

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรา ผู้ศึกษาได้ศึกษาดาราวารสาร เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินโครงการ นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุรา

- 1.1 ความหมายของการติดสุรา
- 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับ โรคจิตจากสุรา
- 1.3 การวินิจฉัยโรคจิตจากสุรา
- 1.4 กลุ่มอาการของโรคจิตจากสุรา
- 1.5 หลักการแยกโรค
- 1.6 ปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดโรคจิตจากสุรา
- 1.7 ผลกระทบจากการเสพติดสุรา

2. การพยาบาลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุรา

- 2.1 การพยาบาลผู้เสพติดสุรา
- 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

3. การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

- 3.1 การรักษาด้วยยา
- 3.2 การบำบัดทางจิต

4. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

- 4.1 ความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- 4.3 หลักการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- 4.4 กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- 4.5 วิธีการในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

5. แนวคิดการบำบัดแบบกลุ่ม

- 5.1 ความหมายของกลุ่มบำบัด
- 5.2 องค์ประกอบของกลุ่ม
- 5.3 โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อการดื่มสุรา

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุรา

1.1 ความหมายของการติดสุรา

องค์การอนามัยโลก (ขงยูทช ขจรธรรมและคณะ, 2547) ให้คำนิยามเกี่ยวกับการดื่มสุราว่าเป็นความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีลักษณะของการดื่มสุราในปริมาณ และความถี่มากและดื่มมานานเรื้อรังจนทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ ตลอดจนเศรษฐกิจและการทำหน้าที่ในสังคม

สมาคมจิตแพทย์อเมริกา (American Psychiatric Association, 2000) อธิบายความหมายของการติดสุราว่าเป็นลักษณะของการเสพติด ที่ร่างกายแสดงออกถึงความต้องการเพิ่มปริมาณการดื่มสุราเพื่อให้ได้ผลจากฤทธิ์ของสุรา หรือมีอาการแสดงของการขาดสุรารายใน 24 ชั่วโมง หลังหยุดดื่ม ไม่สามารถลดหรือควบคุมการหยุดดื่มได้ ทำให้มีการดื่มอย่างต่อเนื่องทั้งที่ทราบว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม

การติดสุรา หมายถึงภาวะที่ต้องการหรือต้องพึ่งพาสุรา เพื่อประคับประคองหรือเพื่อช่วยให้ทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ มีความต้องการที่จะดื่มสุราซ้ำแล้วซ้ำอีก เพื่อให้ความรู้สึกดีขึ้นหรือเพื่อลดความรู้สึกที่ไม่ดี (องค์การอนามัยโลก, ค.ศ. 1993 อ้างถึงใน ปรีทรรศ ศิลปกิจ และ คณะ, 2542)

การติดสุรา หมายถึง บุคลิกภาพแปรปรวนที่มีลักษณะเฉพาะ โดยมีการเสพติดหรือการดื่มสุราเป็นอาณัติ หรือเป็นนิสัย (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น, 2546)

กล่าวโดยสรุป การติดสุรา เป็นโรคชนิดหนึ่งที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่ผิดปกติเป็นเวลานาน ไม่สามารถลดหรือควบคุมการหยุดดื่มได้ ทำให้มีการดื่มอย่างต่อเนื่องทั้งที่ทราบว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิต สังคมและเศรษฐกิจ และต้องดื่มสุราเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตอยู่ได้

1.2 แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตจากสุรา

การดื่มสุราจนติด อาจก่อให้เกิดอาการทางจิตเพราะฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดอาการทางจิต ซึ่งเป็นโรคจิตอย่างหนึ่ง ที่เกิดจากพิษของสุรา มักพบได้บ่อยในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลจิตเวช โดยที่ผู้ดื่มจัดเป็นเวลานานและหยุดดื่มทันทีหรือภายใน 48 ชั่วโมง จะเกิดอาการ Alcohol Withdrawal delirium ถ้าหากมีการดื่มสุราต่อ หากไม่ได้รับการรักษาอาจเกิดอาการ delirium Tremens ได้ง่าย (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น, 2546)

โรคจิตจากสุรามีสาเหตุจากการเสพสุราในปริมาณมากและเป็นเวลานาน ซึ่งสุราจัดเป็นเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ที่มีส่วนประกอบของเอทานอล (ethanol) ที่ใช้กันแพร่หลายทั่วโลก

คือ เอทิลแอลกอฮอล์ (ethyl alcohol) ซึ่งอยู่ในรูปของสุรา เบียร์ เป็นสารที่ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง และออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้เกิดอาการมึนเมา (Friedman, Fleming, Roberts, & Hyman, 1996) และการดื่มสุราเป็นระยะเวลานาน ๆ ทำให้เกิดภาวะพิษสุราหรือติดสุราและมีอาการของโรคจิตจากสุรา ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ร้อยละ 43 ของที่ผู้ติดสุราจะมีอาการของโรคจิตจากสุรา (McKenna, 1997 สุภาภรณ์ ศรีตาลอ่อน, 2545)

โรคจิตจากสุรา เป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคที่สัมพันธ์กับการใช้สาร (Substance related disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition [DSM-IV]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1994) โรคจิตจากสุราเกิดขึ้นเนื่องจากการดื่มสุราอย่างผิดปกติ ในปริมาณมากเป็นระยะเวลานานหลายสัปดาห์ หรือหลายเดือน ผู้ป่วยจะมีอาการวิตกกังวล ซึม หงุดหงิดนอนหลับ ๆ ตื่น ๆ และบางรายอาจมีประสาทหลอนซึ่งมีลักษณะไม่เด่นชัดและจะอยู่ไม่นาน และอาจเกิดอาการ Alcohol withdrawal delirium ถ้าหากมีการดื่มสุราต่อและไม่ได้รับการรักษาหรืออาจเกิดอาการ Delirium tremens หรือมีอาการ Alcohol hallucinosis โดยมากเริ่มอาการภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากหยุดดื่มลักษณะอาการเด่นจะเป็นประสาทหลอน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเสียงแว่ว เช่น เสียงนาฬิกา เสียงรถยนต์ เสียงระฆัง เสียงคนพูดกัน หรือพูดข่มขู่ผู้ป่วย และอาจมีอาการแทรกซ้อนทางกายจะมีเหงื่อออกมาก อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และอาจเกิดอาการชักได้ 2-3 วัน หลังการหยุดดื่มสุรา จากการขาดสารแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด ภาวะนี้เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องการการรักษาด่วน ถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจเกิดภาวะสารเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล เกิดภาวะขาดน้ำ (สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2545)

กล่าวโดยสรุป โรคจิตจากสุรา เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่เกิดจากการเสพติดสุราในปริมาณมากและต่อเนื่องเป็นเวลานาน จนมีอาการทางจิต เช่น อาการประสาทหลอน กระวนกระวาย มีความวิตกกังวล เสร้า หงุดหงิด นอนไม่หลับ ฝันร้าย และอาจมีอาการแทรกซ้อนทางกายจะมีเหงื่อออกมาก อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และต้องเข้ารับการรักษาอาการทางจิตหรืออาการของโรคจิตจากสุรา

1.3 การวินิจฉัยโรคจิตจากสุรา

การวินิจฉัยโรคจิตจากสุรา ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorder Fourth Edition [DSM -IV]) และใช้การ code แบบ International Classification Diagnostic, 1999 [ICD-10] ซึ่งให้ความสำคัญของอาการในเวลาช่วงใดก็ตาม ในช่วง

12 เดือนที่ผ่านมา (American Psychiatric Association, 1994) การวินิจฉัยนี้ได้แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

1.3.1 ความผิดปกติของพฤติกรรมเครื่องดื่ม (Alcohol Use Disorders) ซึ่งประกอบไปด้วย F10.1 พฤติกรรมเครื่องดื่มสุราจนเกิดโทษต่อสุขภาพ (Alcohol Abuse) และ F10.2 โรคติดสุรา (Alcohol Dependence)

1.3.2 ความผิดปกติเกิดขึ้นจากผลของสุรา (Alcohol Induced Disorders) ซึ่งประกอบไปด้วย F10.0 ความผิดปกติจากพิษสุรา (Alcohol Intoxication) F10.3 โรคจิตจากสุรา (Alcoholic Psychosis)

ในการศึกษานี้ ผู้เสพติดสุราได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคจิตจากสุรา (Alcoholic Psychosis: F10.3) มีเกณฑ์วินิจฉัยตาม DSM - IV ดังนี้

1) มีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิดที่เด่นชัด
2) มีหลักฐานจากประวัติการตรวจร่างกาย หรือผลทางห้องปฏิบัติการว่า ความผิดปกตินี้เป็นผลโดยตรงด้านสรีระวิทยาจากการดื่มสุราในช่วง 1 เดือน (ให้ระบุว่า อยู่ในช่วงเมาสุรา หรือขาดสุรา)

3) ความผิดปกติไม่ใช่โรคจิตเวชอื่นๆ ได้แก่ มีอาการเกิดก่อนการติดสุรา หรืออาการยังคงอยู่เป็นระยะเวลานาน หลังจากหมดภาวะเมาสุรา หรือมีอาการมากกว่าที่ควรจะเป็นเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณหรือระยะเวลาที่ดื่มสุรา หรือมีหลักฐานอื่นที่ระบุว่า โรคจิตไม่ขึ้นกับการดื่มสุรา

4) ความผิดปกติไม่ได้เกิดในช่วง delirium
โรคจิตที่เกิดจากแอลกอฮอล์ชนิดหลงผิดเด่น (Alcoholic psychotic with delusion) (Alcoholic paranoia) มีอาการหลงผิดเป็นอาการเด่น

โรคจิตที่เกิดจากแอลกอฮอล์ชนิดประสาทหลอนเด่น (Alcoholic psychotic with hallucination) (Alcoholic hallucinosis) มีอาการเด่น คือ ประสาทหลอนอย่างเห็นจริงเห็นจัง และยาวนาน มักเกิดในระยะเวลา 48 ชั่วโมง หลังหยุดหรือลดการดื่มสุรา บางรายอาจมีอาการประสาทหลอนคงอยู่เป็นระยะเวลานานอาการคล้าย schizophrenia พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 4 เท่า อาการนี้จะเกิดขึ้นภายหลังการติดสุราอย่างน้อย 10 ปี

1.4 กลุ่มอาการของโรคจิตจากสุรา

1.4.1 Alcoholic intoxication มีอาการผิดปกติของระบบประสาท พูดไม่ชัด เดินไม่ตรงทาง (Coordination) การประสานงานของกล้ามเนื้อเสียไป ทางด้านอารมณ์ แสดงลักษณะเปลี่ยนแปลง

ง่าย (labile) ฉุนเฉียว (Irritable) และก้าวร้าว (Aggressive) แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม (Maladaptive behaviors) เช่น วิวาท การตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ไม่เหมาะสม พุดจาจวจนชวนหาเรื่อง โดยเฉพาะในคนที่มึลัทธิษณะบุคลิกภาพผิดปกติอยู่แล้วความผิดปกติในภาวะนี้จะยิ่งมีมากขึ้น

1.4.2 ในบางคนที่มีลักษณะ Idiosyncratic intoxication มีความไวต่อพิษสุรามาก แม้ดื่มเพียงเล็กน้อย ก็ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมมาก โดยเฉพาะออกมาทางก้าวร้าว เรียกภาวะนี้ว่า Pathological intoxication มักเกิดในคนอายุค่อนข้างน้อย อาการจะดีขึ้นเมื่อระดับของแอลกอฮอล์ในเลือดลดลง และมักจำเหตุการณ์ที่ทำตอนผิดปกติไม่ได้ ภาวะนี้สังเกตว่าอาจเพราะมีความผิดปกติทางด้านชีวภาพ (Organic defects) ในสมอง ซึ่งอาจจะมีน้อยจนไม่มีอาการอะไรมาแสดงออกเมื่อรับแอลกอฮอล์เข้าไป โดยมีการตรวจพบ Temporal lobe abnormal spikes ในคลื่นสมองขณะมีอาการด้วยในบางราย

1.4.3 Alcoholic withdrawal syndromes เป็นกลุ่มอาการหนึ่งที่ทำให้ผู้เสพติดสุรามักกลัวและไม่กล้างดการดื่มเอง ซึ่งความรุนแรงของ Withdrawal syndrome อาจแบ่งได้เป็น

ขั้นที่ 1 มี Psychomotor agitation, Autonomic hyperactivity, ใจสั่น, ความดันสูง, เหงื่อออก, เบื่ออาหารและนอนไม่หลับ

ขั้นที่ 2 มีประสาทหลอน (ทางหู ตา และผิวหนังสัมผัส) อาจเกิดหลายอย่างพร้อมกันก็ได้ ซึ่งมักทำให้คนไข้ตกใจ อาจหนีทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ บางครั้งพบอาการลิ้มในรายละเอียดที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 มีอาการหลงผิด ไม่รู้เวลาสถานที่ และบุคคล Delirium ซึ่งมักมีอาการรุนแรงเป็นช่วง ๆ โดยเฉพาะเวลากลางคืนมักมีอาการมากกว่ากลางวัน และมีอาการลิ้มตามมา

ขั้นที่ 4 เกิดอาการชักอาการนี้มักเกิดขึ้นภายหลังจากการหยุดดื่ม 3-7 วัน

1.4.4. Delirium tremens (D T.) เป็นภาวะอาการขาดสุราที่รุนแรงที่สุด และต้องรับไว้ในโรงพยาบาลมักพบในคนอายุมากกว่า 30 ปี มีประวัติการดื่มติดต่อกันมา 5-10 ปี เกิดอาการหลังจากหยุดดื่มภายใน 1 สัปดาห์ และที่พบบ่อยที่สุด มักหลังจากการดื่มครั้งสุดท้าย 3 วัน ถ้ามีอาการครบตามขั้นที่ 1-4 ในหัวข้อ 4.3 อาจเรียก Classical Delirium Tremens ข้อบ่งชี้ของการวินิจฉัย คืออาการขาดสุรา กับ Delirium มี Cloudy consciousness มีอาการนอนไม่หลับ การรับรู้ผิดปกติ มีประสาทหลอน หรืออาการหลงผิด มีอาการสั่น (Tremor) และมักมีไข้ อัตราตายจากสภาวะ Delirium tremens ประมาณ 10-15 % ซึ่งมักเกิดจากหัวใจล้มเหลว หรือโรคติดเชื้อ

