

ประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมด้วยโปรแกรมสติบำบัด

เพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษา

ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

โดย นางสาวกัลฐิพร ชัยประทานพงษ์

กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู





ความสำคัญ

ปัจจุบันการติดสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้รายงานการดื่มสุราโลก ประจำปี 2557 ระบุว่าประชากรทั่วโลกมากกว่า 38% ดื่มสุราเป็นประจำและมีผู้เสียชีวิตจากการดื่มสุรา 3.3 ล้านรายทั่วโลกในแต่ละปี

ผลการสำรวจพฤติกรรมการการดื่มสุราของประชากรไทยล่าสุดปี 2560 พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปดื่มสุรา 55.9 ล้านคน และ 9 ล้านคนติดสุราเลิกไม่ได้

นักดื่มวัยรุ่นหนองบัวลำภู (ร้อยละ 30.6) ติดอันดับ 2 ของประเทศ นักดื่มดื่มผู้ใหญ่ (ร้อยละ 36.8) อันดับ 14 ของประเทศ

สถิติผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัด ณ หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู 3 ปีย้อนหลัง 2560-2562 มีจำนวนผู้ติดสุรา 114 ราย, 96 ราย และ 79 รายตามลำดับ แม้จะมีปริมาณลดลงทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยไม่ต้องการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพราะไม่ต้องการเลิกสุรา



ความสำคัญ (ต่อ)



- ในจำนวนผู้ที่เข้ารับการรักษามักมาด้วยอาการรุนแรงมีอาการผิดปกติทางจิต ก่อความเดือดร้อนต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน อีกทั้งพบว่ามีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน สูงเป็นอันดับ 1 ของโรคทางจิตเวชทั้งหมด 2560=11.96, 2561=12.12 และ 2562=11.39) ตามลำดับ
- และจากการติดตามผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว โดยการนัดติดตามผลการบำบัดรักษา การโทรศัพท์ติดตามรวบรวมข้อมูล และสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับผลการบำบัดรักษาและการดื่มสุราซ้ำ พบว่าผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำจำนวนมากภายในสัปดาห์แรกหลังจำหน่ายกว่าร้อยละ 80 และวนเวียนกลับเข้ารับซ้ำเป็นผู้ป่วยเก่ามากถึงร้อยละ 45-60



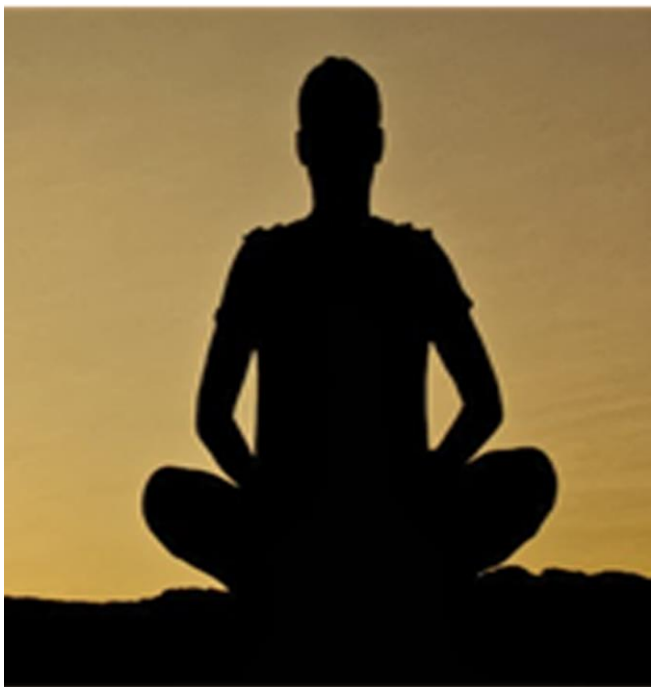
ความสำคัญ (ต่อ)

