

การเจริญสติเป็นฐานในผู้ติดสุรา: การประยุกต์ใช้ในการพยาบาล

ทยาวิรุ์ จันทรวินันต์, พย.ม.¹

บุปผา ใจมั่น, พย.ม.²

สุนนทิพย์ บุญเกิด, พย.ม.³

(วันที่ส่งบทความ: 7 เมษายน 2563; วันที่แก้ไข: 18 พฤศจิกายน 2563; วันที่ตอบรับ: 24 พฤศจิกายน 2563)

บทคัดย่อ

ปัจจุบันการบำบัดผู้ติดสุรามีความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามการบำบัดยังคงมุ่งเน้นไปที่การรักษาตามอาการเป็นหลัก ทั้งที่ปัญหาของผู้ติดสุรามีความซับซ้อนและความหลากหลายของปัญหาแตกต่างกัน ความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางด้านสมอง ระบบประสาท พฤติกรรมตามแรงจูงใจ และพื้นฐานความจริงของธรรมชาติมีความสำคัญที่จะนำไปสู่การอธิบายพฤติกรรมติดสุราและการกลับไปติดซ้ำ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับการเจริญสติเป็นฐานในกลุ่มผู้ติดสุรา และการประยุกต์ใช้ในการพยาบาล ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม องค์ความรู้ งานวิจัย เอกสารทางวิชาการ และประสบการณ์ของผู้บำบัดที่เกี่ยวข้องกับการเจริญสติเป็นฐานในการอธิบายกลไกของการดื่มสุรา พฤติกรรมนิสัยเดิมจากการติดสุรา ลักษณะพฤติกรรมของผู้ติดสุรา หลักการ กระบวนการช่วยเหลือผู้ติดสุราด้วยการเจริญสติเป็นฐาน และประสิทธิภาพการบำบัดฟื้นฟูจากการใช้การเจริญสติเป็นฐาน ทำให้ผู้ติดสุราสามารถลดการใช้สุรา ลดความอยาก ปรับพฤติกรรมนิสัยอัตโนมัติ ช่วยให้ผู้ติดสุราเกิดการเรียนรู้ทางเลือกใหม่สร้างนิสัยในทางสร้างสรรค์ สามารถลด ละ เลิก ลง ซึ่งสามารถเป็นทางเลือกในการบำบัดและนำไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ติดสุราให้กลับมามีชีวิตที่สมคูล รวมถึงการป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำได้

คำสำคัญ: การเจริญสติ, การเจริญสติเป็นฐาน, ผู้ติดสุรา, การประยุกต์ใช้

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สรรพสิทธิประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก

³อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล นครราชสีมา

¹Corresponding author: ทยาวิรุ์ จันทรวินันต์, Email: tayawee@knc.ac.th

Mindfulness-Based Interventions for Alcohol Addiction: Application in Nursing

Tayawee Juntarawiwat, M.N.S.¹

Buppha Jaimun, M.N.S.²

Sumonthip Boonkerd, M.N.S.³

(Received: April 7th, 2020; Revised: November 18th, 2020; Accepted: November 24th, 2020)

Abstract

Current alcohol rehabilitation therapy has advanced significantly in terms of science and technology. However, the therapy is still primarily focused on symptomatic treatment, whilst problems among alcoholics are complex and diverse. By understanding the changes in the brain and nervous system, motivational behaviours, and their reality are essential to describing the alcoholic addiction cycle and relapse mechanism. This article aims to illustrate the mindfulness meditation foundation knowledge which has been applied in alcohol addiction patients using a literature review of various resources, including research articles, grey literature, and therapist's experiences in applying mindfulness meditation to alcoholics' rehabilitation. By illustrating the drinking mechanism, previous behaviour arising from alcohol addiction, behaviour of alcoholics, and the effectiveness of mindfulness-based interventions for alcohol addiction, the mindfulness-based interventions help alcoholics to understand the mechanism of addiction, reduce alcohol consumption and cravings, and automatically change their drinking behaviours. Therefore, mindfulness-based intervention for alcohol addiction is an option for health care providers to utilise in a rehabilitation programme to help restore the balance of life and prevent relapses among alcohol addicted patients.

Keywords: mindfulness meditation, mindfulness -based, alcohol dependence, application

¹Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, Praboromarajchanok Institute

²Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Praboromarajchanok Institute

³Lecturer, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University, Nakhonratchasima,

¹Corresponding author: Tayawee Juntarawiwat, Email: tayawee@knc.ac.th

บทนำ

องค์การอนามัยโลกรายงานถึงการติดสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญลำดับ 7 ของการตายและความพิการของประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นเหตุให้ประชาชนเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 5.3 ของการตายทั้งหมดทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2019) นอกจากผลกระทบต่อผู้ติดสุราจะก่อให้เกิดการเจ็บป่วยที่ร้ายแรงและเกิดโรคทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ยังส่งผลให้เกิดความพิการและอันตรายถึงชีวิตอีกด้วย นอกจากนี้ยังพบว่ามีส่วนทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นทั้งทางด้านสาธารณสุขและเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจมหาศาล จากการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทย พบว่าคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป มีความผิดปกติทางพฤติกรรมเกี่ยวกับการดื่มสุราถึง 2.7 ล้านคน โดยแบ่งออกเป็นผู้ดื่มแบบอันตราย 1.8 ล้านคน และเป็นผู้ดื่มแบบดึกอีก 9 แสนคน อย่างไรก็ตาม คนกลุ่มนี้ได้เข้ารับการรักษาร้อยละ 6.13 เท่านั้น (ปวิตร คตโคตร, 2562) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและข้อจำกัดของการเข้าถึงบริการและการบำบัดรักษาผู้ที่ติดสุราได้เป็นอย่างมาก

