

ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิต
ในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

THE EFFECT OF THE INTEGRATED PROGRAM ON DRINKING
BEHAVIOR AND PSYCHOTIC SYMPTOMS IN ALCOHOL USE DISORDERS
WITH CO-OCCURRING DISORDERS PATIENTS

ลูกกจันทร์ วิทยาารวงศ์, พย.ม. (Loogjun Wittayathawornwong, M.N.S.)*

บุญศิริ จันศิริมงคล, พบ. (Boonsiri Junsirimongkol, M.D.）**

สาวตรี สุริยะฉาย, พย.ม. (Sawitree Suriyachai, M.N.S.)*

เพ็ญพักตร์ ดารากรณ อยุธยา, ศศ.ม. (Penpak Darakorn Na Ayutthaya, M.Art)*

เกษม กรกำจายฤทธิ์, พย.ม. (Kasem Kornkamchairit, B.N.S.)*

อุจน์จิตร คุณารักษ์, ศษ.ม. (Unjit Khunarak, M.Ed.)*

Abstract

Objectives: To determine the effect of Integrated Program on drinking behaviors and psychotic symptoms in alcohol use disorders with co-occurring disorders patients.

Methods: Subjects for this Quasi-experimental research were 100 psychiatric patients with alcohol use disorder, based on ICD 10, who were admitted in a psychiatric hospital in Bangkok during 1 March to 30 April, 2012. Subjects were randomly assigned into experimental and control group with 50 subjects for each group. The experimental group received Integrated Program including 18 sessions within 2 weeks, while the control group received usual nursing care. Research instruments used in this

study were AUDIT, QOL, and Brief Psychotic Rating Scale (BPRS). Data were analyzed by descriptive statistics and repeated measure ANOVA.

Results: At the end of the program, there were 43 patients in experimental group and 29 patients in control group. Before experiment, both groups had similar drinking behavior and psychotic symptoms. At 1, 2, and 3 month after the end of the program, the experimental group had significantly lower drinking behavior and psychotic symptoms than those of control group at $p < .001$.

Conclusion: This program can reduce drinking behavior and psychotic symptoms of alcohol use disorders with co-occurring disorders

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

** จิตแพทย์ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

***Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา E-mail: sawitya@gmail.com

patients. Therefore, this program can be used to prevent relapse in this group of patients.

Key words: Psychiatric patients with alcohol use disorder, Integrated Co-Occurring psychiatric substance and alcohol use Disorder Rehabilitation Program (ICOD-R), drinking behaviors

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการบำบัดแบบบูรณาการต่อปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

วิธีการศึกษา การวิจัยกึ่งทดลองนี้กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับสุรา ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค ICD-10 ที่รับไว้แบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม - 30 เมษายน 2555 จำนวน 100 คน สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 50 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (ICOD-R) จำนวน 18 ครั้ง ใน 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดคุณภาพชีวิต ฉบับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาแบบวัดพฤติกรรมการดื่มสุรา (ชื่อเต็ม AUDIT) ขององค์การอนามัยโลกแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale : BPRS) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ร้อยละ และ repeated measure ANOVA

ผลการศึกษา เมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่ม

ทดลองมี 43 คน กลุ่มควบคุม 29 คน ก่อนได้รับโปรแกรม ระดับปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิตเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน หลังได้รับโปรแกรม ๓ กลุ่มทดลองมีคะแนนปริมาณการดื่มสุราและคะแนนระดับอาการทางจิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลอง 1,2 และ 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$

สรุป โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสามารถลดปริมาณการดื่มและอาการทางจิตเวชในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำได้

คำสำคัญ ผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช การบำบัดแบบบูรณาการ พฤติกรรมการดื่มสุรา

ความสำคัญของปัญหา

สุราถือเป็นสารเสพติดที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อใช้ไปนานจะเกิดการเสพติดทำให้ต้องใช้อยู่เรื่อยๆ การดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder : AUD) หมายถึง ความผิดปกติในแง่ของการดื่มสุรา มีผลต่อสุขภาพร่างกายจิตใจ การงานและสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมชย์ สุคนิษฐ์, 2550) ปัญหาการดื่มสุรา จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ที่พบได้ทั่วไปทั้งในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยประเทศที่พัฒนาแล้วแม้จะมีอัตราการดื่มในปริมาณที่มากกว่าประเทศกำลังพัฒนาแต่ปริมาณการดื่มกลับมีแนวโน้มลดลง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2004) ได้ประมาณการว่ามีประชากรทั่วโลกที่บริโภคสุรา

ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา (AUD) ซึ่งประเทศไทยมีการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์รวมทุกประเภทอยู่ในอันดับที่ 40 ส่วนการบริโภคเหล้านั้นจัดอยู่ในอันดับ 5 ของโลก (WHO, 2004) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขได้แสดงดัชนีการมีชีวิตร่วมกับความบกพร่องทางสุขภาพ (Year Lived in Disabilities, YLD) ของคนไทยพบว่า การติดสุราและการดื่มสุราแบบมีปัญหา (Alcohol dependence and harmful use) เป็นสาเหตุอันดับ 2 ในเพศชาย ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นอย่างมาก การศึกษาระบาดวิทยา Epidemiologic Catchment Area study (ECA) (Rogier et al., 1990) ในประชากรสหรัฐอเมริกา พบว่าในประชากรทั่วไปพบโรคจิตเวช ได้ร้อยละ 19.9 แต่ในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราจะพบโรคทางจิตเวชร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 36.6 โอกาส ที่จะพบโรคทางจิตเวชร่วมกับภาวะติดสารเสพติดจะยิ่งสูงขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชหรือสถานบำบัดยาเสพติด ส่วนประเทศไทยการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชระดับชาติของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2551 (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2554) กลุ่มผู้ป่วยผู้มีปัญหาการดื่มสุราทั้งหมดนั้นพบโรคจิตเวชร่วมในปัจจุบันร้อยละ 7.1

ดังจะเห็นได้จากการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทยในการสำรวจระดับชาติของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2551 กลุ่มผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุราทั้งหมด พบโรคจิตเวชใด ๆ ร่วมในปัจจุบันร้อยละ 7.1 โดยพบร่วมกับกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์

มากที่สุด (ร้อยละ 4.6) โดยผู้หญิงพบได้มากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 8.2 และร้อยละ 4.1 ตามลำดับ) รองลงมาเป็นความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา ร่วมกับกลุ่มโรควิตกกังวล (ร้อยละ 2.8) ซึ่งผู้หญิงพบได้มากกว่าผู้ชายเช่นกัน (ร้อยละ 7.6 และร้อยละ 2.3 ตามลำดับ) แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีและไม่มี ความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราแล้วพบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา มีโรคจิตร่วมสูงถึง 3.8 เท่า นอกจากนี้งานวิจัยนี้ยังพบว่า ผู้หญิงที่มีความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ควรเฝ้าระวัง (alarm risk) สูงกว่าผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 5.5 เท่าในผู้หญิงและ 2.9 เท่าในผู้ชายที่ไม่มีความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา และผู้ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา มีการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนร่วมมากที่สุด (ร้อยละ 3.1) คิดเป็น 9.5 เท่าของผู้ที่ไม่มีความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2554) ปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชพบความชุกของการใช้สุราร่วมอยู่ระหว่าง ร้อยละ 37.7-50.0 (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2554; Kittipeerachon, 2008)

นอกจากนี้ปัญหาด้านจิตเวชในผู้ป่วยสุราก็เป็นอีกหนึ่งปัญหาที่ทำให้เกิดผลกระทบ และเป็นปัจจัยทำนายผลลัพธ์ในการรักษาที่ไม่ประสบความสำเร็จ (Hausmann, 2002; Harris & Edlund, 2005) ส่งผลต่อระยะเวลาในการรักษาที่นานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น ผลกระทบของการใช้สุราในผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ สมองเสื่อม (Victoria Manning et al., 2007; 2009) ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ทำให้ผลลัพธ์ในการรักษาแย่ลงหากผู้ป่วยสุราไม่ได้รับการ

รักษาโรคจิตเวชที่พบร่วมไปด้วย มีภาวะไร้บ้าน (Green, Drake, Brunette, & Noordsy, 2007) จากข้อมูลการให้บริการของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา พบว่ามีผู้ป่วยสุราเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยในจำนวน 153 รายในปี 2552 และ 160 รายในปี 2553 และ 168 รายในปี 2554 (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 2554) จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช จึงเป็นกระบวนการสำคัญที่จะทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชนั้นมีความแตกต่างไปจากการบำบัดผู้ป่วยสุราโดยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีปัญหาอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น โรคจิตเภท ซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน บางรายการรับรู้และการดูแลตนเองบกพร่อง (Center for Substance Abuse Treatment, 2005) ทำให้ต้องอาศัยการบำบัดที่ผสมผสาน (Drake, 2001;2008) เช่น การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การบำบัดทางพฤติกรรม ความคิด การให้การปรึกษาครอบครัว (Barrow-clough et al, 2010) การเสริมสร้างทักษะทางสังคม (Eriksen, Bjornsted, & Gotestam, 1986) การดูแลด้านยาความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยประสบอยู่ (Drake et al., 1998) ฯลฯ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในตนเอง เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในตนเองต่อการหยุดดื่มสุรา ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการบำบัดแบบผสมผสานสำหรับผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชขึ้น เพื่อบำบัดและแก้ไขปัญหการดื่มสุรา

ในผู้ป่วย เพื่อเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรีในสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดแบบบูรณาการ (integrated model) กับการดูแลตามปกติ (treatment as usual) ในการลดหรือหยุดการดื่มสุรา

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยมีกลุ่มควบคุมวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหลักหรือรอง ว่า เป็นโรคแอลกอฮอล์ F10.XX (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสุรา)

โรคแอลกอฮอล์(F10.xx) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) หรือวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-V เป็น การติดสุรา (AUD) ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2555 โดยมีอายุ 18 ปีขึ้นไป อาการทางจิตทุเลาโดยมีคะแนน BPRS < 36 คะแนน และคะแนน TMSE $\geq$ 24 จำนวน 100 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 50 คน เก็บข้อมูลในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ (Integrated Co-Occurring psychiatric substance and alcohol use Disorder Rehabilitation Program) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โปรแกรมได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน

ทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ ภาษาที่ใช้และความเข้าใจเนื้อหาแล้ว ผู้ให้การบำบัด คือ ทีมสหวิชาชีพ ที่ผ่านการฝึกอบรมการทำกลุ่มบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช และมีประสบการณ์การบำบัดผู้ป่วยจิตเวช มาไม่น้อยกว่า 3 ปี

แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูลส่วนตัว แบบบันทึกการติดตามหลังการบำบัด แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric rating scale (BPRS) แบบคัดกรองการดื่มสุรา Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (สาวิตรี อัยฉนงค์กรชัย, 2552).

เมื่อผู้ป่วยผ่านการสัมภาษณ์และการประเมินอาการและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ผู้ป่วยจะถูกสุ่มเข้ารับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 50 ราย และถูกสุ่มเข้าการดูแลแบบปกติอีก 50 ราย เมื่อครบโปรแกรมจะประเมินผลด้วยคะแนน AUDIT และจำนวนวันที่สามารถหยุดดื่มได้ และเปรียบเทียบผลกับกลุ่มควบคุม

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดด้านจิตสังคมตามปกติของหอผู้ป่วย ได้แก่ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มพัฒนาทักษะทางสังคม กลุ่มนันทนาการ ทั้งสองกลุ่มยังได้รับการรักษาด้วยยาตามปกติ แต่กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ (Integrated Co-Occurring psychiatric substance and alcohol use Disorder Rehabilitation Program) แบบกลุ่ม รวมทั้งหมด 15 ครั้ง (ทำทุกวันใน 2 สัปดาห์) ครั้งละ 50 - 60 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 กลุ่มศิลปะ ดำเนินกลุ่มโดยพยาบาลจิตเวชยาเสพติด เป็นการให้ผู้ผู้ป่วยวาดภาพและอธิบายความหมายของภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยด้วยกันก่อนเริ่มกลุ่มต่อไป

ครั้งที่ 2 แรงจูงใจสร้างได้ ดำเนินกลุ่มโดยพยาบาลจิตเวชยาเสพติด ใช้เทคนิคสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา

ครั้งที่ 3 สมองติดยา/สุรา ดำเนินกลุ่มโดยพยาบาลจิตเวชยาเสพติด เป็นกลุ่มให้ความรู้ผู้ป่วยให้เข้าใจความหมายและอาการของโรคสมองติดยา/สุรา

ครั้งที่ 4 พฤติกรรมเปลี่ยนได้โดยใช้ความคิด ดำเนินกลุ่มโดยนักจิตวิทยาคลินิก ใช้เทคนิค CBT เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวงจรความคิดและแยกความแตกต่างของความรู้สึก (อารมณ์) และความคิด

ครั้งที่ 5 เครียดได้ก็หายได้ ครั้งที่ 1 ดำเนินกลุ่มโดย นักกายภาพบำบัด ฝึกให้ผู้ผู้ป่วยคลายเครียดด้วยตนเอง ใช้เทคนิค Muscle Relaxation

ครั้งที่ 6 เลิกงานที่เป็นเรา ดำเนินกลุ่มโดยนักกิจกรรมบำบัด เป็นการให้ผู้ผู้ป่วยได้ทบทวนงานที่เหมาะสมกับตนเอง

ครั้งที่ 7 เลิกสุรา/สารเสพติด สบายๆ เมื่อใช้ยาคุมหมอดำเนินกลุ่มโดยเภสัชกรให้ผู้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยาพร้อมกับวิธีเลิกดื่มสุรา ซึ่งยาจะช่วยลดภาวะถอนพิษสุราและอาการทางจิตอื่น ทำให้สามารถเลิกดื่มสุราได้สำเร็จ

ครั้งที่ 8 รู้จักเลี้ยงจะเลี้ยงน้อยลง ดำเนินกลุ่มโดย พยาบาลจิตเวชยาเสพติด ให้ความรู้เรื่อง

วงจรการใช้ยา เป็นการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำว่ามีสถานการณ์ใดเป็นความเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำ

ครั้งที่ 9 สุราและสารเสพติดเกี่ยวข้องกับโรคจิตเวชได้อย่างไร ดำเนินกลุ่มโดยจิตแพทย์หรือพยาบาลจิตเวชยาเสพติด เป็นการให้ความรู้เรื่องความสัมพันธ์ของการเกิดโรคจิตเวชจากการดื่มสุรา และผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชเดิมเมื่อดื่มสุราด้วยซ้ำทำให้อาการทางจิตกำเริบ

ครั้งที่ 10 คู่มือได้ด้วยตัวฉันเอง ดำเนินกลุ่มโดยพยาบาลจิตเวชยาเสพติด เป็นการเสริมทักษะด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ครั้งที่ 11 สิบข้อเสริมทักษะชีวิต ดำเนินกลุ่มโดย พยาบาลจิตเวชยาเสพติด เป็นการเสริมทักษะชีวิต 10 ด้านแก่ผู้ป่วย

ครั้งที่ 12 ความหวังพลังใจดำเนินกลุ่มโดยพยาบาลจิตเวชยาเสพติด เป็นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง เกิดความหวังในการเลิกดื่มสุราได้

ครั้งที่ 13 เครียดได้ก็หายได้ครั้งที่ 2 ดำเนินกลุ่มโดย นักกายภาพบำบัด ฝึกให้ผู้ป่วยคลายเครียดด้วยตนเอง ใช้เทคนิค Breathing Exercise

ครั้งที่ 14 ตารางสร้างชีวิต ดำเนินกลุ่มโดย นักกิจกรรมบำบัด เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยจัดการกับเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ (time management)

ครั้งที่ 15 อยู่อย่างไรให้เข้าใจกัน ดำเนินกลุ่มโดย นักสังคมสงเคราะห์ เป็นการนัดญาติผู้ป่วยมาร่วมกลุ่ม โดยให้ความรู้ญาติเรื่องโรคสมองติดยา/สุรา เพื่อให้ญาติเข้าใจการติดสุราของผู้ป่วย จากนั้นเป็นเรื่องของการสื่อสาร

เชิงบวก เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีการสื่อสารกันอย่างเหมาะสม

หลังจบกลุ่มประเมินผลด้วย แบบประเมินแรงจูงใจ และนัดมาบำบัดต่อเนื่องจนครบ ระยะบำบัด 3 เดือน ในกรณีผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน เช่น re admitted 3 ครั้งใน 1 ปี, มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะมีการประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ repeated measurement ANOVA

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 91.7 อายุระหว่าง 31-35 ปีมากที่สุดร้อยละ 31.9 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดสุรา F10.2x (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาสุรา แบบติดสุรา) ร้อยละ 70.8 เริ่มดื่มเมื่ออยู่ในช่วงวัยรุ่น โรคร่วมจิตเวชที่พบมากที่สุดคือโรคจิตเภท รองลงมาคืออาการทางจิตจากสารแอมเฟตามีน ปัญหาการดื่มสุราอยู่ในระดับติด (แบ่งตามการแปลผลคะแนน AUDIT คือ 0-7 คะแนน = ความเสี่ยงต่ำ, 8-15 คะแนน = ดื่มแบบเสี่ยง, 16-19 คะแนน = ดื่มแบบอันตราย, ตั้งแต่ 20 คะแนนขึ้นไป = ดื่มแบบติด)

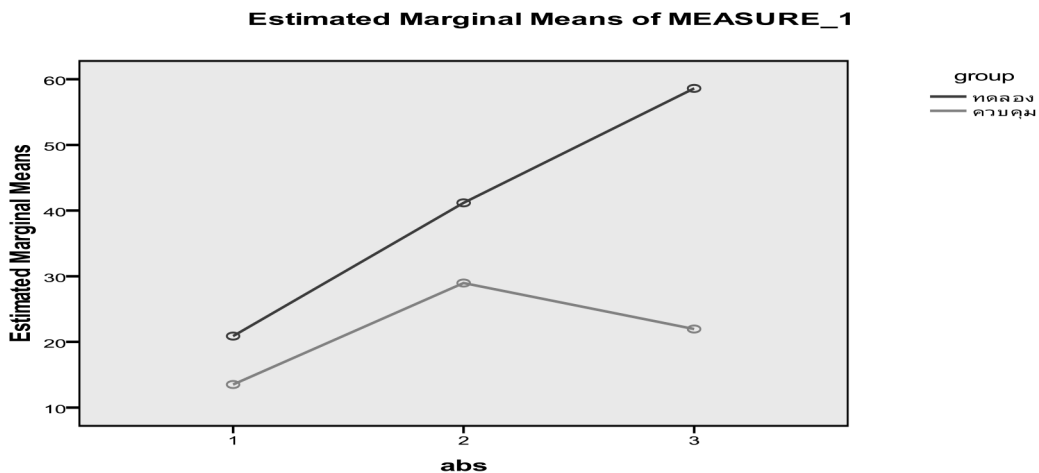
ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันทั้งอายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา และระดับคะแนน TMSE

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยของการหยุดดื่ม ปริมาณการดื่ม และอาการทางจิต ของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (n=72)

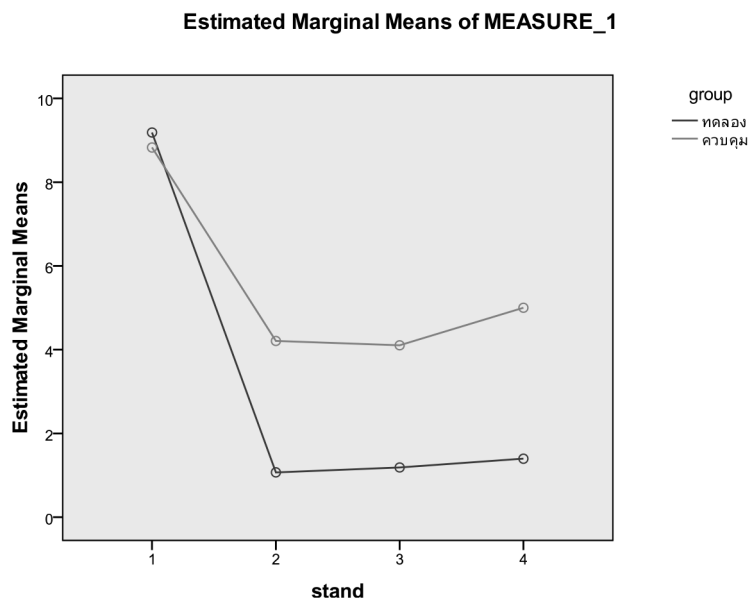
ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อนทดลอง		ติดตาม 1 เดือน		ติดตาม 2 เดือน		ติดตาม 3 เดือน		P-value
		mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	
การหยุดดื่ม	ทดลอง			20.88	12.10	41.19	24.64	58.60	37.97	0.01
	ควบคุม			13.52	14.23	28.97	27.47	21.97	36.74	
ปริมาณการดื่ม	ทดลอง	9.19	0.01	1.07	2.93	1.19	2.97	1.40	3.07	0.01
	ควบคุม	8.83	2.96	4.21	6.07	4.10	6.66	5.00	5.76	
อาการทางจิต	ทดลอง	29.09	3.09	22.67	5.52	22.40	5.49	23.28	6.30	0.01
	ควบคุม	29.28	3.64	26.52	5.23	29.14	5.17	30.00	6.72	

พบว่าด้านการหยุดดื่มเมื่อติดตามในเดือนที่ 1 , 2 และ 3 ในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มหยุดดื่มเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านปริมาณการดื่ม ในกลุ่มทดลองมีปริมาณการดื่มต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีแนวโน้มปริมาณการดื่ม

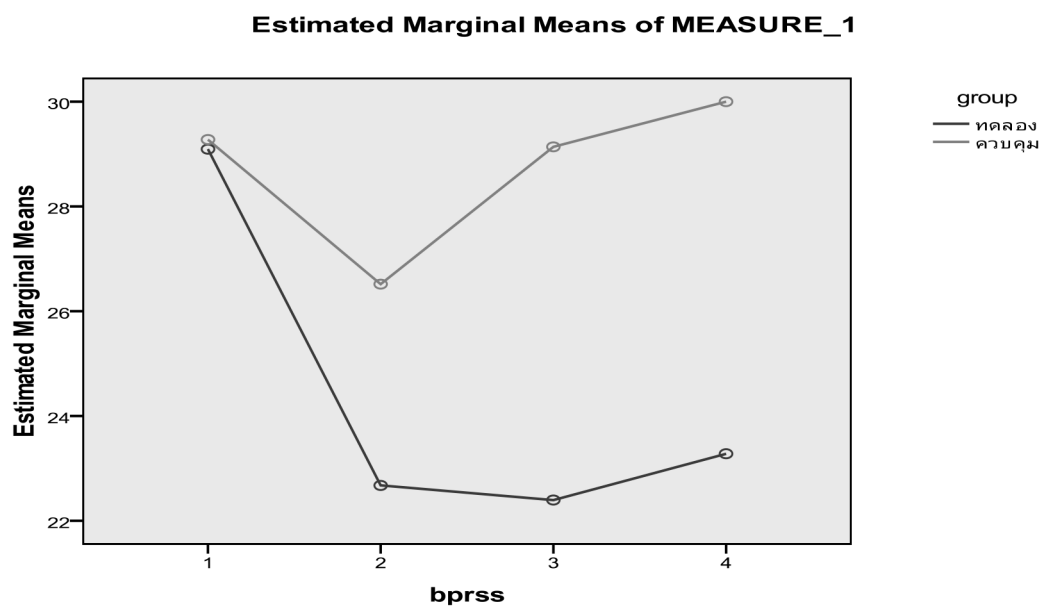
จะเพิ่มขึ้นเมื่อผ่านการบำบัดไป หลายเดือน ซึ่งควรมีมาตรการป้องกันขึ้นต่อไป ด้านอาการทางจิต พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนอาการทางจิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



กราฟ 1 เปรียบเทียบการหยุดดื่มในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



กราฟ 2 เปรียบเทียบปริมาณการค้ำมาตรฐาน



กราฟ 3 เปรียบเทียบระดับคะแนนอาการทางจิต

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช กลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงปริมาณการดื่มลดลง จำนวนวันที่หยุดดื่มเพิ่มขึ้น และอาการทางจิตดีขึ้น กว่ากลุ่มควบคุม เมื่อจบโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Barrowclough et al (2001, 2010) ที่พบว่า การบำบัดแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคร่วมทางจิตเวชและยาเสพติด สามารถลดปริมาณการใช้สารเสพติดลงได้ เนื่องจากการบำบัดผู้ป่วยโรคร่วมทางจิตเวชสุราและสารเสพติดนั้น การใช้การบำบัดแบบบูรณาการจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดได้ดีกว่าการบำบัดด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งอย่างเดียว (Drake, O'Neal, & Wallach, 2008) ซึ่งการบำบัดด้วยโปรแกรม ICOD-R ประกอบไปด้วย การบำบัดด้วยวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจ การใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การให้ความรู้เรื่องโรค การให้ความรู้ครอบครัว การจัดการเวลาว่าง การใช้ทักษะการผ่อนคลาย ความเครียด ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถหยุดการดื่มสุราได้ การดำเนินกลุ่มฝึกปฏิบัติอย่างเข้มข้นทุกวัน จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการปัญหาการดื่มสุราได้ (Baker et al., 2012; Kelly, Daley, & Douaihy, 2012)

โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ สามารถเพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่มได้ดีกว่าการดูแลตามปกติ เมื่อนักผู้ป่วยมาติดตาม ทุกสัปดาห์ เป็นจำนวน 4 ครั้ง, ทุก 2 สัปดาห์ เป็นจำนวน 2 ครั้ง และนัดทุก 1 เดือน ไปจนครบการติดตาม (รวมระยะเวลาบำบัด 2 สัปดาห์ และ ระยะติดตาม 3 เดือน) ทุกครั้งที่มาติดตาม ผู้วิจัยจะทบทวนความรู้และการนำเทคนิคที่อยู่ในโปรแกรมไปใช้อย่างไรบ้าง รวมถึงสอบถามปัญหาและอุปสรรคเพื่อช่วยผู้ป่วย

แก้ไขปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ Hides, Samet, & Lubman (2010) ที่พบว่า การนัดผู้ป่วยมาติดตามอย่างใกล้ชิด (closer examination) จะช่วยให้ผู้ป่วยหยุดการใช้สารเสพติดและสุราได้ดี เนื่องจากการนัดมาติดตามแบบนี้ จะมีการทบทวนแนะนำ เข้า ต่อย้าเทคนิค วิธีการ และองค์ความรู้ที่สำคัญ ที่สามารถจะนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสามารถลดปริมาณการดื่มสุรา เพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่ม และอาการทางจิตดีขึ้นได้ เมื่อได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ (ICOD-R) เนื่องจากการศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลา จึงควรมีการเพิ่มระยะเวลาการติดตามที่นานขึ้น เพื่อทดสอบความคงทนของพฤติกรรมหลังได้รับโปรแกรม ควรมีการระบบการดูแลที่บ้าน และ ส่งต่อกับ รพ.ชุมชน รพ. สต. ทีมแพทย์ประจำครอบครัว อสม. และนำครอบครัวและ คนสำคัญ มาร่วมดูแลและสร้างกำลังใจ และมีระบบติดตามเข้มแข็งทำงานเป็นเชิงรุก ติดตามต่อเนื่องยาวประมาณ 1 ปี เพื่อดูว่าหยุดดื่มได้ถาวร

เอกสารอ้างอิง

- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, บรรณาธิการ. (2550). *จิตเวชศาสตร์ งามาธิบดีย*. กรุงเทพมหานคร : ปิยอน เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ. (2554). ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา และโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การสำรวจระบาดวิทยาระดับชาติ 2551. *วารสาร*

- สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 2(19), 88-102.
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2554).
รายงานประจำปีสถิติผู้ป่วยนอกและใน
แผนงานและสถิติ.
- สาวิตรี อังษณางค์กรชัย. (2552). *แบบคัดกรอง
การดื่มสุรา AUDIT*. แผนงานการพัฒนา
ระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษา ผู้มี
ปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.).
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N.,
Lewis, S.W., Moring, J., O'Brien, R., et al.
(2001). Randomized controlled trial of
motivational interviewing, cognitive
behavior therapy, and family intervention
for patients with comorbid schizophrenia
and substance use disorders. *American
Journal of Psychiatry*, 158, 1706-13.
- Baker, A. L., Kavanagh, D. J., Kay-Lambkin, F. J.,
Hunt, S. A., Lewin, T. J., Carr, V. J.,
McElduff, P. (2014). Randomized
controlled trial of MICBT for co-existing
alcohol misuse and depression: Outcomes
to 36-months. *Journal of Substance Abuse
Treatment*, 46, 281-290.
- Baker, A. L., Thornton, L. K., Hiles, S., Hides,
L., & Lubman, D. I. (2012). Psychological
interventions for alcohol misuse among
people with co-occurring depression or
anxiety disorders: A systematic review.
Journal of Affective Disorders, 139,
217-229.
- Center for Substance Abuse Treatment. (2005).
*Substance Abuse Treatment for Persons
With Co-Occurring Disorders*. Treatment
Improvement Protocol (TIP) Substance
Abuse and Mental Health Services
Administration, Series 42. DHHS
Publication No. (SMA) 05-3922.
- Drake, R.E., O'Neal, E.L., Wallach, M.A. (2008).
A systematic review of psychosocial
research on psychosocial interventions for
people with co-occurring severe mental
and substance use disorders. *Journal of
Substance Abuse Treatment*, 34, 123-138.
- Drake, R.E., Mercer-McFadden, C., Mueser,
K.T., McHugo, G.J. & Bond, G.R. (1998).
Review of integrated mental health and
substance abuse disorders for patients with
dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24,
589-608.
- Eriksen, L., Bjornstad, S., & Gotestam, K. G.
(1986). Social skills training in groups
for alcoholics: One-year treatment outcome
for groups and individuals, *Addictive
Behavior*, 11, 309-329
- Green, A.I., Drake, R.E., Brunette, M.F. &
Noordsy, D.L. (2007). Schizophrenia and
co-occurring substance use disorder.
American Journal of Psychiatry, 164: 402.
- Hausmann, A., & Fleschhacker, W.W. (2002).
Review article Differential diagnosis
of depressed mood in patient with
schizophrenia : a diagnosis algorithm
base on a review. *Acta Psychiatrica
Scandinavica*, 106, 83-96.

- Harris, K. M., & Edlund, M. J. (2005). Use of mental health care and substance abuse treatment among adults with co-occurring disorders. *Psychiatric Services*, 56, 954-959
- Hides, L., Samet, S., & Lubman, D. I. (2010). Cognitive behavior therapy (CBT) for the treatment of co-occurring depression and substance use: Current evidence and directions for future research. *Drug and Alcohol Review*, 29, 508–517.
- Kelly, T. M., Daley, D. C., & Douaihy, A. B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*, 37, 11–24.
- Kittipeerachon, M. (2008). The correlation of alcohol use disorder and alcohol dependence on clinical symptom and dosage of antipsychotic medications in patients with schizophrenia at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*, 2, 13-25.
- Regier, D. A., Mary, E. F., Donald, S. R., Ben Z. L., Samuel, J. K., Lewis, L. J., & Frederick K. G. (1990). Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse: Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *The Journal of the American Medical Association*, 264, (19), 2511-2518.
- World Health Organization. (2004). *WHO Global Status Report on Alcohol 2004*. Retrived, 15, January, 2006, from <http://www.who.int/alcohol>
- Victoria, M., Shamil, W., David, B., Geraldine, S. I., Schrover, M. G. (2007). Screening for cognitive functioning in psychiatric outpatients with schizophrenia, alcohol dependence, and dual diagnosis. *Schizophrenia Research*, (91), 151–158.
- Victoria, M., Shamil, W., David, B., Geraldine, S., Isabella, S. , Michael, G. (2009). Cognitive impairment in dual diagnosis inpatients with schizophrenia and alcohol use disorder. *Schizophrenia Research*, (114), 98–104.
- Drake, R.E., Essock, S.M., Shaner, A., Carey, K., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, F.C., Clark, R.E. & Rickards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services* 52, 469-476.
- Christine Barrowclough, Gillian Haddock, Til Wykes. et al., (2010). Integrated motivational interviewing and cognitive behavioral therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomized controlled trial. Online available from: Cite this as: *British Medical Journal* 341, c 6325doi:10.1136/bmj.c6325.
- Katherine M. Harris and Mark J. Edlund. (2005). *Use of Mental Health Care and Substance*

- Abuse Treatment Among Adults With Co-occurring Disorder*. [online]. Available from: <http://ps.psychiatryonline.org>. [2009, June 25]
- Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 17-31.
- Martin Frisher and other. (2005). Substance misuse and psychiatric illness: prospective observational study using the general practice research database. *Journal Epidemiol Community Health* 59, 847-850.
- Swartz Marvin S., Swanson Jeffrey W., Wagner H. Ryan. (2006). Violence and Severe Mental Illness: The Effects of Substance Abuse and Nonadherence to Medication. *The British Journal of Psychiatry* 189(4), 354 - 360.
- Patrick M. Flynn. (2007). Adapted from Addiction and Co-Occurring Mental Disorders A Congressional Briefing Sponsored by FRIENDS OF NIDA The Washington (June 27, 2007). *TCU Institute of Behavioral Research Fort Worth, Texas*.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: a self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*.
- Robert C. Schwartz, Randall L. Hilscher and Paul Hayhow. (2007). Substance Abuse and Psychosocial Impairments Among Clients With Schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry* 77, 610-615.
- Sadock, B.J. and Sadock, V.A. (2005). *Kaplan & Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry*. 4th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sarah A. Afuwape. (2003). *Where are we with dual diagnosis (substance misuse and mental illness): A review of the literature*. [online]. Available from: <http://www.rethink.org/dualdiagnosis> [2009, June 14]
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (1997)
- Wang, J., El-Guebaly, N. (2004). Socio demographic Factors Associated With Comorbid Major Depressive Episodes and Alcohol Dependence in the General Population. *Canadian journal of Psychiatry*, 49 (1), 37-44.