รูปแบบการบำบัดปกติ/เดิม

- ได้รับการบำบัดรักษาพยาบาลตามปกติได้แก่
 - การบำบัดรายบุคคลค้นหาและเสริมสร้างแรงจูงใจ
 - กิจกรรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโรคสมองตื้อสุรา
 - กลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
 - กลุ่มนันทนาการ
 - กลุ่มออกกำลังกาย
 - กลุ่มสมาธิบำบัด
 - กลุ่มอาชีวะบำบัด
 - กลุ่มศิลปะบำบัด
 - กลุ่มบำเพ็ญประโยชน์/สิ่งแวดล้อมบำบัด
 - กลุ่มส่งเสริมทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน
- ระยะเวลาทำกลุ่ม 1-1.30 ชั่วโมง/ครั้ง/วัน ทุกวัน
กลุ่มเช้า-กลุ่มบ่าย

- พบว่ายังไม่เพียงพอในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มมีปัญหาอันเนื่องมาจากติดสุรา เพราะยังมีพฤติกรรมกลับไปดื่มซ้ำสูงและวนเวียนเข้ารับการรักษาด้วยปัญหาเดิม ๆ
- ดังนั้นจึงต้องการพัฒนายกระดับการแก้ไขปัญหให้ได้ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ให้ได้แนวทางการบำบัดการพยาบาลด้านจิตสังคมที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมในการแก้ไขปัญหการดื่มสุราที่ต้นเหตุของปัญหาจริง โดยเฉพาะภาวะเสพติดสุราอย่างฝังแน่น ขาดสติ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ทำให้ไม่สามารถเลิกอาการเสพติดได้ด้วยตนเอง





ปัจจุบันนักวิทยาศาสตร์ทางสมอง พบว่าภาวะเสพติดเป็นเรื่องของความผิดปกติทางสมอง เมื่อเสพติดแล้ว สมองจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบจะมีจิตใจที่อ่อนแอ ขาดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่สามารถเลิกอาการเสพติดได้ด้วยตนเอง

ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ การบำบัดของแพทย์จะใช้อาอกฤทธิ์ที่สมองซึ่งมุ่งไปที่การใช้ยาลดความอยากเสพยาและลดอาการข้างเคียง อาการไม่สบายกายไม่สบายใจที่เกิดขึ้นเมื่อหยุดติ่มร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม

จากการศึกษาของศาสตราจารย์ จี อลัน มาร์แลตต์ (G.Alan Marlatt) พบว่าการเจริญสติสามารถทำให้สมองเกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงได้ ทั้งในด้านโครงสร้าง การทำงาน และการหลั่งสารสื่อประสาท โดยช่วยให้สมองบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการใช้ความคิด อารมณ์ ความจำดีขึ้น ขณะที่เจริญสติจะมีเลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น สมองสามารถซ่อมแซมส่วนที่เสียหายให้กลับมาดีขึ้นเหมือนเดิมได้ การหลั่งสารเคมีในสมองก็จะกลับมาเป็นปกติ การเจริญสติจึงสามารถบำบัดภาวะเสพติดได้



โปรแกรมการเจริญสติเพื่อบำบัดภาวะเสพติดเพื่อป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ (Mindfulness-Based Relapse Prevention Program)

โดยสอนให้ฝึกการเจริญสติในทุกอิริยาบถ ฝึกเจริญสติในการหายใจ การเดิน ฝึกให้ผู้ป่วยอยู่กับสิ่งที่ตนกำลังทำ ให้อยู่กับปัจจุบัน หลังจากนั้น เมื่อฝึกไประยะหนึ่งจนผู้ป่วยใจสงบลงได้บ้างแล้ว จิตเป็นสมาธิมากขึ้น จะสอนให้ดูใจตนเอง เมื่อมีอารมณ์หรือความคิด ความรู้สึกสุข ทุกข์ เกิดขึ้นก็ให้รู้ตัว โดยใช้การกำหนดรู้ (Noting or Labeling) เรียกชื่อของอารมณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ให้ตรงตามเป็นจริง เช่น สุข หนอ เบื่อหนอ ออยากเสพยาหนอ คิดหนอ หงุดหงิดหนอ เป็นต้น ให้ผู้ป่วยฝึกบ่อย ๆ จนมีความชำนาญ สติมีกำลังมากขึ้น