1.4.5 Alcoholic hallucinosis มักเป็นอาการหูแว่ว แม้จะฟื้นสภาวะขาดสุราเฉียบพลันไปแล้วก็ยังคงเป็นอยู่ ผู้ป่วยมักมีอาการตอบสนองอย่างเหมาะสมกับเนื้อหาของหูแว่วที่ได้ยิน หูแว่วอาจคงอยู่เป็น วัน สัปดาห์ หรือเป็นเดือนๆ มักพบในผู้ป่วยอายุมาก เช่น 40 ปีขึ้นไป มีประวัติดื่มสุราติดต่อกันมานาน มักเกิน 10 ปี และพบในชายมากกว่าหญิง มักพบหูแว่วอย่างเดียว ไม่มีอาการ

ผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยเฉพาะแยกจาก Delirium tremens ได้โดยผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวดี (Clear consciousness)

1.4.6 Alcoholic amnestic syndrome เหมือน Alcoholic hallucinosis มักเกิดในผู้ป่วยอายุกลางคนมีประวัติการดื่มมานานเกิน 10 ปี มีอาการความจำเสื่อมในลักษณะเสียความจำช่วงสั้น ๆ อาการ Amnestic syndrome เชื่อว่าเป็นผลจาก Thiamine (B) deficiency

1.4.7 Wernicke-Korsakoff psychosis-acute wernicke stage ประกอบด้วยอาการ Nystagmus (Ocular disturbance) และ Sixth nerve palsy ร่วมกับ Ataxia และ Confusion อาการ Korsakoff psychosis ประกอบด้วยอาการลืมตามหลัง (Anterograde amnesia) อาจร่วมกับ Confabulation พุดปด เล่าเรื่องที่ผู้ป่วยคิดเอง เพื่อชดเชยเรื่องที่เขาจำไม่ได้

1.5 หลักการแยกโรค

ผู้ป่วยโรคพิษสุรา ควรซักประวัติให้ละเอียด ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย ทั้งในอดีตและปัจจุบัน รายละเอียดในการดื่มสุราตั้งแต่เริ่มแรก ซึ่งจุดสำคัญในการซักประวัติคือการซักประวัติเพื่อให้ได้แบบแผนการดื่มสุราที่ผิดปกติ และระยะเวลาที่มีลักษณะแบบนั้น การตรวจร่างกายโดยครบถ้วนก็สามารถที่จะวินิจฉัยโรคในระยะต่าง ๆ กล่าวคือ ผู้ป่วยในกลุ่มอาการเนื่องจากขาดสุรา (Alcohol withdrawal syndrome)

กลุ่มอาการเนื่องจากขาดสุรา (Alcohol withdrawal syndrome) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลางที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่หยุดดื่มสุรา หรือการลดสุราอย่างกะทันหันหลังจากดื่มสุราในปริมาณมากและติดต่อกันมานานในระยะเวลาหนึ่ง

การเกิดอาการของผู้ป่วยสัมพันธ์กับอัตราการลดลงของปริมาณสุราในร่างกาย ขณะเกิดอาการ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มตามความรุนแรงและช่วงเวลาที่เกิดอาการ

1.51 Uncomplicated alcohol withdrawal อาการที่พบแรกสุดและบ่อยที่สุด ได้แก่ อาการตัวสั่น มือสั่น ร่วมกับอาการหงุดหงิด คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งอาการเหล่านี้มักเกิดหลังจากหยุดดื่มสุราได้ไม่กี่ชั่วโมงพบบ่อย ๆ ว่าจะเป็นในตอนเช้าวันรุ่งขึ้น อาการสั่นนี้จะเห็นได้ชัด อัตราการสั่น 5-7 ครั้งต่อวินาที การสั่นจะมากขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหว หรือเครียด ถ้าให้เหยียดแขนจะยิ่งเห็นได้ชัด อาการอื่น ๆ ที่พบในระยะนี้ได้แก่ อ่อนเพลีย ครั่นเนื้อครั่นตัว ปวดศีรษะ วิดกกังวล ซึม หดหู่ หรือหงุดหงิด นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ และบางรายอาจมีประสาทหลอนซึ่งมีลักษณะไม่เด่นชัดและจะอยู่ไม่นาน และอาการเหล่านี้จะรุนแรงมากที่สุดในช่วง 24-48 ชั่วโมง แล้วค่อยลดลงจนเป็นปกติภายใน 5-7 วันแต่อาจมีหงุดหงิดง่าย นอนไม่ค่อยหลับได้ถึง 10 วัน หรือนานกว่านั้น

1.5.2. Alcohol withdrawal seizure พบว่าร้อยละ 90 เกิดอาการชักในช่วง 7-48 ชั่วโมง หลังจากหยุดดื่มสุรา ลักษณะการชักโดยมากจะเป็น Generalized seizure ซึ่งจะเกิด 2-6 ครั้ง ประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยที่มีอาการชักจะเกิดอาการ Alcohol withdrawal delirium ต่อไป และเมื่อเกิดอาการ Delirium แล้วพบน้อยมากว่าจะเกิดอาการชักขึ้นอีก อาการชักหลังจากหยุดดื่มสุรา นี้ไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรค

1.5.3. Alcohol hallucinosis โดยมากเริ่มอาการภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากหยุดดื่มลักษณะอาการเด่นจะเป็นประสาทหลอน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเสียงแว่ว เช่น เสียงนาฬิกา เสียงรถยนต์ เสียงระฆัง เสียงคนพูดกัน หรือพูดข่มขู่ผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัว กระสับกระส่าย อาการประสาทหลอนชนิดอื่น เช่นภาพหลอนพบได้น้อย ควรแยกอาการ Delirium โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการเพ้อ งุนงง สับสน หรือหลงลืม โดยทั่วไปจะมีอาการอยู่ไม่นาน เป็นเพียงชั่วโมงถึงหลายวัน ซึ่งผู้ป่วยจะค่อย ๆ รู้ตัวว่าเสียงที่ได้ยินนั้นไม่จริง มีอยู่ส่วนน้อยที่อาการไม่หายเป็นปกติ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักมีอาการนานเกินกว่า 6 เดือน

1.5.4. Alcohol withdrawal delirium (Delirium tremens) อาการมักเกิดขึ้นหลังจากหยุดดื่มสุรา ได้ 2-3 วัน และมีความเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วย เช่น อุบัติเหตุ โรคตับ โรคติดเชื้อ

อาการ Delirium มักเริ่มตอนเย็นหรือกลางคืน ผู้ป่วยจะมีอาการสับสน ประสาทหลอนเห็นคนจะมาทำร้าย เห็นตำรวจมาจับ หรือรู้สึกมีอะไรมาไต่ตามตัว บางครั้งมีหูแว่วได้ยินเสียงคนพูด เสียงคนขู่ มีท่าทางหวาดกลัว บางครั้งพูดฟังไม่เข้าใจ ร้องตะโกนหรือหลบซ่อนตัว อาการจะเป็นตลอดทั้งคืน แต่จะทุเลาในช่วงเช้า และปกติดีในตอนบ่าย ซึ่งเป็นการแกว่งไกวของอาการ(Fluctuation) ญาติมักคิดว่าหายดีแล้ว แต่พอตกตอนเย็นผู้ป่วยจะเริ่มกลับมามีอาการอีก

กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเป็นจากการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของสารสื่อประสาทต่าง ๆ ซึ่งอาจแบ่งออกเป็น 2 ระบบใหญ่ ระบบแรกทำหน้าที่ยับยั้ง ซึ่งพบว่ามีการทำงานลดลง โดยมี Gamma Amino Butyric Acid (GABA) และ -2- Adrenergic activity ลดลง ส่วนระบบที่สองทำหน้าที่กระตุ้นนั้นพบว่ามีการทำงานเพิ่มขึ้นซึ่งส่วนที่สำคัญคือ มี N-methyl-D- aspartate activity เพิ่มขึ้นจากการลดลงของ Magnesium ทำให้เกิดภาวะ Hyperexcitability

นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีอาการ Withdrawal อยู่เสมอทำให้บางส่วนของสมองอยู่ในภาวะถูกกระตุ้นอยู่เรื่อย ๆ โดยเฉพาะบริเวณ Limbic ภาวะ Hyperexcitability นี้จะถูกผสมมากขึ้นจนถึงจุดหนึ่งทำให้เกิด Alcohol withdrawal seizure และ Delirium เมื่อผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา

1.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตจากสุรา

โรคจิตจากสุราเป็นผลมาจากการดื่มสุราติดต่อกันมาเป็นเวลานานและดื่มในปริมาณที่เพิ่มขึ้นจนติดสุรา ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการติดสุรา ได้แก่

1.6.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biochemical) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พันธุกรรม ชีวเคมี และการทำงานของสมอง ซึ่งปัจจัยด้านชีวเคมี และการทำงานของสมอง พบว่า สารเอทานอลในสุรา มีฤทธิ์ต่อระบบประสาทที่จำเพาะต่อ Gamma Amino Butyric Acid (GABA) system ทำให้เกิดการเสพติดได้ ส่วนปัจจัยด้านพันธุกรรม พบว่า บุตรที่บิดามารดาติดสุราจะมีอัตราเสี่ยงต่อการติดสุราเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ซึ่งจากการศึกษาความก้าวหน้าของงานวิจัยเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ พบว่า อุบัติการณ์ของการเกิดโรคพิษสุราเรื้อรังของบุคคลในครอบครัวที่พ่อแม่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง จะสูงกว่าครอบครัวที่พ่อแม่ไม่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง 4 เท่า เช่นเดียวกับการศึกษาประวัติของฝาแฝดในครอบครัวของผู้ที่ติดสุรา พบว่า ฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะมีความสัมพันธ์กับการเสพติดสุรามากกว่าฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านพันธุกรรมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในบุตรของผู้ที่บิดามารดาติดสุรา และบุตรของผู้ที่บิดามารดาไม่ติดสุรา โดยแยกบุตรของผู้ที่บิดามารดาติดสุราไปให้ครอบครัวที่ไม่ติดสุราเลี้ยงตั้งแต่เด็ก พบว่าบุตรของครอบครัวที่มีบิดามารดาติดสุรา มีอัตราการติดสุราสูงกว่าบุตรของครอบครัวที่บิดามารดาไม่ติดสุราถึงร้อยละ 52 (Heinz, Wilwer, & Mann, 2003 ; Wong, Maini , Rousset, & Brasic, 2003 อ้างใน พรธรรณิกา แสนปัญญา, 2551)

1.6.2 ปัจจัยทางจิตใจและอารมณ์ (Psycho affective) ปัจจัยทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้เสพ จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้ใช้สุราและสารเสพติดส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีพัฒนาการทางด้านจิตใจ อารมณ์บกพร่อง เป็นผู้มีบุคลิกภาพอ่อนแอ วุฒิภาวะทางอารมณ์ต่ำ ขาดทักษะในการจัดการหรือแก้ไขปัญหาชีวิต เมื่อเผชิญกับภาวะความเครียดจากปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาครอบครัว เพื่อนร่วมงาน การเรียน การเข้าสังคม ซึ่งอาจไม่ใช่ความเครียดที่มากกว่าคนอื่น ๆ แต่เนื่องจากบุคคลนั้นๆ ขาดทักษะในการปรับตัวและแก้ไขปัญหา และมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม โดยใช้สุราช่วยลดความเครียดและผ่อนคลายทางอารมณ์ ช่วยให้ลืมความทุกข์ได้ชั่วคราว การได้รับการเสริมแรงจากความสุขสบายและความเครียดที่ลดลง จึงทำให้บุคคลใช้สุราซ้ำๆจนติด (สุวรรณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

1.6.3 ปัจจัยทางสังคม (Social) สภาพสังคมจัดว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญมากอีกปัจจัยหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดของบุคคลในสังคม ปัจจัยทางสังคมอธิบายว่าพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้จากค่านิยมบรรทัดฐานทางสังคม เช่น การได้เห็นแบบอย่างจากพ่อแม่หรือบุคคลในสังคมที่ใช้สุรกันเป็นประจำ เช่นการใช้สุราเป็นเครื่องรับแขกใช้สุราในการเลี้ยงขอบุคคล

งานทำบุญ งานขึ้นบ้านใหม่ งานศพ หรือดื่มหลังเลิกงานเป็นประเพณีที่ถือปฏิบัติกันอยู่โดยทั่วไป ในชุมชน ทำให้บุคคลจำตัวอย่างที่ผิดๆ (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545) ประกอบกับค่านิยมและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของผู้ชายที่เชื่อว่าผู้ชายตัวจริงต้องดื่มสุรา เพื่อแสดงถึงความเป็นชายชาตรีและยังเชื่อว่าเป็นเครื่องดื่มที่ช่วยสร้างความสนิทสนมกันกับเพื่อน (จะเด็จ เชาววิไล, 2549) บุคคลที่เสพสุราจะอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ครอบครัว หรือกลุ่มเพื่อนที่มีการเสพสุรา และมีทัศนคติที่ดีต่อการเสพสุรา นอกจากนี้การอยู่ในแหล่งที่มีสุรามีจำหน่ายสามารถหาซื้อได้ง่าย (Becker & Shuterland, อ้างถึงใน ปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542) พบว่าการเสพสุรา และการติดสุรามีผลมาจากประสบการณ์ทางสังคมที่เคยได้รับมาก่อน ส่วนทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement theory) (Aker, 1985 อ้างถึงใน พรณิภา แสนปัญญา, 2551) อธิบายถึงเหตุผลของการเสพสุราว่ามีผลมาจากแรงเสริมทางบวกคือ การได้ประโยชน์จากการเสพสุรา ครอบครัว เพื่อนฝูง และสื่อมวลชน เช่น ภาพยนตร์ หรือโฆษณาต่าง ๆ ที่จะช่วยเสริมให้เกิดความคิดที่ว่า การเสพสุราเป็นสิ่งที่คาดหวังไว้ว่าจะทำได้ โดยอาศัยจังหวะเวลา เช่น ในช่วงของการเกิดภาวะวิกฤติ ความเบื่อ และการเฉลิมฉลองทั้งครอบครัวและกลุ่มเพื่อน การเสพสุราทำให้พวกเขาารู้สึกว่าได้รับการยอมรับ และได้รับความสนใจจากบุคคลอื่น