ผู้ติดสุราเป็นกลุ่มที่มีรูปแบบการดื่มซ้ำ ๆ ติดต่อกันเป็นเวลานาน จนเกิดปัญหาทางสมอง และความจำ โดยแสดงออกทางพฤติกรรมร่วมกับทางร่างกาย โดยมีระดับความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรงมาก ดังนั้นผู้ติดสุราควรได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูทั้งทางด้านสมอง ร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การบำบัดรักษาผู้ติดสุราด้วยแนวทางการเจริญสติ (Mindfulness meditation) ได้เริ่มมีการศึกษาในผู้ติดสารเสพติดช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ด้วยเทคนิคของการเจริญสติ ที่เป็นลักษณะของการตระหนักรู้ทางด้านอภิปัญญา โดยการมุ่งความใส่ใจ และการไม่ตัดสิน อยู่ขณะปัจจุบันกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และการรับรู้โดยไม่กังวลถึงอดีตและอนาคต (Garland & Howard, 2018) การบำบัดมุ่งเน้นให้ผู้ติดสุราเปลี่ยนพฤติกรรมนิสัยอัตโนมัติ ความเคยชินประสบการณ์การเรียนรู้ที่ฝังแน่นจากการใช้สุรา เป็นประสบการณ์ใหม่ การเรียนรู้ใหม่ที่ไมใช้สุราด้วยการตามดูความคิด อารมณ์ ความอยากของตนเองที่เกิดขึ้น ฝึกจัดการกับความคิดด้วยการพักอยู่กับปัจจุบัน ตามคุณลมหายใจ ความรู้สึกของร่างกาย สร้างนิสัยใหม่ให้หลุดพ้นจากวงจรพฤติกรรมของการติดสุราและลดโอกาสการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ช่วยฟื้นฟูร่างกาย จิตใจให้เข้มแข็งขึ้น เปลี่ยนการทำงานของสมองและระบบประสาทให้กลับคืนสู่สมดุลคงเดิม

ผู้ติดสุราจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือให้ลด หรือหยุดปริมาณการดื่ม เผื่อระวังติดตามป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปเสพยาซ้ำ (Relapse) เนื่องจากผู้ติดสุราที่มีแนวโน้มที่จะกลับไปเสพยาซ้ำสูงมากถึงร้อยละ 60-70 ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในกลุ่มที่อยู่ระหว่างการบำบัด และกลุ่มที่เลิกได้สำเร็จแล้ว (Coriale et al., 2018) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ติดสุรา พยาบาลควรมีองค์ความรู้เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างองค์รวมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น บทความนี้นำเสนอเกี่ยวกับหลักการเจริญสติเป็นฐานและการนำไปประยุกต์ใช้ดูแลกลุ่มผู้ติดสุรา ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมองค์ความรู้ งานวิจัย เอกสารทางวิชาการ และประสบการณ์ผู้บำบัดที่เกี่ยวข้องกับการเจริญสติเป็นฐาน ซึ่งจะสามารถนำไปใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดผู้ติดสุราและนำไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลต่อไป

ความหมายของผู้ติดสุรา

ผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) หมายถึง ผู้ที่มีลักษณะของการดื่มแบบที่มีความเสี่ยงสูงอันก่อให้เกิดอันตรายในระดับสูงสุด ไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มของตนเองได้จนก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และหน้าที่การงานความรับผิดชอบต่าง ๆ ซึ่งถ้าหากมีการลดปริมาณหรือหยุดดื่มจะทำให้มีอาการขาดสุรา มีความอยากดื่มสุราอย่างมาก และยังคงดื่มแม้จะทราบถึงผลเสียที่เกิดขึ้น (พันธุรัตน์ กิตติรัตนไพบูลย์, 2561) ลักษณะของผู้ติดสุราจะมีอาการต่าง ๆ ตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM-5 ทั้งหมด 11 อาการ โดยมีอาการ 2 อย่าง หรือมากกว่าในช่วง 12 เดือน ได้แก่ ใช้สุรามากหรือนานกว่าที่ตั้งใจไว้ มีความตั้งใจอยู่เสมอที่จะลดแต่ไม่สำเร็จ ใช้เวลานานกับการได้มา การเสพ การฟื้นจากฤทธิ์สุรา มีความกระหายสุราอย่างมาก ใช้สุราซ้ำ ๆ จนมีความบกพร่องในบทบาท และยังคงใช้สุราอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะเกิดปัญหาซ้ำ ๆ มีความลดลงในกิจกรรมหลัก มีการใช้สุราซ้ำ ทั้งที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกาย ยังคงใช้อย่างต่อเนื่อง แม้ทราบว่ามีปัญหาทางกายหรือจิตใจ มีอาการคือยา และมีอาการขาดยา

ความรุนแรงของการติดสุราแบ่งได้ดังนี้ คือ ถ้าพบ 2-3 อาการ เป็นการติดสุราขั้นต้น พบ 4-5 อาการ เป็นการติดสุราขั้นปานกลาง และมากกว่า 6 อาการ เป็นการติดสุราขั้นรุนแรง (นันทวัช สิริธิรักษ์, 2558) ผู้ติดสุราในกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มที่มีอาการมากหรือรุนแรงแล้ว แต่มีจำนวนน้อยมากที่เข้ารับการรักษานับว่าเป็นช่องว่างขนาดใหญ่ในการบำบัดผู้ติดสุรา เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งตัวผู้ติดสุราครอบครัวสังคม บุคลากรสาธารณสุขเป็นต้นจึงควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ติดสุรา ด้านปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดสุราก่อนในเบื้องต้น

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดสุรา

ในปัจจุบันมุมมองทางประสาทวิทยาอธิบายพฤติกรรมติดสุราเป็นการเจ็บป่วยทางสมอง ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดสุราเป็นปฏิกริยาร่วมกันระหว่างปัจจัยทางด้านชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม การแสดงออกของยีน วงจรสมอง และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นแรงผลักดันให้มีการใช้สุรา เช่น ความเครียด ระบบสังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น ซึ่งปัจจัยหลักเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมจากครอบครัว ประมาณครึ่งหนึ่งของปัจจัยเสี่ยงหรือประมาณร้อยละ 40-60 ทำให้เกิดความเปราะบางหรือจุดอ่อนต่อการติดสุราและการกลับไปเสพซ้ำ เพิ่มความไวในการตอบสนองต่อปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเสพติด (Koob & Volkow, 2016) ส่งผลกระทบต่อกลไกการทำหน้าที่ของวงจรสมอง