เนื่องจากการเสพติดเป็นเพราะไม่รู้ตัว ขาดสติ พออยากเสพยาก็เสพโดยอัตโนมัติจนเป็นนิสัย จึงเลิกได้ยาก มีวิธีเดียวที่ช่วยได้ คือทำให้สติมีกำลัง รู้ตัว และเห็นการเกิดขึ้นในใจ แล้วเฝ้ามองจนภาวะนั้นหายไป เมื่อเกิดขึ้นอีก ก็ฝึกให้รู้ตัวอีก ทำซ้ำ ๆ เช่นนี้ตลอด แม้ความอยากยังคงอยู่ในใจ แต่ทำอะไรไม่ได้ นั่นแปลว่า เราสามารถควบคุมตัวเองได้ ซึ่งต้องอาศัยการฝึกฝนบ่อย ๆ ในที่สุดก็จะปล่อยวางได้ ไม่กลับไปเสพอีก (จี อลัน มาร์แลตต์ (G.Alan Marlatt))



ในประเทศไทยพบว่าจิตบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน(Mindfulness Based Therapy and Counseling : MBTC) หรือเรียกสั้นๆว่า“สติบำบัด”เป็นการประยุกต์สมาธิและสติ เป็นวิธีการพื้นฐานในการพัฒนาจิตตามหลักพุทธธรรม แต่นำมาใช้ในทางโลกเพื่อลดความทุกข์ หรือเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของบุคคลที่มีความเครียด และความยากลำบากจากโรคทางกายและทางจิต รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วย

จัดว่าเป็นการใช้พุทธธรรมในทางโลก และเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงในการบำบัดภาวะเสพติด ไม่ให้กลับเสพติดซ้ำได้

โปรแกรมสติบำบัดที่พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดย นพ.ยงยุทธ วงษ์ภิรมย์ศานติ์ ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและคณะ นำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทในการบำบัดการพยาบาลทางจิตสังคม สำหรับผู้ป่วยเสพติดสุราที่เข้ารับการรักษในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู



โปรแกรมสติบำบัด

Session	ประเด็นสำคัญ
1 การจัดการกับความว้าวุ่นใจ	- ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง - อารมณ์และความเครียดรวมทั้งผลต่อร่างกายและจิตใจ - สามารถลดความว้าวุ่นใจและหยุดความคิดที่จะนำไปสู่ความอยาก
2 ดำเนินชีวิตด้วยความสงบ	- สติจะช่วยให้เราดำเนินชีวิตด้วยความสงบ ช่วยวางแผนชีวิต ในการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นภายนอกและลดอารมณ์ต่างๆ ที่เป็นตัวกระตุ้น ภายใน - สติตามสภาวะการณ่ภายนอก (กาย) และภายใน (จิต)
3 รู้จักปล่อยวางอารมณ์และความอยาก	- มีสติและปล่อยวางความรู้สึกบนร่างกาย (Body Scan) - มีสติและปล่อยวางความรู้สึกในจิต (Focusing) “ฉันเห็นความโกรธ ≠ ฉันโกรธ” จะช่วยในการจัดการกับตัวกระตุ้นภายในและความอยาก
4 รู้ทันความคิดและปล่อยวาง	- มีสติรู้ความคิด ช่วยให้แยกความคิดจากความจริง - มีสติแยกความคิดที่มากับความยุ่งยากในชีวิตและเรียนรู้ที่จะปล่อยวาง - “ฉันมี ความคิด ≠ ฉันเป็นอย่างที่คิดหรือมันเป็นอย่างที่ผมคิด” จะช่วยในการจัดการ กับตัวกระตุ้นภายใน
5 ทบทวนสัมพันธภาพใหม่	- สัมพันธภาพมีผลโดยตรงจากความคิดของเราอีกฝ่าย - การใคร่ครวญสัมพันธภาพอย่างมีสติจะช่วยให้เราเข้าใจสัมพันธภาพ ตามความเป็นจริงยิ่งขึ้นและปรับปรุงสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นที่สำคัญของตัวกระตุ้น ภายใน
6 ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น	- ปัญหามากมายที่เกิดขึ้นจากการสื่อสารทางลบโดยไม่รู้ตัว - การสื่อสารอย่างมีสติ ช่วยให้จัดการชีวิตได้ดีขึ้น และลดตัวกระตุ้น ภายใน
7 เมตตาและให้อภัย	- เมตตาตนเองช่วยให้เรารู้สึกมั่นคง ที่จะยอมรับประสบการณ์ที่เจ็บปวด - เมตตาผู้อื่นช่วยลดความขุ่นเคืองใจ และทำให้จิตเปิดกว้าง
8 ชีวิตต้องเดินหน้า	- รู้ทันถึงความเครียด ซึมเศร้าและการติดยาอาการที่จะกลับมาเยือนเราได้อีก - การเจริญสติจะช่วยรักษาสมดุลของชีวิตและป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำ



การประยุกต์ใช้โปรแกรมสติบำบัดให้เหมาะสมกับ
บริบทในการบำบัดการพยาบาลทางจิตสังคม สำหรับ
ผู้ป่วยเสพติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

เพื่อการป้องกันการกลับไปเสพติดสุราซ้ำ
และให้ได้รูปแบบในการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับผู้ป่วยเสพติดสุราต่อไป



โปรแกรมสติบำบัด

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้โปรแกรมสติบำบัดที่พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดย นพ.ยงยุทธ วงษ์ภิรมย์ศานต์ ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและคณะ โดยมีกระบวนการ 8 ครั้ง ตาม core process โดยตั้งชื่อแต่ละครั้ง ดังนี้

ผู้วิจัยเพิ่มโปรแกรมการปฐมนิเทศ เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ ในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (เรียนรู้โทษพิษภัยสุรา/คุณค่าแห่งตน:ความจริงของชีวิต&กฎแห่งกรรม/สติช่วยเลิกสุราได้อย่างไร/ใครๆก็ทำได้ โดยใช้เทคนิค)

-จัดกิจกรรมกลุ่มวันละ1session กลุ่มเข้าเรียนรู้อย่างเข้าใจ / กลุ่มปายเลียนประสบการณ์ และกระตุ้นให้ฝึกต่อเนื่องด้วยตนเองในกิจวัตรประจำวัน ต่อเนื่อง 8 วันจนครบ 8 ครั้ง

ครั้งที่ 1) จัดการกับความว้าวุ่นใจ (การฝึกสมาธิหยุดความอยากสุรา)

ครั้งที่ 2) ดำเนินชีวิตอย่างมีสติ (การฝึกสติในชีวิตประจำวัน)

ครั้งที่ 3) รู้จักปล่อยวางอารมณ์ (การฝึกดูความรู้สึกทั่วร่างกาย)

ครั้งที่ 4) รู้ทันกับความคิดและปล่อยวาง (การฝึกติดป้ายความคิด)

ครั้งที่5) ทบทวนสัมพันธภาพใหม่ (การปล่อยวางความคิดลบและช่วยให้มองเห็นความเป็นจริงด้านบวกของสัมพันธภาพ)

ครั้งที่ 6) ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น (การฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีสติ)

ครั้งที่ 7) เมตตาและให้อภัย (การฝึกสติเมตตา)

ครั้งที่ 8 ชีวิตต้องเดินหน้า (การวางแผนการปรับตัวในระยะยาว)

ผู้วิจัยเพิ่มกิจกรรมการอบรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำกับดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลติดตาม/กระตุ้นการฝึกสติต่อเนื่องทุกวัน

ตลอดระยะ 2 สัปดาห์แรก จากนั้นติดตามต่อเนื่องสัปดาห์ละ1ครั้ง จนครบ 12 Wks

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคม
ด้วยโปรแกรมสติบำบัดเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ
ของผู้ป่วยโรคติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษ
ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู





วิธีการศึกษา

- รูปแบบศึกษา :เป็นการศึกษาเชิงประสิทธิผล รูปแบบ Historical-Controlled Intervention design
- สถานที่: หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู
- ประชากรที่ศึกษา : ในผู้ป่วยโรคติดยาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นกลุ่มโรคติดยา ที่มีคะแนน AWS น้อยกว่า4และไม่มีอาการทางจิตหรืออาการทางจิตที่เลวร้ายได้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมปกติ 88 คน (เดือนมีนาคม 2562-2563)กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสติบำบัด 28 คน (เดือนเมษายน – สิงหาคม 2563)รวมทั้งสิ้น 116 คน



วิธีการศึกษา (ต่อ)

การวัดผลและวิธีการ

1. ข้อมูลทั่วไป นำเสนอข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบการแปลผลระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Extract probability test และ t test
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบระยะเวลา การกลับมาเสปสุราซ้ำของทั้ง 2 กลุ่ม โดย Multivariable flexible Parametric survival regression

วัสดุ/เครื่องมือที่ใช้

(แบบสัมภาษณ์ประวัติ,แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา(Audit),แบบประเมินสติ,คู่มือสติบำบัด/สื่อVDO/Ppt.)

งานวิจัยผ่านการอนุมัติ โดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เลขที่ 8/2563



วิธีการศึกษา (ต่อ)

การคำนวณขนาดศึกษา

- คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ Stata 16 ภายใต้สมมุติฐานว่าโอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับมาดื่มสุราซ้ำ (failure probability) ที่ 90 วัน ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบเดิมเป็น 80% และคาดว่าโปรแกรมสติบำบัดจะช่วยลดโอกาสการกลับไปดื่มสุราซ้ำที่ 90 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเหลือร้อยละ 40 กำหนดสัดส่วนเป็น 1 ต่อ 3 การทดสอบเป็น two-sided ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดหนึ่ง (significance) ที่ร้อยละ 5 และ power ร้อยละ 90 ได้จำนวนกลุ่มควบคุม 73 คน และกลุ่มทดลอง 25 คน รวม 98 คน
- [power exponential 0.8 0.4, time(90) power(0.9) nratio(3) studytime(90)]

ผู้ป่วยที่ศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น 116 คน



ขั้นตอนการศึกษา

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นกลุ่มโรคติดเชื้อ

Exclude

- คะแนน AWS มากกว่า 4
- มีอาการทางจิต
- ไม่เข้าร่วมการศึกษา

กลุ่มใช้โปรแกรมกิจกรรมปกติ
(มีนาคม. 2562– 2563) (n=88)

ติดตามผลการกลับไปติดเชื้อซ้ำ
หลังจำหน่าย 3 ระยะ
ได้แก่ 2 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือน

กลุ่มที่ใช้โปรแกรมสติบำบัด
(เมษายน. – สิงหาคม 2563) (n=28)

ติดตามผลการกลับไปติดเชื้อซ้ำ
หลังจำหน่าย 3 ระยะ
ได้แก่ 2 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือน

ผลการวิจัย





ตารางที่ 1: ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการบำบัดในหอผู้ป่วยจิตเวช

ลักษณะที่ศึกษา	MBTC group (n=28)		Standard group (n=88)		p-value
	n	%	n	%	
เพศ					
ชาย	28	100	88	100	
อายุ (ปี), mean (±SD)	44.4	±9.9	39.4	±11.4	0.028
การศึกษา					
ประถม	14	50.0	68	77.3	<0.001
มัธยม	9	32.1	18	20.5	
ปริญญาตรี	5	17.9	2	2.27	
สถานภาพสมรส					
โสด	6	21.4	29	32.9	0.448
คู่	16	57.2	46	52.3	
หม้าย/หย่า/แยก	6	21.4	13	14.8	
อาชีพ					
นักเรียน/นักศึกษา	1	3.6	5	5.7	<0.001
รับจ้าง	13	46.4	73	82.9	
เกษตรกร	4	14.3	5	5.7	
ค้าขาย	2	7.2	3	3.4	
ราชการ	5	17.9	2	2.3	
ว่างงาน	3	10.7	0	0.0	
รายได้ส่วนบุคคลเฉลี่ยต่อเดือน					
ต่ำกว่า 5,000 บาท	17	60.7	83	94.3	<0.001
สูงกว่า 5,000 บาท	11	39.3	5	5.7	
ความสัมพันธ์ในครอบครัว					
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	22	78.6	64	72.7	0.039
อยู่ด้วยกันอย่างไม่ราบรื่น	2	7.1	21	23.9	
บิดามารดาหย่าร้าง	3	10.7	2	2.3	
บิดามารดาเสียชีวิต	1	3.6	1	1.1	



ตารางที่2 : ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยติดสุรา จำแนกตามประวัติการดื่มสุรา

