นต้น



8. ใช้กลยุทธ์ที่ได้ผลดีในการส่งผู้ป่วยไปเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองในชุมชน โดยพูดคุยถึงความชอบและประสบการณ์ในอดีต ได้แก่
 - ก. ถามผู้ป่วยถึงประสบการณ์การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองในอดีต
 - ข. ตรวจสอบทัศนคติและความกังวลใจในการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
 - ค. วิพากษ์วิจารณ์ถึงผลประโยชน์ที่อาจได้รับ
 - ง. ให้ข้อมูลกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่างๆ ที่มีในชุมชน
 - จ. แนะนำผู้ป่วยไปเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ผู้ป่วยสนใจและมีความเหมาะสม
9. ควรมีการตรวจประเมินติดตามผู้ป่วยซ้ำเป็นระยะๆ ตลอดการบำบัดรักษา เพื่อการตอบสนองต่อการบำบัดรักษา และความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนความเข้มข้นและชนิดของจิตสังคมบำบัด
10. ควรสื่อสารกับผู้ป่วยว่า การกลับไปติดซ้ำ (Relapse) เป็นสัญญาณของความจำเป็นในการประเมินแผนการบำบัดรักษาใหม่มากกว่าเป็นสัญญาณของความล้มเหลว
11. ควรปรับเปลี่ยนระดับความเข้มข้นหรือเสริมชนิดของจิตสังคมบำบัด ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการกลับไปติดซ้ำ มีความเสี่ยงของการกลับไปติดซ้ำ มีภาวะโรคร่วมเพิ่มขึ้น หรือตอบสนองต่อการบำบัดรักษาบางส่วน
12. ควรให้การดูแลผู้ป่วยในปัญหาอื่นๆ ที่เกิดร่วม เช่น ปัญหาสุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต ครอบครัวยุติธรรม ชีววิถี กฎหมาย อาชีพ และที่อยู่อาศัย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการกลับไปติดซ้ำลง
13. อาจพิจารณาให้การดูแลรายกรณี (Case Management) อย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการบำบัดรักษา แทนการเพิ่มระดับของการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการจำหน่ายผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว
14. พิจารณาลดระดับความเข้มข้นของการบำบัดรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยฟื้นตัวเป็นอย่างดีและต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนในชุมชน หรือเมื่อปัญหาอื่นๆ ของผู้ป่วยดีขึ้น
15. ประสานงาน และส่งต่อผู้ป่วยไปยังบุคลากรสุขภาพในสถานพยาบาลปฐมภูมิ ใกล้บ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวอย่างต่อเนื่อง และมีการเฝ้าติดตามความเสี่ยงในการกลับไปติดซ้ำ



การบำบัด เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy : CBT)

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้และพฤติกรรมบำบัดในการรักษาโรคติดสารเสพติด มีขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ.1980 เป็นต้นมา โดยมีสมมติฐานว่า การติดสารเสพติดเป็นผลจาก กระบวนการเรียนรู้และพฤติกรรมที่ซับซ้อน และสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการปรับเปลี่ยน ความคิดและพฤติกรรม เกิดเป็นแนวทางบำบัดที่เรียกว่า “การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยน ความคิดและพฤติกรรม” หรือ Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)

CBT สำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติดส่วนใหญ่พัฒนามาจากงานการศึกษาเริ่มต้นของ Marlatt (6) ซึ่งศึกษากระบวนการกลับไปเสพติดซ้ำ จนกลายเป็นแนวทาง “การป้องกัน การกลับติดซ้ำ” ที่เรียกว่า Relapse Prevention (RP) เนื้อหาที่สำคัญใน RP มีดังต่อไปนี้

1. The Gray Model เป็นแบบแผนของการกลับไปติดซ้ำ โดยมีการพลั้งเผลอ (slip or lapse) อยู่ระหว่างกลางของการหยุดดื่มโดยเด็ดขาด (abstinence) และการกลับไปติดซ้ำ (relapse) เปรียบเหมือนสีเทาที่อยู่ระหว่างกลางของสีขาวกับ สีดำ การพลั้งเผลอมีโอกาสเกิดขึ้นได้ในช่วงของการหยุดดื่ม การเผลอกลับไป ดื่มซ้ำยังไม่ใช่การกลับไปติดซ้ำ
2. High Risk Situation เป็นสถานการณ์ที่เสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพติดซ้ำ มีอยู่ 4 ประเภท คือ อารมณ์ที่ไม่ดี ความสัมพันธ์ที่เป็นปัญหา แรงกดดันทางสังคม ที่ทำให้ดื่ม และการเผชิญกับตัวกระตุ้นเร้า (cue or trigger) หากผู้ป่วยมีทักษะ ในการปรับตัวที่ดี แก้ไขสถานการณ์ได้โดยไม่หวนกลับไปดื่มซ้ำ ก็ทำให้โอกาส กลับไปติดซ้ำน้อยลง มีความเชื่อมั่นและศักยภาพในตนเอง (self-efficacy) เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นข้อแนะนำ คือ ควรหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เสี่ยง และฝึกทักษะ ในการแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ เหล่านั้น



3. **Relapse Process** เป็นกระบวนการกลับไปติดซ้ำ เกิดจากผู้ป่วยที่เผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปติดซ้ำ (high risk situation) และไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ได้ ร่วมกับคาดหวังถึงผลที่ดีจากการดื่ม ทำให้หวนกลับไปดื่มซ้ำ (slip or lapse) เกิดปฏิกิริยาจากการละเมิดความตั้งใจในการหยุดดื่มโดยเด็ดขาด (Abstinence Violation Effect : AVE) ได้แก่ มีความรู้สึกผิด ความเชื่อมั่นและความเคารพนับถือตนเองลดน้อยลง ทำให้ความอยากดื่ม (craving) เพิ่มมากขึ้น หากยังคงดื่มซ้ำอีก ในที่สุดก็จะกลับไปติดซ้ำ ดังนั้นข้อแนะนำคือ ผู้ป่วยควรฝึกรู้เท่าทันและได้แย่งความคิดคาดหวังผลที่ดีจากสุรา จัดการกับอาการอยากดื่มและปฏิกิริยา AVE ควรหาทางออกที่เหมาะสมและสร้างสรรค์เพื่อป้องกันการกลับไปติดซ้ำ
4. **Balanced Daily Life-Style** เป็นการป้องกันการกลับไปติดซ้ำแบบองค์รวม โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สมดุล เช่น การจัดตารางชีวิต การผ่อนคลายความเครียด สุขอนามัยในการนอน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย พัฒนาการทางด้านจิตวิญญาณ เป็นต้น

RP เป็นแนวทางที่มีประโยชน์โดยเฉพาะในช่วงการหยุดดื่มอย่างต่อเนื่อง (maintenance phase) หรือช่วงฟื้นฟูสมรรถภาพ บุคลากรสุขภาพสามารถนำเสนอ RP แก่ผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้สุขศึกษา การให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยโดยสื่อต่างๆ การให้คำปรึกษารายบุคคล การให้คำปรึกษารายกลุ่ม กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น และยังผสมผสาน RP เข้ากับรูปแบบการบำบัดต่างๆ ได้อย่างกว้างขวาง จากการทำ meta-analysis พบว่า RP มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการบำบัดผู้ป่วยติดสุราเมื่อใช้ร่วมกับการบำบัดทางยา (7)

CBT ถูกพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดของ RP ที่มีโครงสร้างและระเบียบการบำบัดที่ชัดเจน โดยผสมผสานการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive therapy) และการปรับพฤติกรรม (behavior therapy) สามารถให้การบำบัดเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มได้ โดยมีผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ให้การบำบัด ตัวอย่างของ CBT ในผู้ป่วยสุรา ได้แก่ CBT ในโครงการ project MATCH ของ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (8) เป็นการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์



CBT เป็นวิธีการบำบัดเพื่อส่งเสริมการควบคุมตนเองและฝึกทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการควบคุมการดื่มสุรา โครงสร้างการบำบัดที่สำคัญ ได้แก่ การให้จิตวิทยาศึกษา การเฝ้าติดตามตนเอง การกำหนดเป้าหมายพฤติกรรม การให้รางวัลเมื่อบรรลุเป้าหมาย การฝึกทำ functional analysis ของสถานการณ์การดื่ม การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา และมีการบ้านเพื่อฝึกปฏิบัตินอกชั่วโมงบำบัด

ผลลัพธ์ที่ดีของ CBT มักสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงศักยภาพสูงของตนเอง (self-efficacy) และการที่ผู้ป่วยใช้วิธีการแก้ไขปัญหามากกว่าวิธีหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่ม การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive therapy) ที่ขาดองค์ประกอบของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavior therapy) พบว่าไม่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา การฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) ที่จำเป็น ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การฝึก assertive training และทักษะการปฏิเสธสุรา (1, 2, 9)



การสัมภาษณ์ และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

Motivational Interviewing (MI) and Motivational Enhancement Therapy (MET)

แนวทางในการเข้าถึงผู้ป่วยสารเสพติดหรือผู้ติดสุราที่เหมาะสมในปัจจุบัน คือ แนวทางการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (1, 2) ซึ่งประกอบด้วยองค์ความรู้ขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of Change) ของ Prochaska & DiClemente (10), Motivational Interviewing (MI) และ Motivational Enhancement Therapy (MET) ของ Miller และคณะ (11, 12, 13)

ขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of Change)

เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงแรงจูงใจของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดย Prochaska & DiClemente ได้ศึกษาพฤติกรรมและการเสพติดบุหรี่ พบว่าพฤติกรรมและแรงจูงใจของผู้ป่วยส่วนใหญ่หมุนวนอยู่ในวัฏจักรของการเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาหลายรอบก่อนเลิกบุหรี่ ในที่สุด จึงได้จัดแบ่งขั้นของแรงจูงใจออกเป็น 6 ขั้น มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (10)

1. **ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation)** เป็นขั้นที่ผู้ป่วยไม่คิดว่าตนเองติดสุรา จึงไม่เห็นความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลง มักเกิดในช่วงเริ่มต้นของการดื่ม ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลดีจากการดื่ม ดังนั้นท่าทีที่เหมาะสมในการจูงใจผู้ป่วยคือ การให้ข้อมูล (information) และการสะท้อนข้อมูลกลับ (feedback) เพื่อให้เห็นผลเสียจากการดื่ม
2. **ขั้นลังเลใจ (Contemplation)** เป็นขั้นที่ผู้ป่วยประสบกับผลเสียของการดื่มบ้าง แต่ผู้ป่วยยังเห็นว่าการดื่มสุรายังมีประโยชน์มากกว่าโทษ และรู้สึกว่าการดื่มยังควบคุมการดื่มได้ ท่าทีที่เหมาะสมในการจูงใจผู้ป่วยคือ การให้ผู้ผู้ป่วยพิจารณา