1.7 ผลกระทบจากการเสพติดสุรา

สุรามีผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้เสพ รวมทั้งมีผลกระทบต่อ ภาวะเศรษฐกิจ ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติ ซึ่งกล่าวโดยสรุปได้ดังนี้ (WHO, 2004 ; พิชัย แสงชาญชัย, 2546 ; กรมสุขภาพจิต, 2549)

1.7.1 ผลกระทบต่อตัวบุคคลผู้เสพ สุรามีผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของผู้เสพทั้งเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง

1) ภาวะเฉียบพลันจากแอลกอฮอล์ (Acute alcohol intoxication) ผู้ที่ดื่มสุรามาก ๆ จนภาวะแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดสูง อาจทำให้เป็นพิษต่อร่างกายโดยปรากฏอาการให้เห็น คือ พฤติกรรมเปลี่ยน อารมณ์เปลี่ยน การสังคมเสื่อม บกพร่องต่อหน้าที่การงาน หงุดหงิดง่าย สมาธิสั้น ความคิดความอ่านช้า กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายทำงานไม่ประสานกันทำให้เห็นภาพซ้อน เดินเซ ใบหน้าแดง มีอาการทางกายอื่น ๆ ได้แก่คลื่นไส้ อาเจียน กลืนน้ำลายไม่ได้ ในที่สุดจะหมดความรู้สึกและไม่รู้สึกตัว

2) ภาวะเสพติดแอลกอฮอล์เรื้อรัง ผู้ที่เสพติดแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลาานาน จะมีผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดภาวะขาด วิตามินบี ปลายประสาทอักเสบ เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ขาดสารอาหาร เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคตับแข็ง โรคปอด ทำให้บุคลิกเปลี่ยนไปหลาย ๆ ด้าน และยังเกิดอาการเนื่องจากขาดสุรา (Alcohol withdrawal syndrome) เป็นกลุ่มอาการที่

เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลางที่เกิดขึ้นในผู้ที่หยุดดื่มสุราในปริมาณมากและเป็นระยะเวลานาน หรือการลดสุราอย่างกะทันหันหลังจากดื่มติดต่อกันมานานระยะเวลาหนึ่ง ทำให้มีความเสื่อมทางสมอง ซึ่งทำให้ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน

1.7.2 ผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ จากการศึกษาผลกระทบต่อครอบครัว ครอบครัวที่มีหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้ที่เสพติดสุราจะส่งผลกระทบต่อตรงต่อสมาชิกในครอบครัวได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดความรุนแรงในครอบครัว การทะเลาะวิวาทในครอบครัว การหย่าร้าง ภรรยาต้องเป็นผู้นำครอบครัวแทนสามี การที่ต้องทำหน้าที่หลายบทบาททำให้ทำได้ไม่สมบูรณ์ สุดท้ายจะเกิดความเครียด ความกดดัน ความคับข้องใจ มีความโกรธและมีโอกาสระบายออกกับบุตรได้สูง และจากการศึกษาในบุตรของผู้เสพติดสุราโดยแชลชิน(Chassin et al., 1991 อ้างถึงใน พรธณินภา แสนปัญญา, 2551) พบว่า เด็กที่มีบิดามารดาติดสุราจะมีโอกาสเกิดความผิดปกติด้านอารมณ์เช่นความซึมเศร้า ความวิตกกังวลมากกว่าเด็กทั่วไป และยังพบว่าบุตรของผู้ที่เสพติดสุราที่เป็นชายมีโอกาสจะโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่เสพติดสุรา หรือใช้สุราในการแก้ปัญหา มากกว่าบุตรของบิดามารดาที่ไม่ได้เสพติดสุรา ด้านความรุนแรงต่อเด็ก (Child abuse) ถ้าบิดามารดาติดสุรา จะมีพฤติกรรมทำรุนแรงต่อบุตร ทั้งทางร่างกาย ใจ และทางเพศ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) และจากการศึกษา ยังพบว่าผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ผู้ติดสุราจะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจค่อนข้างมาก เนื่องจากต้องใช้เงินในการซื้อสุรามาดื่มเป็นประจำ จนกลายเป็นคนติดสุรา ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ขาดงานบ่อย หรือตกงาน จนทำให้ไม่สามารถหารายได้มาเลี้ยงดูตนเองหรือครอบครัวได้ ประกอบกับการดำเนินของโรคจิตจากสุรา (Alcoholic Psychosis) เป็นลักษณะโรคเรื้อรัง (Chronic progressive disorder) และจบลงด้วยการป่วยเป็นโรคทางกายแทรกซ้อนที่รุนแรง (พิชัย แสงชาญชัย, 2544) ต้องเสียเงินและเสียเวลาในการรักษาตัว (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2549) และจากการศึกษาถึงผลกระทบของสุราต่อสังคมก่อให้เกิดปัญหาด้านกำลังคน ด้านครอบครัว ด้านอุบัติเหตุ ด้านเศรษฐกิจ และความไม่สงบของสังคม เกิดอาชญากรรม และส่งผลกระทบต่อบุคคลที่อยู่รอบข้าง ขยายขอบเขตเป็นปัญหาสังคมที่กระทบกับบุคคลในสังคม ยังสามารถก่อให้เกิดพิษเกิดโรคอื่น ๆ ตามมา ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น แม้กระทั่งสำหรับผู้ดื่มในปริมาณที่ไม่มากนัก (6-15 มิลลิกรัมต่อซี.ซี) จะมีความรู้สึกระส่ำระสาย ทำให้มีความกล้ามากขึ้น ความสามารถของร่างกายในการใช้วิจารณญาณถึงความถูกต้องของสังคมลดลง ก่อให้เกิดคดีต่าง ๆ ได้ง่าย และยังก่อให้เกิดอุบัติเหตุ (กรมสุขภาพจิต, 2547)

2. การพยาบาลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุรา

2.1 การพยาบาลผู้เสพติดสุรา

การพยาบาลผู้ป่วยติดสุรา เป็นการใฝ่รู้สิ่งยากอย่างหนึ่ง เนื่องจากการพยาบาลที่จะดูแล และให้การพยาบาลเพื่อพัฒนาคนที่เสพติดสุราให้สามารถลด ละสุรา และสามารถอยู่ในสังคมได้ โดยไม่เสพสุราซึ่งแนวคิดการพัฒนาคนกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ต้องแก้ปัญหา 2 อย่าง (พระธรรมปิฎก, 2540 :19) คือ แก่ความคิดของสังคม และแก่ที่ตัวคน

โดยการใช้ทฤษฎีเป็นกรอบในการดูแลแต่ละระบบที่เชื่อมโยงทับซ้อน และซ้อนปมที่ ทำทายในการแก้ปัญหาของผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นการพยาบาล ซึ่งเป็นการดูแลและพัฒนาคนที่เสพสุรา จึงไม่ได้มีความหมายที่ตัวคนที่เสพสุราเพียงอย่างเดียว ทั้งการพยาบาลขณะที่ผู้เสพติดสุราอยู่ที่ โรงพยาบาลแต่รวมถึงเมื่อผู้เสพสุรากลับไปอยู่บ้าน ทำอย่างไรการพยาบาลผู้เสพติดสุราขณะอยู่ โรงพยาบาลจะสามารถแก้ไขที่ตัวคนและแก้ฐานความผิดของสังคมที่อยู่ล้อมรอบตัวคนที่เสพสุรา คนนั้นได้อย่างตรงกับสภาพปัญหาของแต่ละคน

การพยาบาลผู้เสพติดสุรา ผู้ให้การดูแลและการรักษาพยาบาลจึงต้องมีคุณธรรมขั้นพื้นฐาน คือฉันทะ อยากทำให้อะไรดี คือใฝ่รู้และใฝ่ดี ใฝ่สร้างสรรค์ อยากรู้ความจริง อยากทำสิ่งทั้งหลายให้ดี ให้สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยบนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ เป็นผู้นำสังคม เป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ และการพยาบาลผู้เสพติดสุรามีการประเมินเป็น มาตรฐาน มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันพร้อมกับตั้งเกณฑ์ต่างๆที่ผู้ป่วยสามารถบรรลุได้ และรูปแบบ ของการพยาบาลจะต้องมีวิธีการประเมินตนเองในหลายๆมิติ ซึ่งรวมถึงการคงอยู่ของผู้ป่วยและการ เลิกเสพสุราได้

2.1.1 หลักการพยาบาลผู้เสพติดสุรา

กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้พยาบาลประยุกต์ ความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพอย่างมีระบบและต่อเนื่อง เกิด ประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงสุด กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

1) การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment) ประกอบด้วยขั้นตอนย่อยดังนี้

ก. การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล และจะปฏิบัติ อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของพยาบาล เพื่อเป็นประโยชน์ในการ วางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย สภาพผู้ป่วยที่สำคัญๆ ได้แก่ อาการ ขาดยา ภาวะทางสุขภาพร่างกาย ภาวะทางพฤติกรรมอารมณ์ การยอมรับการบำบัด โอกาสในการ ดัดจริต สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการหาย

ข. การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการประเมินสภาพผู้ป่วย และค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย มาจัดให้เป็นระบบเพื่อนำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลโดยทั่วไปจะกระทำไปพร้อม ๆ กับการเก็บข้อมูล ดังกล่าว

2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการประเมินสภาพผู้รับบริการ ซึ่งมีความสำคัญยิ่งต่อการพยาบาล เนื่องจากการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ชัดเจน และเชื่อถือได้ สามารถชี้ให้เห็นทิศทางของการปฏิบัติการพยาบาล เป็นภาวะเสี่ยงและอาจเป็นปัญหา หรือเป็นความเข้มแข็งหรือจุดเด่นของผู้บริการที่ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

การประเมินสภาพทางการพยาบาลผู้เสพติดสุรา เป็นการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพที่ได้จากการบอกเล่า สังเกตและตรวจสอบ เครื่องมือที่ใช้คือการสังเกต การสัมภาษณ์ แหล่งข้อมูลที่สำคัญได้จากผู้ป่วย ญาติพี่น้อง เอกสาร แฟ้มประวัติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินสภาพดังกล่าว พยาบาลต้องใช้ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ทางการพยาบาล ผู้เสพติดสุราเป็นไปอย่างมาก โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นการอธิบายถึงปัญหาความต้องการที่กำลังเกิดขึ้นและภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเป็นสาเหตุ เป็นผลโดยใช้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นพื้นฐานในการคิดพิจารณาแนวทางการพยาบาลที่พยาบาลสามารถกระทำบทบาทของพยาบาลได้

3) การวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) การวางแผนการพยาบาล เป็นการกำหนดโครงสร้างของการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพ การลำดับความสำคัญของปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพมีเป้าหมายในการดูแลช่วยเหลือเลือกสรรวิธีการ หรือกิจกรรมที่ปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีเกณฑ์การตรวจสอบผลของการปฏิบัติ ทุกขั้นตอนที่เกี่ยวข้องอย่างมีเหตุผล เป็นขั้นตอนที่มีความชัดเจน กะทัดรัดเป็นระบบ เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป การวางแผนการพยาบาลเป็นกระบวนการตัดสินใจโดยใช้ความรู้ ความสามารถทางการพยาบาล เพื่อทำความเข้าใจกับแนวทางในการปฏิบัติ ซึ่งเป้าหมายในการวางแผนการพยาบาล คือ ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลช่วยเหลืออย่างมีคุณภาพ และทำให้ผู้รับบริการมีภาวะที่ดีที่สุดตามศักยภาพที่มีอยู่ การวางแผนการพยาบาลนั้น พยาบาลจะต้องพิจารณาปัญหาและความต้องการศักยภาพ และแหล่งช่วยเหลือต่างๆที่ผู้บริการอยู่ คือผู้บริการเป็นศูนย์กลางในการวางแผนการพยาบาล ซึ่งหลักในการวางแผนการพยาบาลพยาบาลต้องกระหนักรถึงหลักในขณะกำหนดแผนการพยาบาลสำหรับผู้รับบริการเสมอ หลักในการวางแผนการพยาบาลคือ ต้องคำนึงถึงขอบข่ายของการปฏิบัติการพยาบาลตามกฎหมาย มีความสอดคล้องกับแผนการรักษาอื่นๆ ของผู้รับบริการทุก ๆ ด้าน ขึ้นอยู่

กับความต้องการและปัญหาของผู้รับบริการในขณะนั้น และสามารถตรวจสอบความก้าวหน้าของการพยาบาลได้อย่างชัดเจน การวางแผนการพยาบาลได้แก่

ก. การประเมินสภาพ เป็นขั้นตอนแรกของการวางแผนการพยาบาล ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล กำหนดปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการโดยนำความรู้ด้านการพยาบาลและวิธีอื่นๆ เป็นแนวทางในการพิจารณา

ข. เขียนรายงานที่เป็นปัญหาต่างๆ ทั้งที่เป็นปัญหาการพยาบาลและของผู้รับบริการ โดยพิจารณาถึงปัญหาที่ก่อให้เกิดความช่วยเหลือโดยทันที ต้องรีบวางแผนและให้การช่วยเหลือ โดยเร่งด่วน ไม่ต้องรอให้เก็บข้อมูลอื่นให้ครบถ้วน

ค. ทำความกระจ่างกับปัญหา เพื่อยืนยันความถูกต้องน่าเชื่อถือโดยพิจารณาว่าปัญหานั้นข้อมูลเพียงพอหรือไม่ที่จะสรุปประเด็นของปัญหาหรือเป็นข้อสงสัยที่ต้องการ เวลา และข้อมูลสนับสนุนต่อไปหรือปัญหาที่เป็นความเสี่ยงหากไม่ได้รับการแก้ไขจะเป็นปัญหาต่อไปในอนาคต

ง. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ร่วมกับผู้รับบริการหรือครอบครัว

จ. จัดลำดับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่กำหนดไว้ ตามความเร่งด่วนของการช่วยเหลือ

ฉ. กำหนดวัตถุประสงค์ที่นำไปสู่เป้าหมายของการพยาบาลโดยกำหนดวัตถุประสงค์ระยะสั้นที่สามารถวัดและตรวจสอบได้ ส่วนวัตถุประสงค์ระยะยาวจะนำไปสู่เป้าหมายในการพัฒนาผู้รับบริการอย่างเต็มศักยภาพของผู้รับบริการแต่ละราย

ช. การกำหนดกิจกรรมของพยาบาลหรือการช่วยเหลือ หมายถึง อธิบายวิธีการพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพทั้งทางร่างกายและสังคม เพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนด การกำหนดกิจกรรมทางการพยาบาล ควรใช้คำกริยาที่สามารถปฏิบัติได้ อาจเรียกกิจกรรมการพยาบาลว่าการเขียนคำสั่งทางการพยาบาล (Nursing Order) และกิจกรรมการพยาบาลควรครอบคลุมทั้ง 4 บทบาทของการพยาบาลคือ การดูแลรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งเสริม และการป้องกัน

ซ. ทำความกระจ่างกับการประเมินผลสำเร็จ ซึ่งผสมการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดหลังการปฏิบัติการพยาบาลแล้วจะเป็นข้อบ่งชี้ว่า ผู้รับบริการพร้อมกลับสู่สังคมได้หรือไม่

การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยสุรา ทำให้พยาบาลมีเป้าหมายในการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการรายบุคคล ลักษณะของแผนการพยาบาลประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาล การกำหนดกิจกรรมทางการพยาบาล การกำหนดหลักเกณฑ์

การประเมิน การวางแผนการพยาบาลที่ดี ต้องให้ผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ใกล้ชิดและนักบำบัดอื่นๆ มีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลนั้น ต้องสอดคล้องกับแผนการรักษาของผู้รับบริการ หลักการวางแผนการพยาบาล คือ การเรียงลำดับความเร่งด่วนของปัญหา เพื่อให้การช่วยเหลือ เน้นการกำหนดเป้าหมาย การพยาบาลที่เป็นไปได้ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

4) การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) การปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล หมายถึง การกระทำต่าง ๆ ที่ต้องใช้การตัดสินใจและทักษะเฉพาะ โดยประยุกต์ความรู้ และหลักการพยาบาลที่เป็นความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมพื้นฐาน โดยมีลักษณะปฏิบัติดังนี้

ก. รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพ ให้ความช่วยเหลือ ประเมินสังเกตอาการให้การพยาบาลและบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องและชัดเจน

ข. ดำรงรักษาสุขภาพที่ดี ส่งเสริมสุขภาพดี และป้องกันการเจ็บป่วย รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนเมื่อเจ็บป่วย และให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เมื่อผู้รับบริการอยู่ในภาวะฉุกเฉินหรือภาวะวิกฤต

ค. แนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ให้คำปรึกษาและกำลังใจในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ

ง. ให้อาและดูแล ตามการรักษาของแพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ

จ. ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคสุรา เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทาง ที่ต้องตัดสินใจจับวามิทักษะเฉพาะ โดยการนำเอาความรู้ด้านต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจ มีความรู้สึกปลอดภัย รวมทั้งสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งปัญหาร่างกาย จิตใจ ครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งปัญหาต่างๆที่ตามมาจากรอคพิษสุรา

5) การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาล การพิจารณาประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ใช้เกณฑ์การประเมินในกรณีที่ไม่เป็นไปตามกำหนด จะต้องค้นว่าเกิดจากสาเหตุใด อาจเก็บรวบรวมข้อมูลไม่ครบถ้วน วิเคราะห์ข้อมูลผิดพลาด การกำหนดวัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมินผลไม่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย หรือไม่ได้นำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติอย่างแท้จริงและต่อเนื่อง จึงต้องค้นหาข้อมูลใหม่ การวิเคราะห์วางแผน นำไปปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลอีกครั้งหนึ่ง

การประเมินผลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล โดยใช้เกณฑ์การประเมินที่ตั้งไว้อาจมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลง และเพิ่มข้อมูลเพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยการประเมินผลร่วมกับนักบำบัดอื่น ๆ รวมทั้งผู้ป่วย และครอบครัว (ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์, อ้างถึงใน บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์, 2545)

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา (กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาแบ่งการให้การพยาบาลเป็น 3 ระยะดังนี้

2.2.1 ระยะแรกเริ่ม (Initial phase) ในช่วง 1-7 วันแรก ผู้ป่วยมีความต้องการระดับมาก (maximum Care)

1) ประเมินความรุนแรงของภาวะขาดสุราโดย

ก. Check v/s ทุก 2 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรก และทุก 4 ชั่วโมง จน Stable และตรวจร่างกายเบื้องต้นเพื่อแยกโรคร่วม

ข. ประเมิน Alcohol withdrawal Scale (AWS) ทุก 2 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรก และทุก ชั่วโมงจนครบ 72 ชั่วโมง (หากคะแนน ≥ 15 ให้ประเมินทุก 30 นาที, คะแนน = 10-14 ให้ประเมินทุก 2 ชั่วโมง คะแนน = 5-9 ให้ประเมินทุก 4 ชั่วโมง คะแนน = 1-4 ให้ประเมินทุก 8 ชั่วโมง จนครบ 5 วัน และประเมินทุก 24 ชั่วโมง จนครบ 7 วัน) หากคะแนน AWS มากกว่า 10 ให้ยา pm ตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์หากอาการไม่ดีขึ้น

ค. ประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยสังเกตจากอาการ เช่น หน้ามืด ตาลาย ใจสั่นหวิว ๆ อ่อนเพลีย เหงื่อออก มือเท้าเย็น อัมภุมิต่ำ ชีพจรเบาเร็ว (หากพบอาการให้ดื่ม น้ำหวาน 250 cc.ทันที) หลังจากนั้นรายงานแพทย์ทราบ

ง. เฝ้าระวังสังเกตอาการจากภาวะแร่ธาตุในเลือดไม่สมดุล เช่น หากโปรตีนซีรัมต่ำ จะมีอาการอ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง ชีพจรเต้นเร็วไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น ให้รายงานแพทย์และให้ยาตามแผนการรักษา เช่น KCL Elixir หรือ ในกรณีโซเดียมต่ำ จะมีอาการเป็นตะคริว กระตุกตามตัว มือแขนขาสั่น เป็นต้น

จ. เฝ้าระวังอาการชักที่เกิดขึ้นใน 24 ชั่วโมงแรก โดยสังเกตจากผล FBS ต่ำ ระยะเวลาที่ขาดแอลกอฮอล์ แร่ธาตุในเลือดที่ไม่สมดุล เป็นต้น รวมทั้งการเฝ้าระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้จากการชัก

ฉ. ประเมินภาวะเสี่ยงจากภาวะความดันโลหิตสูง โดยสังเกตจากอายุ ชีพจร ระยะเวลาที่ขาดแอลกอฮอล์ ระดับความรุนแรง ตลอดจนเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นการแนะนำช่วยเหลือเบื้องต้น และรายงานแพทย์ทราบ

2) เรียกชื่อผู้ป่วยและบอกให้ทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล

3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ บุคคล ฯลฯ

4) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดแบบหนึ่งต่อหนึ่งจนผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

5) Take Lab ตามแผนการรักษาเช่น CBC, VDRL, UA, FBS, BUN, Cr และ รายงานผล Lab คำนวณในกรณีมีความผิดปกติ

6) จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ อากาศถ่ายเทดี แสงสว่างเพียงพอ

7) ดูแลให้ได้สารน้ำ IV fluid ตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวังอาการที่ อาจเกิดขึ้นจากการให้ IV เช่น มีผื่นขึ้น มีไข้ หอบเหนื่อย หนาวสั่น

8) ถ้าค่า BS < 70 mg./dl ดูแลให้น้ำหวาน 250 cc x 4 feeds x 3 days.

9) ดูแลให้ได้ Kcl elixir 30 cc. x 5 feeds ตามแผนการรักษาของแพทย์ (ในกรณีเกิด ภาวะ Electrolyte Imbalance)

10) ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา ตลอดจนการเสริมฤทธิ์ของยาบางตัวที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้

11) ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลให้แก่ผู้ป่วย เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน เปลี่ยนเสื้อผ้า และ เครื่องนอน

2.2.2 ระยะแรกรับ (Interim phase) ในช่วง 8-14 วัน ผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาล ระดับกลาง (Moderate care)

1) สร้างสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ แบบหนึ่งต่อหนึ่งเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายปัญหา ความคับข้องใจและภาวะหวาดระแวงที่ยังมี อยู่ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไร้ค่าความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ด้วยท่าทีแสดงความเข้าใจ ฟังอย่าง ตั้งใจ สะท้อนความรู้สึกและค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม

3) ให้ข้อมูลผู้ป่วยว่าอาการดังกล่าวที่เกิดขึ้น (ข้อ 2) เป็นผลจากภาวะขาดสารที่ ผู้ป่วยใช้ประจำ อาการดังกล่าวจะค่อย ๆ ดีขึ้นเมื่อได้รับการรักษาด้วยยา และกลุ่มกิจกรรมบำบัด ประมาณ 2 สัปดาห์

4) ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจาก การได้ยา พยาบาลให้ข้อมูลและช่วยเหลือเบื้องต้นหลังจากนั้นประสานงานกับเภสัชกรประจำตึก เพื่อประเมินผู้ป่วยและรายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษาที่เหมาะสม

5) เฝ้าระวังอุบัติเหตุหรืออันตรายมิให้เกิดต่อผู้ป่วย บุคคลอื่น สิ่งของโดยตรวจ เยี่ยมผู้ป่วยทุกครั้งถึง 1 ชั่วโมง

ก. จำกัดพฤติกรรมเมื่อผู้ป่วยควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมไม่ได้โดยการผูกมัด และให้ยา pm ตามแผนการรักษาเพื่อให้อาการทางจิตสงบ

- ข. Check v/s ทุก4ชั่วโมงหรือตามความจำเป็น
 - ค. ดูแลให้ได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ
 - ง. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคลต่างๆในรายที่ยังมีอาการสับสน
- 6) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
 - 7) ใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการสื่อสารบอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นทราบ
 - 8) ช่วยเหลือ แนะนำ สอนผู้ป่วย เกี่ยวกับการมีสุขภาพอนามัยโดยเฉพาะด้านความสะอาดร่างกาย การแต่งตัวที่เหมาะสม การมีสมดุลของการมีกิจกรรม เช่น ออกกำลังกาย
 - 9) เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลา สำนวญความเชื่อ ทักษะคติ ต่อการใช้สุรา และสร้างแรงจูงใจ ให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบของสุราและความจำเป็นในการรักษาด้วย BA, BI, MI เมื่อเกิดStage of Change มาใช้ในการสร้างแรงจูงใจและใช้หลักของ CBTเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดในการหยุดหรือลดการดื่มสุรา
 - 10) ประเมินปัญหาครอบครัวและให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหา/Family Therapy
 - 11) ทำจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม ตามสภาพปัญหา
 - 12) จัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยสุราที่กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด/ตึกที่มีพยาบาลประจำการที่มีความรู้ความชำนาญในการทำกลุ่มได้ดี เพื่อสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง และให้ความรู้เกี่ยวกับความคิดที่ทำให้เกิดทุกข์ ตลอดจนการฝึกปรับเปลี่ยนความคิด
 - 13) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองตึดยา โรคร่วม อาการและการรักษา การสังเกตอาการเตือนการกลับไปใช้สุราซ้ำของผู้ป่วยและแนวทางทางการช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติ
- 2.2.3 ระยะเวลาก่อนกลับบ้าน (Pre discharge) ในช่วง 15-30 วัน ผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลระดับน้อย (Minimal care)
- 1) สังเกตความก้าวหน้าของอาการหลังได้รับยาและทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดไประยะหนึ่ง
 - 2) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด กระตุ้นให้พูดระบายปัญหาความคับข้องใจและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย
 - 3) ให้ข้อมูลผลกระทบของสุราต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ครอบครัว ตลอดจนการรักษา และประโยชน์ในการรับประทานตามแผนการรักษา
 - 4) ร่วมกันหาแนวทางในการผ่อนคลายความเครียดและป้องกันการเกิดความเครียด โดยให้ผู้ป่วยบอกวิธีที่เคยใช้ก่อน และพยาบาลเสนอเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาประจำวันออก เช่น การกดจุด

การนวด การเกร็ง-คลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ การฝึกสมาธิ การอ่านหนังสือธรรมะ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น

5) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยถึงความจำเป็นในการรับประทานอย่างต่อเนื่องและการพบแพทย์ตามนัด

6) สอนทักษะการสื่อสารในครอบครัวแก่ผู้ป่วย และครอบครัววิธีการผ่อนคลาย ความเครียด การเผชิญกับความเครียด การจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกทางลบได้อย่างเหมาะสม

7) เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และครอบครัว แนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคม จิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น Hotline คลายเครียดของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และคลินิกให้คำปรึกษา เป็นต้น

8) ประสานงานกับจิตเวชชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสม

3. การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

การบำบัดผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา มีการรักษาหลายรูปแบบ ซึ่งล้วนแต่มีวัตถุประสงค์ ที่จะให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเลิกดื่มสุราได้นานที่สุด การกลับไปดื่มได้ใหม่เกิดขึ้นได้บ่อย จากรายงานการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหลังได้รับการรักษาภายใน 3 เดือนแรก จะกลับไปดื่มใหม่อีก ร้อยละ 50-60 การรักษาด้าผู้ป่วยโรคจิตจากสุราดื่มสุราแบบอันตราย เมื่อหยุดดื่มสุราก็จะมีอาการขาดสุรา หลักการคือ การถอนสุรา หลังจากนั้นจึงจำเป็นต้องฟื้นฟูร่างกาย (Huncet al. 1997 อ้างถึงใน นิमित แก้วอาจ, 2549) และมีการบำบัดรักษาซึ่งพอจะแยกได้ดังนี้

3.1 การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy) จากแนวคิดทฤษฎีทางชีวภาพ เชื่อว่าสุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ Neurotransmitter ในสมองสุรากระตุ้นให้สารสื่อประสาทหลั่งออกมามากกว่าปกติ โดยเฉพาะ Dopamine และมีการยับยั้งการนำสารกลับสู่ที่เก็บสารสื่อประสาท (Reuptake) ซ้ำลง ทำให้สารสื่อประสาทค้างมากขึ้น มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ทำให้เกิดความร่าเริงมากกว่าปกติ บางครั้งอาการทางจิตมี Hallucination, Illusion จึงใช้ยาเข้าไปปรับสมดุลของ Neurotransmitter ให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ดังนั้นการใช้ยาในการรักษา ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการรักษา เช่น เพื่อลดอาการขาดสุรา ลดอาการเมาสุรา เพื่อรักษาโรคทางจิตเวชที่เกิดจากการดื่มสุราและลดการดื่มสุรา ป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

3.2. การบำบัดทางจิต (Psycho Intervention) รูปแบบการรักษาทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา มีหลายรูปแบบ เช่น

3.2.1 การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) เป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ดื่มเกี่ยวกับผลเสียของการดื่มเพื่อสร้างความตระหนักถึงปัญหาที่ถูกมองข้ามและเกิดแรงจูงใจที่จะหยุดหรือลดการดื่ม

ลงโดยใช้เวลาประมาณ 5-10 การให้คำแนะนำแบบสั้น (BA) เหมาะสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพเรื้อรังเนื่องจากการดื่มเป็นประจำมากเกินไป ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous) โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อเมาสุราแล้วจะมีความเสี่ยง ในการเกิดอุบัติเหตุควบคุมตัวเองไม่ได้ ก้าวร้าว มีปัญหาด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม ความสามารถในการทำงานลดลง หรือมีปัญหาด้านสังคม ได้แก่ การทะเลาะกับบุคคลในครอบครัวหรือคนรอบข้าง โดยทั่วไปผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะยังไม่รับรู้ถึงผลเสียของการดื่มหรือยังไม่มีแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัด การให้คำแนะนำแบบสั้น จึงมีความจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในผลกระทบของการดื่ม และตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามมาหากยังไม่เลิกหรือลดการดื่มลง

ขั้นตอนของการในคำแนะนำแบบสั้น ได้แก่ ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (give feedback) การให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลของการดื่มสุราของผู้ป่วย (provide information) การตั้งเป้าหมาย การหยุดดื่มหรือลดการดื่มลง (establish a goal) การให้คำแนะนำ (give advice) และการให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มแบบปลอดภัย (low-risk drinking)

3.2.2 การบำบัดระยะสั้น (Brief Intervention) เป็นการบำบัดผู้ติดสุราชนิดหนึ่งที่น่าให้ ผู้ติดสุราเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ซึ่งใช้เวลาในการบำบัดสั้น 1-3 Session เพียง 2-3 ชั่วโมง ซึ่งมีองค์ประกอบ 7 ประการ คือ ขั้นแรกเริ่มต้นด้วยการประเมิน (Assessment) พฤติกรรมการดื่มสุรา ปัจจัยกระตุ้น สาเหตุการดื่มสุรา ขั้นที่สอง การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) สะท้อนให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงพฤติกรรมตนเองที่ดื่มสุรา หรือผลกระทบต่าง ๆ ขั้นที่สาม ความรับผิดชอบ (Responsibility) ขั้นที่สี่ การแนะนำ (Advice) ถึงแนวทางการเปลี่ยนแปลง ขั้นที่ห้า การให้รายการที่เปลี่ยนแปลง (Menu of Change) ขั้นที่หก ความเข้าใจเห็นใจ (Empathy) ขั้นสุดท้าย การรับรู้ความสามารถ (Self-Efficacy) ซึ่งรวมเรียกว่า A-FRAMES (Deborah & Finfgeld, 1999; Miller & Tonigan, 1993 อ้างใน นิชนันท์ คำล้าน, 2547) พบว่า มีผลดีในระยะยาว เชียรชัย งานทิพย์วัฒนา กล่าวว่า Brief intervention ที่ประสบความสำเร็จมักจะประกอบด้วย การไม่ใช้ยา, การฝึกฝนทักษะ, การวางเงื่อนไข หรือ การทำจิตบำบัด Miller & Brown เชื่อว่า ผลกระทบในลำดับต้น ๆ ที่เกิดขึ้นคือ “แรงจูงใจ หรือความตั้งใจ โดยมันผลักดันให้บุคคลที่อยู่ในขั้นตอน Precontemplate และ ในช่วงต้นของ Contemplate เกิดการตัดสินใจและยึดมั่นกับการเปลี่ยนแปลง เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงแล้ว ส่วนที่เหลืออาจจะอยู่ที่การที่เขาใช้ทักษะของตัวเองในการเปลี่ยนแปลงหรือขอเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง

[http://www.kkdtc.go.th/main/download/nu/motivation%20interview KM.doc](http://www.kkdtc.go.th/main/download/nu/motivation%20interview%20KM.doc) 20/11/2008

3.2.3 ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) เป็นการบำบัดที่เน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไข โดยมี ผู้บำบัดเป็นผู้ช่วยให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ติดสุราและครอบครัว ให้ผู้ติดสุรา

มีกำลังใจ และได้รับการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ถึงอย่างไรก็ตาม การทำครอบครัวบำบัด ผู้รับการบำบัดและครอบครัวต้องยินยอมให้ความช่วยเหลือและยอมรับว่าเป็นปัญหา และมารับการบำบัดทุกครั้งที่นัด จึงทำให้ผู้บำบัดประสบผลสำเร็จได้

3.2.4 กลุ่มบำบัด (Group Therapy) คือการบำบัดด้วยกระบวนการกลุ่ม ที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกันในการดำเนินกลุ่มแต่ละครั้ง ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้ประสานงานที่เอื้อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์กันระหว่างสมาชิก ทำให้เกิดปัจจัยในการบำบัด (Therapeutic Factor) (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2545) เหมาะสำหรับผู้ติดสุราที่มีความบกพร่องทางบุคลิกเล็กน้อยมักใช้ในโรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์บำบัดยาเสพติด

3.2.5 พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) การบำบัดทางพฤติกรรมแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยใช้หลักพฤติกรรมบำบัด ประกอบไปด้วย ครอบครัวบำบัด (Conjoint Therapy) การฝึกทักษะการหางานทำ (Training in the job Finding) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคม นันทนาการ การติดตามการใช้จ่ายเพื่อสุรา เช่น Disulfiram or Antabuse หรือ Calcium carbimide การเข้าชมรมปลอดสุรา (Alcohol social club) การบำบัดด้วยวิธีดังกล่าวได้ผลดี รายงานการติดตามผลหลังการบำบัดด้วยพฤติกรรมบำบัดพบว่า เมื่อติดตามผู้ป่วยระยะเวลา 2 ปี มีผู้ป่วยดื่มสุราน้อยลง ออกนอกบ้านน้อยลง ทำงานมากขึ้น และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ให้การบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัด (Azrin et al., 1986 อ้างถึงใน นิชนันท์ คำล้าน, 2547)

3.2.6 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy : CBT) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ได้พัฒนามาจากแนวคิด การทำความเข้าใจและอธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลของนักวิชาการ กลุ่มพฤติกรรมบำบัด (Behaviorist) โดยให้ความสำคัญเพียงสิ่งกระตุ้นจากภายนอก (External Antecedents) และผลกรรม (Consequences) ที่บุคคลได้รับ ภายหลังจากพฤติกรรมที่ตนได้กระทำเป็นสิ่งที่ส่งผลให้บุคคลนั้น ๆ เรียนรู้และตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ อีก และยังอธิบายถึงความสำคัญของปัจจัยที่เกี่ยวกับกระบวนการคิด ตัดสินใจ สติปัญญาอารมณ์ ที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรม (Beck et al , 1979 อ้างถึงใน นิชนันท์ คำล้าน, 2547)

การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ผู้ศึกษาได้นำความรู้เชิงทฤษฎี เฉพาะสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และศาสตร์สาขาอื่นมาผสมผสานกันให้มีอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลที่อยู่ภายใต้ขอบเขตความรับผิดชอบของวิชาชีพ มีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างอิสระ โดยการประเมิน วินิจฉัยวิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยในแต่ละรายและให้การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย สอนสุขภาพจิตศึกษา และชี้แนะในการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ต้องกลับไปดื่มสุราซ้ำ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและ

ครอบครัวเมื่อมีปัญหาด้านการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา เช่น กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด กลุ่มงานโภชนาการในการเบิกอาหารเฉพาะโรคในผู้ป่วยที่มีผลกระทบด้านร่างกายจากการดื่มสุรา ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ในการวางแผนให้การรักษาคือเนื่อง พัทธ์ศุภสฤษดิ์ผู้ป่วยในการใช้สิทธิการรักษาโดยมีอิสระในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

4. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

4.1 ความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

Aron Beck (1979) กล่าวว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัด ซึ่งลักษณะที่สำคัญคือ เป็นการบำบัดเชิงรุกและมีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (Time-limited) และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน (structured) สามารถใช้บำบัดรักษาโรคทางจิตเวชได้หลากหลาย โดยการบำบัดมีแนวคิดอยู่บนพื้นฐานที่ว่า อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมของคนเราส่วนใหญ่แล้วขึ้นอยู่กับแนวทางการมองโลกของบุคคลนั้น ๆ

Stuart and Laraia (2005) กล่าวว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน มีเป้าหมายในการบำบัดที่ชัดเจน ผู้รับการรักษาจะต้องมีบทบาทในการวางแผนเป้าหมายของการรักษาร่วมไปกับผู้บำบัดด้วย

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย (2549) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy : CBT) หมายถึง จิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีโครงสร้างและมีกระบวนการในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน มีเป้าหมายของการรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ของการบำบัดทางจิตมาทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2549) กล่าวว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการนำกระบวนการทางความคิด พฤติกรรมและความรู้สึกมาประยุกต์ใช้ โดยช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ปรับเปลี่ยนเหตุผลมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์จากเดิมที่เคยบิดเบือน กลายเป็นมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น

โดยสรุป การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม หมายถึง การบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีโครงสร้างมีทิศทางและมีขอบเขตที่ชัดเจน มีการใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมช่วยให้เกิดความคิดที่ถูกต้องเหมาะสมและสามารถปรับตัวสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม แยกออกมาจากพฤติกรรมบำบัดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ เนื่องจากการบำบัดทางความคิดจะจัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในหรือปัญหา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) ซึ่งมีการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้มาใช้ในการจัดการแก้ปัญหาที่เผชิญในชีวิต ได้แก่ 1) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical conditioning) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้พฤติกรรมที่เป็นการตอบสนองทางด้านสรีระวิทยาโดยตรง ไม่สามารถควบคุมบังคับได้ 2) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบจัดกระทำ (Operational conditioning) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมที่อยู่ภายใต้ความควบคุมของจิตใจ 3) ทฤษฎีการเรียนรู้แบบทางสังคม (Social modeling) อธิบายไว้ว่า พฤติกรรมสามารถเรียนรู้ได้โดยอาศัยการสังเกตและการเลียนแบบ 4) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางด้านความคิด (Cognitive theory) Aron Beck เป็นผู้ริเริ่มพัฒนาทฤษฎีทางด้านความคิดและได้นำมาเป็นพื้นฐานของการบำบัดทางความคิด (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2549 ; Stuart and Laraia, 2005)

Aaron Beck เป็นจิตแพทย์ชาวอเมริกัน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญทางจิตวิเคราะห์ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับโครงสร้างของเนื้อหาทางความคิดของคนไข้โรคจิตนั้น จะมีลักษณะที่สม่ำเสมอ และเชื่อมโยงกับลักษณะอาการทางประสาทของคนเรา คนไข้โรคจิตเหล่านั้นมักจะบิดเบือนลักษณะความคิดของตนอย่างเป็นระบบ ซึ่งลักษณะของการบิดเบือนนั้นอาจจะมีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ การอ้างอิงตามใจชอบ การเลือกสรุปข้อมูล การแผ่ขยายความเกินกว่าที่ควรจะเป็น การขยายความเกินกว่าเหตุ และการสรุปความมากเกินไปจนเกินความเป็นจริง ซึ่ง Beck (1963) ได้ศึกษาพบว่าลักษณะของการบิดเบือนเช่นนี้ เป็นลักษณะที่เกิดโดยอัตโนมัติไม่สามารถควบคุมได้ นอกจากนี้ Beck เชื่อว่าความรู้สึกและความคิดนั้นมีความสัมพันธ์กัน และมักจะเสริมแรงซึ่งกันและกัน จึงเป็นผลทำให้เกิดความพหุรื่องทางอารมณ์และความคิดมากยิ่งขึ้น (Beck, 1971)