การศึกษาของ Filippi et al. (2019) พบความเชื่อมโยงรูปแบบโครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมองรวมถึงบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในกลุ่มบุคคลที่มีประวัติของครอบครัวที่ติดสุราพบว่า ปริมาณเนื้อสมองสีเทาขนาดเล็กในสมองส่วนหน้าบริเวณซิงกูเลท (Cingulate) นิวเคลียสแอคคัมเบนส์ (Nucleus accumbens) และอินซูลาด้านขวา (Insula) จากการถ่ายภาพสมอง พบการกระตุ้นเปิดใช้งานของสมองซิงกูเลทส่วนหน้า (Anterior cingulate) เพื่อตอบสนองต่อการขาดรางวัลมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีประวัติเกี่ยวข้องกับสุรา นอกจากนี้บุคคลที่มีฟีโนไทป์ตอบสนองต่อสุราแตกต่างกันมีความไวต่อแรงจูงใจจากสิ่งเร้าแตกต่างกัน (Cofresí, Bartholow, & Piasecki, 2019) ซึ่งเป็นปฏิกริยาของวงจรสมอง

ทำให้ไวต่อตัวกระตุ้นง่ายขึ้น จึงตอบสนองแบบต้องการผลของสุราที่ทำให้เกิดความสุขไม่ใช่จากความชอบสุราเป็นแรงจูงใจที่สำคัญนำไปสู่การติดสุรา

กระบวนการพัฒนาสมองพบจุดอ่อนต่อการใช้สุราสำหรับวัยรุ่น สมองแต่ละส่วนพัฒนาความสมบูรณ์ไม่พร้อมกัน สมองของวัยรุ่นพบเปลือกสมองกลีบหน้าผากส่วนหน้า (Prefrontal cortex [PFC]) เป็นสมองส่วนคิดวิเคราะห์ภายใต้เหตุผลพัฒนาสมบูรณ์ช้ากว่าสมองส่วนอารมณ์ (Limbic system) และมีเครือข่ายเชื่อมโยงกับเนื้อสมองสีเทาซึ่งมีความหนาแน่นลดลง ส่งผลต่อการซินแนปส์ประสาทระหว่างนิวรอน (Dahl et al., 2017) ทำให้วัยรุ่นตอบสนองตามอารมณ์ ด้วยความพึงพอใจ ชอบเสี่ยง สมองส่วน PFC ไม่สามารถควบคุมตนเองได้เต็มที่ นำไปสู่การขาดความยับยั้งชั่งใจ หุนหันพลันแล่นต่อการตัดสินใจใช้สุรา ไม่ทันคิดถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นตามมา ขาดการตัดสินใจด้วยการพิจารณาเหตุผล ดังนั้นสมองของวัยรุ่นเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น (Neuroplasticity) จึงพัฒนาการไปใช้สุราเร็วกว่าในผู้ใหญ่ (Volkow & Boyle, 2018) และมีความไวต่อสิ่งกระตุ้นทางสิ่งแวดล้อม เช่น ความเครียด สภาพแวดล้อมที่สัมพันธ์กับการใช้สุรา การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายสุรา กลุ่มเพื่อน รวมถึงแรงกดดันทางสังคมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการใช้สุรา

ผู้ติดสุราพบความเสี่ยงมาตั้งแต่แรกเกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมและผลจากการดื่มสุรายังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงยีนในระยะยาวเช่นกัน รวมถึงผลต่อสมองเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจจากสิ่งเร้าที่มากเกินไป การสร้างนิสัยความเคยชิน ขาดรางวัลความเครียดของสมอง และบกพร่องการบริหารจัดการของสมองขั้นสูงซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Koob & Volkow, 2016) ผู้ติดสุราเริ่มแนวโน้มเริ่มใช้สุราจากการเสริมแรงจูงใจทางบวก แสวงหาผลจากสุราด้วยความพึงพอใจ ดังเช่น ใช้สุราเพื่อผ่อนคลาย นอนหลับ อยากรอง และคลายเครียด คาดหวังผลทางบวกจากการดื่มสุราแต่เมื่อมีการใช้สุราอย่างต่อเนื่องจะกลายเป็นใช้สุราเพื่อการเสริมแรงจูงใจทางลบ บรรเทาผลกระทบอารมณ์เชิงลบจากอาการทุกข์ทรมานของภาวะถอนสุรา แรงจูงใจทั้งทางบวกและทางลบมีบทบาทสำคัญต่อการดื่มของแต่ละบุคคล (Witkiewitz, Litten, & Leggio, 2019) ซึ่งมีกระบวนการเกิดนำไปสู่วงจรการติดสุรา

กระบวนการเกิดการติดสุรา

วงจรของการติดสุราอธิบายได้ตามกรอบแนวคิด Psychopathological Framework แต่ละขั้นจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นนำไปสู่การเกิดพยาธิสภาพของการติดสุรา สมองจะเกิดการปรับตัวเพื่อรักษาภาวะสมดุลของร่างกายจากการเปลี่ยนแปลงรางวัลของสมองและกลไกของความเครียด (George & Koob, 2017) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเริ่มใช้สุราและระยะมึนเมา (Binge/Intoxication) เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจจากสิ่งเร้าของสมองส่วนเบซัลแกงเกลีย (Basal ganglia) ในระยะแรกของการดื่มสุราจะเกิดความรู้สึกพึงพอใจจากการใช้สุราอย่างฉับพลัน ระดับสารสื่อประสาทโดปามีนที่เพิ่มมากขึ้น มีความไวต่อแรงจูงใจจากสิ่งเร้า การรับรู้ทางความคิดต่อสิ่งเร้าตามธรรมชาติลดลง ระยะต่อมาเมื่อใช้สุราซ้ำ ๆ จะเกิดอาการคือสุรามีอาการทางลบเพิ่มขึ้นเป็นแรงผลักดันที่สำคัญให้มีการใช้สุราในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น และยังคงใช้ต่อเนื่องอย่างเรื้อรัง สารสื่อประสาทเกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ โดปามีน และโอปิออยด์ เปปไทด์ ทำให้มีอาการเคลิ้มสุข