ข้อดี และข้อเสียของการดื่มและข้อดีและข้อเสียของการหยุดดื่ม (pros and cons) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

3. **ขั้นตัดสินใจหยุดดื่มอย่างจริงจัง หรือขั้นเตรียมการเปลี่ยนแปลง (Determination or Preparation)** เป็นขั้นที่ผู้ป่วยมักเผชิญกับโทษภัยของสุราที่รุนแรง และตัดสินใจหยุดดื่ม ทำที่ที่เหมาะสมในการจูงใจผู้ป่วยคือ การพูดคุยถึงวิธีการแก้ไขปัญห (menu) เปิดโอกาสให้เลือกหนทางโดยอิสระ (freedom of choice) ส่งเสริมความรับผิดชอบในตนเอง (responsibility) และส่งเสริมศักยภาพของตนเอง (self-efficacy) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลงมือเปลี่ยนแปลงตนเอง
4. **ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action)** เป็นขั้นที่ผู้ป่วยกำลังลงมือหยุดดื่ม อยู่ในช่วง 6 เดือนแรก พฤติกรรมหยุดดื่มยังไม่มั่นคง ทำที่ที่เหมาะสมในการจูงใจผู้ป่วย คือ การส่งเสริมความร่วมมือร่วมใจและความต่อเนื่องในการบำบัดรักษา (compliance and adherence) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์จากวิธีการที่ผู้ป่วยเลือก
5. **ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance)** เป็นขั้นที่ผู้ป่วยหยุดดื่มมาได้ระยะหนึ่ง นานประมาณ 6 เดือนขึ้นไป พฤติกรรมหยุดดื่มมีความมั่นคงระดับหนึ่ง ทำที่ที่เหมาะสมในการจูงใจผู้ป่วยคือ การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (relapse prevention) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และประสบความสำเร็จ
6. **ขั้นกลับไปติดสุราซ้ำ (Relapse)** เป็นขั้นที่ผู้ป่วยกลับไปติดสุราซ้ำ ผู้ป่วยเองมักรู้สึกผิด ขาดความมั่นใจ คิดว่าตนเองคงไม่สามารถเลิกดื่มได้ ทำที่ที่เหมาะสมในการจูงใจผู้ป่วยคือ ความหวังกำลังใจ (hope) การประคับประคองด้านจิตใจ (support) และการส่งเสริมศักยภาพในตน (self-efficacy) ว่ายังสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจกลับเข้าสู่การปรับเปลี่ยนตนเองอีก



การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

(Motivational Interviewing : MI)

Miller & Rollnick ได้พัฒนาเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) ขึ้นมาตั้งแต่ปี 1991 โดยอาศัยทฤษฎี Stage of Change ของ Prochaska & DiClemente

MI เป็นแนวทางการให้คำปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นหลัก (Client-centered counseling) เป็นการสนทนาเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

(change talk) กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (Self Perception Theory) ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้นจากการได้พูดคุยกับตนเอง (self talk) โดยผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความเชิงใจตนเอง (Self Motivational Statement : SMS) ซึ่งเป็นข้อความที่ดีในการปรับเปลี่ยนตนเอง เมื่อผู้ป่วยกล่าวข้อความที่ดีกับตนเองนี้ ผู้ป่วยก็ยิ่งคิดสิ่งที่ดีงามต่อการเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากขึ้น

เทคนิคการให้คำปรึกษาที่ผู้บำบัดใช้ตลอดการให้คำปรึกษาแบบ MI คือ **เทคนิค OARS** (11, 12) ซึ่งประกอบด้วย

<i>Open-ended questioning</i>	การตั้งคำถามปลายเปิด
<i>Affirmation</i>	การชื่นชมยืนยันรับรอง
<i>Reflective listening</i>	การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ
<i>Summarization</i>	การสรุปความเพื่อให้ผู้ป่วยคิดและกล่าวข้อความที่ เชิงใจตนเองออกมามากขึ้นตลอดการสนทนาทำให้ แรงใจในการเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากยิ่งขึ้น

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจ

(Motivational Enhancement Therapy : MET)

เป็นรูปแบบการบำบัดที่อาศัยทฤษฎี Stage of Change และ MI มาจัดเป็นชั่วโมงการบำบัดรักษา 1-4 ครั้ง เพื่อเสริมสร้างแรงใจผู้ป่วยติดสุราให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่ม

การบำบัดแบบ MET ในโครงการวิจัย Project MATCH ของ National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) มีจำนวนชั่วโมงการบำบัดทั้งหมด 4 ครั้ง ในช่วง 12 สัปดาห์ ได้แก่ สัปดาห์ที่ 0, 1, 6 และ 12 (13) ผู้วิจัยพบว่า MET มีประสิทธิภาพดี ในการบำบัดผู้ติดสุราไม่แตกต่างจากจิตสังคัมบำบัดมาตรฐานอีก 2 วิธี คือ Cognitive Behavior Therapy (CBT) และ Twelve Steps Facilitation (TSF) (14)

MET แบ่งระยะของการบำบัดตามการเปลี่ยนแปลงของแรงใจทั้งหมด 3 ระยะ (13) คือ **Phase 1: Health Education and Feedback** เป็นระยะของการสนทนาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหา ลดความลังเลใจ และเสริมศักยภาพในตนเอง เป็นการสนทนาเพื่อการเปลี่ยนแปลง (change talk) ผู้บำบัดนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาสะท้อนกลับ (feedback) ใช้เทคนิค OARS และกลยุทธ์ในการจูงใจต่างๆ รวมทั้งให้ข้อมูลความรู้เพิ่มเติม



(health education) เพื่อช่วยให้แรงจูงใจของผู้ป่วยเคลื่อนจากขั้นที่ 1 ไปเป็นขั้นที่ 3 คือ ตัดสินใจเปลี่ยนแปลงตนเอง

Phase 2: Commitment Strengthening เป็นระยะของการสนทนาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยให้คำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงตนเอง (commitment talk) และวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเอง (change plan) ผู้บำบัดช่วยให้แรงจูงใจของผู้ป่วยเคลื่อนไปสู่ขั้นที่ 4 คือ ลงมือแก้ไขตนเอง

Phase 3: Follow Through เป็นระยะของการสนทนาเพื่อติดตามความก้าวหน้า ทบทวนเป้าหมาย แก้ไขอุปสรรคที่เกิดขึ้น ตรวจสอบความมั่นคงของแรงจูงใจ และให้การจูงใจใหม่ในกรณีที่แรงจูงใจถดถอย

แนวทางของการบำบัดแบบ MET สามารถสรุปเป็นแนวทางอย่างย่อ **DARES** มีรายละเอียดต่อไปนี้

Develop discrepancy: ผู้บำบัดทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างสถานการณ์ในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากเป็น โดยพูดคุยถึงเป้าหมายชีวิตหรือคุณค่าในชีวิตของผู้ป่วย และพูดคุยถึงผลลัพธ์ที่อาจเกิดตามหลังการดื่ม

Avoid argumentation: ผู้บำบัดหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย ความขัดแย้งมักทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้กลไกทางจิตเดิมๆ เพื่อทำให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น เช่น ปฏิเสธความจริง (denial) โทะสิ่งอื่น (projection) หาเหตุผลเข้าข้างตนเอง (rationalization) มองปัญหาน้อยกว่าความเป็นจริง (minimization) เป็นต้น ปฏิบัตินี้ดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Roll with resistance: ผู้บำบัดระล่อมหมุนไปกับแรงต้านของผู้ป่วย โดยการรับฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความมากกว่าการใช้วิธีการเผชิญหน้าผู้ป่วย ผู้บำบัดรอคอยหรือใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อช่วยให้จิตใจของผู้ป่วยหันกลับไปสู่ความต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Express empathy: ผู้บำบัดแสดงความเห็นอกเห็นใจว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย ให้โอกาสผู้ป่วยเลือกและกำหนดเป้าหมายตัวเองอย่างอิสระ เน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

Support self-efficacy: ผู้บำบัดส่งเสริมศักยภาพในตนของผู้ป่วย หากผู้ป่วยคิดและรู้สึกว่ามีโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองได้สำเร็จหรือ “เราทำได้” ก็จะตัดสินใจเข้าสู่ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



จากการทำ meta-analysis พบว่า MI ทำให้ค่าดัชนีมวลกาย ระดับคอเลสเตอรอล ในเลือด ความดันโลหิต ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดและปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์มาตรฐาน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (15) และผล meta-analysis จากการศึกษาแบบทดลองทั้งหมด 72 การทดลอง พบว่า MI มีขนาดผลการรักษา (effect size) อยู่ที่ 0.77 และเท่ากับ 0.30 เมื่อติดตาม 1 ปี ซึ่งเป็นตัวยืนยันถึงประสิทธิภาพของ MI ในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา (12)

ในประเทศไทยได้มีการนำหลักการนี้มาใช้ในบริการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา และได้มีการทดสอบประสิทธิภาพของ MI และ MET ในบริบทของระบบสุขภาพไทย โดยทำการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม ดังการศึกษาของ วิวัฒน์ เสงชัยยง และคณะ (16) ที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยในที่ติดสุราของโรงพยาบาลลำพูน และการศึกษาของสายรัตน์ นกน้อย และคณะ (17) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษากับผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มสุราโดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผลปรากฏว่าการให้คำปรึกษาแบบ MI สามารถช่วยให้ผู้ป่วยติดสุราสามารถลดการดื่มลงได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อรัญญา แพ้จ้อย และคณะ (18) ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพของ MI ในผู้ป่วยติดสุรา พบว่า MI มีประสิทธิภาพในการลดปริมาณการดื่มอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ดรุณี ภูขาว (19) ยังได้พัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ติดสุราแบบผสมผสาน MI, CBT และปรัชญาพุทธศาสนา เรียกว่า Buddhism-Motivational Interviewing-Cognitive Behavioral Therapy (BUMI-CBT) โดยให้การบำบัดรายกลุ่ม ครั้งละ 3 ชั่วโมง วันละครั้งเป็นเวลา 5 วัน พบว่า BUMI-CBT มีประสิทธิภาพสามารถลดปริมาณการดื่มลงได้อย่างมีนัยสำคัญ



พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapies)

แนวทางพฤติกรรมบำบัดที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ติดสุรา ได้แก่ การเสริมแรงบวก ต่อพฤติกรรมเป้าหมาย (Positive Reinforcement) การบำบัดแบบ Behavioral marital and family therapy การบำบัดแบบ Community Reinforcement Approach (CRA) การบำบัดแบบ Community Reinforcement Approach and Family Training (CRAFT) การให้คำปรึกษาที่เน้นกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมที่ปลอดสุรา การเฝ้าติดตามการรับประทานยา disulfiram และชมรมปลอดสุรา ในขณะที่การบำบัดแบบ aversive therapies ได้ผลดีน้อยกว่า การเสริมแรงทางบวก และการฝึกผ่อนคลายความเครียดก็ไม่ได้ผลดี (1, 2, 3, 4, 5)

Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)

เป็นวิธีการบำบัดที่พัฒนาต่อเนื่องมาจาก การบำบัดแบบ Unilateral family therapy ซึ่งเป็นครอบครัวบำบัดที่เน้นคู่สมรสที่มารับคำปรึกษาเพียงลำพังก่อน ร่วมกับการบำบัดแบบ Community Reinforcement Approach (CRA) ซึ่งเป็นการเสริมแรงทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วย วิธีนี้เหมาะกับกรณีผู้ป่วยติดสุราที่ในช่วงแรกมักไม่มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองและไม่ยอมเข้าสู่การบำบัดรักษา ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงมักเป็นคู่สมรสหรือญาติใกล้ชิดที่เสาะแสวงหาความช่วยเหลือ ดังนั้น การเริ่มต้นช่วยเหลือคู่สมรสหรือญาติใกล้ชิดจึงเป็นการช่วยบรรเทาผลกระทบของโรคติดสุราต่อครอบครัวโดยตรง และช่วยให้ญาติมีวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสู่การบำบัดเพิ่มมากขึ้น จากผลการวิจัยพบว่าภายในระยะเวลา 6 เดือน การบำบัดแบบ CRAFT สามารถช่วยให้ร้อยละ 74 ของผู้ป่วยติดสุราเข้าสู่การบำบัดรักษาได้ (20)

Meyers และคณะ พัฒนาการบำบัดแบบ CRAFT ตั้งแต่ปี ค.ศ.1990 เพื่อใช้ในการบำบัดคู่สมรสหรือญาติที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มของผู้ป่วยติดสุรา โดยมีวัตถุประสงค์คือ ส่งเสริมให้ผู้ติดสุราหยุดดื่ม ช่วยลดความรุนแรงในครอบครัว ลดความเครียดของสมาชิก



ครอบครัว ช่วยเตรียมญาติถึงวิธีแนะนำผู้ป่วยให้เข้าบำบัดรักษา ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสูการบำบัดรักษา และเตรียมญาติในการสนับสนุนผู้ป่วยตลอดการบำบัดรักษา (21)

ระยะของการบำบัดแบบ CRAFT แบ่งได้เป็น 2 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ญาติได้รับการฝึกทักษะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสูการบำบัดรักษา เนื้อหาที่สำคัญประกอบด้วย การเสริมแรงจิตใจญาติให้ร่วมมือในการบำบัดรักษา การเรียนรู้วิธีการป้องกันสถานการณ์ที่เป็นอันตราย การปรับพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วย การฝึกทักษะทางสังคมในการสื่อสารและแก้ไขปัญหา การวางแผนกิจกรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วย การฝึกทักษะในการปรับพฤติกรรมการดื่ม เตรียมการเพื่อนำผู้ป่วยเข้าสูการบำบัดเมื่อผู้ป่วยพร้อม ระยะที่ 1 นานประมาณ 6 เดือน หรือจำนวนชั่วโมงการบำบัด 12 ครั้ง โดยอาจมีชั่วโมงการบำบัดกรณีฉุกเฉินเพิ่มได้อีก 2 ครั้ง

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ผู้ป่วยเข้าสูการบำบัดรักษา เริ่มต้นโดยให้การบำบัดแบบ MET แก่ผู้ป่วยจำนวน 2-4 ครั้ง เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยให้ปรับเปลี่ยนตนเอง ตามด้วยการบำบัดแบบ CRA จำนวน 8-11 ครั้ง โดยจัดให้เข้ากับความจำเป็นของกรณีผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 6 เดือน หรือ ชั่วโมงการบำบัดรวม 12 ครั้ง และอาจเพิ่มชั่วโมงการบำบัดฉุกเฉินได้อีก 2 ครั้ง

ตัวอย่างของหัวข้อชั่วโมงการบำบัดแบบ CRAFT ได้แก่

1. การแนะนำวิธีการบำบัดรักษาและข้อมูลจำเป็นพื้นฐาน เป็นการแนะนำเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ หลักการและเหตุผลว่าวิธีการบำบัดมีส่วนช่วยได้อย่างไร ทบทวนผลที่ได้จากการประเมินกรณีผู้ป่วยและญาติ
2. การสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับการบำบัด ได้แก่ การเก็บข้อมูลเป็นความลับ การช่วยให้ผู้รับการบำบัดค้นหาปัญหา การทำความเข้าใจกับปัญหา การให้ความหวังกำลังใจว่าปัญหามีทางออก
3. การเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้รับการบำบัด โดยค้นหาเป้าหมายของผู้รับการบำบัด เน้นเหตุผลสำคัญที่อยากให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยให้เห็นข้อดีของการบำบัดรักษา เพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้รับการบำบัด อาจนำผู้ที่ให้การสนับสนุนผู้รับการบำบัดมาเข้าร่วมชั่วโมงการบำบัดด้วย





4. การจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นอันตราย เป็นการประเมินความรุนแรงในครอบครัว ประเมินการสนับสนุนทางสังคม เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก วิเคราะห์ปัจจัยการเกิดความรุนแรง ร่วมวางแผนการป้องกัน และความช่วยเหลือทางกฎหมาย
5. ทางเลือกในการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดื่ม โดยวิเคราะห์การตอบสนองต่อพฤติกรรมการดื่มในอดีตที่ผ่านมา อธิบายวิธีการต่างๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม ได้แก่ การเลิกการเสริมแรงทางบวกต่อพฤติกรรมการดื่ม การเสริมแรงทางบวกต่อพฤติกรรมไม่ดื่ม การเสริมแรงทางลบต่อพฤติกรรมการดื่ม การหลีกเลี่ยงการลงโทษ เป็นต้น
6. การเสริมแรงทางบวกต่อพฤติกรรมไม่ดื่ม เริ่มจากการระบุกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่ดื่ม ทำรายการของตัวเสริมแรงทางบวก จัดให้มีตัวเสริมแรงทางบวกแก่ผู้ป่วย การให้คำชื่นชมต่อพฤติกรรมไม่ดื่ม การเชิญชวนผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา
7. การจัดการกับพฤติกรรมการดื่มที่ไม่พึงประสงค์โดยวิเคราะห์การเสริมพฤติกรรมการดื่มทางอ้อม (enabling) วิธีการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดื่มที่ไม่พึงประสงค์ การเสริมแรงทางลบสำหรับกรณีผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงยาก
8. การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตแบบเป็นอิสระและไม่พึ่งพิง โดยวางแผนกิจกรรมที่ทำให้คู่สมรสหรือญาติไม่ต้องพึ่งพิงผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพกับเครือข่ายเพื่อนใหม่ การหางานทำ
9. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา โดยเรียนรู้วิธีการของ MI และวิธีแนะนำการบำบัดรักษาให้แก่ผู้ป่วย

การบำบัดแบบสั้น Brief Interventions (BI)

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสนใจต่อกลุ่มของผู้ที่ดื่มสุราแบบอันตราย (hazardous drinker) ที่มีความเสี่ยงเกิดปัญหาสุขภาพหลายด้านในอนาคต และมีโอกาสหันตนเองไปสู่การติดสุรา (alcohol dependence) ยากต่อการบำบัดรักษา ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก ดังนั้นการค้นหาและช่วยเหลือผู้ดื่มสุราแบบอันตรายนี้ถือเป็นการป้องกันระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิของโรคติดสุรา

องค์การอนามัยโลกได้ทำการศึกษาปริมาณการดื่มที่เป็นอันตราย (hazardous drinking) โดยใช้เครื่องมือที่ช่วยคัดกรองที่เรียกว่า Alcohol use disorder identification test (AUDIT) เพื่อแยกประเภทผู้ดื่มสุราออกเป็น 4 กลุ่ม คือ ผู้ดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ (low risk drinking) ผู้ดื่มแบบมีความเสี่ยงสูง (hazardous drinker) ผู้ดื่มแบบอันตราย (harmful drinker) และผู้ดื่มแบบติด (alcohol dependence) และได้พัฒนาวิธีการดูแลช่วยเหลือเรียกว่า “การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI)” เพื่อช่วยจูงใจให้กลุ่มผู้ดื่มแบบมีความเสี่ยงสูงขึ้นไปเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม (21, 22)

BI มีชั่วโมงการบำบัดประมาณ 1-3 ครั้ง เวลาในการสนทนาประมาณ 5-15 นาที ต่อครั้ง จากการศึกษาผู้ดื่มสุราหนักในหลากหลายรูปแบบ เช่น สถานบริการทางการแพทย์ โรงเรียน และในผู้ดื่มที่ไม่ได้มารับบริการทางการแพทย์ พบว่า BI มีประสิทธิภาพในการช่วยลดปริมาณการดื่มลงและทำให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น นอกจากนี้ประสิทธิภาพในการลดปริมาณการดื่มคงอยู่ได้นานถึง 1 ปี (1, 2, 3, 4, 5, 24)



BI สามารถสรุปเป็นแนวทางปฏิบัติด้วยคำย่อว่า **FRAMES** (22) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

Feedback คือ การที่บุคลากรสุขภาพให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงผลการประเมินปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสุรา และให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื่มสุรา ทำให้ผู้ป่วยเห็นผลเสียจากการดื่มมากขึ้น

Responsibility คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อตนเองในการดูแลสุขภาพ โดยสื่อสารว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเองทั้งหมด ไม่มีใครสามารถกระทำแทนหรือบังคับได้ ทำให้ผู้ป่วยต่อต้านน้อยลง และรับฟังผู้บำบัดมากขึ้น

Advice คือ การให้คำแนะนำที่ถูกต้องและชัดเจนถึงความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มในปัจจุบัน

Menu คือ หนทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงตนเองว่าจะเลือกการหยุดดื่มโดยเด็ดขาด (abstinence) หรือการลดปริมาณการดื่มลง (moderation) กรณีผู้ป่วยติดสุรามักไม่สามารถควบคุมการดื่มได้สำเร็จหากยังคงดื่มอยู่ ดังนั้นเป้าหมายสำหรับผู้ติดสุราควรจะเป็นการหยุดดื่มโดยเด็ดขาดจึงจะเหมาะสมมากกว่า ส่วนในผู้ดื่มแบบอันตรายแต่ยังไม่ถึงขั้นติด หากเลือกการลดปริมาณการดื่ม ผู้บำบัดก็ควรแนะนำข้อจำกัดการดื่มให้อยู่ในระดับการดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ (low risk drinking)