ลักษณะที่ศึกษา	MBTC group (n=28)		Standard group (n=88)		p-value
	n	%	n	%	
ดื่มสุราครั้งแรกอายุ (ปี) (mean $\pm$ SD)	16.63	($\pm$ 4.5)	16.6	($\pm$ 3.3)	0.070
ระยะเวลาที่ดื่มมานาน (ปี) (mean $\pm$ SD)	25.6	($\pm$ 9.7)	23.2	($\pm$ 8.5)	0.210
ปริมาณที่ดื่ม					
ไม่เกิน 1 ขวด	21	75.0	85	96.6	0.001
มากกว่า 1ขวด	7	25.0	3	3.4	
ค่าใช้จ่ายในการดื่มแต่ละครั้ง					
น้อยกว่า 50 บาท	9	32.1	37	42.0	0.001
51-100 บาท	9	32.1	46	52.3	
มากกว่า 100 บาท	10	35.8	5	5.7	
ทำงานหารายได้เอง	27	28.7	67	71.3	0.024
ขอเงินจากบิดา/มารดา	6	14.6	35	85.4	0.111
พึ่งพิงภรรยา	1	9.0	10	90.9	0.292
สมาชิกครอบครัวดื่มหรือไม่					
ดื่ม	19	67.9	71	80.7	0.194
ไม่ดื่ม	9	32.1	17	19.3	



ตารางที่ 3: ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยติดสุรา จำแนกตามประวัติการการเข้ารับการบำบัดรักษา

ลักษณะที่ศึกษา	MBTC group (n=28)		Standard group (n=88)		p-value
	n	%	n	%	
การวินิจฉัยขณะอยู่ที่โรงพยาบาล					
Alcohol Dependence	5	17.9	7	7.9	0.281
Alcohol withdrawal Delirium	9	32.1	31	35.3	
Alcohol induced psychosis	13	46.4	49	55.7	
Alcohol intoxication	1	3.6	1	1.1	
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษ					
ครั้งแรก	15	53.6	77	87.5	<0.001
2 ครั้ง	8	28.6	5	5.7	
3 ครั้ง	4	14.3	4	2.3	
มากกว่า 3 ครั้ง	1	3.6	2	4.5	
เหตุผลที่เข้ารับการรักษครั้งนี้ เนื่องจากสุขภาพทรุดโทรม	26	23.9	83	76.1	0.777
เหตุผลอื่นๆที่เข้ารับการรักษครั้งนี้	9	42.9	12	57.14	0.027
Length of stay (ในการรักษครั้งนี้) (mean (±SD))	15.1	(±7.2)	14.2	(±4.3)	0.394
การกลับมารักษาซ้ำ หลังการรักษครั้งนี้ (ในระยะเวลา 1 ปี)	0	(0)	3	(3.41)	1.000



ตารางที่ 4: ผลการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ที่เข้าร่วมการศึกษา
เกี่ยวกับการพฤติกรรมการฝึกสติ และงดสูรา

ลักษณะที่ศึกษา	MBTC group (n=28)		Standard group (n=88)		p-value
	n	%	n	%	
พฤติกรรมการฝึกสติ					
เคยทำ	17	60.7	8	9.1	<0.001
ไม่เคยทำ	11	39.3	80	90.9	
เวลาที่เคยฝึกสติมาก่อน (นาทีต่อครั้ง)(mean) (±SD)	11.43	(±1.9)	0.51	(±14.7)	<0.001
ระยะเวลาที่สามารถหยุดดื่มสุรา					
น้อยกว่า 1 เดือน	20	71.4	81	92.0	0.067
1 เดือนถึง 1 ปี	6	21.4	5	5.7	
1 ปี ขึ้นไป	2	7.2	2	2.3	



ตารางที่ 5 : เปรียบเทียบระดับคะแนนปัญหาจากการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา จากแบบประเมิน AUDIT