รวมถึงอาการเมาสุรา เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้เสริมแรงแบบมีเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับสุราและพฤติกรรม การตอบสนองตามความเคยชินขึ้น

2. ระยะถอนสุราและผลกระทบเชิงลบ (Withdrawal/negative affect) เกี่ยวข้องกับการพร่อง รางวัล และความเครียดในสมองส่วนอะมิกดาลา (Amygdala) เกิดการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาท ที่สำคัญได้แก่ คอร์ติโคโทรปิน, รีลีสซิงแฟกเตอร์, โดโนร์ฟิน, นอร์อิพิเนฟริน, วาโซเพรสซิน, และ ไฮโปคริติน เมื่อไม่ได้ดื่มสุราสมองจะปรับตัวโดยลดการทำงานของระบบรางวัลในสมองลง ลดการกระตุ้น โดปามีนและเพิ่มความเครียดของสมองขึ้นจากอาการถอนสุรา มีผลต่ออารมณ์เชิงลบ เช่น ความรู้สึกกลัว วิดกกังวล ไม่สุขสบาย หงุดหงิด โมโห จึงต้องเสาะแสวงหาสุรามาดื่มเพื่อลดผลกระทบดังกล่าว

3. ระยะหมกมุ่น (Preoccupation/anticipation) เกี่ยวข้องกับความบกพร่องการบริหารจัดการ ของสมองขั้นสูง (Executive function) บริเวณเปลือกสมองกลีบหน้าผากส่วนหน้า (PFC) การเปลี่ยนแปลง สารสื่อประสาทที่สำคัญคือ กลูตาเมตและกาบา ในระยะนี้ความอยากที่เกิดขึ้นฉับพลันของระบบรางวัล สมองตามความรุนแรงแตกต่างกันในแต่ละบุคคล การตอบสนองต่อความอยากอย่างรุนแรงส่งผลต่อการ ยับยั้งการทำงานของ PFC เกิดความผิดปกติการบริหารจัดการของสมองขั้นสูง รวมถึงความบกพร่องใน การตัดสินใจ การควบคุมตนเองความคิด ความจำ สมาธิ ผู้ติดสุราจึงมีพฤติกรรมหมกมุ่นเกี่ยวกับการดื่ม สุราแบบไม่สามารถควบคุมความคิดเป็นเหตุเป็นผลได้

แนวทางการบำบัดในผู้ติดสุรา

ผู้ติดสุรามีลักษณะแตกต่างกันตามปัจจัยเสี่ยงที่มีความเชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อน การบำบัดที่มี ประสิทธิภาพจึงควรผสมผสานวิธีการที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ทั้งการบำบัดด้วยยาที่มีผลต่อตัวรับ สารสื่อประสาท และการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อปรับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม แม้ปัจจุบันมีการ ค้นพบความก้าวหน้าในการบำบัดด้วยเทคโนโลยีวิธีการใหม่ ๆ แต่การศึกษายังไม่เพียงพอควรมีการศึกษา เพิ่มเติมอีกมาก เช่น การใช้ Neuro feedback ในการปรับเปลี่ยนการทำงานของสมอง การบำบัดกระตุ้น สมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การศึกษาด้วยยาอื่น ๆ ที่อาจเป็นทางเลือกในบำบัดผู้ติดสุรา เช่น Topiramate Gabapentin Balcufen และ Ondansetron รวมถึงการบำบัดแบบระยะทางไกล (Telemedicine) ผ่านวิดีโอ คอนเฟอเรนซ์แบบเรียลไทม์ เป็นต้น ซึ่งวัตถุประสงค์ของการบำบัดเพื่อให้ผู้ติดสุราสามารถลด ละ เลิก การดื่มสุรา ป้องกันการกลับไปเสพยา และช่วยฟื้นฟูผู้ติดสุราให้สามารถดำรงชีวิตไปอย่างปกติสุข

การบำบัดด้วยยา (Pharmacological treatment) ในระยะแรกการบำบัดเพื่อถอนสุรา สามารถ บำบัดได้ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกตามระดับความรุนแรง ยาหลักที่ใช้ลดความรุนแรงของอาการถอน สุราเป็นยาในกลุ่ม Benzodiazepines ร่วมกับการบำบัดประคับประคองภาวะแทรกซ้อนหรือความเสี่ยง อื่น ๆ ในระยะต่อมาการบำบัดด้วยยาสำหรับผู้ติดสุราที่มีระดับการติดสุราขึ้นปานกลางถึงรุนแรง สามารถ บำบัดด้วยยาเพียงอย่างเดียว หรือบำบัดร่วมกับบำบัดทางจิตสังคมได้ ยาที่ได้รับรองจากองค์การอาหาร และยาของสหรัฐอเมริกา ได้แก่ ยา Acamprosate, Disulfiram และ Naltrexone ในการบำบัดควรเลือกใช้ ยา Naltrexone หรือยา Acamprosate เป็นยาตัวแรกเพื่อลดปริมาณการดื่มหรือหยุดการใช้สุรา และใช้ในกรณี

ไม่ตอบสนองต่อการบำบัดแบบไม่ใช้ยา กรณีใช้ยาทั้ง 2 อย่าง แล้วไม่ตอบสนองให้เปลี่ยนไปใช้ยา Disulfiram และยากลุ่มอื่น ได้แก่ ยา Topiramate และ ยา Gabapentin แทน (Reus et al., 2018) สำหรับประเทศไทยมีเพียงยา Disulfiram และ Topiramate เท่านั้น แต่มีข้อจำกัดในการใช้ยา Disulfiram คือ พบอาการข้างเคียงสูง และยา Topiramate เป็นยากันชัก ยังไม่ได้รับรองในการใช้บำบัดผู้ติดสุรา

การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial treatment) รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมมีหลากหลายวิธี ซึ่งแต่ละรูปแบบมีประสิทธิภาพการบำบัดเท่าเทียมกันในการช่วยให้ผู้ติดสุราเลิกใช้สุราหรือลดปริมาณการดื่มลง (Witkiewitz et al., 2019) การบำบัดทางจิตสังคมเพียงอย่างเดียวเหมาะสมสำหรับผู้ติดสุราระดับขั้นต้นถึงระดับปานกลาง การบำบัดพบว่าจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้บำบัดต้องมีทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีความเข้าอกเข้าใจผู้อื่น หลีกเลี่ยงการแก้ไขปัญหาแบบการเผชิญหน้าและพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีในการบำบัดอย่างเสมอ (Blonigen, Finney, Wilbourne, & Moos, 2015) ในช่วง 3 เดือนแรกของการบำบัดควรให้ความสำคัญในการจัดการบำบัดอย่างเหมาะสม เนื่องจากพบผู้ติดสุราหยุดการบำบัดและการกลับมาเสพซ้ำมากถึงร้อยละ 66 ซึ่งส่งผลต่อการบำบัดในเดือนต่อไป และควรมีความหลากหลายของการบำบัดตามลักษณะของผู้ติดสุรา สำหรับผู้ติดสุราที่มีแรงจูงใจสูงหรือติดสุราไม่รุนแรง การบำบัดอาจจะเข้มข้นน้อย ระยะเวลาบำบัดสั้นอย่างน้อย 3 เดือน และผู้ติดสุรารุนแรงการบำบัดควรเข้มข้นและระยะเวลาบำบัดนานขึ้นเป็นอย่างน้อย 6 เดือน และควรติดตามหลังการบำบัดทุกราย (Coriale et al., 2018)

การเจริญสติเป็นฐานในผู้ติดสุรา

สติ (Mindfulness) หมายถึง การระลึกรู้ และตั้งใจอยู่กับประสบการณ์เรื่องราวที่เกิดขึ้นในปัจจุบันขณะนั้น เวลานั้น โดยการยอมรับตามความเป็นจริง และไม่ตัดสินต่อประสบการณ์นั้น ๆ ส่วนการไม่มีสติ คือ การไม่ระลึกรู้ตัว ขาดความตั้งใจ ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาตามอารมณ์โดยอัตโนมัติ เป็นเหตุให้เกิดความทุกข์และปัญหาทางสุขภาพจิต บุคคลมักเผชิญปัญหาแก้ไขเพียงภายนอกด้วยการหลีกเลี่ยงปัญหาหนีความทุกข์ แต่ยิ่งเพิ่มความยากลำบาก ความรุนแรงในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น เช่น หนีความทุกข์ใจไปดื่มสุราเพียงเพราะคิดว่าดื่มแล้วสบายใจ การเจริญสติเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลยอมรับอารมณ์วางเฉยต่อความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น พุทธศาสนา เรียกว่า อูเบกขา การฝึกเจริญสติให้มีความเข้าใจ ยอมรับตามความจริง ซึ่งเป็นธรรมชาติทุกคนต้องพบเจออย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สอดคล้องกับความคิดเห็นของนักวิชาการทางด้านประสาทวิทยาที่อธิบายการฝึกฝนพัฒนาจิตใจอย่างสม่ำเสมอสามารถกำหนดโครงสร้างและการทำหน้าที่สมองได้ส่งผลต่อสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงพัฒนาความยืดหยุ่นและการปรับตัวใหม่ (Neuroplasticity) ตามประสบการณ์ของจิตใจ (ริค แชนสัน และริชาร์ด แมนดิอัส, 2558)

สติมีลักษณะเป็นการไม่ตอบสนอง ยอมรับความคิดและอารมณ์ที่เป็นทุกข์ สังเกตความรู้สึกที่เกิดขึ้นทั้งภายนอกและภายใน โดยการแยกสภาวะทางอารมณ์และระลึกถึงความเป็นอัตโนมัติ การเจริญสติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเพิ่มความสามารถทางความคิด ความตั้งใจ และการทำหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติ เมื่อเผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับสุราแต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้สุราและความอยาก (Garland & Howard, 2018) พฤติกรรมผู้ติดสุรามีลักษณะขาดความตั้งใจ ตอบสนองต่อนิสัยโดยอัตโนมัติ ดังนั้นการฝึกเจริญสติโดยการไม่ตอบสนองต่ออารมณ์เชิงลบและความอยากอย่างเคยชิน

อัตโนมัตติ ผ่านการสังเกตตามองค์ประกอบทางร่างกาย ความรู้สึก อารมณ์ ความคิดที่เกิดขึ้นด้วยความตระหนักรู้ เมื่อเวลาผ่านไปสังเกตถึงอารมณ์เชิงลบหรือความอยากจะลดลงไป ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติ ความจริงทุกสิ่งมีเกิดขึ้นและลดลงได้ ผู้ติดยาจะเรียนรู้การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นอย่างมีสติและปรับตัวได้แทนการตอบสนองโดยอัตโนมัตติ อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนิสัยเดิมที่เคยทำอย่างอัตโนมัตติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้สุรา