Empathy คือ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ผู้บำบัดควรแสดงความเห็นอกเห็นใจว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เคยชินไม่ใช่เรื่องง่าย ต้องอาศัยความพยายามอย่างมาก ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ผู้บำบัดไม่ได้กดดันและเข้าอกเข้าใจความรู้สึกของตน ผู้ป่วยก็มักต่อต้านน้อยลงและฟังผู้บำบัดมากขึ้น

Self-efficacy คือ การให้ความเชื่อมั่นว่าสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้สำเร็จ หากผู้ป่วยคิดและรู้สึกว่ามีโอกาสประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยก็จะลงมือกระทำเปลี่ยนแปลงตนเอง



การดูแลรายกรณี Case Management

การดูแลรายกรณี หรือ Case management สามารถใช้ดูแลผู้ติดสุราเรื้อรังที่ยังไม่มีเป้าหมายหยุดดื่มโดยเด็ดขาด หรือยังไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ โดยใช้หลักการเดียวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไป เช่น เบาหวาน โรคจิตเภท เป็นต้น เพื่อช่วยให้มีความต่อเนื่องในการดูแล (continuity of care) (2, 25)

ผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละราย เรียกว่า Case manager หรือผู้จัดการรายกรณี ซึ่งจะเป็นเจ้าของกรณีผู้ป่วยและช่วยดูแลอย่างต่อเนื่อง อาจเป็นบุคลากรสุขภาพในทีมพหุสาขาวิชาชีพ นอกเหนือจากแพทย์ เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล เป็นต้น

การดูแลแบบ Case management จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพิ่มมากขึ้น บรรเทาอาการทางจิตเวชต่างๆ ลดอัตราการกลับไปรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มความสามารถทางจิตสังคมและคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยบางรายสามารถฟื้นตัวได้จากการดูแลด้วยแนวทางดังกล่าวหรือสามารถเข้าสู่การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไปได้ในบางรายอาจช่วยลดอันตรายหรือระดับประคองไม่ให้อาการแย่ลงเร็ว นอกจากนี้ การดูแลแบบ Case management ยังมีความยืดหยุ่นสามารถผสมผสานเข้าไปในบริการรักษาความเจ็บป่วยทางกายหรือโรคจิตเวชร่วมได้



องค์ประกอบที่สำคัญของ Case Management มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ฝ้าติดตามปริมาณการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดอื่นๆ โดยการสอบถามจากผู้ป่วยหรือญาติ การใช้แบบสอบถามต่างๆ การตรวจหาสารเสพติดทางห้องปฏิบัติการ
2. ติดตาม Biological indicator ที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มสุรา เช่น Gamma glutamyl tranferase (GGT), Serum aspartate aminotransferase (AST), Alanine aminotransferase (ALT), Mean Corpuscular Volume (MCV) เป็นต้น ทำให้ทราบสถานการณ์การดื่มของผู้ป่วย
3. ส่งเสริมให้หยุดหรือลดปริมาณการดื่มสุรา โดยใช้ทักษะของ MI หรือ BI
4. เสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยหลีกเลี่ยงการใช้วิธีเผชิญหน้า
5. ให้สุศึกษาเกี่ยวกับสุราและผลกระทบที่ตามมา
6. แนะนำให้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
7. ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการส่งคมส่งเคราะห์ในกรณีที่เป็น
8. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่เมื่อถึงเวลาที่เหมาะสม
9. ให้ความช่วยเหลือแบบ Crisis intervention เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติ
10. ให้การประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง



การฟื้นตัวทางจิตวิญญาณ Spirituality Recovery

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่า จิตวิญญาณ เป็นด้านหนึ่งที่สำคัญของสุขภาพมนุษย์นอกเหนือจากด้านกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นมุมมองในด้านสุขภาพในปัจจุบัน คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (bio-psycho-social-spirituality model) (26)

จิตวิญญาณ คือ จิตใจที่สูงส่งดั่งงาม (27) มีความแตกต่างจากจิตใจโดยทั่วไป จิตใจ ในความเข้าใจเดิมหมายถึง การทำงานของสมอง (cognitive function) ได้แก่ ความคิด ความจำ ความรู้สึกตัว อารมณ์ความรู้สึก เป็นต้น นักวิทยาศาสตร์สามารถระบุวงจรหรือส่วนของสมองที่ทำหน้าที่ต่างๆ ได้ เมื่อสมองมีความผิดปกติก็จะแสดงอาการผิดปกติทางจิตออกมา ความก้าวหน้าทางการแพทย์ในปัจจุบันก็พบว่า โรคทางจิตเวชหลายโรคแท้ที่จริงมีความผิดปกติจากสมองนั่นเอง ซึ่งเป็นความผิดปกติในระดับของสารเคมี เซลล์ประสาท วงจรของเซลล์ประสาท และพันธุกรรม แต่ในมิติของจิตวิญญาณ นั้นมีความแตกต่างจากด้านจิตใจโดยทั่วไป คือ เป็นด้านของจิตใจที่ดั่งงาม พัฒนาสูงขึ้น มีคุณธรรมจริยธรรม มีความเป็นอิสระจากกายหรือสมอง พระธรรมปิฎก (พระพรหมคุณาภรณ์) (28) เสนอว่า จิตวิญญาณ ในมุมมองของพุทธ คือ ปัญญา ซึ่งเป็นสถานะสูงสุดที่มนุษย์สามารถพัฒนาตนเองเพื่อการเข้าถึงได้

การมีจิตวิญญาณที่ดีมีผลต่อสุขภาพโดยรวมของมนุษย์ การมีจิตวิญญาณที่ดีอาจมองอีกแง่หนึ่งได้ว่า บุคคลนั้นมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อพลังอำนาจที่อยู่เหนือขึ้นไป (higher power) หรือพระเจ้าในความเชื่อของตนหรือพระเจ้าในศาสนานั้นๆ ในทางปฏิบัติก็พอมองได้ว่า บุคคลนั้นมีความใกล้ชิดศาสนาที่ตนเองศรัทธามากน้อยเพียงไร ได้ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาในศาสนานั้นมากน้อยเพียงไร คุณค่าหรือความดั่งงาม (value) ของบุคคลนั้น ก็มักเป็นสิ่งที่เดียวกับที่ศาสนากล่าวไว้ในกรณีที่บุคคลนั้นไม่ได้ศรัทธาในศาสนาใดเลยหรืออาจยังลังเลสงสัยในสิ่งที่ศาสนาต่างๆ สอน ก็ได้หมายความว่าบุคคลนั้นไม่มีจิตวิญญาณ แต่อาจจะมองคุณภาพของจิตวิญญาณนั้นจากความสัมพันธ์ของเขากับคุณค่าหรือ



ความดีงาม ขึ้นอยู่กับคุณค่าหรือความดีงามในความคิดความเข้าใจของเขาคืออะไร เช่น การแสวงหาความหมายของชีวิต การมีครอบครัวที่ดี การเป็นพ่อแม่ที่ดี ความกตัญญูต่อพ่อแม่ ความซื่อสัตย์ การได้รับการยอมรับจากสังคม การประสบความสำเร็จทางอาชีพ การงาน ความเป็นตัวของตัวเองไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น เป็นต้น แล้วเขาได้พยายามกระทำตามคุณค่าของเขามากน้อยแค่ไหน

ความใกล้ชิดทางศาสนาเป็นปัจจัยป้องกันต่อการเสพติดสุราหรือสารเสพติด คุณค่าหรือความดีงามในจิตใจเป็นตัวปกป้องคุ้มครองไม่ให้คนเรากระทำในสิ่งที่ไม่ดี หรือเมื่อเรากระทำสิ่งที่ไม่ดีซ้ำๆ ซากๆ ในจิตใจด้านลึกก็มักจะมีความรู้สึกผิดบาปตกค้าง ไม่เคารพนับถือตนเอง และจิตใจก็มักใช้กลไกทางจิต (defense mechanism) ในลักษณะที่ไม่เหมาะสมเพื่อลดความรู้สึกผิดบาปลง ได้แก่ การปฏิเสธความเป็นจริง (denial) การมองให้น้อยกว่าความเป็นจริง (minimization) การโทษสิ่งอื่น (projection) การอ้างเหตุผล (rationalization) เป็นต้น ผู้ที่เสพติดสุราหรือสารเสพติด มักกระทำสิ่งที่ไม่ดีมามากในช่วงที่เขาดื่มสุราหรือเสพสารเสพติด ขาดสติและปัญญา ผู้ป่วยมีความรู้สึกผิดบาปตกค้างในจิตใจมาก ไม่เคารพนับถือตนเอง และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีประสบการณ์การเลิกสุราหรือสารเสพติดไม่สำเร็จมาหลายครั้ง ผู้ป่วยมักไม่มีความมั่นใจว่าตนเองจะเลิกสุราหรือสารเสพติดได้สำเร็จ หรือไม่มีโอกาสกลับฟื้นคืนเป็นคนดีได้ ดังนั้นโรคติดสุราหรือสารเสพติดในมิติหนึ่งคือ โรคของความเสื่อมถอยทางจิตวิญญาณนั่นเอง การฟื้นฟูทางด้านจิตวิญญาณ คือ การฟื้นฟูความดีงามในจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจว่าตนเองสามารถกลับฟื้นคืนเป็นคนที่มีความดีงามได้ และสามารถลงมือปฏิบัติตนอย่างจริงจัง (29)

รูปแบบการฟื้นฟูทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ติดสุราและสารเสพติดที่เป็นรูปธรรมและได้รับการยอมรับมานานจนมีเครือข่ายที่ใหญ่โตในปัจจุบัน เช่น กลุ่มผู้ติดสุรานินาม หรือกลุ่มเอเอ (Alcoholics Anonymous : AA) ซึ่งมีหลัก 12 ขั้นตอนเป็นหลักการที่สำคัญของกลุ่ม (30) จนพัฒนาเป็นการให้คำปรึกษาตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation : TSF) และในประเทศไทยได้มีการประยุกต์ให้เข้าหลักพระพุทธศาสนาเป็นหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ (The Buddhist twelve steps)



กลุ่มช่วยเหลือตนเองและการบำบัดรักษา ที่อิงหลัก 12 ขั้นตอน

Self-help group and 12-step-oriented treatments

หลัก 12 ขั้นตอน (twelve steps) เป็นหลักการฟื้นฟูทางด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ติดสุราหรือสารเสพติด โดยเริ่มต้นจากการดำเนิน “กลุ่มผู้ติดสุรานาม หรือ กลุ่มเอเอ (Alcoholic Anonymous : AA)” กลุ่มเอเอกลุ่มแรกตั้งขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1935 โดย Bill Wilson และ Dr. Bob Smith ทั้งสองช่วยกันร่างหลักการ 12 ขั้นตอนที่ได้มาจากประสบการณ์ของตนในการเลิกสุรด้วยตนเอง เพื่อใช้เป็นหลักในการดำเนินกลุ่มเอเอ และทั้งสองคนยังช่วยกันร่างธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อ (The twelve traditions) เพื่อเป็นธรรมเนียมปฏิบัติของสมาชิกกลุ่ม ทำให้กลุ่มคงความเป็นอิสระ ไม่พึ่งพาองค์กรภายนอก ป้องกันไม่ให้ความขัดแย้งทางศาสนาหรืออิทธิพลทางการเมืองเข้าแทรกแซงแสวงหาผลประโยชน์ และยังทำให้กลุ่มสามารถรักษาความลับหรือความเป็นนิรนามของสมาชิกไว้ได้

สาระสำคัญในหลัก 12 ขั้นตอนนี้ดังต่อไปนี้ ในขั้นต้นเป็นการยอมรับตนเองว่ามีปัญหาติดสุราและไม่สามารถแก้ปัญหของตนเองได้ ผู้ติดสุราต้องหันกลับมาเคารพศรัทธาพลังอำนาจที่อยู่เหนือตน (higher power) ในการกลับฟื้นตัวจากโรคติดสุรา พลังอำนาจที่อยู่เหนือตนในหลักการคือ สิ่งที่เป็นพลังใจในศรัทธาความเชื่อของผู้ที่นั้นซึ่งอาจแตกต่างกันไปตามความเชื่อของแต่ละศาสนา การหมั่นทบทวนถึงการกระทำที่ผ่านมาของตนเอง การยอมรับสิ่งผิดพลาดในอดีต การยอมรับผิดกับบุคคลอื่นเป็นที่เคารพรัก และการขอขมาโดยตรงต่อบุคคลที่ตนเองเคยล่วงเกินไว้ ความสม่ำเสมอในการทบทวนตนเอง ยอมรับผิดอย่างจริงใจเมื่อพบว่าผิด การสวดอ้อนวอนภาวนาและการทำสมาธิเพื่อเข้าถึงสิ่งที่เป็นพลังใจ เมื่อค้นพบความสงบสุขก็ให้ความช่วยเหลือผู้ที่ยังมีปัญหาดูดสุราหรือสารเสพติดอื่นๆ ต่อไป (31)



จากการทำ meta-analysis พบว่า ประสิทธิภาพและผลลัพธ์การเข้าร่วมกลุ่มเอเอ มีความหลากหลาย การศึกษาที่มีการออกแบบที่ดีแสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วมกลุ่มเอเอ มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีของการหยุดดื่มสุราโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยนอก (32) ปัญหาใหญ่ของการเข้าร่วมกลุ่มเอเอคือ ความร่วมมือร่วมใจสม่ำเสมอในการเข้าร่วมกลุ่ม (adherence) มีน้อยกว่าร้อยละ 20 สาเหตุหลักที่พบว่าทำให้มีความร่วมมือร่วมใจต่ำคือการกลับไปติดสุราซ้ำ ความไม่เข้าใจในวิธีการของกลุ่มเอเอ ความไม่ต้องการเข้าร่วม ความไม่น่าเชื่อถือของกลุ่ม เป็นต้น (33)

กลุ่มเอเอได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย เป็นเครือข่ายที่มีกลุ่มเกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก กระจายไปทั่วโลก มีสมาชิกที่เลิกสุราได้จากการเข้าร่วมกลุ่มเอเอจำนวนมาก สมาชิกเหล่านั้น มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณในด้านลึก การดำเนินกลุ่มเอเอ มีความคุ้มค่าเชิงเศรษฐกิจเพราะรัฐไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยช่วยเหลือและดูแลค่าใช้จ่ายตนเอง และยังเป็นการส่งเสริมวัฒนธรรมของการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งนับว่ามีคุณประโยชน์อย่างมากในระดับมหภาค องค์ความรู้ของกลุ่มเอเอก็เป็นที่สนใจของนักวิชาการ

นักวิชาการจึงได้นำหลักการ 12 ขั้นตอนมาพัฒนาเป็นการให้คำปรึกษา เรียกว่า **“การส่งเสริมให้พัฒนาไปตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation : TSF)”** เป็นการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผู้นำบัดส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตามหลัก 12 ขั้นตอนเร็วขึ้น โดยเฉพาะขั้นตอนที่ 1-5 และส่งเสริมให้ไปเข้าร่วมกลุ่มเอเอในชุมชน การบำบัดรูปแบบนี้เกิดขึ้นครั้งแรกในโครงการวิจัย Project MATCH ของ NIAAA (34) อย่างไรก็ตามจากการทำการศึกษ meta-analysis เกี่ยวกับการศึกษาวิจัยทดลองที่เกี่ยวกับกลุ่มเอเอ หรือ การบำบัดแบบ TSF ยังไม่สามารถยืนยันถึงประสิทธิภาพของวิธีการดังกล่าวได้ จากการวิพากษ์วิจารณ์ของนักวิชาการที่เชี่ยวชาญด้านกลุ่มเอเอต่างมีความเห็นว่า อาจเป็นได้ว่า การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มเอเอยังไม่มีระเบียบวิธีการวิจัยที่ดีพอที่จะสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมกลุ่มเอเอของผู้ป่วย (35)

ในประเทศไทยมีกลุ่มเอเอเพียงไม่กี่กลุ่มตามหัวเมืองใหญ่ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร พัทยา เชียงใหม่ ขอนแก่น ภูเก็ต เป็นต้น สมาชิกส่วนใหญ่เป็นชาวต่างชาติที่คุ้นเคยกับหลัก 12 ขั้นตอนและกลุ่มเอเอในประเทศของตน การไม่แพร่หลายของกลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม อาจเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ อุปสรรคเรื่องภาษา ขาดการรวมตัวของภาคประชาชน วัฒนธรรมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่แตกต่าง บุคลากรทางการแพทย์ยังขาดความเข้าใจ



เกี่ยวกับหลัก 12 ขั้นตอนและการดำเนินกลุ่มเอเอ หลักของศรัทธาและการพัฒนาปัญญาที่แตกต่างกัน เป็นต้น

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พยายามดำเนินการตามยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาสุขภาพประชาชน กลยุทธ์หนึ่งคือบุคลากรทางการแพทย์ช่วยส่งเสริมพัฒนาเครือข่ายกลุ่มเอเอโดยไม่ให้เสียหลักการการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย และสนับสนุนให้เกิดการดำเนินกลุ่มเอเอในสถานพยาบาลขึ้น จึงเกิดโครงการหนึ่งที่เป็นความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสมาชิกกลุ่มเอเอ

นอกจากนี้ผู้เขียนได้พยายามศึกษาในตัวหลักการ 12 ขั้นตอนของกลุ่มเอเอและประยุกต์ให้เข้าหลักพระพุทธศาสนาเพื่อสามารถนำหลักการมาใช้กับผู้ป่วยติดสุราหรือสารเสพติดชาวไทย จึงได้พัฒนา **“หลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ (The Buddhist twelve steps)”** ขึ้น โดยคงเนื้อหาที่สำคัญของหลัก 12 ขั้นตอนเดิมหรือสติปัญญาดั้งเดิมของสมาชิกกลุ่มผู้ติดสุราหรือนามที่ได้รับการพิสูจน์แล้วโดยผู้ติดสุราหรือสารเสพติดที่ปฏิบัติตามมานานับล้านคนว่าได้ผลดี แล้วประยุกต์ให้เข้ากับหลักพระพุทธศาสนา ซึ่งเป็นศาสนาที่เน้นทั้งหลักศรัทธาและปัญญา พลังอำนาจที่อยู่เหนือตนของชาวพุทธ (higher power) ก็คือพระรัตนตรัย เป้าหมายที่แท้ของพระพุทธศาสนาหรือความดีงามสูงสุดของพระพุทธศาสนาก็คือการพัฒนาตนให้เกิดสติและปัญญาแนวทางของพุทธในการพัฒนาตนได้แก่หลักไตรสิกขาหรือมรรคมรรคแปด เมื่อเกิดสติและปัญญา ผู้ปฏิบัติก็จะเห็นสิ่งต่างๆ ตามที่เป็นจริงและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างสอดคล้องกับธรรมชาติ ละวางจากสิ่งที่ไม่ดีได้ และประสบกับความสงบสุขที่แท้ในที่สุด (36, 37)



พฤติกรรมบำบัดแบบผสมผสาน Combined Behavioral Intervention (CBI)

โครงการวิจัย Project COMBINE ของ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) ในปี 2004 (38) เป็นการศึกษาวิจัยขนาดใหญ่ร่วมกันหลายสถาบันแบบทดลองและมีการสุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการผสมผสานการรักษาด้วยยากับจิตสังคมบำบัดในบริบทของสถานพยาบาลปฐมภูมิ มีผู้ติดสุราเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 1,383 รายในสถาบันวิจัยทั้งหมด 11 แห่ง ยา 2 ชนิดที่ใช้ทำการศึกษาคือยาที่มีหลักฐานทางการแพทย์รองรับว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ติดสุราและได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา คือ naltrexone และ acamprosate

โครงการได้ออกแบบจิตสังคมแบบใหม่ ซึ่งผสมผสานจิตสังคมบำบัด 3 วิธีการที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา และเคยถูกใช้ศึกษาในโครงการวิจัย Project MATCH คือ Cognitive Behavior Therapy (CBT), Motivational Enhancement Therapy (MET), Twelve Steps Facilitation (TSF) และนำระบบสนับสนุนทางสังคม (support system) เข้ามาเกี่ยวข้อง

จิตสังคมบำบัดแบบใหม่นี้มีชื่อว่า **พฤติกรรมบำบัดแบบผสมผสาน (Combined Behavioral Intervention : CBI)** พฤติกรรมบำบัดแบบ CBI ใช้แนวทางการเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ตลอดการบำบัดรักษา ช่วงแรกใช้วิธีการของ MET ในการจูงใจให้เปลี่ยนแปลงตนเอง มีการวิเคราะห์พฤติกรรมการดื่มด้วย functional analysis เพื่อวางแผนการบำบัดรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย ตรวจสอบจุดแข็ง ทักษะ และความสำเร็จในอดีตของผู้ป่วย ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมและระบบสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยตามหลักการเสริมแรงทางสังคม ดึงสมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตลอดการบำบัดรักษา สนับสนุนการรักษาด้วยยา สนับสนุนให้เข้าร่วมโปรแกรมช่วยเหลือตามหลัก 12 ขั้นตอน ฝึกทักษะที่จำเป็น เช่น การจัดการกับความอยากสุรา การปฏิเสธการดื่มและแรงกดดันทางสังคม ทักษะการสื่อสาร ทักษะ assertive skill การจัดการอารมณ์ เป็นต้น ชั่วโงมการบำบัด



แต่ละครั้งนานประมาณ 50 นาที จำนวนครั้งยืดหยุ่นมากได้ถึง 20 ครั้งขึ้นอยู่กับความจำเป็นตามกรณีผู้ป่วย (39)

ในโครงการยังมีการออกแบบ **การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา (Medical Management : MM)** ร่วมกับการให้ยาหรือการใช้ placebo ด้วย มีชั่วโมงการบำบัดทั้งหมด 9 ครั้ง ณ สัปดาห์ที่ 0, 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12 และ 16 ซึ่งเป็นครั้งที่มีการจ่ายยาให้ การบำบัดครั้งแรกใช้เวลาประมาณ 45 นาที เริ่มต้นด้วยการทบทวนการวินิจฉัยโรคติดสุราและผลเสียจากการดื่ม แนะนำให้หยุดดื่ม ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา ส่งเสริมให้มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา (medical adherence) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองในชุมชน เช่น กลุ่มเอเอ ชั่วโมงบำบัดถัดไปจะใช้เวลาประมาณ 20 นาที เพื่อทบทวนเกี่ยวกับการดื่มสุรา สุขภาพโดยรวม ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา และผลข้างเคียง (40)

ผู้ป่วยได้ถูกสุ่มตัวอย่างออกเป็น 9 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มที่ได้รับ naltrexone, acamprosate หรือ placebo เพียงลำพัง และกลุ่มที่ผสมผสานระหว่างการได้รับ naltrexone, acamprosate และ CBI กลุ่มที่ 9 ได้รับ CBI อย่างเดียว ระยะเวลาในการบำบัดนาน 16 สัปดาห์ ติดตามผลนาน 1 ปี ดัชนีชี้วัดที่สำคัญ คือ จำนวนร้อยละของวันที่หยุดดื่ม และระยะเวลาถึงวันที่ดื่มหนักครั้งแรก

ผลการศึกษา พบว่าทุกกลุ่มสามารถลดปริมาณการดื่มได้อย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มที่ได้รับ naltrexone และ MM, กลุ่มที่ได้รับ CBI ร่วมกับ placebo และ MM และกลุ่มที่ได้รับ naltrexone และ MM ร่วมกับ CBI มีจำนวนร้อยละของวันที่หยุดดื่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับ placebo และ MM การวิจัยนี้ไม่พบว่า acamprosate มีประสิทธิภาพเมื่อเทียบกับ placebo กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ CBI เพียงอย่างเดียวมีจำนวนร้อยละของวันที่หยุดดื่มน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับ placebo ร่วมกับ MM หรือ CBI ร่วมกับ placebo และ MM

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ naltrexone ร่วมกับ MM หรือ CBI หรือทั้งสองอย่างมีผลการบำบัดที่ดี การผสมผสานวิธีการบำบัดรักษาไม่ได้ทำให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น และการได้รับ placebo ร่วมกับ MM โดยบุคลากรสุขภาพทั่วไปได้ผลดีกว่าการบำบัดด้วย CBI โดยผู้เชี่ยวชาญเพียงลำพัง ดังนั้นสถานพยาบาลทั่วไปสามารถจัดบริการรักษาด้วยยา naltrexone ร่วมกับ MM แก่ผู้ป่วยติดสุราที่ไม่สามารถเข้ารับบริการเฉพาะทางได้



การบำบัดแบบผสมผสาน Integrated Treatment

การทบทวนเอกสารทางการแพทย์อย่างเป็นระบบ (systemic review) เกี่ยวกับจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชที่รุนแรงพบว่า โปรแกรมการบำบัดที่ผสมผสานการรักษาด้วยยา จิตสังคมบำบัด และการให้คำปรึกษาที่เฉพาะเจาะจงต่อการติดสุราให้ผลการบำบัดรักษาที่ดี (41) นักวิชาการจึงนำเสนอโปรแกรมการบำบัดรักษาสำหรับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมจิตเวช เรียกว่า การบำบัดแบบผสมผสาน (integrated treatment)

Integrated treatment เป็นโปรแกรมการบำบัดรักษาที่ใช้ทีมพหุสาขาวิชาชีพที่สามารถให้การบำบัดทั้งโรคติดสุราและโรคจิตเวช ในทีมจะมีผู้จัดการรายกรณี (case manager) หรือ case manager ทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัวบำบัดที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคติดสุราและโรคจิตเวช นอกจากนี้ยังผสมผสานแนวทางการบำบัดที่หลากหลาย ได้แก่ การรักษาด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ สังคมสงเคราะห์ การรับตัวเข้าบำบัดในสถานพยาบาลระยะยาว หรือ อาชีวะบำบัด เป็นต้น

ชนิดของจิตสังคมบำบัดที่มีหลักฐานทางการแพทย์ว่าได้ผลดี ได้แก่ CBT, MI, contingency management, การดูแลแบบ case management และการบำบัดที่คำนึงถึงขั้นของแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนตนเองเพื่อหยุดดื่มด้วย (staged intervention) (42, 43)



วัตถุประสงค์ของจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชมีดังต่อไปนี้

1. ช่วยให้เกิดความร่วมมือกันในการบำบัดรักษาระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้บำบัด (supportive therapeutic alliance) และช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยในช่วงเริ่มต้นของการบำบัดรักษา
2. ผสมผสานจิตสังคมบำบัดที่ได้ผลดีสำหรับผู้ป่วยติดสุรา ได้แก่ MET, RP, TSF เป็นต้น ให้เข้ากับจิตสังคมบำบัดที่ได้ผลดีในผู้ป่วยจิตเวช
3. ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มได้ และมีทักษะที่จำเป็นสำหรับการฟื้นตัวจากโรคติดสุรา
4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากบุคคลรอบข้าง รวมไปถึงการส่งเสริมให้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่อาศัยหลัก 12 ขั้นตอนในชุมชน
5. ใช้การบริหารจัดการกรณีผู้ป่วยในระยะสั้น (short-term case management) ในช่วงระยะที่อ่อนไหวเปราะบางเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยคงอยู่ในการบำบัดรักษามากที่สุด



รูปแบบของการบำบัด

Treatment setting

การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราสามารถทำได้ในหลายรูปแบบ ได้แก่ เข้าพักฟื้นในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (residential program) รับเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล (inpatient program) และรับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (outpatient program) เป็นต้น สำหรับการบำบัดแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล โปรแกรมบำบัดมักประกอบไปด้วยการถอนพิษสุรา การบำบัดทางกายและจิตใจในช่วงเริ่มต้น ส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้น ระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่นิยม คือ 28 วัน หรือ โปรแกรมบำบัด 28 วัน (28 days program) ประกอบด้วยกลุ่มบำบัด การบำบัดรายบุคคล และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยติดสุรา หรืออาจเป็นการบำบัดทางกายและจิตใจในโรงพยาบาลระยะสั้นและส่งต่อไปฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยติดสุราส่วนใหญ่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก โดยมีความเข้มข้นที่แตกต่างกัน เช่น การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกอย่างเข้มข้น (Intensive Outpatient Program : IOP) หรือโรงพยาบาลกลางวัน (day hospital) โดยผู้ป่วยต้องเข้าร่วมกิจกรรมหลายชั่วโมงต่อวันและหลายวันต่อสัปดาห์ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดอย่างเข้มข้นและยังสามารถใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวได้ การบำบัดที่มีความเข้มข้นน้อยลงมาคือ การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งมักถูกออกแบบมาเพื่อใช้ในการบำบัดรักษาต่อเนื่อง (after-care) หลังผ่านการบำบัดแบบผู้ป่วยในหรือการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกอย่างเข้มข้นแล้ว ส่วนการบำบัดแบบสั้น (brief therapy) ได้แก่ BI, MI, MET ซึ่งมีชั่วโมงการให้คำปรึกษาจำนวนน้อย ประมาณ 1-4 ครั้ง มักนิยมใช้ในการบริการสุขภาพปฐมภูมิทั่วไป

แนวโน้มการบำบัดในประเทศสหรัฐอเมริกาได้เปลี่ยนจากการบำบัดแบบผู้ป่วยในมาเป็นผู้ป่วยนอกเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการบำบัดที่สูงขึ้นของการรับเข้าบำบัดแบบผู้ป่วยใน อย่างไรก็ตาม ยังเป็นที่ถกเถียงถึงประสิทธิภาพของการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน



จากการศึกษาวิจัยข้อดีข้อเสียของการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในพบว่า การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ยังมีการสนับสนุนทางสังคมและไม่มีโรคทางกายหรือจิตเวชที่รุนแรง ส่วนการบำบัดแบบผู้ป่วยในเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาต่างๆ ดังต่อไปนี้ (1, 2, 44)

1. มีความเสี่ยงในการเกิดอาการขาดสารรุนแรง ที่ต้องได้รับการดูแลแบบฉุกเฉิน
2. มีโรคทางกายแทรกซ้อนที่เสี่ยงต่อการถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยนอก
3. มีโรคทางจิตเวชแทรกซ้อนซึ่งอาจเป็นอันตรายและกระทบต่อความร่วมมือในการบำบัด
4. ไม่ตอบสนองหรือไม่ร่วมมือต่อการบำบัดแบบเข้มข้นน้อยกว่า เช่น แบบผู้ป่วยนอก หรือ residential program
5. มีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น
6. ขาดการสนับสนุนทางสังคมเมื่อต้องบำบัดแบบผู้ป่วยนอก

การบำบัดแบบผู้ป่วยในที่เก่าแก่และเป็นที่ยอมรับในประเทศสหรัฐอเมริกา คือ รูปแบบมินเนโซต้า (Minnesota model) เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลจิตเวชของรัฐมินเนโซต้าในปี ค.ศ.1952 จุดเด่นของรูปแบบคือ เป็นการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพภายในโรงพยาบาล ผสมผสานระหว่างผู้บำบัดที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ (professional staff) กับเจ้าหน้าที่ที่กำลังฟื้นตัวจากโรคติดสุราหรือสารเสพติด (recovering staff) และใช้แนวทางของหลัก 12 ขั้นตอน (The twelve steps) ของกลุ่มเอเอในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย สถานบำบัดในแนวทางนี้มีชื่อเสียงคือ Hazelden foundation ซึ่งตั้งอยู่ในมลรัฐมินเนโซต้า เป็นองค์กรไม่แสวงผลกำไร ปัจจุบันยังคงให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราและสารเสพติด (45) ผลการบำบัดที่รายงานพบว่าผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 53 เลิกสุราและสารเสพติดได้โดยเด็ดขาด เมื่อติดตามที่ 1 ปี ผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 35 ลดการดื่มสุราและเสพยาเสพติดลง (46)

ในช่วงปี พ.ศ. 2540-2542 ประเทศไทยได้ประสบปัญหาการแพร่ระบาดของสารแอมเฟตามีนหรือยาบ้าอย่างรุนแรง กระทรวงสาธารณสุขได้รับความช่วยเหลือจาก University of California Los Angeles (UCLA) ประเทศสหรัฐอเมริกาในการนำโปรแกรมจิตสังคมบำบัดเมทริกซ์ (Matrix program) มาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดชนิดแอมเฟตามีนในประเทศไทยอย่างแพร่หลาย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 Matrix program จัดเป็นการบำบัดผู้ติดสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอกอย่างเข้มข้น (Intensive Outpatient Program : IOP)



จากผลการบำบัดพบว่า ผู้ป่วยที่อยู่จนครบโปรแกรมสามารถเลิกสารเสพติดได้มีจำนวนที่สูงถึงร้อยละ 80-90 แต่ปัญหาใหญ่ของ Matrix program คือ การที่ผู้ป่วยหยุดเข้าโปรแกรมก่อนกำหนด (drop-out) ค่อนข้างสูง จากรายงานผลการบำบัดในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2544-2546 ของสถานพยาบาลต้นแบบ Matrix program ทั้งสิ้น 14 แห่ง มีผู้เข้ารับการบำบัดทั้งสิ้น 1,179 ราย ผู้ป่วยอยู่จนจบโปรแกรมจำนวน 357 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.28 โดยผู้ป่วยหยุดเข้าโปรแกรมใน 1 เดือนแรกร้อยละ 35-43 ผู้ป่วยหยุดเข้าโปรแกรมในเดือนที่ 2 ร้อยละ 26-27 (47) จากผลการบำบัดของ Matrix program ในประเทศไทยมีความสอดคล้องกับรายงานของต่างประเทศ การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกอย่างเข้มข้น (IOP) ที่มักมีปัญหาผู้ป่วยหายไปจากโปรแกรมก่อนกำหนด (drop-out) และหลังจากการระบาดของยาบ้าลดลง สถานพยาบาลที่สามารถให้บริการ Matrix program ได้จึงได้นำหลักการนี้มาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาด้วย



การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุราและ สารเสพติดแบบผู้ป่วยใน รูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า Phramongkutklao Model (PMK Model)

รูปแบบการบำบัดแบบผู้ป่วยใน (inpatient program) สามารถเป็นอีกทางเลือกในการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยตอบสนองของผู้ป่วยติดสุราและสารเสพติดที่มีความจำเป็นในการบำบัดในโรงพยาบาล เช่น การถอนพิษในโรงพยาบาล การมีโรคทางกายและจิตเวชแทรกซ้อน เป็นต้น และยังช่วยแก้ปัญหาการหลุดเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดก่อนกำหนด ผู้เขียนจึงพัฒนา การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (Phramongkutklao Model : PMK Model) ขึ้น โดยรับผู้ป่วยเข้าฟื้นฟูสมรรถภาพภายในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 28 วัน ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มบำบัด 4 ชั่วโมงต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ (37) หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล บุคลากรแนะนำให้ผู้ป่วยมาเข้าร่วมกลุ่มบำบัดแบบผู้ป่วยนอก เรียกว่า Recovery group 2 ชั่วโมงต่อครั้ง ความถี่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลาอีก 16 สัปดาห์

โปรแกรม PMK Model มีกลุ่มบำบัดทั้งหมด 5 ประเภท ได้แก่ กลุ่มสุขศึกษา กลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) กลุ่มหลัก 12 ขั้นตอนตามแนวพุทธ (The Buddhist twelve steps) กลุ่มผ่อนคลายความเครียด และกลุ่มครอบครัวศึกษา กลุ่มมีผู้ป่วยประมาณ 8-10 คนต่อครั้ง มีทีมพหุสาขาวิชาชีพทางการแพทย์เป็นผู้บำบัดในกลุ่ม เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวช และผู้ช่วยพยาบาล เป็นต้น มีการประชุมทีมผู้บำบัด 1 ครั้งต่อสัปดาห์เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการบำบัด และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และยังเป็นการเรียนรู้ร่วมกันของทีมบุคลากรผู้บำบัด

ข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยคือ เป็นผู้ป่วยติดสุราหรือสารเสพติด ผ่านการถอนพิษสุราและสารเสพติดเรียบร้อยแล้ว สมัครใจบำบัดรักษา สามารถอยู่รักษาในโรงพยาบาลครบ 28 วันได้



ไม่มีปัญหาสุขภาพร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ในกลุ่ม และไม่ได้กำลังป่วยด้วยโรคจิตเวชที่รุนแรง

ผลการบำบัดโปรแกรม PMK Model ได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ.2546 ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดทั้งหมดจนถึงปัจจุบันจำนวน 587 คน ผลการประเมินผลผู้ป่วยที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพมาแล้วเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2550 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2551 จำนวนทั้งสิ้น 92 ราย โดยติดตามผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ที่คลินิกสารเสพติด โทรศัพท์ติดตาม สอบถามจากญาติเพื่อยืนยันข้อมูล ตรวจสอบประวัติผู้ป่วยติดสารเสพติด และออกเยี่ยมบ้านกรณีที่มีปัญหาพบว่า (48)

1. จำนวนผู้ป่วยแจกแจงตามชนิดของสารเสพติด ได้แก่ ผู้ป่วยสุรา 49 คน (ร้อยละ 53.2), แอมเฟตามีน 23 คน (ร้อยละ 25.0), ยาไอซ์ 3 คน (ร้อยละ 3.3), กัญชา 3 คน (ร้อยละ 3.3), เฮโรอีน 2 คน (ร้อยละ 2.2), โคเคน 2 คน (ร้อยละ 2.2), มอร์ฟีน 1 คน (ร้อยละ 1.1), สารระเหย 1 คน (ร้อยละ 1.1) และ poly-substance 8 คน (ร้อยละ 8.7)
2. เพศชาย 84 คน (ร้อยละ 91.3) อายุระหว่าง 20-45 ปี, เพศหญิง 8 คน (ร้อยละ 8.7) อายุระหว่าง 20-40 ปี
3. พลเรือน 60 คน (ร้อยละ 65.2) ข้าราชการ 32 คน (ร้อยละ 34.8)
4. ผู้ที่อยู่ไม่ครบโปรแกรม (Drop-out) 3 คน (ร้อยละ 3.3)
5. การติดตามที่ 1 ปี พบว่า หยุดโดยเด็ดขาด 33 คน (ร้อยละ 45.8), ดื่มเสบบ้างแต่ไม่ก่อให้เกิดปัญหา 24 คน (ร้อยละ 32.9), กลับไปเสพติดซ้ำ 16 คน (ร้อยละ 21.9), ติดต่อไม่ได้ 16 คน (ร้อยละ 17.4)
6. อัตราการไม่กลับไปเสพติดซ้ำ (1 year survival) ร้อยละ 78.1

โปรแกรม PMK Model เป็นตัวอย่างของการบำบัดแบบผู้ป่วยในที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดสุราที่ได้รับการถอนพิษในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ล้มเหลวจากการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม และผู้ป่วยที่มีโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวชแทรกซ้อน จุดเด่นของโปรแกรม คือ อัตราการอยู่ไม่ครบโปรแกรมมีน้อย ทำให้ผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาค่อนข้างดี ระยะเวลาการบำบัดรักษาไม่นานจนเกินไป



จากการศึกษาพบว่าโปรแกรมมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ผู้ป่วยต้องได้รับการจูงใจเพื่อเข้าโปรแกรมในช่วงเริ่มต้น โปรแกรมมีค่าใช้จ่ายมากกว่าการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก โปรแกรมต้องการทีมพหุสาขาวิชาชีพทางจิตวิทยาที่มีทักษะ สถานพยาบาลต้องมีหอผู้ป่วยเฉพาะ ผู้ติดสุราที่มีบุคลิกภาพแปรปรวนหรือโรคจิตเวชที่รุนแรงยังมีผลลัพธ์ที่ไม่ดี การมาเข้าร่วมกลุ่ม recovery group หรือมาติดตามกับแพทย์หลังจากการผ่านโปรแกรม 28 วันยังมีน้อย ต้องใช้วิธีการติดตามผลด้วยรูปแบบอื่นๆ เสริม เป็นต้น ผู้เขียนมีความเห็นว่า สถานพยาบาลที่มีทีมพหุสาขาวิชาชีพทางจิตวิทยา ให้บริการการถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน และมีหอผู้ป่วยเฉพาะทาง สามารถเพิ่มขีดความสามารถในการบำบัดผู้ติดสุราโดยจัดให้มีโปรแกรม PMK Model ได้



unสรุป

สถานพยาบาลควรผสมผสานจิตสังคมบำบัดตลอดทุกช่วงของการบำบัดรักษา ผู้ติดสุราจิตสังคมบำบัดที่ควรเพิ่มขีดความสามารถให้แก่บุคลากรในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ เช่น BI, MI, RP, การให้คำปรึกษารายบุคคล, การให้สุขศึกษา เป็นต้น ส่วนจิตสังคมบำบัดที่ควรเพิ่มขีดความสามารถให้แก่บุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางและมีทักษะอยู่เดิม เช่น CBT เป็นต้น

บุคลากรทางการแพทย์ควรเรียนรู้เกี่ยวกับกลุ่มผู้ติดสุรานินนาม (เอเอ) ส่งเสริมให้เกิดกลุ่มเอเอในสถานพยาบาล ส่งเสริมให้ผู้ติดสุราเข้าร่วมกลุ่มเอเอ ส่งเสริมเครือข่ายกลุ่มเอเอ และนำหลัก 12 ขั้นตอนมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา

สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิของประเทศไทยควรจัดให้มีการบำบัดระยะสั้น (brief therapy) ส่วนสถานพยาบาลที่มีทีมพหุสาขาวิชาชีพทางจิตวิทยาควรเพิ่มขีดความสามารถโดยจัดให้มีการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (outpatient program) ส่วนสถานพยาบาลที่สามารถให้การถอนพิษแบบผู้ป่วยในและมีหอผู้ป่วยเฉพาะทางควรเพิ่มขีดความสามารถโดยจัดให้มีการบำบัดแบบผู้ป่วยใน (inpatient program) ส่วนสถานพยาบาลเฉพาะทางด้านยาเสพติดและจิตเวชควรพัฒนารูปแบบการบำบัดแบบผสมผสาน (integrated treatment) และอาจจัดให้มีโรงพยาบาลกลางวัน (day hospital) หรือการบำบัดในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (residential program) สถานพยาบาลในทุกระดับสามารถจัดให้มีระบบการดูแลรายการณี (case management)

โอกาสในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา เช่น การประยุกต์หลักพุทธศาสนาสำหรับการบำบัดผู้ติดสุรา, การบำบัดที่ช่วยเหลือคู่สมรสหรือญาติของผู้ติดสุรา และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา, CBT และ TSF ที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมและระบบสาธารณสุขไทย, การศึกษาถึงประสิทธิผลต่อค่าใช้จ่ายของจิตสังคม กลุ่มช่วยเหลือตนเองในรูปแบบอื่นๆ, การพัฒนาแนวทางการบำบัดของจิตสังคมที่เหมาะสมกับระบบสาธารณสุขไทย เป็นต้น



เอกสารอ้างอิง

- (1) พันธัณภา กิตติรัตนไพบูลย์, สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, สุนทรี ศรีโกสโย, มธุริน คำวงศ์ปิ่น และ ลัดดาวัลย์ สกฤณา. ภาวะจิตเวชร่วมในผู้เสพแอมเฟตามีนที่เข้าร่วมโปรแกรมบำบัดสารเสพติดในชุมชน (Comorbidity in Amphetamine Users Participating in a Community Addiction Treatment program) ในภาวะโรคร่วมสารเสพติดและโรคจิตเวช, นำเสนอในการประชุมวิชาการ, 24 มีนาคม 2549; 2549.
- (2) อรัญญา แพจัย, นรัญญา ศรีบุรพา. ภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดยาที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดเชียงใหม่. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
- (3) Kessler RC, Crum RM, Warner, et al. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Co-morbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1997;54:313-21.
- (4) Drake RE, Runette MF. Complication of severe mental illness related to alcohol and other drug use disorders. In: Galanter M, editor. Recent advances in Alcoholism Vol.14. Consequences of alcoholism. New York: Plenum; 1998. pp. 285-99.
- (5) Brems; Dewane; Johnson; Neal; Burns. Comparing depressed psychiatric inpatients with and without coexisting substance use disorders. J Dual Diagn 2006;2(4):71-92.
- (6) Jeffrey, Ley, McLaren, Siegfried. Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000;(2).
- (7) Mueser KT, Kavanagh DJ. Treating comorbidity of alcohol problems and psychiatric disorder. In: Heather N, Peters TJ, Stockwell TR, editors. Handbook of alcohol dependence and related problems. Chichester, England: John Wiley & Sons; 2001. pp. 627-47.
- (8) พันธัณภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ หทัยชนนี บุญเจริญ. แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ ในโรงพยาบาลจิตเวช, เชียงใหม่: ไอแอมเอเคในเซอร์แอ็ดเวอร์ไทซิง; 2549.
- (9) กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. คู่มือแนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราในโรงพยาบาลจิตเวช (Clinical Guideline of Alcohol Management in Psychiatric Hospital). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2551.
- (10) โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนนิครินทร์. คู่มือการให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราในโรงพยาบาลจิตเวชแนวเวช โครรา. นครราชสีมา: โรงพยาบาล; 2552.
- (11) ดร.ณิ ภูขาว. รายงานการทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหสุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2547.

- (12) The PARC Comorbidity Project, National Drug Strategy and National Mental Health Strategy, Australia. 2003. Comorbidity of mental disorders and substance use: A Brief guide for the primary care clinician. Canberra. Publications Production Unit (Governance and business Strategy Branch); 2003.
- (13) National Comorbidity Project National Drug Strategy and National Mental Health Strategy, Australia. 2003. Comorbidity of mental disorders and substance use in General Practice. Canberra. Publications Production Unit (Governance and business Strategy Branch); 2003.
- (14) Centre for Addiction and Mental Health, Ministry of Health, Canada. Best Practices: Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders, Ottawa, Ontario, Minister of Public Works and Government Services; 2002.
- (15) Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) Substance Abuse and Mental health Services Administration (SAMHSA). Substance Abuse Treatment for persons with co-occurring Disorders: A Treatment Improvement Protocols (TIP) 42. Retrieved 20 April 2009. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat5.section.74370>.
- (16) Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) SAMHSA's Co-Occurring Center for Excellence (COCE); 2007. Definitions and Terms Relating to Co-Occurring Disorders. COCE Overview Paper 1. DHHS Publication No. (SMA) 07-4163 Rockville,MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration and Center for Mental Health Services. Retrieved 20 December 2008. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat5.section.74370>.
- (17) National Association of State Mental Health Program Directors, National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors National Dialogue on Co-occurring mental health and substance abuse disorders. Washington, DC: National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors; 1998. Retrieved 29 December 2009. Available from http://www.nasadad.org/Departments/Research/Consensus Framework/National_dialogue_on.html
- (18) Walsh. Addiction and Technology– From Sex to Drugs: Considering Evolution and Addiction. *Addiction & the Humanities* 2007;3(4).
- (19) Oxford J. Addiction as excessive appetite. *Addiction* 2001;96:15-31.
- (20) The Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Developing nursing best practice guidelines (BPG); 2007. Retrieved 20 April 2009. Available from: <http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=122&ContentID=2091&SiteNodeID=390>
- (21) NIH Consensus Development Program. (US). How often are the Consensus and State-of-the-Science Statements reviewed?; 2009. Retrieved 18 April 2009. Available from <http://consensus.nih.gov/ABOUTCDP.htm>.
- (22) Mueser, Kavanagh, Brunette. Implications of research on comorbidity for the nature and management of substance misuse. In: Miller P, Kavanagh DJ, editors. *Translation of Addiction Science into practice*. Amsterdam:Elsevier; 2007. pp. 277-320.

- (23) Lewis et al. Fitting in and feeling fine: Conformity and coping motives as mediators of the relationship between social anxiety and problematic drinking. *Psychology of Addictive behaviours* 2008;22(1):58-67.
- (24) Mangold, Sommers, Fargo. Harmful drinking, Depression, and Conduct disorders among females involved in alcohol related motor vehicle crashes: A secondary analysis. *Journal of Addiction Nursing* 2008;19(1):9-15.
- (25) Nery, et al. Temperament and character traits in patients with bipolar disorders and associations with comorbid alcoholism or anxiety disorders. *J Psychiatr Res* 2008;42(7): 569-77.
- (26) Schaffer, Jeglic, Stanley. The relationship between suicidal behaviour, ideation and binge drinking among college students. *Arch Suicide Res* 2008;12(2):124-32.
- (27) Krahn. The relationship of eating disorders and substance abuse. *J Subst Abuse* 1991;3:239-53.
- (28) Bachmann, et al. An integrated treatment program for dually diagnosed patients. *Psychiatry Serv* 1997;48: 314-6.
- (29) Drake, et al. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophr Bull* 1998;24:589-608.
- (30) Sobell, Sobell. Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:573-9.
- (31) Kay-Lambkin, Baker, Lewin. The co-morbidity roundabout: a framework to guide assessment and intervention strategies and engineer change among people with co-morbid problems. *Drug Alcohol Rev* 2004;23:407-23.
- (32) Linehan, et al. Dialectical behavioural therapy for patients with borderline personality disorders and drug dependence. *American Journal of Addiction* 1999;8(4): 279-92.
- (33) Cleminshaw, Shepler, Newman. The Integrated Co-Occurring Treatment (ICT) Model: A Promising Practice for Youth with Mental Health and Substance Abuse Disorders. *Journal* 2005;1(3):85-94.
- (34) Graham, et al. Cognitive Behavioural Integrated Treatment (C-BIT): A treatment manual for substance misuse in people with severe mental health problems. England: John Wiley & Sons; 2004.
- (35) CSAP (The Substance Abuse and Mental Health Services Administration's, Center for Substance Abuse Prevention). Principles of Substance Abuse Prevention; 2001. Retrieved 12 December 2008. Available from: <http://www.samhsa.gov>.
- (36) Skinner, Annis. Crossing the threshold: Factors in self-identification as an alcoholic. *Br J Addict* 1982;71:51-64.
- (37) Barry, et al. Assessment of alcohol and other drug problems in the seriously mentally ill. *Schizophr Bull* 1995;21:315-21.
- (38) Drake, et al. Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1990;16:57-67.
- (39) Teitebaum, Carey. Alcohol assessment in psychiatric patients. *Clin Psychol (New York)* 1996;3(4):323-38.

- (40) Woldford, et al. Evaluation of methods for detecting substance use disorders in persons with severe mental illness. *Psychology of addictive behaviours* 1999;13(4):313-26.
- (41) Rosenberg, et al. Darmouth Assessment of Lifestyle instrument (DALI): A Substance use disorders screen for people with severe mental illness. *Am J Psychiatry* 1998;155(2):232-8.
- (42) Maisto, et al. Use of the AUDIT and the DAST-10 to identify alcohol and drug use disorders among adult with a severe and persistent mental illness. *Psychol Assess* 2000;12(2):186-92.
- (43) Allen, et al. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Clin Exp Res* 1997;21:613-9.
- (44) Cocco, Carey. Psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test in psychiatric outpatients. *Psychol Assess* 1998;10(4):408-14.
- (45) Negrete, et al. The psychiatric Screener: Development and Initial Field Trial. Paper presented at the Conference on Co-Occurring Substance use and mental disorders; 1997.
- (46) Irwin, Penk. Using the PIE system to classify the problems of mentally ill people in recovery from addiction. In: Karls JM, Wandrei KE, editors. *Person in Environment System: The PIE Classification System for social functioning problems*. Washington, DC : NASW Press; 1994.
- (47) Karls, Wandrei, editors. *Person in Environment System: The PIE Classification System for social functioning problems*. Washington, DC : NASW Press; 1994.
- (48) Karls, Wandrei, editors. *PIE manual: Person in Environment System*. Washington, DC: NASW Press; 1994.
- (49) Drake, Mueser, McHugo. Clinician Rating Scale: Alcohol Use Scale (AUS), Drug Use Scale (DUS), and Substance Abuse Treatment Scale (SATS). In: Sederer LI, Dickey B, editors. *Outcome assessment in clinical practice*. Belmont, MA: Williams and Wilkins; 1996.
- (50) Carey. Challenging in assessing substance use patterns in persons with comorbid mental and addictive disorders. In: Onken I, Blane JD, Genser S, Horton AM, editors. *Treatment of drug dependent individuals with comorbid mental disorders*. NIDA Research Monograph 172. NIH Pub.No.97-4172. Washington, D.C.: National Institute on Drug Abuse; 1997:16-32.
- (51) Carey, Correia, Cocco. Reliability and validity of the Addiction Severity index among outpatients with severe mental illness. *Psychol Assess* 1997;9(4):422-8.



Psychosocial Treatment for Alcohol Dependence

**แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษา
ผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.)**

ชั้น 2 อาคารจิตสันติ โรงพยาบาลสวนปรุง
เลขที่ 131 ถ.ช่างหล่อ ต.ทาสยา อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100
โทรศัพท์ 053-280228 ต่อ 236, 525
โทรสาร 053-273201
www.i-mapthailand.org