โครงสร้างทางปัญญาของบุคคลที่ส่งผลต่อกระบวนการคิดของบุคคลนั้น Beck เชื่อว่าได้มาจากขั้นตอนของการพัฒนาการใช้ชีวิตของคนเรา ถ้าเกิดความผิดพลาดขึ้นในช่วงของพัฒนาการนั้น ก็จะทำให้บุคคลเกิดปัญหาทางอารมณ์ขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อโครงสร้างทาง

ปัญญาของบุคคลนั้น และส่งผลต่อการปรับตัวของบุคคลในสังคม บุคคลที่ปรับตัวได้ดีก็จะยอมรับการประเมินของเหตุการณ์ในชีวิตได้อย่างจริงจัง แต่ถ้าปรับตัวไม่ได้ก็จะเป็นผลทำให้บุคคลไม่ยอมรับการประเมินนั้น และจะพยายามบิดเบือนความคิดไปจากความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนความผิดปกติทางจิตของตนนั่นเอง

การบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognition-behavioral therapy) มีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ส่วน คือ

1. การวิเคราะห์ปัจจัยนำที่ทำให้ดัดจริต (Functional analysis) ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์ปัจจัยนำที่ทำให้ดัดจริต ต้องระบุให้ได้ว่าผู้ป่วยคิด รู้สึกและมีพฤติกรรมทั้งก่อนและหลังการใช้สุราอย่างไร การบำบัดในระยะแรก เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ที่ผ่านมาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้บำบัดประเมินปัจจัยนำ หรือสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะนำไปสู่การใช้สุราและทำความเข้าใจในเหตุผลของแต่ละคนที้นำไปสู่การใช้สุรา เช่นการรับมือกับปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประสบการณ์กับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือการไม่มีความสุข การบำบัดในระยะต่อ ๆ มา จะเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ ที้นำไปสู่การใช้สุราที่อาจจะเกิดขึ้นอีก โดยการระบุถึงสถานการณ์เสี่ยงหรือเหตุการณ์ที่แต่ละคนที่ยังไม่สามารถจัดการได้

2. การฝึกทักษะและวิธีการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงอย่างเหมาะสมแทนการดัดจริต โปรแกรมปรับความคิดและพฤติกรรม จะมีการฝึกทักษะเฉพาะบุคคลเพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้จริงในอนาคตเป็นสำคัญ เพื่อช่วยในการเรียนรู้ว่าการใช้สุราเป็นการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้องและเรียนรู้ใหม่ให้มีทักษะใหม่ในการหยุดดัดจริตและการทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (Beck, 1971)

ดังนั้นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่เน้นปัญหาสำคัญ ซึ่งเป็นปัญหาในปัจจุบันที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ มีเป้าหมายในการบำบัดชัดเจน การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม พัฒนามาจากความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมสามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยการจัดการเปลี่ยนความคิดหรือความเชื่อของบุคคลนั้น ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดจากความคิดที่บิดเบือนอาจจะเป็นการมองทางด้านบวกหรือทางด้านลบก็ได้ที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2548) เนื้อหาการบำบัดเน้นที่ ฝึกให้บุคคลมีความสามารถในการใช้ทักษะที่เกี่ยวข้องกับความคิดและทักษะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ในการเผชิญกับปัจจัยเสี่ยง ซึ่งเป็นปัจจัยที่มาจากภายนอกตัวบุคคล และภายในตัวบุคคล ที่เสี่ยงต่อการกลับไปดัดจริตซ้ำ กล่าวถึงผลกระทบที่เกี่ยวเนื่องมาจากการดัดจริต และมุ่งเน้นให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมประเภทแก้ปัญหา (Problem Solving) และการวิเคราะห์ปัจจัยนำที่ทำให้ดัดจริต (Functional analysis) การฝึกทักษะและวิธีการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงอย่างเหมาะสมแทนการดัดจริต ยังเน้นตัวบุคคลในเรื่องความคิดและพฤติกรรม การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมี

หลากหลายวิธีการด้วยกัน บางวิธีมุ่งเน้นที่กระบวนการเรียนรู้ทางความคิด (Cognitive) บางวิธีมุ่งเน้นที่กระบวนการทางพฤติกรรม (Behavioral) (วิมล ลักษณะภิชนชัช, 2547) มุ่งเน้นการเรียนรู้ซึ่งเป็นที่รู้จักคือ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ที่เชื่อว่าการเรียนรู้ของมนุษย์มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไม่ได้ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมหรือปัจจัยภายนอกเพียงอย่างเดียว ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในของบุคคลด้วย นอกจากนี้ยังเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของบุคคล (Self-Efficacy) มีผลต่อการกระทำหรือการแสดงออกของพฤติกรรมได้ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะไม่ท้อถอย และจะประสบผลสำเร็จในที่สุด (Evans, 1986 อ้างใน นิमित แก้วอาจ, 2549)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ของ Beck (Aron Beck, 1979 อ้างถึงใน นิชนันท์ คำล้าน, 2547) ซึ่งเป็นการบำบัดเชิงรุก และมีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (time-limited) และมีรูปแบบ โครงสร้างชัดเจน (structured) และนำเอาประเด็นการศึกษาของ นิชนันท์ คำล้าน (2547) มาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา และนำแนวคิดการบำบัดกลุ่มของ Yalom (Yalom, 1995) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยเน้นผลลัพธ์ที่มีปัจจัยการบำบัดที่เกิดขึ้น มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเกิดแรงจูงใจ ที่จะปรับเปลี่ยนความคิดไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้สำเร็จ (นิชนันท์ คำล้าน, 2547)

4.3 หลักการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีหลักการที่สำคัญดังนี้

4.3.1 การบำบัดมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Totally patient centered) โดยผู้บำบัดจะมองผู้รับการบำบัดว่าเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งประสบหรือเผชิญกับปัญหา มากกว่าที่จะมองว่าเป็นผู้ที่มีพยาธิสภาพหรือเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งมีสาเหตุหรือแรงผลักดันจากที่มาหรือสาเหตุจากแรงผลักดันในจิตไร้สำนึก นักบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมองว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเป็นผลมาจากการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้อง วิธีการแก้ไขจึงมีการตรวจสอบพฤติกรรม แก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น จากแรงผลักดันในระดับจิตไร้สำนึก เพื่อแก้ไขสาเหตุในระดับลึก เช่นเดียวกับทฤษฎีจิตวิเคราะห์

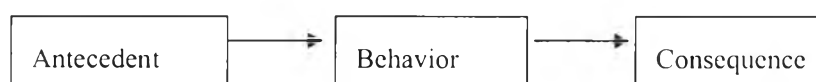
4.3.2 การปฏิบัติมุ่งเน้นความร่วมมือของผู้รับการบำบัดอย่างเต็มที่ (High degree of mutuality) การบำบัดมุ่งเน้นความร่วมมือของผู้รับการบำบัดอย่างแข็งขัน การบำบัดจะมีลักษณะของการร่วมกันค้นหาปัญหา ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมาย และวิธีในการบำบัด รวมถึงการประเมิน

ความก้าวหน้าที่เกิดขึ้น โดยต้องอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่จากผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดจะทำหน้าที่เป็นเพียงผู้ช่วยให้การบำบัดเป็นไปอย่างราบรื่น

4.3.3 ผู้บำบัดจะแสดงออกถึงความจริงใจ ความอบอุ่น ความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ และใช้สัมพันธภาพในการบำบัด อย่างเหมาะสม

4.4 กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กระบวนการในการบำบัดมี 2 ขั้นตอนดังนี้

4.4.1 ขั้นประเมินพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavioral Assessment) การประเมินพฤติกรรมความคิดเป็นกระบวนการบำบัดที่สำคัญที่สุด ในการประเมินผู้รับการบำบัดจะไม่ได้ให้ความสนใจกับบุคลิกภาพของผู้รับการบำบัด กลไกการป้องกันทางจิต หรือกลไกทางจิตใจ แต่จะให้ความสนใจกับพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้รับการบำบัดในส่วนของความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ ของผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดจะทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลการระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและทบทวนจุดแข็งจุดอ่อนในตัวผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดจะต้องประเมินความถี่และความรุนแรงของปัญหาและระยะปัญหาที่เกิดขึ้น โดยอาศัยการวิเคราะห์พฤติกรรมประกอบด้วย สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (Antecedent) พฤติกรรม (Behavior) และผลที่ตามมา (Consequence)



Phases of behavior (Stuart, 1998 อ้างในอรพรรณ ลือบุญวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2548) อีกวิธีหนึ่งในการประเมินประสบการณ์ของบุคคล อาศัยวิธีการประเมินดังนี้

- 1) อารมณ์ (Affective) หมายถึง การตอบสนองด้านความรู้สึก
 - 2) พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่แสดงออกมาให้เห็นได้
 - 3) ความคิด (Cognitive) หมายถึง ความคิดที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์นั้น ๆ
- ส่วนประกอบทั้ง 3 ด้านนี้มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ดังภาพ อารมณ์ ความรู้สึกส่งผลต่อความคิด ความคิดส่งผลต่อการกระทำต่าง ๆ และการกระทำต่าง ๆ ส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึก

4.4.2 ขั้นปฏิบัติการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพอย่างชัดเจนในการบำบัด โดยทั่วไปการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะเน้นการจัดกระทำ 4 ประการดังนี้

- 1) การเพิ่มการมีกิจกรรม (Increasing activity) เน้นการให้ผู้รับการบำบัดเป็นผู้กระทำ

- 2) การลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ (Reducing unwanted behavior) เน้นการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเท่านั้น พฤติกรรมที่ดีไม่จำเป็นต้องจัดกระทำ
- 3) การเพิ่มความพึงพอใจ (Increasing pleasure) การจัดกระทำต้องเกิดจากความพึงพอใจของผู้รับการบำบัด
- 4) การเพิ่มทักษะทางสังคม (Enhancing social skills) เน้นการสร้างเสริมทักษะในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

4.5 วิธีการในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

วิธีการในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีวิธีการดังนี้

4.5.1 วิธีการลดความวิตกกังวล (Anxiety reduction) ในขั้นแรกจะเริ่มต้นที่การจัดความวิตกกังวล โดยการฝึกการผ่อนคลาย ได้แก่การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การใช้จินตนาการภาพ หรือการทำสมาธิ เป็นต้น

4.5.2 วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นใหม่ (Cognitive restructuring) การสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นใหม่ ประกอบด้วย การตรวจสอบความคิดและอารมณ์ความรู้สึก การถามถึงหลักฐาน ยืนยัน การตรวจสอบหาทางเลือกอื่น ๆ การลองให้คาดหวังถึงสถานการณ์ที่รุนแรงที่สุด การเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก และการหยุด

4.5.3 วิธีการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Learning new behavior) เน้นการสร้างพฤติกรรมใหม่ในผู้รับการบำบัดโดยการเลียนแบบ การปรับแต่งพฤติกรรม การให้เบี่ยงพฤติกรรม การแสดงบทบาทสมมุติ การฝึกทักษะทางสังคม และการให้สิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2548)

ดังนั้นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมส่งผลต่อทัศนคติอารมณ์ เป็นการฝึกในการปรับทางด้านอารมณ์ (Affective) ความรู้สึก ซึ่งจะส่งผลต่อความคิด (Cognitive) และพฤติกรรม (Behavior) การบำบัดมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นความร่วมมือของผู้รับการบำบัดอย่างเต็มที่ ระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและทบทวนจุดแข็งจุดอ่อน ร่วมกันค้นหาปัญหา ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมาย และวิธีในการบำบัดมุ่งเน้นให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมประเภทการแก้ปัญหา (Problem solving) และการวิเคราะห์ปัจจัยนำที่ทำให้ดีมีสุรา (Functional analysis) และการฝึกทักษะและวิธีการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงอย่างเหมาะสมแทนการดีมีสุรา ยังเน้นตัวบุคคลในเรื่องความคิดและพฤติกรรม การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีหลากหลายวิธีการด้วยกัน บางวิธีมุ่งเน้นที่กระบวนการเรียนรู้ทางความคิด (Cognitive) และกระบวนการทางพฤติกรรม (Behavioral) เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดจากเห็นผลบวกระยะสั้นของสุรา

กลับมาจนถึงผลกระทบในระยะยาว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดการลด ละ หรือเลิกสุราได้ในที่สุด

5. แนวคิดการบำบัดแบบกลุ่ม

5.1 ความหมายของกลุ่มบำบัด

กลุ่มบำบัด หมายถึง รูปแบบการบำบัดหนึ่ง มีการคัดเลือกสมาชิกเข้ากลุ่ม ดำเนินกลุ่ม โดยผู้นำที่ได้รับการฝึกฝนด้านนี้มาแล้ว มีจุดประสงค์เพื่อ ให้สมาชิกกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการใช้การปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิก ผู้นำกลุ่มเอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่ม แสดงความเห็นแล้กเปลี่ยนประสบการณ์ เสนอแนะวิธีการต่างๆกันเองจนเกิดการเรียนรู้ สามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ ภายใต้บรรยากาศของคนให้เกียรติ ยอมรับ รู้สึกปลอดภัย ไว้วางใจและได้รับกำลังใจ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2545) การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอาศัยประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมกลุ่มหรือสมาชิกกลุ่มและมีการระดมสมองให้เกิดความคิดหลากหลายและนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ ผลที่ได้จะช่วยทั้งในด้านของการสร้างเสริมพลังให้กับผู้ป่วยในระยะที่กลับสู่สังคม เนื่องจากสังคมที่ใกล้ชิดตัวผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น (ปราณีพร บุญเรือง, 2545)

ในการศึกษาบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แนวคิดการบำบัดกลุ่มของ Yalom (Yalom, 1995) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยเน้นผลลัพธ์ที่มีปัจจัยการบำบัด (Curative Factor) ที่เกิดขึ้น เพราะสามารถทำการบำบัดรักษาครั้งเดียวได้หลายคน กลุ่มสามารถทำให้มีพลังในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากขึ้น ซึ่งมีองค์ประกอบของกลุ่มบำบัดดังนี้

5.2 องค์ประกอบของกลุ่ม

5.2.1 ขนาดของกลุ่ม จำนวนสมาชิกที่เหมาะสม 8-12 คน ซึ่งเป็นจำนวนสมาชิกที่สามารถทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ ระหว่างสมาชิกเพียงพอที่จะเป็นพลังของกลุ่ม ถ้าสมาชิกมากเกินไปจะทำให้สมาชิกแต่ละคนมีเวลาน้อยที่จะจัดการกับปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์แสดงอารมณ์และความคิดต่าง ๆ น้อย แต่ถ้าสมาชิกน้อยเกินไป จะทำให้ปฏิสัมพันธ์การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นลดลง

5.2.2 ระยะเวลาความถี่ จำนวนครั้ง ระยะเวลาในการทำกลุ่ม ขึ้นอยู่กับชนิดและวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ที่กำหนดไว้ โดยทั่วไป ระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 1-1 ½ ชั่วโมงถ้าใช้เวลา

มากกว่านี้จะทำให้สมาชิกกล้า ขาดสมาธิ หมดความสนใจ ส่วนความถี่ในการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควรจัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ยกเว้นในกลุ่มประเภทเร่งด่วน ที่จะดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ในระยะเวลาที่จำกัด สัปดาห์หนึ่งอาจพบกันมากกว่า 1 ครั้ง หรือในกลุ่มพัฒนาตนเอง บางประเภท อาจต้องใช้ระยะเวลายาวนาน พบปะกันอย่างต่อเนื่องถึง 24 ชั่วโมง หรือมากกว่านั้น ซึ่งเรียกกลุ่มลักษณะนี้ว่ากลุ่มมาราธอน (Marathon)

5.2.3 การจัดสถานที่ การจัดสถานที่รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพต่างๆ เป็นปัจจัยที่สำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งจะมีผลต่อการปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ภายในกลุ่ม ห้องที่ใช้จัดกลุ่มควรมีขนาดเหมาะสม กว้างพอที่ทำกิจกรรมร่วมกันได้อย่างเหมาะสม บรรยากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่ร้อนจนเกินไป นอกจากนี้ควรคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงออกอย่างเต็มที่ รู้สึกผ่อนคลายและเป็นอิสระ

5.2.4 รูปแบบการจัดที่นั่งควรจัดให้สมาชิกและผู้นำกลุ่มนั่งกันเป็นวงกลม หรือจัดเป็นรูปตัวยูจะทำให้สมาชิกทุกคนมองเห็นกันอย่างทั่วไป ตลอดจนช่วยทำให้สมาชิกรู้สึกว่าคุณนำกลุ่มไม่ได้มีบทบาท อำนาจ เค้นไปจากตน

5.2.5 ลักษณะกลุ่ม โดยทั่วไปลักษณะของกลุ่มมักจำแนกตามการเข้าออกของสมาชิกในกลุ่ม

1) กลุ่มปิด (Closed Group) หมายถึงกลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียวกัน ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งยุติการเข้ากลุ่ม การจัดกลุ่มแบบปิดนี้จะช่วยให้สมาชิกมีการพัฒนาไปตามลำดับอย่างมีประสิทธิภาพ ตามเวลาที่กำหนด และสร้างความรู้สึกร่วมกันอันหนึ่งอันเดียวกันได้เร็ว

2) กลุ่มเปิด (Open Group) หมายถึงกลุ่มที่มีการรับสมาชิกใหม่เข้ามาแทนที่สมาชิกที่ออกไปเป็นระยะ ๆ ซึ่งการมีสมาชิกใหม่เข้าไปในกลุ่มอาจขัดขวางพัฒนาการและกระบวนการกลุ่มได้ จึงมักใช้ในกลุ่มที่ไม่จำเป็นต้องใช้เวลาต่อเนื่อง หรือไม่ต้องใช้ความสัมพันธ์ภายในกลุ่มมากนัก แต่ผู้นำกลุ่มจะต้องใช้ความสำคัญกับการแนะนำสมาชิกใหม่แก่กลุ่ม และเน้นให้สมาชิกใหม่เห็นความสำคัญว่า ตัวเขามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบกลุ่มเช่นเดียวกับสมาชิกเก่าคนอื่น ๆ

5.2.6 ปัจจัยการบำบัด (Curative Factor) Yalom (1995) ได้กล่าวถึงปัจจัยบางประการที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำกลุ่มบำบัด ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงไปตามเป้าหมายของกลุ่มดังนี้ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2545)

- 1) การสร้างความหวัง (Installation of hope) การมีความหวัง การมีความเชื่อมั่นต่อการบำบัดรักษา หวังว่าตนเองจะมีอาการดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจสู้เมื่อเห็นสมาชิกในกลุ่มเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี
- 2) การมีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน (Universality) สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ว่าทุกคนมีปัญหาเหมือนกัน ทำให้รู้สึกว่าตนเองทุกข้ออยู่คนเดียวลดลง รู้สึกว่าตนเองไม่โดดเดี่ยว
- 3) การได้รับข้อมูลข่าวสาร (Imparting of Information) สมาชิกมีโอกาสได้รับฟังคำแนะนำจากคนอื่น และขณะเดียวกันก็มีโอกาสให้ข้อมูลหรือคำแนะนำจากคนอื่นเช่นกัน เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
- 4) ความเกื้อกูล (Altruism) สมาชิกมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อคนอื่น ช่วยเหลือให้กำลังใจกัน สนับสนุนร่วมกันแก้ไขปัญหาให้ผู้อื่น และทำให้ตัวเองรู้สึกมีคุณค่า
- 5) การพัฒนาทักษะทางสังคม (Development of socializing techniques) สมาชิกได้มีโอกาสเรียนรู้ การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมทางสังคม จากการสะท้อนความคิดเห็นของคนอื่น
- 6) การได้ระบายความรู้สึก (Catharsis) สมาชิกได้ระบายความรู้สึกในบรรยากาศของการยอมรับ ทำให้อารมณ์ที่พลุ่งพลาดลดลง สมาชิกมีความสบายใจ มีการพัฒนาด้านอารมณ์และจิตใจไปในทางที่ดีขึ้น
- 7) ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Group cohesiveness) สมาชิกมีความผูกพันกัน มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ความเป็นเจ้าของ มีการเกิดเผยตนเองมากขึ้น
- 8) การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว (The corrective recapitulation of the primary family group) สถานการณ์ในกลุ่มคล้ายกับครอบครัวจึงทำให้สมาชิกนึกถึงความขัดแย้งในครอบครัวของตนเองและแสดงพฤติกรรมแบบเก่าที่เป็นปัญหาออกมาผู้บำบัดให้สมาชิกได้เรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมนั้น ๆ ให้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเป็นการแก้ไขประสบการณ์และพฤติกรรมเดิม
- 9) การเลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior) ในกลุ่มนั้นสมาชิกสามารถเลียนแบบพฤติกรรมทั้งจากสมาชิกด้วยกันเองและจากผู้บำบัดเมื่อสมาชิกประทับใจพฤติกรรมของใครหรือเห็นว่าพฤติกรรมนั้นดีกว่าพฤติกรรมของตนเองสมาชิกก็จะเลียนแบบและนำไปประยุกต์ใช้กับปัญหาของตนบ้าง
- 10) ความจริงอันเป็นสัจธรรม (Existential factors) ในบางครั้งปัญหาที่สมาชิกเผชิญเป็นปัญหาหนักหนาสาหัส เช่นต้องเผชิญกับความรับผิดชอบ การอยู่โดดเดี่ยวหรืออยู่อย่างสิ้นความหมาย กลุ่มจะช่วยให้สมาชิกเรียนรู้ความจริงอันเป็นสัจธรรมหรืออนิจจัง ทุกข์ขัง อนัตตา

สมาชิกเรียกว่าปัญหาบางอย่าง สมาชิกอาจช่วยเหลือกันได้แต่มีปัญหาบางอย่างที่เราต้องเผชิญตามลำพัง ผู้อื่นช่วยไม่ได้การเรียนรู้นี้แม้ว่าจะทำให้อะไรไม่ได้ แต่ก็ช่วยให้สมาชิกยอมรับสภาพและมีความทุกข์น้อยลง

11) การเรียนรู้วิธีที่จะติดต่อ และสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Interpersonal learning) โดยอาศัยกลุ่มเป็นที่ฝึกซ้อม กลุ่มเปรียบเสมือนสังคมจำลอง (Social microcosm) ให้นานพอที่ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้ การค้นหา และการบำบัดแก้ไขพฤติกรรม

ดังนั้นกลุ่มบำบัดจึงมีความสำคัญและเป็นวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิผล คุ่มค่าในการลงทุนในการให้บริการครั้งละหลาย ๆ คน ซึ่งสอดคล้องกับสถานะปัจจุบันที่ยังขาดแคลนผู้บำบัดที่มีความเชี่ยวชาญ การบริการไม่ทั่วถึง จากที่จำนวนผู้รับการบำบัด มีอัตราส่วนที่ไม่สมดุลกับผู้ให้บริการ และปัจจัยบำบัด ยังช่วยให้ผู้บำบัดได้เกิดการเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม เกิดความรู้สึกไม่โดดเดี่ยวหรือเลวร้ายอยู่คนเดียว มีกำลังใจ ได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้ อีกทั้งการทำกลุ่มบำบัด จะทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจในระดับสูงด้วย

5.3 โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อการดื่มสุรา

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินความคิดที่ทำให้ดื่มสุรา โดยผู้ศึกษาใช้แนวคิดการสร้างสัมพันธภาพที่กระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญและเป็นในการสร้างให้เกิดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาและปรับเปลี่ยนแนวคิด และใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งชี้ให้เห็นพฤติกรรมเจ็บป่วยว่ามีผลกระทบต่อครอบครัวการทำงาน ฉะนั้นคนเราจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ต้องรับรู้ว่ามีอันตรายต่อสุขภาพร่างกาย กระทั่งต่อครอบครัวและชุมชน จึงต้องการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงต้องมีการกำหนดเป้าหมาย ทิศทางของการเปลี่ยนแปลง ตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวงมาจากปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และเกิดพฤติกรรม จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปตามผลกรรมที่ได้รับ เมื่อพฤติกรรมมีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวชุมชน จึงเป็นเหตุผลที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับสุราสาเหตุของการติดสุรา ผลกระทบจากการดื่มสุรา ตามทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ศึกษาใช้แนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยซึ่ง ชี้ให้เห็นพฤติกรรมเจ็บป่วยว่ามีผลกระทบต่อครอบครัวการทำงาน ฉะนั้นคนเราจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ ต้องรับรู้ว่ามีอันตรายต่อสุขภาพร่างกาย กระทั่งต่อครอบครัวและชุมชนแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องสุราคืออะไร สาเหตุติดในสุรา สาเหตุของการติดสุรา ภาวะคือยา ความอยาก อาการถอนพิษสุรา

อาการทางจิตจากสุรา ผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต การเผชิญความเครียด และการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มสุรา

กิจกรรมที่ 3 สสำรวจและวิเคราะห์ปัจจัยนำมาสู่การดื่มสุราโดยผู้ศึกษาใช้แนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมปัญญา คำนึงถึงการตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะดำเนินการบางอย่างให้สำเร็จ ด้วยความสามารถ เขาเรียกว่า “เป็นเพราะบุคคลได้รู้ความสามารถของตนเองที่สามารถทำงานได้สำเร็จ” คือการเพิ่มขีดความสามารถ (Self-efficacy) ซึ่งเป็นตัวกำหนดที่สำคัญที่สุดในการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมตามเป้าหมาย ที่กล่าวว่า “พฤติกรรมของบุคคลจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงมาจากผลกระทบของพฤติกรรมและคาดหวังว่าจะเกิดพฤติกรรมอีก” การตั้งเป้าหมายเป็นทิศทางของการเกิดพฤติกรรม การทำสัญญาเงื่อนไข (Contingency contracting) เป็นสิ่งจูงใจให้เกิดพฤติกรรม เทคนิคการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือนำเอาการเสริมแรงบวก (Reinforcement) และการเสริมแรงทางลบ หรือการลงโทษหรือการปรับตนเอง (Punishment) มาวางแผนในการตั้งเป้าหมาย

กิจกรรมที่ 4 ปรับความคิดที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ที่นำไปสู่การดื่มสุรา โดยผู้ศึกษาใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมปัญญา (Social cognitive therapy) การประเมินพฤติกรรม โดยการวิเคราะห์ปัจจัยนำที่ทำให้ดื่มสุรา (Functional analysis) วิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหา เพื่อนำมาประกอบกัน วางแผนปรับความคิด เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กิจกรรมในกลุ่มนี้คือ วิเคราะห์ความคิดที่นำไปสู่การดื่มสุรา มุ่งที่พฤติกรรมและเทคนิคในการปรับพฤติกรรม เช่น การหลีกเลี่ยง (Avoidance) การเปลี่ยนใหม่ (Modification) การทำเหตุการณ์ใหม่ หรือการเปลี่ยนโซ่พฤติกรรม (Chaining chain) การทำเวลาว่างให้แคบลง (Narrowing Intencedence) และโยงสู่การปรับเปลี่ยนความคิด (Restructuring)

กิจกรรมที่ 5-7 การฝึกทักษะการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่สำคัญของแต่ละคน โดยผู้ศึกษาใช้แนวคิด จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมปัญญา ในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางปัญญา (Cognitive Re-structuring) เชื่อว่าอารมณ์หรือพฤติกรรมผิดปกติมาจากความคิดไม่เหมาะสม การแก้ปัญหา โดยการปรับเปลี่ยนความคิด จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จัดกิจกรรมที่ให้สมาชิกปรับความคิดใหม่ ฝึกทักษะและวิธีการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงอย่างเหมาะสมแทนการดื่มสุรา เช่น การคลายเครียดด้วยวิธีอื่นที่ไม่ใช่สุรา การควบคุมตนเอง (Self control) การหยุดความคิด (Thought stopping) การบำบัดแบบกลุ่มควบคุมตนเอง (Self control therapy) ในการกำกับตนเอง (Self regulation) มี 3 กระบวนการคือการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง

กิจกรรมที่ 8 สรุปลักษณะทั้ง 7 กิจกรรมที่ผ่านมา ผู้ศึกษาใช้แนวคิดหลักการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีหลักการมาจากแนวคิดของกลุ่มวิทยาศาสตร์เชิงปัญญา ได้ระบุว่าความคิดเป็นปัจจัยที่สำคัญ ประการหนึ่งที่มีอิทธิพลทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการดื่มสุราและติดสุรา (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) ดังนั้นการที่จะช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงจึงควรช่วยให้คนปรับแก้ที่ความคิดของตนเองมากกว่า การที่จะไปหลีกเลี่ยงกับเหตุการณ์เสี่ยงต่าง ๆ ที่จะทำให้คนแสวงหาการดื่มสุรา ฉะนั้นการที่เปลี่ยนความคิดนั้นต้องมีแผนการปฏิบัติที่จะสนับสนุนการเปลี่ยนความคิดด้วย การปฏิบัติจึงจะเกิดขึ้นได้

ขั้นตอนตามประเมินผล การติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้เสพติดสุราเมื่อจำหน่ายกลับไปบ้านแล้ว ใช้เวลาในการติดตามเยี่ยม 2 ครั้ง คือ 2 สัปดาห์และ 1 เดือนหลังจำหน่ายดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การติดตามประเมินผลหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ผู้ศึกษาแบบสอบถามปริมาณการดื่มสุรา ให้กลับไปด้วยหลังจำหน่าย ให้บันทึกชนิดของสุราและปริมาณการดื่มสุรา ปริมาณครั้งต่อวัน และต่อสัปดาห์ และส่งกลับมาให้ผู้บำบัดเมื่อครบ 2 สัปดาห์ ตามเวลาที่กำหนดไว้ในแบบสอบถาม และส่งกลับมาตามที่อยู่ที่กำหนดให้ไป หรือนำมาให้ผู้ศึกษาเมื่อมาพบแพทย์ตามนัดที่ตึกผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยอยู่ระหว่างทดลองเยี่ยมบ้าน 2 สัปดาห์)

2. การติดตามประเมินผลหลังจำหน่าย 1 เดือน ผู้ศึกษาแบบสอบถามปริมาณการดื่มสุรา ให้กลับไปด้วยหลังจำหน่าย ให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกชนิดของสุราและปริมาณการดื่มสุรา ปริมาณครั้งต่อวัน และต่อสัปดาห์ บันทึกแบบสอบถามต่อหลังจากส่งแบบสอบถามชุดที่ 1 กลับมาให้ผู้บำบัดแล้ว ตามเวลาที่กำหนดไว้ในแบบสอบถาม และส่งกลับมาให้ผู้ศึกษาตามที่อยู่ที่กำหนดให้ไป หรือมาพบผู้ศึกษาเมื่อมารับยาที่ตึกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Burtschedi, et al (2001) ศึกษาอัตราการกลับดื่มซ้ำในผู้ป่วยติดสุราเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก โดยการบำบัดรักษาด้วยพฤติกรรมบำบัด 2 รูปแบบคือ ฝึกทักษะการแก้ปัญหา และการบำบัดทางความคิด เปรียบเทียบกับการบำบัดประคับประคอง กลุ่มเป้าหมาย 120 คน เป็นผู้ป่วยติดสุราเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก บำบัดรักษาทุกสัปดาห์เป็นเวลา 26 สัปดาห์ ๆ ละครั้ง ติดตามผลทุก 6 เดือน ภายใน 2 ปี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยติดสุราที่บำบัดด้วยพฤติกรรมบำบัดมีอัตราออกจากโปรแกรม

น้อยกว่าการบำบัดแบบประคับประคอง และมีอัตราการเลิกดื่มสุราที่สูงกว่าซึ่งแสดงให้เห็นว่าการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมด้วยการฝึกทักษะการแก้ปัญหาและการบำบัดทางความคิดสามารถบำบัดผู้ป่วยติดสุราในแผนกผู้ป่วยนอกให้เลิกดื่มสุราได้นานขึ้น

Monti et al. (1990 cited in Landy, 1996) ศึกษาผู้ป่วยชายที่ติดสุราเรื้อรังจำนวน 69 คนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในชั้นถอนพิษยา 28 วัน แบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวิเทอเรนส์ ได้ศึกษาผลของการฝึกทักษะใน 3 โปรแกรม คือ 1) กลุ่มฝึกทักษะการสื่อสารภายในกลุ่มผู้ป่วย 2) การฝึกทักษะการสื่อสารกับครอบครัวหรือการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมกับผู้อื่น และ 3) โปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญาเป็นกลุ่มบริหารอารมณ์ โดยสุ่มเข้าแต่ละโปรแกรม ผลการทดลองพบว่าผู้ป่วยติดสุราเรื้อรังที่ได้รับการฝึกทักษะการสื่อสารภายในกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มฝึกทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นหรือการฝึกปรับพฤติกรรมทางปัญญา โดยการฝึกบริหารอารมณ์เมื่อติดตามผลหลังการบำบัดรักษาในเวลา 6 เดือน พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ดื่มสุราลดลงในทุกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ แต่น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึก โดยการบริหารอารมณ์ แต่อย่างไรก็ตาม Monti ให้ข้อเสนอแนะว่าทั้ง 3 กลุ่ม ให้ผลทางบวกทั้งหมด จึงควรมีการส่งเสริมการฝึกทักษะเหล่านี้ เนื่องจากผลการฝึกยังช่วยในเรื่องของการตอบสนองต่อการกลับไปเสพซ้ำและเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการดื่มสุรา

งานวิจัยในประเทศไทย

ครุณี ภู่งาม (2545) ได้พัฒนาโปรแกรมการรักษาผู้ติดสุรา ให้เข้ากับสภาพสังคมไทย เพื่อใช้ในการให้บริการผู้ป่วยด้วยโรคพิษจากสุราและโรคพิษสุราเรื้อรัง เป็นวิจัยเชิงทดลองชนิด Clinical randomized control trial ใช้กรอบแนวคิดที่เน้นการปรับพฤติกรรมความคิดและพฤติกรรม โดยใช้หลักพุทธศาสนาาร่วมด้วย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยใน ที่เข้ารับการถอนพิษสุราที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี ในระหว่างเดือนสิงหาคม 2545 ถึงเดือน กรกฎาคม 2546 ใช้โปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่ม กลุ่มละ 6 - 8 คน บำบัด 5 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง สิ้นสุดภายใน 1 สัปดาห์ การติดตามผล 3 ครั้ง ห่างกัน 2 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เมื่อติดตามผล 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีทักษะด้านความคิดเพิ่มขึ้นร้อยละ 85 มีทักษะการใช้พฤติกรรมในการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุราร้อยละ 13.3

นิชนันท์ คำล้าน (2547) ศึกษาโครงการอิสระการใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุรา กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยติดสุราที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน 2547 จำนวน 20 คน โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดที่เน้นการปรับพฤติกรรมความคิดและพฤติกรรม ของ ครุณี ภู่งาม (2545) มาใช้ในการศึกษา ดำเนินกลุ่มบำบัด 5 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง สิ้นสุดใน 1 สัปดาห์ เนื้อหาการ

บำบัดประกอบด้วยการเพิ่มแรงจูงใจในการลด เลิกการดื่มสุรา การวิเคราะห์องค์ประกอบการดื่มสุรา การปรับพฤติกรรม การปรับความคิด และการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา มีการติดตามผลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์, 1 เดือนและ 2 เดือน พบว่าผู้ติดสุราจำนวน 9 ราย จาก 20 รายไม่ดื่มสุราตลอดระยะเวลาการติดตาม และจำนวน 11 ราย มีการดื่มสุราน้อยลงกว่าก่อนได้รับการบำบัดแต่ไม่เกินมาตรฐาน

นิมิต แก้วอาจ (2549) ศึกษาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยที่เสพสุราในโรงพยาบาลจิตเวชกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพสุรา (F10) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน โดยนำเอาประเด็นการศึกษาของ นิชนันท์ คำล้าน (2547) มาประยุกต์ใช้และเพิ่มขั้นตอนการให้ความรู้แก่ครอบครัวหรือผู้ดูแล ดำเนินการกลุ่ม 5 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมงในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ประเด็นเนื้อหาเป็นเรื่องของการวิเคราะห์จากองค์ประกอบของการดื่มสุรา ผลกระทบจากการดื่มสุรา การประเมินความสามารถของตนเองการตั้งเป้าหมายในการลด เลิกดื่มสุรา การปรับความคิด ผูกทักษะการเรียนรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองและความคิดที่ไม่เหมาะสมการเสริมแรงทางบวกการปรับพฤติกรรม การวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่ม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 14 คน ไม่ดื่มสุราตลอดระยะเวลาการศึกษาและมีจำนวน 7 คน ลดปริมาณการดื่มสุรา และอีก 1 คน เพิ่มปริมาณการดื่มสุรา ตลอดระยะเวลาการศึกษา

สุนันทา ปลั่งกลาง (2550) ศึกษาผลการบำบัดผู้ป่วยติดสุราโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอันตรายจากการดื่มสุรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่บำบัดที่ศูนย์บำบัดยาเสพติดขอนแก่น อายุตั้งแต่ 17 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรม และจิตเวชที่รุนแรง จำนวน 30 ราย โดยนำเอาประเด็นการศึกษาของ นิชนันท์ คำล้าน (2547) มาประยุกต์ใช้โปรแกรมบำบัดประกอบด้วย การบำบัดในคืนผู้ป่วยใน 1 เดือน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง กิจกรรม 6 ครั้ง ๆ ละ 1 ½ -2 ชั่วโมง และติดตามผลหลังจำหน่าย 3 เดือน เดือนแรกนัด 2 ครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ เดือนที่ 2 1 ครั้ง และเดือนที่ 3 1 ครั้ง ผลการบำบัดเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 พบว่ามีผู้ป่วยติดสุรา สามารถหยุดดื่มสุราได้ 40% ดื่มลดลง 10% กลับมาดื่มซ้ำ 16.67% และไม่สามารถติดตามผลได้ 33.33%

ผู้ศึกษาจึงสนใจและนำเอาผลการศึกษาของ นิชนันท์ คำล้าน (2547) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยพัฒนาโปรแกรมและเนื้อหาให้กระชับ เข้าใจง่าย มีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมในแต่ละครั้งให้สอดคล้องกับปัญหาและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ดังนี้คือ การที่ปรับความคิดของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา จากการศึกษาถึงผลบวกระยะสั้นของการดื่มสุรา คือ รู้สึกพึงพอใจ มีความสงบสุข และรู้สึกผ่อนคลายในขณะที่ดื่มสุรา ประทับใจถึงผลกระทบระยะยาวของสุราที่มีต่อตนเอง โดยมีเนื้อหาที่เกี่ยวกับการสำรวจความเชื่อมั่น การตั้งเป้าหมาย (Setting goal) การวิเคราะห์

องค์ประกอบการดื่มสุรา (Function analysis) การสะท้อนถึงผลกระทบของการดื่มสุรา การเสริมแรง (Reinforcement) การให้คำสัญญา (Commitment) การปรับโครงสร้างความคิด (Re-structuring) การปรับพฤติกรรม และการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรดื่มสุรา และเพิ่มกิจกรรมที่ 5-7 การฝึกทักษะการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่สำคัญของแต่ละคน ซึ่งการฝึกทักษะซ้ำ ๆ เป็นการเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาได้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) รวมกิจกรรมในการบำบัดครั้งนี้ 8 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกลุ่มครั้งละประมาณ 1-1 ½ ชั่วโมง ซึ่ง นิชนันท์ คำล้าน, 2547 ใช้เวลาในการดำเนินกลุ่มครั้งละ 2 ชั่วโมง ซึ่งถ้าใช้เวลานานจะทำให้สมาชิกล่าช้าสมาธิ หหมดความสนใจ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2545) และการศึกษาครั้งนี้ใช้เวลาในการติดตามประเมินผล 2 ครั้ง คือ 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน หลังจำหน่าย

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1.การสร้างสัมพันธภาพ(ใช้เทคนิคการสอนผู้ป่วย)

กิจกรรมที่ 1. การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินพฤติกรรมความคิดที่ทำให้ดื่มสุรา บอกวัตถุประสงค์ของการบำบัด ส่งเสริมให้บอกเป้าหมายชีวิต ส่งเสริมแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา

ขั้นตอนที่ 2.การดำเนินการ(ใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิดและการบำบัดทางพฤติกรรม)

กิจกรรมที่ 2.ให้ความรู้เกี่ยวกับสุรา สาเหตุของการติดสุรา ผลกระทบจากดื่มสุรา

กิจกรรมที่ 3. สสำรวจและวิเคราะห์ปัจจัยนำที่นำมาสู่การดื่มสุรา

กิจกรรมที่ 4. ปรับแก้ความคิดที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงที่นำไปสู่การดื่มสุรา

กิจกรรมที่ 5-7 ฝึกทักษะการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่สำคัญของแต่ละคน

ขั้นตอนที่ 3. การสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม

กิจกรรมที่ 8.ประเมินผลและยุติโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การดื่ม
สุรา