ลักษณะที่ศึกษา	MBTC group (n=28)		Standard group (n=88)		p-value
	n	%	n	%	
ประเมิน AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test					
ก่อนการทดลอง					
ผู้ดื่มแบบอันตราย	2	7.1	0	0	0.057
ผู้ดื่มแบบติด	26	92.9	88	100	
ระยะติดตามผล 2 สัปดาห์					
ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ	28	100	32	36.4	<0.001
ผู้ดื่มแบบเสี่ยง	0	0	1	1.1	
ผู้ดื่มแบบอันตราย	0	0	0	0	
ผู้ดื่มแบบติด	0	0	55	62.5	
ระยะติดตามผล 1 เดือน					
ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ	26	92.9	9	10.2	<0.001
ผู้ดื่มแบบเสี่ยง	2	7.1	0	0	
ผู้ดื่มแบบอันตราย	0	0	0	0	
ผู้ดื่มแบบติด	0	0	79	89.8	
ระยะติดตามผล 3 เดือน					
ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ	23	82.2	0	0	<0.001
ผู้ดื่มแบบเสี่ยง	2	7.1	0	0	
ผู้ดื่มแบบอันตราย	1	3.6	0	0	
ผู้ดื่มแบบติด	2	7.1	88	100	



ตารางที่ 6 :เปรียบเทียบการประเมินระดับการมีสติ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสติบำบัด ในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมสติบำบัด

ระดับการมีสติ	MBTC		Standard treatment		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
First visit	36.6	3.9	27.8	4.7	< 0.001
Last visit	40.6	2.9	28.3	4.8	0.017

Abbreviations: MBTC, Mindfulness-Based Therapy and Counseling; Mean, Arithmetic mean; PHLMS, Philadelphia Mindfulness scale; SD, standard deviation.

การวิเคราะห์ด้วย Univariate analysis พบว่าคะแนนสติครั้งแรกและครั้งสุดท้ายของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันภายในกลุ่มเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการวิเคราะห์ด้วย Univariate analysis พบว่าคะแนนสติครั้งแรกและครั้งสุดท้ายของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันภายในกลุ่มเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ





ตารางที่ 7 :ผลลัพธ์การใช้โปรแกรมสติบำบัด(MBTC)

เวลาที่กลับดื่มสุราซ้ำ	MBTC group(n=28)		Standard group(n=88)		Clinical Parameter		95% CI	P-value
	n	(%)	n	(%)				
< 2 สัปดาห์	0	(0.0)	62	(70.5)	HR	0.006	0.001-0.050	<0.001
2-4 สัปดาห์	3	(10.7)	11	(12.5)				
4-12 สัปดาห์	25	(89.3)	15	(17.1)				
Mean (days, ±SD)	86.80	±17.12	13.98	±9.15	RMST difference	72.82	67.7-78.0	<0.001

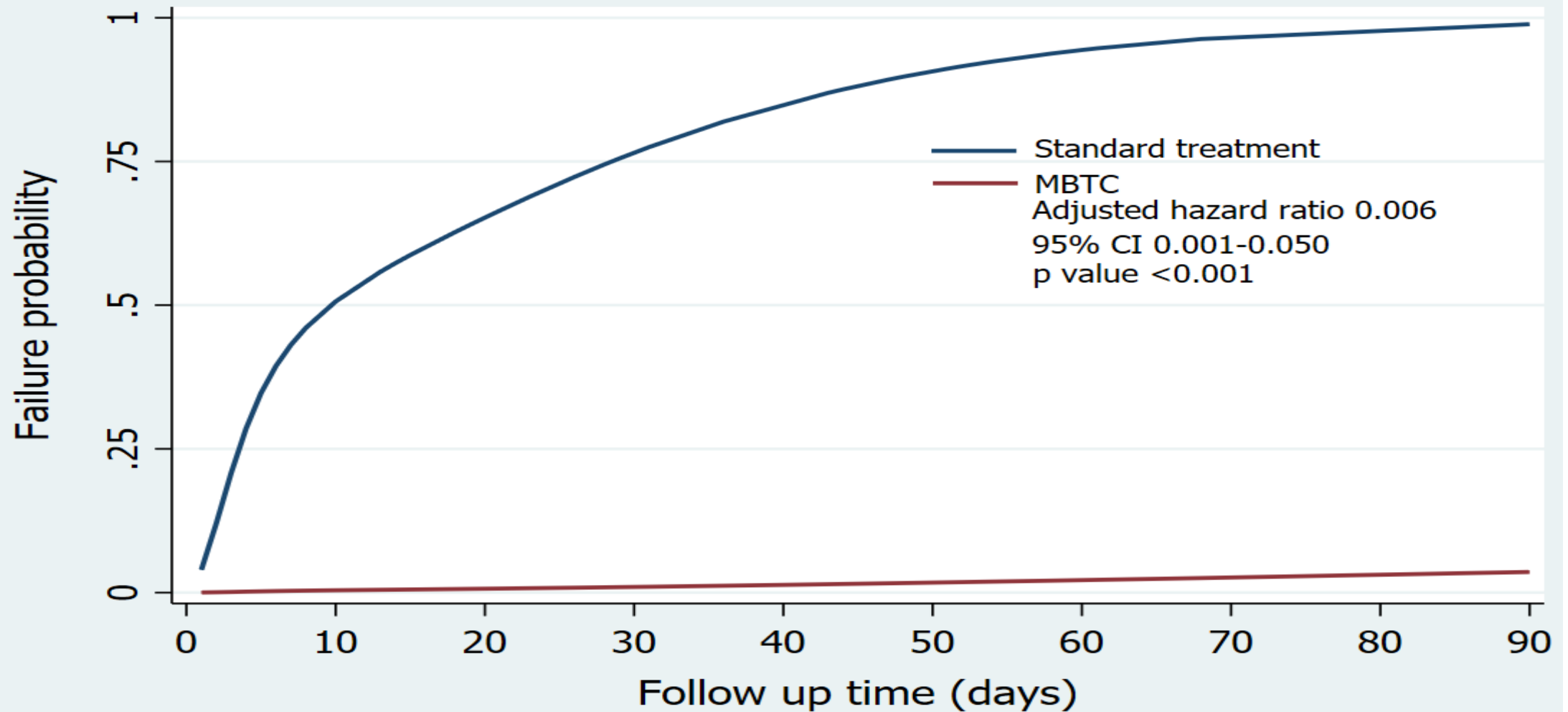
Abbreviations: CI, confidence interval; HR, hazard ratio; MBTC, Mindfulness–Based Therapy and Counseling; RMST, restricted mean survival time; SD, standard deviation.

วิเคราะห์เปรียบเทียบระยะเวลา การกลับมาเสพสุราซ้ำของทั้ง 2 กลุ่ม โดย Multivariable flexible parametric survival regression

ผล: เมื่อปรับอิทธิพลของ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ประวัติการดื่มสุรา ค่าใช้จ่ายในการดื่ม พฤติกรรมการฝึกสติ และระยะเวลาการกลับมาดื่มสุรา พบว่าในระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มที่ใช้โปรแกรมสติบำบัด(MBTC) สามารถลดการกลับมาดื่มสุราได้ต่ำลง 99.4 % โดยเฉพาะใน 2 สัปดาห์แรก และกลุ่มที่ใช้โปรแกรม MBTC มีโอกาสกลับมาติดสุราซ้ำต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย ถึง 72 วัน ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 อยู่ระหว่าง 68 ถึง 78 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และกลุ่มที่ใช้โปรแกรมสติบำบัด(MBTC) ไม่พบผู้ป่วยกลับมารักษาค้ำในระยะเวลา 3 เดือน



Flexible parametric survival regression





ข้อยุติและการนำไปใช้

กลุ่มสติบำบัด(MBTC)สามารถลดการกลับดื่มสุราซ้ำได้ซ้ำลง จึงเห็นควรนำโปรแกรมสติบำบัดไปใช้บำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยควบคู่ไปกับแผนการรักษาด้วยยาของแพทย์ เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพการรักษา และพฤติกรรมลดละเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยต่อไป และควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยในหลังจำหน่าย มีแนวทางการกำกับติดตามต่อเนื่องโดยครอบครัวมีส่วนร่วม



คืนคนดีกลับบ้านและชุมชน ด้วยสติบำบัด



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ

- นายแพทย์สมชาย เชื้อน่านนท์ อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู
- นายแพทย์ประสาน ชัยวิรัตน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู
- นางศุภลักษณ์ โชติสุวรรณ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลหนองบัวลำภู
- นพ.พิชณุตม์ ภิญโญ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- นายแพทย์นายศุภชัย ลวณะสกล โรงพยาบาลไชยปราการ
- อาจารย์ศิริรัตน์ อินทรเกษม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพนม
- คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลหนองบัวลำภู
- เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน
- ผู้ป่วยทุกและญาติทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล