

บทความพิเศษ

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดสุรา ในสถานบำบัดรักษายาเสพติดของรัฐ

นันทา ชัยพิชิตพันธ์

บทคัดย่อ

การเสพติดสุรานั้นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงสาธารณสุขได้เตรียมความพร้อมในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เสพติดสุราในสถานพยาบาลทุกระดับ สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ เป็นสถาบันเฉพาะทางมีกระบวนการบำบัดทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกใช้รูปแบบกาย จิต สังคมบำบัด แบบประยุกต์ (Modify Matrix Program) ที่นำแนวคิดมาจาก Matrix Institute on Addiction สหรัฐอเมริกา ส่วนผู้ป่วยใน ใช้โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ซึ่งพัฒนาขึ้นเอง ทั้งสองรูปแบบมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการเปลี่ยนแปลงของสมองติดยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับญาติ เป้าหมายสูงสุดคือ ช่วยให้ผู้เสพติดสุราสามารถลด ละ หรือเลิกดื่มสุราได้

คำสำคัญ: การบำบัดรักษา, การฟื้นฟูสมรรถภาพ, ผู้เสพติดสุรา

วันที่รับบทความ: ๒๒ ธันวาคม ๒๕๕๔

วันที่อนุญาตให้ตีพิมพ์: ๑๒ เมษายน ๒๕๕๕

บทนำ

ยาและสารเสพติดในประเทศไทยมีหลากหลายประเภท ทั้งประเภทที่ผิดกฎหมาย ได้แก่ มึน เฮโรอีน ผงขาว กัญชา ยาบ้า ยาไอซ์ และประเภทที่ถูกกฎหมาย ได้แก่ สุรา และบุหรี่ อย่างไรก็ตามยาและสารเสพติดทุกประเภททั้งที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมายล้วนมีผลต่อสมองในส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความคิด ความจำ และการตัดสินใจส่งผลให้ผู้เสพติดมีบุคลิกภาพ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น ไม่สนใจตนเอง และสิ่งแวดล้อม หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว ขาดความรับผิดชอบ เป็นต้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะกล่าวถึงปัญหาจากการเสพติดสุรา การวินิจฉัยการเสพติดสุรา การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดสุราในสถานบำบัดรักษายาเสพติดของรัฐบาล โดยเฉพาะในสถาบันธัญญารักษ์ ซึ่งเป็นสถาบันเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติด

ผลกระทบจากการดื่มสุรา

สุราเป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายสามารถซื้อหาได้ง่าย ประเทศไทยจึงออกกฎหมายจำกัดอายุผู้ซื้อ* ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖ มาตรา ๒๖ ห้ามจำหน่าย จ่าย แจก หรือให้บุหรี่ยสุราแก่เด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ถ้าฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน ๓ เดือน ปรับไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ บาท หรือทั้งจำและปรับ การดื่มสุราส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดื่มทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวย เศรษฐกิจ และสังคม ดังนี้

ผลต่อร่างกาย สุราจะถูกดูดซึมจากกระเพาะอาหาร ผ่านไปที่ตับ เพื่อกำจัดสารที่เป็นพิษต่อร่างกาย กระบวนการนี้ทำให้ตับมีการสะสมโปรตีน และไขมันมากขึ้น ก่อให้เกิดโรคไขมันแทรกตัวในเนื้อตับ เรียกว่า โรคตับมัน (fatty liver) หากดื่มสุรานานกว่า ๕ ปี จะส่งผลให้เกิดภาวะตับอักเสบ (alcoholic hepatitis) และหากยังคงดื่มต่อไปจะเกิดพยาธิสภาพที่ตับอย่างถาวรจนกลายเป็นโรคตับแข็ง (liver cirrhosis) ผู้ที่ดื่มสุรา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานวิจัย และประเมินเทคโนโลยี กลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันธัญญารักษ์
นักศึกษานิเทศศาสตร์ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว และเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เป็นประจำจะเป็นโรคตับแข็งได้มากกว่าผู้ไม่ดื่มสุราถึง ๗ เท่า สุรายังส่งผลให้เกิดโรคอื่นๆ ได้แก่ โรคแผลในกระเพาะอาหาร (peptic ulcer) หลอดอาหารอักเสบ (esophagitis) กระเพาะอาหารทะลุ (peptic ulcer perforation) โรคมะเร็งในช่องปาก และทางเดินอาหาร (oral and gastrointestinal cancer) ตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) เบาหวาน (diabetes mellitus) โรคหัวใจ และหลอดเลือด (cardiovascular disease) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) และเสียชีวิต (death) หรือทุพพลภาพ (disability) ได้^๖

ผลต่อจิตประสาท อาจก่อให้เกิดโรคจิตจากการติดสุรา (alcohol induced psychotic disorder) โรคความจำเสื่อมจากการขาดวิตามินบี ๑ (Wernicke Korsakoff syndrome) โรคความจำเสื่อมจากการดื่มสุรา (alcohol related dementia) กลุ่มอาการถอนพิษยา (alcohol withdrawal syndrome) ซึ่งมีการแสดงได้หลายอย่าง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ชัก สับสน เห็นภาพหลอน เป็นต้น^๖

ผลต่อครอบครัว ก่อให้เกิดความรุนแรงในครอบครัว อันได้แก่ การทารุณกรรมด้านอารมณ์ (emotional abuse) ร่างกาย (physical abuse) และการละทิ้งไม่ดูแล (neglect) ซึ่งผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ คือ ผู้หญิง และเด็ก ในครอบครัว จากสถิติของศูนย์พึ่งได้^๖ รายงานว่า สุราเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความรุนแรงในครอบครัว ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ผู้หญิง และเด็ก ถูกทำทารุณกรรม เฉลี่ยวันละ ๖๓ คน โดยร้อยละ ๗๐ ของผู้ที่ลงมือกระทำทารุณกรรม คือ คนในครอบครัวซึ่งดื่มสุรา อาจกล่าวได้อีกนัยหนึ่งว่า มีผู้หญิง และเด็กถูกทำทารุณกรรมจากสามีหรือบิดาซึ่งดื่มสุรา เฉลี่ยวันละ ๔๔ คน และปัญหานี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ ๑.๙๙ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศไทย (GDP) หรือเท่ากับ ๑๕๖,๑๐๕.๔ ล้านบาท^๖ เมื่อเทียบกับการสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเกิดจากการปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยคำนวณจากอายุการทำงานเฉลี่ยที่เหลืออยู่จนถึงเกษียณ พบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ประเทศไทยสูญเสียทรัพยากรมนุษย์เพราะการฆ่าตัวตายคิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณ ๑๖๐,๐๐๐ ล้านบาท^๖

สถิติดังกล่าวสอดคล้องกับมติที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก เมื่อปี ค.ศ. ๒๐๐๕^๖ ที่กล่าวว่า “ปัญหาสาธารณสุขเกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย (harmful drinking) และเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของการบาดเจ็บ ความรุนแรงในครอบครัว การเกิดทุพพลภาพ การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

และความเจ็บป่วยทางจิตใจ มีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสังคม ในด้านสวัสดิการของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมส่วนรวม นำไปสู่ความเหลื่อมล้ำทางสังคม และสุขภาพ”

การวินิจฉัยผู้เสพติดสุรา

การวินิจฉัยผู้เสพติดสุราสามารถใช้เกณฑ์ DSM – IV – TR ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association: APA)^๖ ได้ให้ความหมายของการเสพติดสุรา (alcohol dependence) ไว้ว่า ผู้เสพติดสุราจะต้องมีลักษณะที่สำคัญอย่างน้อย ๓ ใน ๗ ข้อดังนี้