แนวทางการบำบัดด้วยการเจริญสติเป็นฐานป้องกันการกลับไปซ้ำ (Mindfulness-Based Relapse Prevention [MBRP]) เป็นรูปแบบการบำบัดที่มุ่งเน้นการจัดการอารมณ์ ปฏิบัติทางกายเมื่อมีความอยากและการป้องกันการกลับไปติดซ้ำ ซึ่งพัฒนามาจากเทคนิคการป้องกันการกลับไปติดซ้ำตามกรอบแนวคิดของการปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม และการบำบัดด้วยการเจริญสติเป็นฐาน แนวคิดการบำบัดด้วย MBRP 4 อย่าง ได้แก่ ความตระหนักรู้ (Awareness) การรับมือกับต่อสิ่งกระตุ้น (Triggers) การยอมรับอารมณ์ (Acceptance) และความสมดุลและการดำเนินชีวิต (Balance and lifestyle) กิจกรรมการฝึกปฏิบัติทำให้มีสติอยู่กับปัจจุบันขณะ ด้วยการสังเกตลมหายใจ สังเกตความคิดที่เป็นเพียงความคิดไม่ใช่ความจริง สังเกตจิตใจที่วอกแวกไม่อยู่นิ่งตลอดเวลา สังเกตความอยากที่เกิดขึ้นจากปฏิบัติทางร่างกายและจิตใจยอมรับโดยไม่ต้องหนีไม่ต่อต้านหรือสู้กับมัน ฝ่าสังเกตุทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกันระหว่างกายและจิต และมอบหมายการฝึกต่อเนื่องที่บ้าน สังเกตความอยากอารมณ์ด้านลบ สิ่งกระตุ้นและปฏิกริยาตอบสนองของร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการพัฒนาการตระหนักรู้ อยู่กับปัจจุบัน และเกิดการยอมรับตามความเป็นจริงโดยไม่ตัดสิน

การบำบัดด้วยการเจริญสติเป็นฐานช่วยแก้ไขพฤติกรรมติดสุรา เยียวยาความอยาก อารมณ์เชิงลบ และพฤติกรรมนิสัยอัตโนมัตติ โดยกลไกทางระบบประสาทเป็นการเพิ่มการทำงานการเชื่อมต่อภายในเครือข่ายสมองของกระบวนการกำกับตนเอง (Self-regulation) โดยการควบคุมจากบนลงล่าง (Top-down) เป็นการตอบสนองที่เกิดจากการรู้คิดมากกว่าการตอบสนองแบบอัตโนมัตติ ทำให้เกิดความตั้งใจ มุ่งมั่นที่จะหยุดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้สำเร็จตามเป้าหมาย และผลการเจริญสติช่วยเพิ่มการทำงานสมองระหว่างเครือข่ายการควบคุมการรู้คิดกับโครงสร้างสมองส่วนกระบวนการกำกับตนเองที่ควบคุมจากล่างขึ้นบน (Bottom-up) ซึ่งเป็นการตอบสนองแบบอัตโนมัตติทันที (Garland & Howard, 2018) ไม่ต้องใช้ความคิดมาควบคุม การเพิ่มการเชื่อมต่อการทำงานทั้งภายในสมองจากบนลงล่างและระหว่างวงจรประสาทการรู้คิดกับการทำงานสมองจากล่างไปบนนี้ จะทำให้ผู้ติดยามีแรงจูงใจในการกำกับตนเองจากการใช้สุรา ช่วยจัดการอาการทางสรีรวิทยาเพื่อหยุดพฤติกรรมนิสัยอัตโนมัตติ จัดการปฏิกริยาการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ความเครียด และปรับโครงสร้างกระบวนการให้รางวัล จะเห็นได้ว่าการเพิ่มกลไกการทำงานสมองส่วนคิดให้สามารถทำงานอย่างเข้มแข็งมากกว่าสมองอารมณ์ เรียนรู้ด้วยสติ ใช้ปัญญาพิจารณาเท่าทันในอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกไม่ตอบสนองความอยากด้วยการขาดความยับยั้งชั่งใจ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่มุ่งสู่เป้าหมายที่ดีต่อสุขภาพต่อไป

บทบาทของพยาบาลในการนำการเจริญสติเป็นฐานเพื่อการดูแลผู้ติดสุรา

ผู้ติดสุรามีความซับซ้อนของปัญหาแตกต่างกันในแต่ละบุคคล หากพยาบาลมีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางด้านสมอง ระบบประสาทของการติดสุรา และการบำบัดด้วยการเจริญสติเป็นฐานโดยการปรับเปลี่ยนกระบวนการทางความคิด อารมณ์ และจิตใจ เป็นส่วนสำคัญในการควบคุมกำกับตนเอง และกระบวนการให้รางวัลของสมอง การเชื่อมโยงกับการใช้แนวคิด ลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) เพื่อประเมินพฤติกรรม ความคิด หรือความตั้งใจที่จะเกิดแรงจูงใจขึ้น และนำไปวางแผนการพยาบาลจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ติดสุราอย่างองค์รวม ซึ่งมีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงเป็นวงจรต่อเนื่องกัน นำมาประยุกต์ใช้ในบทบาทพยาบาล ได้แก่ กลุ่มผู้ติดสุราเฉยเมย กลุ่มผู้ติดสุราลังเลใจ และกลุ่มผู้ติดสุราตัดสินใจควรส่งเสริมการสร้างความตระหนักรู้ กลุ่มผู้ติดสุราลงมือปฏิบัติ และกลุ่มผู้ติดสุรากระทำต่อเนื่อง ควรส่งเสริมการยอมรับอารมณ์ และการรับมือต่อสิ่งกระตุ้น กลุ่มผู้ติดสุราสิ้นสุด ส่งเสริมการสร้างความสุขในการดำเนินชีวิต มีรายละเอียดดังนี้ (ทยาวิรุ จันทรวินวัฒน์ และชนกฤทัย ชื่นอารมณ์, 2561)

1. กลุ่มเฉยเมย (Precontemplation) เป็นกลุ่มที่ไม่ยอมรับว่าพฤติกรรมติดสุราเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการปรับเปลี่ยน นอกจากนี้ผู้ติดสุรายังไม่ตระหนักและไม่มีแนวคิดที่จะลด ละ เลิกพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งผู้ติดสุราอาจมีความคิดว่าสามารถควบคุมการดื่มของตนเองได้ และไม่สนใจที่จะขอรับความช่วยเหลือใดๆ เป็นกลุ่มที่มีลักษณะปฏิเสธการคิด ไม่ได้ผ่านการคิดใช้อารมณ์นำพาไปดื่มสุรา ในการทำกิจกรรมการฝึกเจริญสติในผู้ติดสุรากลุ่มนี้พยาบาลควรสร้างความตระหนักรู้ สะท้อนให้ผู้ติดสุราได้เริ่มคิดตระหนักถึงอันตรายและปัญหาความทุกข์ที่เกี่ยวกับการติดสุราสะท้อนให้เกิดการคิดที่อยากจะเริ่มเปลี่ยนแปลงตนเองเป็นแรงจูงใจหรือรางวัลที่จะได้รับให้มากพอ ฝึกสติให้เกิดความตระหนักรู้ถึงพฤติกรรมนิสัยอัตโนมัติที่เป็นปัญหาสำคัญของการติดสุราจากการทำตามความเคยชิน นำไปสู่การติดสุราและตระหนักรู้ถึงปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมาเป็นการฝึกใช้สมองส่วนคิดแทนการใช้สมองส่วนอารมณ์นำเหตุผลเพียงอย่างเดียว

2. กลุ่มลังเลใจ (Contemplation) เป็นกลุ่มที่ไม่แน่ใจถึงพฤติกรรมการดื่มสุรว่าเป็นผลดีหรือไม่ ผู้ติดสุราจะเริ่มคิดถึงพฤติกรรมติดสุราเป็นปัญหาที่ต้องปรับเปลี่ยน เริ่มคิดถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา เริ่มมองหาผลดีและผลเสียของการดื่มสุรามากขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ติดสุรากลุ่มนี้ยังคงมองเห็นผลเสียของการดื่มสุราค่อนข้างน้อย จึงมักเกิดความสับสนว่าจะเลิกดื่มสุราหรือไม่ และยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดื่มสุราอย่างจริงจัง เป็นกลุ่มที่มีลักษณะเริ่มคิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นการทำงานของสมองส่วนคิด สำหรับกิจกรรมในการฝึกสติในกลุ่มนี้พยาบาลควรสร้างความตระหนักรู้ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้น อารมณ์เชิงลบ และความคิดวิเคราะห์หาเหตุผลอย่างแท้จริงถึงผลเสียเป็นอย่างไรและเรียนรู้การได้เห็นถึงเหตุผลของการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เรียนรู้รางวัลที่จะได้รับหากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เช่น ในเบื้องต้นช่วยบรรเทาความทุกข์ใจ เกิดความผ่อนคลายและให้ตัดสินใจเลือกโดยมีเหตุผลสนับสนุนตามความเป็นจริง เป็นการส่งเสริมการใช้สมองส่วนกระบวนการกำกับตนเองที่ควบคุมจากบนลงล่าง

3. กลุ่มตัดสินใจ (Determination) เป็นกลุ่มที่เริ่มตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเตรียมการถึงวิธีการที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกิจกรรมในการฝึกสติในกลุ่มนี้ พยาบาลควรสร้างความตระหนักรู้ด้วยการสำรวจตนเองเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสิ่งกระตุ้น สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง และความอยาก เป็นการเพิ่มความรู้สึกในการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทำให้พัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นำไปสู่การเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) ให้สูงขึ้น เกิดความตั้งใจ ยึดมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการคิดสุราให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เป็นการส่งเสริมการใช้สมองส่วนกระบวนกรกำกับตนเองที่ควบคุมจากบนลงล่าง

4. กลุ่มลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นกลุ่มที่เริ่มลงมือปฏิบัติเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลด ละ เลิกดื่มสุรา เริ่มปฏิบัติตามแนวทางที่ได้วางแผนไว้ กิจกรรมในการฝึกสติในกลุ่มนี้ พยาบาลควรส่งเสริมการยอมรับ อารมณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นจากภาวะถอนสุรา ฝึกสติจัดการกับอารมณ์ การลดอารมณ์เชิงลบ วางเฉยด้วยใจที่เป็นกลาง ฝึกสติจัดการกับความอยาก ฝึกสติการรับมือกับสิ่งกระตุ้น เป็นการปรับกระบวนกรทำงานของสมองส่วนอารมณ์ สร้างความแข็งแกร่งของวงจรสมองส่วนล่างให้มีการกำกับตนเองที่ควบคุมจากล่างขึ้นบน

5. กลุ่มกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) เป็นกลุ่มที่สามารถปฏิบัติตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ สามารถหยุดใช้สุราได้ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาหนึ่ง และยังคงตั้งใจที่ปฏิบัติต่อไป กิจกรรมในการฝึกสติในกลุ่มนี้ พยาบาลควรส่งเสริมการยอมรับ อารมณ์ ความคิดในการเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง โดยไม่ต้องต่อต้านหรือต่อสู้ นำมาสู่จิตใจที่สงบนิ่งผ่อนคลาย และการป้องกันการกลับมาเสพยาที่เพิ่มขึ้นอย่างอัตโนมัติ ตอบสนองด้วยสติที่จะหยุดโซ่ของความคิดและเลือกที่จะตอบสนองด้วยการยอมรับ และไม่ตัดสินใจ มีวิธีการเห็นอกเห็นใจที่มีต่อประสบการณ์ของตนเอง ในบางครั้งเพียงแค่เริ่มพลั้งเผลอไปดื่ม (Lapse) แล้วคิดว่าตนเองล้มเหลว ไม่สามารถเลิกได้อย่างที่ตั้งใจ อาจรู้สึกไม่ดีต่อตัวเอง รู้สึกผิดหวัง นำไปสู่การดื่มอย่างต่อเนื่องและกลับไปติดจริงอีกครั้ง ควรสนับสนุนให้ผู้คิดสุราได้ทำทันต่อความรู้สึกจากการเผลอเพียงชั่วคราว ซึ่งเป็นธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลง แต่เมื่อรู้ตัวให้นำกลับมาตั้งใจใหม่เหมือนเดิม สนับสนุนการตั้งมั่นใหม่ สนับสนุนกำลังใจ กระตุ้นให้ใช้พลังจากสมองส่วนบนให้มีความตั้งใจและมุ่งมั่นต่อไป

6. กลุ่มสิ้นสุด (Termination) เป็นกลุ่มที่สามารถเลิกดื่มสุราได้สำเร็จนานเกิน 12 เดือน พยาบาลควรส่งเสริมการสร้างสมดุลในการดำเนินชีวิต เป็นการดูแลตนเองและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ในการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความโน้มเอียงไปสู่การกลับไปติดซ้ำ ควรใช้สติทุกวันเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต การเปลี่ยนจากวิถีชีวิตจากการพึ่งพาสุราไปสู่การยอมรับวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ โดยเริ่มจากการหมั่นฝึกสติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ค่อยๆ ปรับเปลี่ยนและทำในแบบที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลมากที่สุดและนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อไม่ให้เกิดแรงต้านในการปฏิบัติและเป็นไปตามการดำเนินชีวิตจริงอย่างเป็นธรรมชาติที่สุด การปฏิบัติดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดการกระตุ้นผลกดันในการปฏิบัติมากขึ้นโดยอัตโนมัติ เกิดเป็นพฤติกรรมใหม่แทนที่พฤติกรรมเดิม เป็นการส่งเสริมการพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของวงจรสมองใหม่ (Neuroplasticity) เพิ่มความแข็งแกร่งของวงจรสมองห่างไกลจากสุราได้อย่างยั่งยืนต่อไป

บทสรุป

มุมมองทางด้านประสาทวิทยา อธิบายถึงปัจจัยเสี่ยงเชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อนระหว่างปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมของผู้ติดยาที่ส่งผลต่อการปรับตัวของสมอง เพื่อรักษาภาวะสมดุลของร่างกาย เกี่ยวกับแรงจูงใจจากสิ่งเร้าที่มากเกินไป การบกพร่องของระบบรางวัลในสมอง การทำหน้าที่บริหารจัดการขั้นสูงของสมองลดลงส่งผลให้ผู้ติดยามีลักษณะปัญหาที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ติดยา ควรมีองค์ความรู้ในการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งการประยุกต์ใช้แนวคิดการเจริญสติเป็นฐานและแนวคิดลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มผู้ติดยา มุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากชีวประสาท ปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด อารมณ์ จะนำไปสู่การคิดสร้างทางเลือกใหม่ในการดูแลตนเอง การวางแผนการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับพฤติกรรมแรงจูงใจของผู้ติดยาในแต่ละกลุ่มผลักดันให้เกิดปรับเปลี่ยนตามลำดับขั้นต่อ ๆ ไป ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้ติดยาลดการพึ่งพาสารลง และดำเนินชีวิตด้วยวิถีสติพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเองให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- ทนายวีร์ จันทรวิวัฒน์, และชนกฤทัย ชื่นอารมณ์. (2561). การเจริญสติในผู้ป่วยติดสารเสพติด: มุมมองทางด้านสมองและประสาทวิทยา. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 11(3), 166-175.
- นันทวัช สิทธีรภักย์. (2558). *จิตเวช ศิริราช DSM-5* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์.
- ปวีตร คตโคตร. (2562). *แผนงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ปี 2562-2564*. นนทบุรี: กองนวัตกรรมและวิจัย (กนว.) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2561). *แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดส์.
- ริก แฮนสัน, และริชาร์ด แมนดิอัส. (2558). *สมองแห่งพุทธะ[Buddha's Brain]* (ฉัชร สยามวาลา, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: อมรินทร์ธรรมะ อมรินทร์พริ้นติ้งแอนดส์พับลิชชิง.
- Blonigen, D. M., Finney, J. W., Wilbourne, P. L., & Moos, R. H. (2015). Psychosocial treatments for substance use disorders. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 731–761). Oxford: Oxford University Press.
- Cofresí, R. U., Bartholow, B. D., & Piasecki, T. M. (2019). Evidence for incentive salience sensitization as a pathway to alcohol use disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 107, 897-926.
- Coriale, G., Fiorentino, D., De Rosa, F., Solombrino, S., Scalese, B., Ciccarelli, R., . . . Ceccanti, M. (2018). Treatment of alcohol use disorder from a psychological point of view. *Rivista Di Psichiatria*, 53(3), 141-148.
- Dahl, R., Suleiman, A., Luna, B., Choudhury, S., Noble, K., Lupien, S. J., . . . Uncapher, M. R. (2017). *The adolescent brain: A second window of opportunity*. Florence, Italy: UNICEF Office of Research.

- Filippi, I., Hoertel, N., Artiges, E., Airagnes, G., Guérin-Langlois, C., Seigneurie, A. S., . . . Rahim, M. (2019). Family history of alcohol use disorder is associated with brain structural and functional changes in healthy first-degree relatives. *European psychiatry*, *62*, 107-115.
- Garland, E. L., & Howard, M. O. (2018). Mindfulness-based treatment of addiction: Current state of the field and envisioning the next wave of research. *Addiction Science & Clinical Practice*, *13*(1), 1-14.
- George, O., & Koob, G. F. (2017). Individual differences in the neuropsychopathology of addiction. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *19*(3), 217-229.
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, *3*(8), 760-773.
- Reus, V. I., Fochtmann, L. J., Bukstein, O., Eyler, A. E., Hilty, D. M., Horvitz-Lennon, M., ... McIntyre, J. (2018). The American Psychiatric Association practice guideline for the pharmacological treatment of patients with alcohol use disorder. *American Journal of Psychiatry*, *175*(1), 86-90.
- Volkow, N. D., & Boyle, M. (2018). Neuroscience of addiction: Relevance to prevention and treatment. *American Journal of Psychiatry*, *175*(8), 729-740.
- Witkiewitz, K., Litten, R. Z., & Leggio, L. (2019). Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. *Science Advances*, *5*(9), 1-11.
- World Health Organization. (2019). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf>