

บทความวิชาการ ความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

เพ็ญพิศตร์ ดารากร ณ ออยุธยา ศศ.ม. (Penpuik darakorn na ayuthaya, MA)*

สุราถือเป็นสารเสพติดที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อใช้ไปนานจะเกิดการเสพติดทำให้ต้องใช้อยู่เรื่อยๆ การเสพสุรา (alcohol use disorders : AUD) หมายถึง ความผิดปกติในแง่ของการดื่มสุรา มีผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ การงานและสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง ผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชร่วมกัน ส่วนใหญ่เริ่มดื่มสุราเมื่ออายุน้อย ดื่มตามเพื่อน หรือคนในครอบครัวส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มสุรา บางครั้งการดื่มช่วยให้เข้าสังคมได้ดีขึ้น จึงเป็นเหตุให้ดื่มติดต่อกันมาจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยบางรายมีโรคร่วมทางจิตเกิดขึ้นก่อนที่จะดื่มสุรา บางคนเป็นโรคซึมเศร้าและมาดื่มสุราเพื่อช่วยบรรเทาอาการเศร้า (มธุรดา สุวรรณโพธิ์, 2551) บางรายดื่มมานานและเกิดอาการทางจิตตามมา ผู้ป่วยหลายรายพยายามจะเลิกดื่มสุราด้วยเหตุผลหลายอย่างของตนเอง เช่นสุขภาพที่เริ่มแย่ลง โรคร่วมทางจิตที่กำเริบบ่อยขึ้น มีปัญหาครอบครัว การทำงาน และถูกมองจากสังคมว่าเป็นคนขี้เมา การบำบัดสุรามีหลายวิธี เช่นการรักษาด้วยยา การบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งจะสร้างความร่วมมือในการรักษา บทความนี้มาจากการถอดบทเรียนผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช โดยกำหนดหัวข้อเรื่องสาเหตุการดื่ม ผลกระทบที่ได้รับจากการดื่ม ปัญหาอุปสรรคในการเลิก

และวิธีการเลิกสุราที่ได้ผล เพื่อให้พยาบาลและบุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยสุรา เกิดความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นและวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

1. สาเหตุการดื่มสุรา และการดื่มซ้ำ

สาเหตุสำคัญของการดื่มและการดื่มซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช มีดังนี้ คือ

1.1 ดื่มตั้งแต่อายุน้อยจนติด

การเริ่มต้นดื่มสุราเมื่ออายุน้อย มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดสุราได้มากกว่าคนที่เริ่มดื่มเมื่ออายุมาก (Heinz and Wong, 2003) สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า

“ตั้งแต่อายุ 12 ปี กินคอกเทล เทียวคลับ เชน ก็เที่ยวมาเรื่อยๆ โตมาก็ทำงานทำร้านอาหารก็อยู่ในวงเวียนเลยไม่ได้เลิก มากินหนัก ”

“ดื่มตั้งแต่เป็นนักเรียน ดื่มมาเรื่อยๆ ดื่มมากขึ้นช่วงทำงาน”

1.2 ดื่มสุราเพื่อบรรเทาความเครียดหรืออาการทางจิต เนื่องจากรับประทานยาทางจิตเวชไม่ต่อเนื่อง

ปัญหาชีวิตหรือความผิดหวังอย่างหนักจนกลไกการแก้ปัญหาทางจิตใจบกพร่องร่วมกับอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อแก่การใช้สุรา/สารเสพติดมาก ทั้งนี้การดื่มสุราจะรบกวนกลไก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
e-mail: sawity@gmail.com

ทางจิตต่อสู่กับการเจ็บป่วยทางจิตเวช และเป็นตัวกระตุ้นหรือเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตเวชอื่นๆ จากการที่สุรามีผลต่อ Dopamine และ Serotonin คือทำให้เคลิบเคลิ้ม (Euphoria) และมีความอยากดื่ม (Craving) ดังนั้นบุคคลจึงดื่มสุราซ้ำๆ เพื่อให้ได้รับความสุข ดังกล่าว ขณะเดียวกันผลของการดื่มสุราจะช่วยลดความวิตกกังวลและทุกข์ เศร้าหมอง ขณะที่หยุดดื่มก็ทำให้มีอาการขาด เช่น ทุกข์ใจ อารมณ์ซึมเศร้า ก็จะกลับมาอีกทำให้บุคคลกลับไปดื่มซ้ำจนทำให้เกิดติดสุรา (Heinz and Wong, 2003) ดังคำกล่าวที่ว่า

“ขาดยา นอนไม่หลับเมื่อดื่มสุรา ก็จะทำให้หลับ”

“ที่นี้กินจนต้องเข้าโรงพยาบาลเพราะกินมากไม่กินยาหมอม เพี้ยนหนัก พุดคนเดียว ไม่นอน หูแว่วเสียงคนขู่จะฆ่า พี่สาวจึงพามาโรงพยาบาลอีก”

“เข้าบำบัด 2 ครั้ง ครั้งแรกออกไปอดได้ไม่นาน เครียด ก็กลับไปดื่มซ้ำอีกจนต้องเข้าบำบัดใหม่”

1.3 ดื่มเพื่อเข้าสังคม / ดื่มเพราะความว่าง ความเหงา

ลักษณะด้อยที่ชัดเจนของผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม คือ การคิดและความจำเสื่อมลง (Cognitive impairment), การดำรงอยู่ในสังคมแย่ลง (Impairment in social functioning) (Twamley et al., 2003) และ แรงจูงใจในการเลิกลดลง (Reduced motivation) (DiClemente et al., 2008) ดังนั้นการเข้าร่วมสังคม หรือเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อนเพื่อให้เกิดการยอมรับได้นั้นจึงเป็นสิ่งจูงใจให้ผู้ป่วยดื่มสุรา

“เพื่อนชวน 4-5 คน กินกันอาทิตย์ละ 3 ครั้ง สุกร์ เสาร์ อาทิตย์ ดื่มได้ไม่เป็นไร 3 คนกินเป็นลัง คอแข็ง ไม่มีใครยอมใคร”

“ต้องคุยเรื่องงาน ดื่มทั้งวันตั้งแต่เช้าตกเย็นดื่มกับผู้จัดการเพราะดื่มเพื่อเพิ่มความกล้า เวลาคุย เจ้านายก็สนับสนุนให้ดื่ม เพราะเข้ากับลูกค้าได้ดี”

“ดื่มตามเพื่อน ดื่มเพราะต้องเข้าสังคม คิดมากเรื่องไม่มีอย่างคนอื่นเขา”

“อยู่คนเดียว เหงา จึงดื่มสุราเป็นเพื่อน”

“มีเวลาว่างมากขึ้น มีลูกน้องบ้าง เลิกงานก็ตั้งวง หลังๆว่างมากขึ้น ดื่มไปทุกวันๆ ตกเย็นทุกวัน”

1.4 บุคลิกภาพอ่อนแอ วุฒิภาวะทางอารมณ์ต่ำ ขาดทักษะในการจัดการหรือแก้ไขปัญหาชีวิต

สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2545) กล่าวว่า ส่วนใหญ่ผู้ที่มีบุคลิกภาพอ่อนแอ วุฒิภาวะทางอารมณ์ต่ำ ขาดทักษะในการจัดการหรือแก้ไขปัญหาชีวิต เมื่อเผชิญกับภาวะความเครียดจากปัญหาต่างๆ มีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม โดยใช้สุราช่วยลดความเครียดและผ่อนคลายทางอารมณ์ ช่วยให้อิ่มความทุกข์ได้ชั่วคราว และดื่มซ้ำๆ จนติดในที่สุด

“เวลาเครียด ไม่รู้ว่าจะระบายอย่างไรไหนจะเรื่องงาน เรื่องเงิน เมียด่า กลุ้มใจไปหมดเลยกินเหล้าเพื่อให้สบายใจ”

“บางครั้งนี่ก็อยากจะตายไปเสียเมื่อคิดถึงความล้มเหลวในการทำงาน ไม่ได้รับโปรโมทจากหัวหน้า แต่อีกใจก็แค้น อยากจะเอาปืนยิงหัวหน้าไปซะ”

1.5 สูญเสียหน้าที่การงาน

Giupponi และคณะ (2010) ทำการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ชัดเจนระหว่างการฆ่าตัวตายสำเร็จกับตำแหน่งงานที่ไม่มั่นคง ผลการศึกษาบ่งชี้ว่ามีความจำเป็นที่ต้องประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ที่ใช้สุรา โดยเฉพาะถ้ามีปัญหาทางเศรษฐกิจสังคมร่วมด้วย เช่น ผู้ที่มีการศึกษาน้อยและผู้ที่เป็นลูกจ้างที่มีตำแหน่งไม่มั่นคง ซึ่งภาวะปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมนั่นเองจะเป็นปัจจัยสำคัญซึ่งทำให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายมากขึ้น และมีการดื่มสุราเพิ่มขึ้น (บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, 2552) ดังคำพูดที่ว่า

“การดื่มเหล้า ทำให้ผมเสียการทำงาน การกินเหล้าทำให้ไม่ได้รับการเลื่อนขั้น รุ่งเรืองที่มาทีหลังได้รับการเลื่อนขั้นกันหมด เหลือผมอยู่คนเดียว”

“เมาทำงานไม่ได้ ไม่สนใจงาน งานเสียหายเขาลูกจ้างรายได้ไม่มี”

1.6 ปัญหาครอบครัว

Gelder และคณะ(2001) เมื่อมีการทะเลาะวิวาทและมีการใช้ความรุนแรงของพ่อแม่หรือผู้ปกครองที่ดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้บรรยากาศในบ้านเป็นอันตรายต่อเด็กและทำให้ขาดการทำหน้าที่เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูก สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิชัย โปษยะจินดา และอาภาศิริวงศ์ ณ ออยุธยา (2545) พบว่าประชากรในกรณีศึกษาที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ มีโอกาสที่จะเกิดปัญหาทะเลาะวิวาทและทำร้ายร่างกายกับทั้งคนในบ้านและคนนอกบ้าน ได้มากกว่าผู้ดื่มเป็นครั้งคราว

“ลูกเมียรับไม่ไหว ถึงขนาดเมียเก็บเสื้อผ้าหนี เขาหนีไป 1 ปี กลับมาแล้วหนีอีก

ครั้งนี้”

“ทะเลาะกับแฟนบ่อยๆ ไม่สนใจครอบครัวเอาแต่กินเหล้า จนเขาขอเลิก ”

2. ตัวอย่างโรคจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วยสุรา

2.1 โรคซึมเศร้า และการดื่มสุรา “เครียด เบื่อ เหนง ดื่มให้หายเศร้า”

ผู้ดื่มสุรามักพบปัญหาโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยที่สุด (Hausmann, 2002; Harris and Edlund, 2005) นำไปสู่ใช้สารเสพติดนั้นเพื่อบรรเทาอารมณ์ที่ไม่สบายใจ ลดความวิตกกังวลประหม่าในการเข้าสังคม และเป็นวิธีการแสวงหาความสุขสบายใจอย่างหนึ่ง (Hoff and Rosenheck, 1998) ผลของสุราทำให้ระดับสาร serotonin และ norepinephrine ในสมองต่ำลงซึ่งมีผลต่อการรักษาระดับอารมณ์ปกติของมนุษย์ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าเช่นกัน (Samantha, 2008)

สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดื่มสุรา

1. ปัจจัยทางด้านสารสื่อประสาท (neurochemical factor)

ทั้งนี้จากการทดลองการขาดซีโรโตนิน หรือ นอร์อิพิเนฟรินทำให้สมองไม่ได้รับการกระตุ้นจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

“ดื่มหนักๆ 5 ปีมานี้กินเกือบทุกวัน ช่วงหลังเครียดหมอบอกเป็นโรคซึมเศร้า โรคสารเคมีในสมอง”

2. ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม (genetic factor)

มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคพิษสุรากับพันธุกรรม พบว่าเด็กที่พ่อ

แม่ติดสุรามีการเกิดอัตราการติดสุราสูงเช่นกัน การมีพ่อหรือแม่ที่ติดสุราจะทำให้เด็กนั้นติดสุราได้มากกว่าเด็กที่มีพ่อหรือแม่บุญธรรมที่ติดสุรา (Soyka, 1996)

“พ่อกินเหล้าตั้งแต่ผมเด็กๆ แต่ผมไม่ค่อยรู้เรื่องเขาหรอก เห็นเขากินมาอย่างนั้น ลูกกับพี่ก็กิน”

3. ปัจจัยทางด้านทฤษฎีการเรียนรู้ (Social learning theories factor)

ทฤษฎีการเรียนรู้จากสังคม กล่าวคือ การดื่มสุราของเด็กเกิดจากการเลียนแบบพ่อแม่และเพื่อนที่ดื่มสุราหรือเซลประสาทกระจกเงา (mirror neuron) ครอบครัวยุคที่มีปัญหาการดื่มยิ่งส่งผลให้เด็กมีการดื่มสุรา (Duncan, Duncan and Strycker, 2006)

“เริ่มดื่มอายุประมาณ 15-16 ปี เพื่อนชวนแต่พ่อแม่ไม่ได้ทำอะไร เพราะที่บ้านก็ดื่มทุกคน”

“เริ่มดื่มเพราะเพื่อนชวน พ่อแม่ไม่ห้าม เขาว่าเป็นผู้ชายกินเหล้าได้ ที่บ้านพ่อ พี่ๆกินกัน ทำงานได้ไม่เห็นเป็นอะไร”

2.2 การพยายามฆ่าตัวตายของผู้มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา

พฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญในผู้ที่ติดสุรา (Roy and Janal, 2007) มีการศึกษาพบว่าผู้ดื่มสุราที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย (Borges et.al., 2000) และมีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายนั้นมีความเสี่ยงของปัญหาที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lamis et.al., 2006; Ganz and Sher, 2009)

สาเหตุการฆ่าตัวตายในผู้มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา

1. ภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ทั้งสามภาวะนี้ พบว่าการใช้แอลกอฮอล์ ในวัยรุ่นทำให้โอกาสเกิดโรคติดสุราและภาวะซึมเศร้าที่พยายาม หรือฆ่าตัวตายสำเร็จบ่อยครั้ง มีความรุนแรงหันหลังเล่นที่สูงอย่างมีนัยสำคัญ ร่วมกับมีปัจจัยเสริมมาจากทักษะการแก้ปัญหาที่ไม่ดีซึ่งมักพบในผู้ดื่มสุรา (Ganz and Sher, 2009)

“ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า พี่ชายพามาบำบัดที่ร.พ.สวนปรุง รักษาครั้งที่ 1 หลังจำหน่ายไปได้ระยะหนึ่งไปดื่มสุราต่อ ดื่มหนักจนเป็นหนี้สิน เคยพยายามฆ่าตัวตายด้วยการกินยาเกินขนาด และต้องเข้าบำบัดอีกเป็นครั้งที่ 2 ด้วยอาการประสาทหลอน”

“ดื่มมานานเกิดอาการเบื่อหน่าย ท้อแท้ นอนไม่หลับ มารักษาพยาบาลไปครั้งเดียวไม่มารับยาต่อ จากคิดว่าหายดีแล้ว หลังจากนั้นดื่มต่อ ผมคิดว่าไม่ได้เป็นเพราะเหล้า ก่อนเข้ารับการรักษาครั้งที่ 5 ได้ทำร้ายตนเอง 5 ครั้งโดยวิธีกินยาที่ได้จากร.พ.รวบกินทีเดียวประมาณ 100 เม็ด 2 ครั้ง ใช้ไฟฟ้าช็อต ขับรถมอเตอร์ไซด์ชนเสาไฟฟ้า ครั้งสุดท้าย กินยาฆ่าแมลง และทุกครั้งที่ลงมือจะเมาสุราทุกครั้ง”

2. การตีตรา และการถูกละเลยทอดทิ้งจากสังคม

ความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้นอาจเกิดตามหลังการถอนตัวทางสังคม (social withdraw) การพึ่งพิงของพันธะทางสังคม การให้ความสำคัญทางสังคมที่น้อยลง พบว่าการสูญเสียความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพิ่มความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น

“สังครรอบข้างมองว่าเราเป็น
ซีเห่ล่า ไปสมัครงานที่ไหนไม่มีใครรับ ว่าเรา
ซีเห่ล่า คิดว่าเราไม่มีค่าคิดฆ่าตัวตาย 2 ครั้ง
ไม่สำเร็จ”

“ผมดื่มหนักขึ้นเรื่อย ๆ เกิดการ
ทะเลาะเบาะแว้ง ทำงานไม่ได้ ลูกเมียรับไม่ไหว
เขาหนีไป 1 ปี กลับมาแล้วหนีอีก ครั้งนี้ ทำให้
ผมเสียใจมากกินยามาฆ่าตัวตายแต่ลูกสาวพาไป
โรงพยาบาล ล้างท้องทันที”

2.3 โรคจิตเภทและปัญหาดื่มสุรา “กินเหล้าจนเป็นบ้า”

ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อใช้สุรา สารเสพติด
ชนิดต่างๆ มีผลทำให้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลง
การทำงานและเกิดอาการทางจิตเพิ่มขึ้นทำให้
ประสิทธิภาพในการรักษาต่ำ (Green et al.,
2007) มีอาการทางจิตแย่ลงหลังใช้สารเสพติด
รวมทั้งมีภาวะไร้บ้าน และมีอัตราการป่วยซ้ำ
และกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูง (Swartz,
Swanson and Wagner, 2006)

“ดื่มมา 30 ปี หมอที่นี้บอกเป็น
โรคจิตเภท กินยามากหน่อย และหมอสั่งห้ามกิน
เหล้าเด็ดขาด และต้องกินยาต่อเนื่อง ช่วงที่ขาด
ยาจะไม่อยากคุยกับใคร เดินไปเรื่อยๆ ไม่มีจุด
หมาย บางครั้งมีเสียงหูแว่วมีคนมาชวนคุย คิดว่า
ตนเองมีกระแสจิตติดต่อกับผู้อื่นได้”

2.4 โรคอารมณ์แปรปรวน และปัญหา การดื่มสุรา “เมาแล้ว ทะเลาะวิวาท”

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนที่มี
การเสพแอลกอฮอล์ร่วมด้วยมีการทุเลาหรือ
หายจากอาการป่วยซ้ำกว่าปกติ อาการกำเริบบ่อย
ขึ้น ความรุนแรงของอาการและระยะเวลาการ
แสดงอาการนานขึ้น มีอัตราการเข้ารับการรักษา

ในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น และทำให้ความร่วมมือ
ในการรักษาลดลง เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าจะ
นำไปสู่ใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการเครียด ลดความ
เบื่อหน่าย (มธุรดา สุวรรณโพธิ์, 2551)

“ดื่มมานาน 7 ปี มีปัญหาเรื่อง
อารมณ์ โรค Bipolar ช่วงที่มีอารมณ์เศร้าจะ
ทรมาณมาก เมื่อดื่มสุราจะมีปัญหาชกต่อยกับ
ผู้อื่นตลอดเวลาเมา และขาดยา”

3. สาเหตุที่ผู้ป่วยจิตเวชอยากเลิก

3.1 สมรรถภาพร่างกายเสื่อมถอย กลัวเสียชีวิต

ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการ
รับรู้ความรุนแรงของโรคจากการดื่มสุรา มีความ
สัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราส่วนการมี
วุฒิภาวะมากขึ้น มีทั้งในลักษณะของอายุที่มาก
ขึ้นและความคิด ความรู้สึกที่พัฒนาขึ้นจากเดิม
(นิศานารถ โชคเกิด, 2545) ผลด้านลบได้แก่
สุขภาพทรุดโทรม เกิดอุบัติเหตุมีพฤติกรรมที่
ไม่เหมาะสม และเห็นตัวอย่างโทษที่เกิดจากสุรา
ซึ่งการดื่มสุราเป็นระยะเวลานานๆจะทำให้ติด
ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ลดการควบคุมตัวเอง
ทำให้แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (McKinley,
2005)

“ต้องเข้ามาบำบัดเพราะมีโรคตับ
อ่อนอีกเสบ เกร็ดเลือดต่ำมาก หมอให้รักษา
อาการหนักขึ้นทำอะไรไม่ค่อยถูก หงุดหงิด มี
ความคิดกระแวง นอนไม่หลับ กลางคืนเดินใจลอย
คิดว่าสมองเสื่อม จำอะไรไม่ค่อยได้ หลงๆลืมๆ
เป็นมากขึ้นเรื่อยจนต้องพบหมอกินยา”

“ผมเลิกเพราะกลัวอาการผมจะ
ทรุดไปกว่านี้”

“เห็นเพื่อนกินเหล้าแล้วอาเจียน

เป็นเลือดตาย กลัวตายเป็นอย่างเขาเลยตัดสินใจเล็ก”

3.2 อาการทางจิตกำเริบ

ผู้ป่วยจิตเวชเมื่อใช้สุราและสารเสพติดนานๆมีผลทำให้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานและเกิดอาการทางจิตเพิ่มขึ้น (Swartz, et al., 2006) ประสิทธิภาพในการรักษาต่ำ (Green et al., 2007)

“คิดได้ว่าที่ต้องป่วยทางจิตซ้ำๆ เกิดจากการดื่มเหล้า ทำให้คิดว่าตนเองต้องเล็ก”

“ช่วงดื่มหนักๆ ขาดยาด้วย ตอนนั้นเพี้ยน เริ่มมีอาการ เหมือนจะวิ่งไปดูอะไรสักอย่างทีสะใภ้มาด่า เราเลยรู้ตัว ยืนเป็นชั่วโมงเลย แต่เราคิดว่าแค่ 1 นาที จนเขาต้องเรียกรถตำรวจ มาลากเราไปโรงพยาบาล มารักษาที่นั่นหยุดได้ 1-2 เดือน แอบกินก็เป็นอีกครั้งที่รถ เอาหินไปขวาด”

3.3 ครอบครัวไม่มีความสุข

สิ่งที่ทำให้ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดสามารถเลิกดื่มสุราได้ คือ การตั้งเป้าหมายของชีวิต บุคคลส่วนใหญ่หวังที่จะให้ตนเองมีความสุขที่ดีขึ้น ต่อจากนั้นก็คิดถึงคนอื่น โดยเฉพาะคนในครอบครัว (กมลรัตน์ จิตติชัยโรจน์, 2547)

“ภรรยาขอหย่า โดยยื่นคำขาดว่า ให้เลือกว่าระหว่างเหล้ากับภรรยา จึงเลิกดื่ม”

“อยู่คนเดียว จิตได้สำนึกคิดได้ว่า เรามีลูก 2 คน ต้องรับผิดชอบ ลูกต้องเรียน ต้องมีอนาคต”

“เลิกเพราะลูกสาวโตขึ้นเขาอายุเพื่อนๆ ที่มีพ่อขี้เหล้าและขอร้องให้เลิกจึงเข้ามารักษาที่พระศรีฯ”

“เก็บเงินให้ลูกเรียน ลูกโตขึ้นทุกวันหากดื่มแต่เหล้าอนาคตครอบครัวจะ

ไม่เหลืออะไร”

3.4 ไม่สามารถทำงานได้ “กลัวตกงาน”

ผู้ป่วยบางราย เมื่อใช้สุราและสารเสพติด ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตมากขึ้นจนนำไปสู่การป่วยซ้ำและการด้อยประสิทธิภาพในการทำงานและการปรับตัว มีภาวะไร้บ้านและกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูง (Green et al., 2007)

“ถูกหัวหน้าบังคับ เข้าบำบัดครั้งที่ 3 ร่างกายเริ่มแยลงจึงร่วมมือในการรักษาโดยไม่ต่อต้านอีกหลังจำหน่ายยังคงดื่มต่อ จนสุดท้ายผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้เขียนใบลาออก “ถ้าดื่มอีกจะให้ออกจากงาน”

3.5 สังคมไม่ให้การยอมรับ “คนขี้เหล้า”

แรงบันดาลใจอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดยาต้องการเลิกยา คือ ต้องการเอาชนะคำสบประมาทและการดูถูกดูแคลนจากผู้อื่น คำสบประมาทและการดูถูกดูแคลนจากผู้อื่นนับเป็นแรงสนับสนุนทางหนึ่ง (สุนิรัตน์ บริพันธ์ และศรีพรรณ สว่างวงศ์, 2544) ผู้ป่วยสุราจะมีแรงบันดาลใจคือความต้องการเอาชนะคำดูถูกของผู้อื่น เป็นความคิดที่พบได้บ่อยว่าหากตนเลิกดื่มเหล้าได้คนอื่นก็จะเลิกมาด่าว่าดูถูกตน (ภาวดี โตะท่าโรง, ประภา ลิ้มประสูติและ ชมนาดวรรณพรศิริ, 2551)

“สังคมรอบข้างมองว่าเราเป็นขี้เหล้า เรากินเหล้าแล้วเหนื่อย ทำงานไม่ได้ ทำอะไรไปไม่รู้เรื่อง ความเชื่อถือลดลง”

“ดื่มมากขึ้น ดื่มตั้งแต่ตอนเช้าทำงานแยลง ต้องเขียนคำขี้แจงบ่อยครั้ง “มันมองไม่เห็น”

3.6 เคารพและศรัทธาในตัวผู้บำบัด และสถานบำบัด

“มีครั้งหนึ่งได้พบกับพยาบาลชื่อ พี่ตุ๋ ได้ขอให้ไปคุยกับผู้ป่วยในตึกฝ้ายคำ (ตึกผู้ป่วยแอลกอฮอล์) ในกลุ่มมีสมาชิก 8 คน ในการทำกลุ่มครั้งนั้น เหมือนเป็นการสะท้อนภาพของตนเอง และสายตาของคนในกลุ่มชื่นชม ทำให้เกิดการเห็นคุณค่าของตัวเอง จึงได้ตัดสินใจเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง”

“กลับมาเพื่อกินเหล้าและต้องเข้าโรงพยาบาลอีกหรือชีวิตมีแค่นี้หรือ” จึงตัดสินใจเข้าบำบัดอย่างจริงจัง เพราะเคารพและศรัทธาในตัวแพทย์ปริทรรศ ที่ทำให้ตนคิดได้และเลิกดื่มสุราได้”

4. ตัวกระตุ้น สถานการณ์เสี่ยงและอุปสรรคในการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเวช

4.1 ความผิดปกติทางจิตและอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเวช

ปัจจัยทางด้านอารมณ์ผู้ติดสุราจะมีอารมณ์แปรปรวนได้ง่ายเช่น วิตกกังวล โกรธ หงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า มีปัญหาการนอนหลับ เมื่อหน้าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ ขาดความยับยั้งใจและควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพิง (dependence personality) และผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial) มีแนวโน้มที่จะใช้แอลกอฮอล์มาก

“ครั้งแรกก็คิดอยากจะทำกินแต่คิดไปคิดมา จะดีไหม มันกินนอนไม่หลับ คนเคยกินเหล้าถ้ากินสักหน่อยมันจะหลับ”

4.2 ขาดแรงจูงใจในการเลิกสุราอย่างแท้จริง

ผู้ป่วยมีความตั้งใจและมีแรงจูงใจ

ในการเลิกสุรา แต่อาการของโรคจิตเวชที่พบร่วมด้วยจะทำให้ปัญหาต่างๆเพิ่มทวีคูณขึ้น โอกาสกลับดื่มซ้ำสูง เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคจิตเวชร่วมที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือได้รับการรักษาเช่น ผู้ติดสุราที่ต้องการมาบำบัดเพื่อหยุดสุรา หลังรับการบำบัดแล้วก็กลับไปดื่มซ้ำเรื่อยๆที่ผู้ป่วยมีความตั้งใจและมีแรงจูงใจ ในการเลิกสุรา เมื่อสำรวจหาปัญหาอื่นที่พบร่วมกลับพบว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคจิตเวชที่พบร่วมด้วยจะทำให้ปัญหาต่างๆเพิ่มทวีคูณขึ้น โอกาสกลับดื่มซ้ำสูง

“ตัวเองใจยังคิดไม่ได้” จึงมาปรึกษา ไปงั้นๆ ถ้าไม่มีแรงใจจริงๆไม่เลิกหรอกครับ”

ไม่สามารถอดทนต่ออาการถอนพิษสุราได้ “แพ้ใจตัวเอง ใจอ่อน” การที่บุคคลไม่สามารถเปลี่ยนแปลงการดื่มแอลกอฮอล์ได้มีปัจจัยหลายอย่างได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย เช่น อาการอยากยา เป็นอาการที่ผู้ติดสุราไม่สามารถทนใจแข็งที่จะปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ เพราะอาการอยากเป็นความต้องการด้านจิตใจที่เกิด จากความคิดและความเชื่อที่ว่าถ้าได้ดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้รู้สึกหายเหนื่อย หายปวดเมื่อย และคลายความเครียด (นิชนันท์ คำล้าน, 2547)

“ช่วงเลิกใหม่ๆ หงุดหงิดมาก เพราะอยากเหล้า เลิกได้ 3 วันทนไม่ไหวกินต่อกินหนักกว่าเก่า กินแล้วมันสบายใจหายเครียด หายหงุดหงิด”

“ตอนเลิกกินใหม่ๆ หักดิบเอา เราก็อยากเลิก พอไปเจอในวงเหล้า เราก็เป่ กินต่อมันเปรี้ยวปาก”

ขาดการตระหนักถึงผลเสียของการดื่มสุรา Becker (1974) เชื่อว่าการปฏิบัติตัว

ของมนุษย์มีอิทธิพลมาจากความเชื่อด้านสุขภาพ คือความคิดที่จะเลิกดื่มแอลกอฮอล์หรือหลีกเลี่ยงการเป็นโรคเพื่อสุขภาพของตนเองโดยผ่านการรับรู้ 4 ด้านได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การเลิกดื่มแอลกอฮอล์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์

“ไม่เห็นความสำคัญของการเลิกดื่ม จนเมื่อคิดได้ก็ตั้งใจเลิกได้”

“กินนิดๆหน่อยๆ ก็เจริญอาหาร ก็กินมาเรื่อย มาสุดท้ายก็คิดไปแล้ว คนเขาเตือนก็ไม่เชื่อแต่พอลองเลิกเหล้าตอนเข้าพรรษา

4.3 ครอบครัวไม่ให้อำนาจใจ การพูดจาถากถาง

พิทักษ์ สุริยะใจและคณะ (2550) ศึกษา การสนับสนุนทางสังคมกับการหยุด ดื่มของผู้ติด สุราพบว่า สมาชิกในครอบครัวคือผู้ที่มีบทบาทหลักในการสนับสนุนให้ผู้ติดสุราหยุดดื่ม โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์ ตัวผู้ดื่มเองเองรับรู้ได้ว่ายินดี ได้รับกำลังใจ เป็นห่วงหวังเดือน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดสุราหยุดดื่มได้นานขึ้น

“หลังจำหน่ายวันแรกถูกพี่สาว ด่าว่า ให้เสียใจ จึงดื่มต่อตั้งแต่วันแรก ทานยาเป็น บางครั้งแต่ดื่มสุราตลอด

“ขาดกำลังใจจากคนรอบข้าง จากครอบครัว”

4.4 ดื่มตามเพื่อนหรือเพื่อนชวน

หลังจากที่เลิกดื่มสุราแล้วไม่ค่อยมีเพื่อน เจอหน้าก็ไม่ค่อยทักทายกันเหมือนเก่า ทำตัวเหินห่างรู้สึกไม่สนุกเหมือนก่อน ซึ่งความ

รู้สึกเช่นนี้จะค่อยๆสร้างปัญหาในอนาคต หากไม่หาวิธีแก้ไข โดยจะทำให้รู้สึกว่าการเลิกดื่มสุราส่งผลด้านลบให้กับผู้เลิก คือทำให้ไม่สนุกทำให้ไม่มีเพื่อน จึงอยากกลับไปเหมือนเดิม อีกกรณีที่พบปัญหาจากเพื่อนคือ เพื่อนมาหาแล้วจะยื่นจะขอให้ดื่ม ก็อาจกลับไปดื่มสุราอีกได้ (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่, 2547)

“เพื่อนฝูงที่ทำงานมีการดื่มเหล้า หลังเลิกงาน สิ่งกระตุ้นมาก”

“เพื่อนที่ชวนบ่อย ๆ มีคนดูถูก จึงต้องดื่มอดเขา”

เพื่อนเยาะเย้ยถากถาง

เมื่อคนในชุมชนแสดงพฤติกรรมรังเกียจ หรือมีคนในชุมชนพูดด้วยท่าทีที่บั่นทอนจิตใจ อาจนำไปสู่ความรู้สึกที่ถอยต่อการเลิกดื่มสุราได้ (Wiess, 1974 cited by Diamond and Jones,1983)

“กลับไปพบคำพูดถากถาง ดูถูกหมาเคยกินซื้ออย่างไรมันก็อดไม่ได้หรอก คิดจะเป็นคน ดีหรือ ทำได้หรือ ทนคำพูดถากถางไม่ได้เลยดื่มประทัดต่อ”

“สังคมรอบด้านดูถูกว่าคนมันเคยดื่ม ยังไงทั้งชาติก็เลิกไม่ได้หรอก มาได้พยายามไม่ได้เจ็บใจกินก็กินวะ มาหาหมอก็โกหกหมอว่ากินน้อยลง”

4.5 ค่านิยมเดิมๆ งานรื่นเริง งานบวช งานศพ

สภาพสังคม วัฒนธรรม วิถีชุมชนที่ส่งเสริมและสนับสนุนการดื่มสุราเพื่อการเข้าสังคม โอกาสและความสามารถในการเข้าถึงสุราได้ง่าย ความไม่เข้มแข็งของมาตรการทางสังคมต่อการยับยั้งการดื่มสุราเป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้

ผู้เคยเลิกดื่มสุรากลั้บมาเสพซ้ำ

“เพื่อน สังคมรอบข้างด้วยหน้าที่
ต้องอยู่กับผู้อื่นที่ดื่มสุราส่วนใหญ่ โดยเฉพาะ
ในหมู่บ้านที่ตนเองอาศัยอยู่ บางครั้งมีงานใน
หมู่บ้าน งานบวช งานศพ เขาชวนเราก็กิน”

4.6 ขาดความรู้ในการเลิกสุราอย่าง ปลอดภัย

การไม่มารักษาต่อเนื่องความรู้สึกลึก
ไม่สะดวกใจของผู้ป่วยในความคาดหวังการหยุด
ดื่มสุราของการรักษาหรืออาการทางจิตกำเริบ

**การหักดิบ หรือ ลดการดื่มลง โดย
ไม่ได้ปรึกษาแพทย์**

หลังหักดิบจะมีอาการอยากสุรา
หงุดหงิด กระทบกระวายเป็นต้น ซึ่งเป็นต้น
อาการจะมากขึ้นแตกต่างกันตามภาวะการติด
ขึ้นอยู่กับชนิดของสุราที่ดื่ม ซึ่งจะมีความเข้มข้น
ของแอลกอฮอล์ (กรัมเปอร์เซ็นต์) แตกต่างกันไป
(เทคส์คัล เดชคง, 2548) ปริมาณ และระยะเวลา
ที่ดื่มเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อ
ร่างกายและจิตใจ หากไม่มีความตั้งใจอย่างจริงจัง
อาจกลับไปดื่มได้โดยไม่รู้ตัว

“หยุดเหล้าเอง หักดิบ มันรู้สึกแย่มาก
มากถึงขั้นคิดฆ่าตัวตายบ่อยๆ มันหลอนมีคนมา
ตามตลอด”

“เคยเลิกเอง 3 ครั้ง หักดิบ เลิกได้
10 วันทนไม่ได้ กินต่อ เลิกไม่ได้หรอก”

“คิดว่ามีความจำเป็นที่ ต้องเข้ารับ
การรักษาที่โรงพยาบาล หากเลิกเองอันตรายอาจ
ช็อคตายได้”

**การรักษาทางเลือก : บวช/รดน้ำ
มนต์/สาบานที่วัด**

“ได้ไปบวช 7 เดือน สามารถเลิกดื่ม

ได้หลังลาบวชก็เป็นช่วงสงกรานต์และแรงจาก
เพื่อนๆ ก็กลับไปดื่มอีก”

“เคยรคน้ำมนต์ที่วัด สาบานกับ
พระตอนนั้นรู้สึกดี แต่กลับมาอยู่ที่บ้านก็กิน
เหมือนเดิม”

4.7 ใกล้เคียงสถานที่จำหน่ายสุรา

“ดื่มมากขึ้นในช่วงเย็นหลังเลิก
งานทุกวันเพราะบ้านเช่าที่อาศัยเป็นย่านที่มีคลับ
บาร์ตลอดเส้น”

“เปิดประตูบ้านออกมาก็เจอร้าน
ค้า มีตั้งค์ใครเขาก็ขาย”

4.8 มีเงิน, เงินเดือนออก

“มีเงินก็กิน ยิ่งตอนเงินเดือนออก
ก็ยิ่งอยากกินมาก”

“วันเงินเดือนออก ก็เลี้ยงลูกน้อง
บ้าง ตัวเองบ้าง ตั้งแต่บ่ขายจนเย็น”

5. ข้อเสนอแนะการรับการรักษา
ตามหลักสากลของผู้ป่วยสุราที่มีโรคทางจิตเวช

5.1 หลักการคิดและปฏิบัติที่สำเร็จใน การเลิกสุรา

5.1.1 การคิดถึงผลเสียของการ ดื่มสุราที่แท้จริงอยู่เสมอ

ผลเสียจากการดื่มสุราที่ประสบ
อุบัติเหตุ เช่น เสียชีวิตจากการดื่มสุรา เป็น
อัมพฤกษ์อัมพาต ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้
เหตุการณ์เหล่านี้เห็นแล้วสะท้อนกลับมาไม่อยาก
ให้เหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้น จึงคิดอยากเลิกดื่ม
สุรา ซึ่งตรงกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของ
ตนเมื่อบุคคลเลิกดื่มสุราโดยคาดหวังว่าตนจะ
ไม่ต้องพบกับเหตุการณ์ดังกล่าว และรับรู้ว่
ตนสามารถทำพฤติกรรมนั้นได้ ก็จะกระทำ
พฤติกรรมนั้นต่อไป (Bandura,1997)

“คิดว่ายิ่งกินเหล้า ยิ่งซึมเศร้า ฉะนั้น
หยุดเหล้าได้แล้ว ซึมเศร้าก็ดีขึ้น”

“ถ้าเราคิดว่า กินแล้วมีผลเสียอะไร
มันทั้งเงิน ครอบครัว สุขภาพต่างๆ คนเราคิดได้
ก็รู้เหตุผลของการเลิก”

5.1.2 การสร้างแรงจูงใจในการ เลิกสุราอย่างถาวร

ต้องการเปลี่ยนแปลงตัวเองเพื่อ สิ่งดีๆในชีวิต

เมื่อเลิกดื่มสุราได้ระยะหนึ่งจะเกิด
การรับรู้ว่าคุณสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม
ไม่ดื่มสุราได้และสาเหตุที่ยังคงกระทำพฤติกรรม
เลิกดื่มสุราอยู่ เนื่องจากได้รับผลดีจากการกระทำ
พฤติกรรมนั้นได้แก่ การมีสุขภาพดีขึ้น เกิดความ
ภาคภูมิใจในความสามารถของคนที่สามารถเลิก
สุราได้ การที่มีผู้อื่นให้ความรักความเชื่อถือว่า
วางใจ ความรู้สึกสบายทางร่างกายและจิตใจ เป็น
สิ่งที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความพึงพอใจจึงกระทำ
พฤติกรรมนั้นต่อไป (Bandura, 1997)

ตั้งเป้าหมายการเลิกอย่างแน่วแน่

“การเลิกเหล้าตามหลักอยู่ที่ใจเรา
ให้มองอนาคตเรา ถ้าเมาอยู่อย่างนั้นมันก็อยู่อย่าง
นั้น มีแต่แย่งสุขภาพแย่ มีอ้วน เขียนหนังสือ
ไม่ได้ เราเป็นหัวหน้าครอบครัว ภรรยา ลูก พ่อ
แม่ เขาอยากให้เรา ต้องมีหลายอย่างมารวมกัน
มีกำลังใจ เข้มแข็ง อดทน สู้กับอุปสรรค”

“เราต้องมีเป้าหมายหลักว่าจะ
เลิกเพื่อใคร และปฏิบัติตามแผนการรักษาและ
ครอบครัวให้กำลังใจมากขึ้น คอยดูแลเอาใจใส่ใน
ช่วงที่เลิกดื่มใหม่ ๆ อย่าลืมกินยาของโรงพยาบาล
ด้วย”

5.1.3 ความสุขของคนในครอบครัว

เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังจาก
เลิกดื่มสุราแล้วคนในครอบครัวมีความสุข ด้วย
การทบทวนเหตุการณ์ที่ผ่านมาในอดีตนำมา
เปรียบเทียบกับปัจจุบันว่ามีความแตกต่างกัน
ความสุขในครอบครัวที่เกิดขึ้นคือ การได้อยู่
พร้อมหน้าพร้อมตากัน การได้รับประทานข้าว
ร่วมกัน ความรับผิดชอบต่อครอบครัวที่มีมากขึ้น
ความไว้วางใจของคนในครอบครัว ส่งผลให้เกิด
ความภาคภูมิใจ

“แม่ดีใจมาก หายกังวลไม่ต้องห่วง
ว่าจะไปนอนไหน ภูมิใจ น้อยก็มาหา ตอนไม่เลิก
เหล้าแม่ร้องไห้ ตามหาเขาทุกวันครอบครัวดีใจ
ทุกคน พี่น้อง ลูกเต้า ดีใจทุกคน”

“ภรรยาบอกว่า เหมือนถูกรางวัล
ที่หนึ่ง ช่วงไม่ดื่มเหล้าครอบครัวดีทุกคนสบายใจ
เพราะหากเราดื่มเหล้า คนอื่นไม่ได้เดือนร้อน ตัว
เราเองนั้นแหละที่เดือดร้อน”

“ในความรู้สึกของภรรยา ชีวิตดี
ขึ้น ไม่ต้องกลัวว่าวันนี้พอจะเมา ลูกเรียนดีขึ้น
ไม่ได้ทุกข์ใจเรื่องพ่อ พ่อพ่อเลิกเมา ลูกตั้งใจ
เรียน”

“ลูกจะเข้าหา ตอนนี้อยู่ก็ไม่อาย
คนอื่นแล้ว ลูกไม่มีแม่ชีเมา”

5.1.4 สังคมให้การยอมรับ มี งานทำ

การได้มีส่วนร่วมหรือเป็นส่วน
หนึ่งของสังคมเช่น การได้เข้าร่วมกิจกรรมของ
สังคม การได้รับคำชื่นชม ยกย่อง การได้รับการ
ช่วยเหลือ แบ่งปัน รวมทั้งความหวังใจซึ่งกันและ
ซึ่งจะทำให้เกิดกำลังใจรู้สึกว่าคุณค่า ถ้า
บุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคล

รู้สึกแยกออกจากสังคม รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อน
ขาดที่ปรึกษา เป็นผลทำให้บุคคลขาดกำลังใจ
สิ้นหวังและรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่
(Weiss, 1974 cited by Diamond, & Jones, 1983)

“สังคมก็เชิญเข้างาน เมื่อก่อนเข้า
งานไหน เขาก็ส่งหน้า งานการก็ไม่ค่อยจ้างเรา”

“ตอนนี้ ตำแหน่งหน้าที่ก็ได้กลับ
คืนมา ซึ่งเมื่อก่อนต้องให้ทำงานดีแค่ไหน เขาก็ไม่
เลื่อนตำแหน่งให้เรา”

5.1.5 ฝึกทักษะการปฏิเสธ หลีก เลี่ยง ปรับตัวต่อสภาพแวดล้อม

การปฏิเสธเป็นสิทธิส่วนบุคคล
ที่สามารถกระทำได้เมื่อไม่ต้องการกระทำ
พฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง และการที่จะปฏิเสธ
ได้สำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับความมุ่งมั่นตั้งใจ
น้ำเสียง และกิริยาท่าทางที่แสดงออกขณะปฏิเสธ
ซึ่งการปฏิเสธที่ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนใช้ การปฏิเสธ
เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ
ปฏิเสธการดื่มสุรา แสดงถึงบุคคลมีการรับรู้
ความสามารถของตนในการควบคุม (Control
self-efficacy) (Bandura, 1997)

“ได้รับความรู้และวิธีการปฏิเสธที่
ได้ผล”

“การไม่พกเงินมากก็เอามาทำ เช่น
เมื่อจะไปซื้อเบียร์ที่ตลาดจะพกเงินให้พอดีกับ
ราคาเบียร์ 1 กระป๋องเท่านั้น เวลาจะซื้อเพิ่มเงินก็
หมดซื้อเพิ่มไม่ได้ ก็ลดดื่มได้”

“หาวิธีปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการ
ดื่มแก้วแรก”

“นอกจากตั้งใจจริงแล้ว บอกให้
เจ้านายและลูกค้า ทราบว่าเราป่วยดื่มไม่ได้อีก
แล้ว และต้องกินยาต่อเนื่อง”

5.1.6 ศึกษาธรรมะ ให้เกิดสติ

ผู้ป่วยที่ติดสุราที่น้อมนำหลัก 12
ขั้นตอนแนวพุทธไปปฏิบัติ ไม่เพียงแต่ สามารถ
ก้าวข้ามปัญหาสุรายาเสพติดที่ตนเองประสบอยู่
เท่านั้น ยังได้รับผลดีและประสบการณ์ความสุข
ที่แท้จริงในชีวิต เป็นหลักยึดที่มั่นคงให้แก่ตนเอง
และครอบครัวต่อไป เช่นเดียวกับสมาชิกของ
กลุ่มหลัก 12 ขั้นตอนทั่วโลกและชาวพุทธที่มี
ธรรมอยู่ในหัวใจ (พิชัย แสงชาญชัย, 2553)

“ขณะจิตใจตนเองได้ มีสติ ฝึกสติ
อ่านหนังสือธรรมะมาทุกๆ คัดได้”

5.1.7 การทำตัวไม่ให้อ่าง หางาน อดิเรก ออกกำลังกาย

ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดและ
สุรา การคงพฤติกรรมหยุดเสพและหยุดดื่มเป็น
สิ่งสำคัญ ปัจจัยส่งเสริมให้หยุดดื่มได้คือการ
หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น เช่น เวลาว่าง ความเหงา เมื่อ
ผู้ป่วยมีกิจกรรมทำในช่วงที่มีเวลาว่าง เพื่อลดสิ่ง
กระตุ้นให้เกิดความอยากเสพได้ (ภาวดี โธทำโรง,
ประภา ลิ้มประสูตรและ ชมนาด วรรณพรศิริ,
2551)

“หางานทำเพื่อให้ไม่มีเวลาว่าง
คิดเรื่องการดื่มสุราหรือการปรับความคิด การ
เปลี่ยนวิถีชีวิตจากที่เคยปฏิบัติแบบเดิมๆ หรือไป
ออกกำลังกายก็ได้”

5.1.8 การพบแพทย์ตามนัด/ กินยาตามแพทย์สั่ง รวมทั้งการติดตามโดยทีม สุขภาพอย่างเคร่งครัด

“มารับการรักษา การติดตามอย่าง
ต่อเนื่อง

“การถูกติดตามโดยทีมสุขภาพ
ติดตามเยี่ยมรู้สึกดี มีกำลังใจ ยังมีคนเป็นห่วงเรา

ดีใจ ทำให้เรามีกำลังใจมากขึ้น มาหาหมอที่นี้ดีกว่า”

“ทางโรงพยาบาลมีการโทรเตือนล่วงหน้าเป็นเรื่องที่ดี”

5.1.9 เครือข่ายผู้เลิกสุรา การเข้าร่วมการทำกลุ่ม AA

พิชัย แสงชาญชัย (2553) กล่าวว่า กลุ่ม AA เป็นการรวมกลุ่มของผู้ป่วยโดยยึดหลักทฤษฎีว่า การติดสุราเป็นโรคทางกายอย่างหนึ่ง (Disease Concept) ไม่ใช่ความอ่อนแอของจิตใจ ปัจจุบัน มีงานวิจัยหลายชิ้นพบว่า การเข้าร่วมกลุ่มเอเอ มีส่วนสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีของการหยุดดื่มสุราโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยนอก

“มีเพื่อน ถามสาระทุกข์กันได้ เข้าใจกัน พูดภาษาเดียวกัน หมอ พยาบาลเรียนมารู้ในด้านทฤษฎี ไม่เข้าใจคนที่กินเหล้า ได้เท่ากับพวกพี่เหล้าด้วยกัน เขาไม่เข้าใจคำพูดของหมอ เท่ากับการพูดคุย เท่ากับการพูดคุยกันเอง เอาปัญหามาคุยกัน ช่วยกัน”

“เทคนิคที่ใช้ ในการมาทำกลุ่ม “วันนี้ คุณดื่มหรือยัง” “ตื่นเช้าหายใจลึกๆและพูดกับตนเองว่า วันนี้เราจะไม่ดื่มแล้วนะ”

5.2 ข้อดีของการบำบัดรักษาในสถานบำบัด

5.2.1 ได้รับความช่วยเหลือลดอาการถอนพิษสุราและโรคทางจิตเวชควบคู่กัน

การให้การรักษาอาการถอนพิษสุรา (alcohol detoxification) ช่วยให้ผู้ป่วยผ่านช่วงของการถอนพิษสุราได้อย่างปลอดภัย ในระยะนี้ผู้ติดสุราจะต้องเริ่มต้นใช้สุราจึงทำให้เกิดอาการอยากดื่ม หรืออาการของการเลิกใช้สุรา หรืออาการถอนพิษยา (Withdrawal symptoms)

อาการที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดความทรมานทางร่างกาย ส่งผลให้มีอาการหงุดหงิด บกพร่องต่อการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเอง ประกอบกับบุคลิกลักษณะของผู้ติดสุราที่มีแต่เดิมมีความบกพร่อง ในการยับยั้งตนเองไม่ได้ อ่อนไหวง่าย บางรายจึงไม่สามารถอดทนต่ออาการดังกล่าวทำให้หันกลับไปใช้ยาเสพติดอีก การบำบัดรักษาในระยะนี้ บางรายอาจต้องให้ยาทดแทนเพื่อลดอาการอยากสุรา (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่, 2553)

“การเลิกเอง อันตรายมาก ฉะนั้นต้องมีตัวช่วย ยาและจิตใจด้วย จะได้เลิกและหายทางจิตใจจริงๆ”

“คิดว่าถ้าหากไม่มาโรงพยาบาลก็เลิกเองไม่ได้ พอได้ยาทำให้ไม่อยากกินเหล้าแต่กินข้าวได้มากขึ้น นอนหลับมากขึ้น”

5.2.2 มีเจ้าหน้าที่ดูแลใกล้ชิดและให้กำลังใจ แนะนำให้ มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

“อยู่โรงพยาบาลดีกว่า รักษาเป็นไปตามขั้นตอน เขาให้กำลังใจ สวดมนต์ก่อนนอน มีกิจกรรมให้ทำ ฟังน้อมมาเยี่ยมเขาก็ดีใจ เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลญาติ ลูกก็มาให้กำลังใจเป็นระยะ”

“รู้สึกมีกำลังใจในการเลิก พยาบาลก็ดีแนะนำดี”

5.2.3 บุคลากรผู้บำบัดให้ความรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

“ได้แง่คิดจากสหวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และประสบการณ์ตนเอง คิดได้ว่าต้องเลิกจริงๆ และรู้ว่าเมื่อเพื่อนกลุ่มเดิมยังใช้ชีวิตแบบเดิมจะดื่มเหล้า ที่จำได้จากรพ. เป็นเรื่องการตั้งสติ พูดเตือนตนเอง การดีดหนัวยาง ไม่พกเงินมาก เจ้าหน้าที่จะแนะนำวิธีต่างๆ ให้

ทราบ”

5.2.4 สถานบำบัดมีกฎระเบียบ เพื่อฝึกทักษะชีวิตที่ปราศจากสุรา

ปัญหาที่พบบ่อยขณะกลับไปดื่มซ้ำคือ ไม่สามารถบังคับใจตัวเองได้ เนื่องจากอาการอยาก การอยู่ในสังคม สิ่งแวดล้อมที่มีสุรา ไม่มีกฎระเบียบ หรือคนดูแลก็จะทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มซ้ำได้ (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่, 2547)

“รักษาโรงพยาบาลดีกว่า มีระเบียบ มีกิจกรรมทั้งวันที่ชัดเจน”

สรุป

ผู้ป่วยสุราส่วนใหญ่มักพบโรคร่วมทางจิตเวชด้วยค่อนข้างสูง เช่น โรคซึมเศร้า พฤติกรรม การฆ่าตัวตาย โรคจิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวน เป็นต้น ผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการที่แย่ลงหลังใช้สุรา และส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการเลิกดื่ม สาเหตุการดื่มส่วนใหญ่มักเริ่มดื่มตั้งแต่อายุน้อย มีปัญหา ความเครียดและอาการทางจิตของตน

รายการอ้างอิง

- กมลรัตน์ จิตติชัยโรจน์. (2547). การศึกษาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรา. นครราชสีมา: โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา.
- เทิดศักดิ์ เดชคง.(2548). คู่มือการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ: ชมรมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- นิชนันท์ คำล้าน. (2547). การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิด

และพฤติกรรมในผู้ติดสุรา. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นิตานถ โขกเกิด. (2545). ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุราในโรงพยาบาลลำพูน. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์. (2552). โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. นนทบุรี:กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ. (2550). การสนับสนุนทางสังคมกับการหยุดดื่มของผู้ติดสุรา. รายงานวิจัย. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

ภาวดี โดท่าโรง, ประภา ลิ้มประสูติและ ชมนาด วรรณพรศิริ. (2551). ประสบการณ์การเลิกดื่มสุราอย่างถาวรของผู้เคยติดสุรา. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2 (2) ก.ค.-ธ.ค.

มธุรดา สุวรรณโพธิ์. (มปป). Dual diagnosis. [online]. Available from: <http://www.thaifamilylink.net>. [10 พ.ค. 52].

วิชัย โปษยะจินดาและ อาภา ศิริวงศ์ ณ อรุณยา. (บรรณาธิการ). (2545). สุราในสังคมไทย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่. (2547).คู่มือแนวทางการดูแลและการให้คำปรึกษา

- ผู้ป่วยติดยาและสารเสพติด. เชียงใหม่: ม.ป.พ.
- สุนีรัตน์ บริพันธ์ และศรีพรรณ สว่างวงศ์. (2544). *ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกเสพยาเสพติดของผู้ที่เคยผ่านการบำบัดรักษา*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลธัญญารักษ์และศูนย์บำบัดรักษาเสพยาเสพติด จังหวัดเชียงใหม่.
- สุนีย์ เกียรติกิ่งแก้ว. (2545). *การพยาบาลจิตเวช*. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์ 3.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Charles B. Slack.
- Borges G, Walters EE, Kessler RC.(2000). Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *American Journal of Epidemiology*, 151, 781-9.
- DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Crosby, R.A., Salaza, L.F., Rose, E., Sala, J.M., Caliendo, A.M. (2008). Prevalence, correlates and efficacy of selective avoidance as sexually transmitted disease prevention strategy among African American adolescent females. *Archive of Pediatric and Adolescent Medicine*, 162 (1), 60-65.
- Dimond, M., & Jones, S.L.(1983). Social support: A review and theoretical integration. In P.L. Chin (Ed.), *Advances in nursing theory development*, 122- 150.
- Duncan, S.C., Duncan, T.E., Strycker, L.A. (2006). Alcohol use from 9 to 16: A cohort-sequential latent growth model. *Drug Alcohol Depend*, 81, 71-81.
- Ganz, D. and Sher, L. (2009). Suicidal behavior in adolescents with co-morbid depression and alcohol abuse. *Minerva Pediatric*, 61(3), 333-47.
- Giupponi, G., Bizzarri, J., Pycha, R., Innamorati, M., Lester, D., Conca, A., et al. (2010) *Bulletin de Journal of Addictive Diseases*, 29 (4) October-December.
- Green, A.I., Drake, R.E., Brunette, M.F. and Noordsy, D.L. (2007). Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 402-408.
- Hausmann, A. and Fleschhacker, W.W. (2002). Review article Differential diagnosis of depressed mood in patient with schizophrenia : a diagnosis algorithm base on a review. *Acta Psychiatrica Scandinaviana*, 106, 83-96.
- Harris, K., and Edlund, M. (2005) Self-medication of mental health problems: New evidenc from a national survey. *Health Services Research*, 40 (1), 117.
- Hoff, R.A., & Rosenheck, R.A. (1998). Long term patterns of service use and cost among patients with both psychiatric and substance abuse disorders. *Medical Care*, 36, 835-843.

- Heinz and Wong (2003). Therapy and supportive care of alcoholics: guidelines for practitioners. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 17(4), 695-708
- Lamis, D. A., Ellis, J., Chumney, F., & Dula, C. (2006). Reasons for living and alcohol use among college students. *Death Studies*, 33, 277-286.
- Mckinley, M.G. (2005). Alcohol withdrawal syndrome: Overlook and mismanaged ?. *Clinical Article, Critical Care Nurse*, 11 (5), 41-42.
- Roy, A and Janal, M.N. (2007). Risk factors for suicide attempts among alcohol dependent patients. *Archive of Suicide Research*, 11 (2), 211-7.
- Soyka, M., Hollweg, M. and Naber, D. (1996). Alcohol dependence and depression. Classification, co-morbidity, genetic and neurobiological aspects. *Nervenarzt journal*, 67(11), 896-904
- Swartz, Marvin, S., Swanson, J.W. and Wagner, H.R. (2006). Violence and Severe Mental Illness: The Effects of Substance Abuse and No adherence to Medication. *The British Journal of Psychiatry*, 189 (4), 354 - 360.
- Twamley, E.W, Jeste, D.V, and Bellack, A.S. (2003). A Review of Cognitive Training in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 359-382.