๑. ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ให้มากขึ้น เพื่อจะได้ฤทธิ์ที่เท่าเดิม หรือที่เรียกว่า “อาการทนทานต่อแอลกอฮอล์” (tolerance)
๒. มีอาการแสดงทางร่างกายเมื่อไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์ หรืออาการขาดแอลกอฮอล์ (withdrawal)
๓. ไม่สามารถลดหรือควบคุมการดื่มได้ และมีอาการทางร่างกายที่ทำให้ต้องดื่มอย่างต่อเนื่อง ผู้ดื่มไม่ได้ตั้งใจที่จะดื่มในปริมาณมากขนาดนั้น แต่มักจะดื่มมากกว่าที่ตั้งใจเสมอ
๔. หมกมุ่นกับการดื่ม หรือการหาแอลกอฮอล์มาดื่ม มีความต้องการอย่างต่อเนื่องที่จะดื่ม
๕. มีความต้องการอยู่เสมอที่จะเลิกดื่ม หรือพยายามหลายครั้งแล้วแต่ไม่สำเร็จ
๖. มีความบกพร่องในหน้าที่ทางสังคม อาชีพ การงาน การพักผ่อนหย่อนใจ หรือกิจกรรมที่สำคัญอื่นๆ ในชีวิตอันเป็นผลจากการดื่มแอลกอฮอล์
๗. ยังคงดื่มแอลกอฮอล์อยู่ทั้งๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพกายและ/หรือสุขภาพจิตเกิดขึ้นแล้ว

เส้นทางการเสพติดสุรา^๖ สามารถแบ่งระยะของการเสพติด ได้เป็น ๔ ระยะ ดังนี้

๑. **ระยะเริ่มต้นลอง (introductory stage)** เป็นระยะที่ผู้ดื่มทดลองดื่มสุรานานๆ ครั้ง โดยไม่รู้ถึงผลเสียของสุราที่ลองดื่ม อาจรู้สึกว่าได้ดื่มแล้วมีความสุข สุขใจนี้เป็นเสมือนการวางเงินไขให้สมองรู้สึกดี และต้องการดื่มซ้ำอีก สมองถูกกระตุ้นจากสุราโดยตรง ผู้ดื่มยังคิดถึงสุราไม่มากนักจึงยังคงมีชีวิตประจำวันที่เป็นปกติอยู่
๒. **ระยะดื่มต่อเนื่อง (maintenance stage)** ระยะนี้ผู้ดื่มเริ่มดื่มสุราย่อยขึ้น อาจจะดื่มทุกเดือน หรือทุกสัปดาห์ ผู้ดื่มเริ่มรู้ถึงผลเสียของการดื่ม

แต่ยังคงรู้สึกดีเหมือนเมื่อเริ่มดื่มในระยะแรก คือ พอใจ และลดความทุกข์ใจได้ การดื่มสุร่าบ่อยครั้ง ทำให้สมองถูกวางเงื่อนไขเพิ่มขึ้น สถานที่ที่ดื่ม เพื่อนที่ดื่มด้วยกันเป็นตัวกระตุ้นเพียงแค่ผู้ดื่ม คิดถึงตัวกระตุ้นเหล่านั้นก็จะมีความรู้สึกอยาก ดื่มสุร่าแล้ว ในระยะนี้ผู้ดื่มจะคิดถึงสุร่ามากและ บ่อยครั้งขึ้น แต่ยังสามารถคิด และตัดสินใจได้ ว่า จะดื่มสุร่าหรือไม่

๓. **ระยะเสพติด (disenchantment phase)** นักดื่ม จะดื่มสุร่าบ่อยครั้งขึ้น และรู้ถึงผลเสียของการ ดื่มสุร่าแล้ว หากยังไม่ตัดสินใจหยุดดื่มก็จะกลายเป็นการเสพติดและถอนตัวยากขึ้น ชีวิตประจำวัน ของนักดื่มเริ่มเปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อ ครอบครัว การเรียน การงาน ระยะนี้แม้ว่าสมองคิด หรือตัดสินใจที่จะหยุดดื่มก็ไม่สามารถควบคุม ตนเองได้ ในขั้นนี้สมองถูกวางเงื่อนไขอย่างรุนแรง แม้รู้ว่าการดื่มเป็นสิ่งไม่ดีก็ไม่สามารถใช้เหตุผล หรือความรู้สึกผัดขอกับชั่วติมาบังคับตัวเองได้ ตัวกระตุ้นไม่ใช่เฉพาะสุร่าเท่านั้น แต่ความรู้สึก เบื่อ เหนงา เซ็ง ก็เป็นตัวกระตุ้นให้ไปดื่มสุร่าได้ สมองไม่สามารถควบคุมความอยากดื่มสุร่าได้ ส่งผลให้นักดื่มคิดถึงสุร่าบ่อยมากกว่าคิดถึง กิจวัตรประจำวันของตนเอง

๔. **ระยะวิกฤต (disaster phase)** เป็นระยะที่นักดื่ม ดื่มบ่อยจนเป็นหุ่นยนต์ที่ไม่มีชีวิตจิตใจ ไม่คิดถึง ผลเสียของการดื่มสุร่า นักดื่มมักใช้เวลาแทบ ทั้งหมดที่มีไปกับการดื่มสุร่า ในขั้นนี้เป็นการวาง เงื่อนไขที่สมบูรณ์ให้สมอง นักดื่มไม่สามารถ ควบคุมตนเองได้ ตัวกระตุ้นเกิดได้ง่ายมาก แม้เพียงคิดก็เกิดความต้องการดื่มสุร่าอย่าง รุนแรงแล้ว

อาจกล่าวได้ว่าการเสพติดในแต่ละระยะมีการ เปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ๓ กระบวนการ คือ กระบวนการใช้ เหตุผล ความรู้ (cognitive process) กระบวนการวางเงื่อนไข (conditioning process) และความคิดแบบย้ำคิดย้ำทำ (development of obsessional thinking) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งสาม นี้จะส่งผลต่อสมองของบุคคลที่ใช้ยา และสารเสพติดให้เสมือน ถูกวางเงื่อนไข ทำให้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลถูกเปลี่ยนแปลง ไป จนไม่สามารถคิดอย่างมีเหตุผลได้ นอกจากนั้นยาและ สารเสพติดยังมีผลทำให้อารมณ์แปรปรวนมากขึ้น และส่งผล ต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น ทำให้ไม่สามารถควบคุมตนเองได้

ดังนั้น บุคคลที่ดื่มสุร่าเป็นประจำ และบ่อยครั้ง จะ ส่งผลให้สมองส่วนลิมบิก (limbic system) ถูกวางเงื่อนไข อย่างรุนแรง บุคคลนั้นไม่สามารถควบคุมความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองได้ แม้รู้ว่าการดื่มสุร่าจะส่งผลเสีย ต่อชีวิตของตนเองในทุกด้านก็ตาม

จำนวนดื่มมาตรฐาน

ปริมาณการดื่มสุร่าขึ้นอยู่กับแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ที่ผสมในเครื่องดื่มนั้น จึงมีการใช้หน่วยเทียบเคียงเป็น จำนวนดื่มมาตรฐาน (standard drinking) ไว้ดังนี้ “หนึ่ง ดื่มมาตรฐาน” (standard drinking) หมายถึง เครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ จำนวน ๑๐ กรัม ซึ่งเทียบเคียงได้ กับเหล้าวิสกี้ หรือเหล้าขาว (alcohol 35–40%) 1 ถ้วยเล็ก (๓๐ ซีซี) เบียร์ชนิดอ่อน (alcohol 2–2.9 %) ๑ ๑/๒ กระป๋อง หรือ ๓/๔ ขวด เบียร์ชนิดกลาง (alcohol 4–7 %) ซึ่งในประเทศไทย มีวางจำหน่ายตามร้านค้าทั่วไป เช่น สิงห์ คลอสเตอร์ ซ้าง คาร์ลเบอร์ก ๓/๔ กระป๋อง หรือ ๑/๔ ขวด

การคัดกรองผู้เสพติดสุร่า

แบบประเมินและคัดกรองผู้เสพติดสุร่าที่ใช้โดย บุคลากรสาธารณสุข และสามารถให้ผู้เสพติดสุร่าใช้ในการ ประเมินตนเองได้ ในประเทศไทยนิยมใช้อยู่ ๓ แบบ^{๑๐} คือ

๑. แบบประเมิน Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)^{๑๐} สร้างขึ้นโดย Selzer เมื่อปี ค.ศ. ๑๙๗๑ เป็น แบบประเมินคัดกรองผู้เสพติดสุร่านิยมใช้ในระยะแรกๆ ที่มีการประเมินผู้เสพติดสุร่าในประเทศไทย (เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๓๑) แบบประเมินประกอบด้วยคำถามปลายปิด ๒๕ คำถาม เป็น คำถามเกี่ยวกับอาการ และอาการแสดงของภาวะติดสุร่า อย่างรุนแรง โดยผู้เสพติดเป็นผู้ประเมินตนเอง ปี พ.ศ. ๒๕๒๙ วรรณ ตันชัยสวัสดิ์ ศึกษาผลการใช้งานในโรงพยาบาล สงขลา นครินทร์ พบว่า มีความไว (sensitivity) เท่ากับ ๙๓.๙๔ และความจำเพาะ (specificity) เท่ากับ ๗๙.๑๓ ต่อมา มีการ พัฒนาโดยตัดคำถามให้สั้นลงเหลือเพียง ๑๒ ข้อ เรียกว่า “สมาส” (SMAST)^{๑๑} จุดด้อยของแบบประเมิน SMAST คือ ไม่ สามารถระบุได้ว่า ผู้เสพติดมีปัญหาจากการดื่มสุร่าในปัจจุบัน เนื่องจากคำถามไม่อ้างอิงระยะเวลาการเกิดปัญหาจากการดื่ม สุร่าจึงไม่นิยมใช้ในเวลาต่อมา

๒. แบบคัดกรอง Cut Annoyed Guilty Eye (CAGE Questionnaire)^{๑๐, ๑๒} พัฒนาขึ้นโดยอีวิง และเร้าซี (Ewing & Rouse) เมื่อปี ค.ศ. ๑๙๖๘ และในปี ค.ศ. ๑๙๗๔ เมย์ฟิลด์ (Mayfield) ประเมินผลการใช้งานพบว่า มีความไว (sensitivity)

เท่ากับ ๔๓-๕๕ และความจำเพาะ (specificity) เท่ากับ ๘๕-๘๕ นับว่าเป็นแบบคัดกรองที่ง่ายต่อการใช้งาน บุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ใช้คัดกรอง มีข้อคำถามเพียง ๔ ข้อ คือ ๑) คุณเคยรู้สึกว่ายากลด (cut down) การดื่มลงใช่หรือไม่ ๒) คนอื่นมาทำให้คุณรำคาญ (annoy) โดยวิพากษ์วิจารณ์การดื่มของคุณใช่หรือไม่ ๓) คุณเคยรู้สึกแหย่หรือรู้สึกผิด (guilt) เกี่ยวกับการดื่มของคุณใช่หรือไม่ ๔) เมื่อตื่นนอนในตอนเช้า (eye opener) คุณจะดื่มเป็นครั้งแรก เพื่อลดความรู้สึกเมาค้างหรือเพื่อให้อารมณ์ดีขึ้นใช่หรือไม่

CAGE เป็นเครื่องมือที่เน้นการคัดกรองภาวะติดสุรา โดยถ้าตอบว่า “ใช่” น้อยกว่า ๒ ข้อ หมายความว่า “ไม่มีปัญหาในการดื่มสุรา” แต่ถ้าตอบว่า “ใช่” ๒ ข้อหรือมากกว่า หมายความว่า “มีปัญหาในการดื่มสุรา”

๓. แบบประเมิน และคัดกรองพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test : AUDIT)^{๙๙} เป็นเครื่องมือแบบง่ายที่ใช้ในการคัดกรองการดื่มสุรา นักวิชาการขององค์การอนามัยโลกเป็นผู้พัฒนาขึ้น เมื่อปี ค.ศ. ๑๙๘๒ ผ่านการทดลองใช้และเป็นที่ยอมรับทั่วโลก แบบประเมินนี้ได้ถูกแปลเป็นภาษาไทยหลายฉบับ ปี พ.ศ. ๒๕๔๒ ส่วิตรี อักษรณักรชัย^{๑๐๐} ได้แปล และประเมินผลการใช้งานในสถานบริการทุกระดับ รวมถึงบุคคลทั่วไป แบบประเมินนี้สามารถใช้ประเมินตนเองได้ (self assessment) มีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สูงถึงร้อยละ ๙๖ สามารถตรวจพบการดื่มที่เป็นอันตราย ด้วยความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ ๘๗ และความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ ๘๑ ส่วนการตรวจพบการดื่มที่มีปัญหานั้น มีค่าที่ยอมรับได้ แต่ไม่ได้รายงานผลของความไว และความจำเพาะในส่วนนี้ไว้

AUDIT^{๙๙, ๑๐๐} เป็นเครื่องมือคัดกรองปัญหาการดื่มสุราที่มีข้อคำถามปลายปิดเพียง ๑๐ ข้อ นับเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ คือ สั้น กระชับ ใช้งานง่าย มีความยืดหยุ่นเป็นประโยชน์ในการสะท้อนข้อมูลกลับให้ผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับคำจำกัดความการดื่มแบบอันตราย และการติดสุรา ตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD-10 เน้นการดื่มที่เป็นปัจจุบัน ช่วยให้บุคลากรสุขภาพสามารถคัดกรองผู้ที่ดื่มสุรามากเกินไป จนเกิดความเสียหาย หรือมีปัญหาต่อสุขภาพ สามารถจำแนกผู้ที่เกี่ยวข้องกับสุราได้ ๔ ระดับ คือ ๑) กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงน้อย (low risk drinking) มีคะแนน ๐-๗ คะแนน ๒) กลุ่มดื่มแบบอันตรายหรือเสี่ยง (hazardous or risky drinking) มีคะแนน ๘-๑๕ คะแนน ๓) กลุ่มดื่มแบบมีปัญหา (harmful drinking) มีคะแนน ๑๖-๑๙ คะแนน ๔) กลุ่มดื่มแบบติด (alcohol dependence) มีคะแนน ๒๐ คะแนนขึ้นไป

ที่สถาบันธัญญารักษ์ใช้การประเมินแบบผสมผสาน ปัจจุบันได้แปลแบบคัดกรองผู้ป่วยเสพติด ที่นักวิชาการขององค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้นเมื่อปี ค.ศ. ๒๐๐๓ เรียกว่า The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) และอยู่ระหว่างการประเมินผลการใช้งานอยู่

การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดสุรา ในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ

การบำบัดผู้เสพติดสุราในประเทศไทยเริ่มจากการศึกษาความชุกของผู้เสพติดสุราเรื้อรัง^{๑๐๑} ในคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไปของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๓๒ - ๒๕๓๓ พบความชุกของผู้ดื่มสุรามากจนเกิดปัญหาถึงร้อยละ ๗.๕ และในปีต่อมามีการศึกษาในลักษณะเดียวกันแต่ศึกษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ ขอนแก่น และลำปาง พบอัตราความชุกของปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรามากถึงร้อยละ ๓๙ ในผู้ป่วยชาย และร้อยละ ๘ ในผู้ป่วยหญิง ข้อเสนอแนะจากการศึกษาเหล่านี้ส่งผลให้ทีมผู้บำบัด ศึกษาและพัฒนาวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย

สถาบันธัญญารักษ์ (สธร.) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถาบันเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติดที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย มีฐานะเป็นสถาบันหลักในการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติด ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเสพติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๔๕^{๑๐๒} มีผู้ป่วยจำนวน ๕๙๖, ๗๓๓, ๗๗๔, ๘๓๒ และ ๑,๐๕๕ ราย ด้วยหน้าที่ และการเพิ่มจำนวนขึ้นของผู้ป่วยเสพติดสุราเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ทีมการบำบัดผู้เสพติดสุราของสธร. มีแนวคิดในการศึกษา และพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดสุราอย่างต่อเนื่อง ครบวงจร จนเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน แบ่งการบำบัดรักษาเป็น ๒ รูปแบบคือ

๑. บำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก (out-patient therapy)^{๑๐๓-๑๐๔} มีเกณฑ์ในการรับผู้เสพติดสุราเข้าบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ๒ ประการคือ ผู้ป่วย หรือญาติมีความประสงค์ จะรับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก และแพทย์ผู้ตรวจรักษาพิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ป่วยไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสุรา (alcohol withdrawal)

สธร.ใช้รูปแบบการบำบัดที่เรียกว่ากาย จิต สังคมบำบัดแบบประยุกต์ (Modified Matrix Program) ซึ่งนำแนวคิดมาจากประเทศสหรัฐอเมริกา โดย Matrix Institute on Addiction พัฒนาขึ้น เมื่อปี ค.ศ. ๑๙๘๐ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยให้เรียนรู้สาเหตุของการเสพติดสุรา ฝึกทักษะในการเลิกดื่มสุรา และทักษะการป้องกันการเสพติดซ้ำ รวม

ถึงมีการเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ให้ความรู้กับญาติในเรื่องสาเหตุการติดสุรา วิธีการสนับสนุนให้ผู้เสพติดสามารถลด ละ หรือเลิกดื่มสุราได้ การบำบัดนี้ ผู้บำบัดต้องนัดผู้ป่วยให้เข้ารับการบำบัดสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง ส่วนญาติต้องเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ ๑ ครั้งติดต่อกันนาน ๑๒ สัปดาห์ กระบวนการบำบัดทั้งหมดประกอบด้วย ๕ กิจกรรมหลัก คือ

๑) กลุ่มการให้คำปรึกษารายบุคคล และครอบครัว (individual counseling/ conjoint sessions) เป็นการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และญาติ เพื่อแนะนำโปรแกรมการบำบัด สร้างความเข้าใจ กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการบำบัด รักษาเอื้อให้ผู้ป่วย และญาติได้พูดคุยถึงวิกฤตต่างๆ ในชีวิต และพฤติกรรมกรรมการเสพติดสุราของผู้ป่วย ประกอบด้วย ๑๐ กิจกรรมย่อยผู้ป่วย และญาติเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง

๒) กลุ่มฝึกทักษะการเลิกยาในระยะเริ่มต้น (early recovery skills group) เป็นการบำบัดที่เน้นให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะสำคัญที่จะนำไปสู่การลด ละ และเลิกดื่มสุรา รวมถึงเป็นกลุ่มช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกันในลักษณะอื่นด้วย ประกอบด้วย ๘ กิจกรรมย่อย ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ไม่มีกิจกรรมสำหรับญาติ

๓) กลุ่มป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ (relapse prevention group) กิจกรรมในกลุ่มนี้เน้นทักษะการปฏิเสธการดื่มสุราซ้ำ การเผชิญหน้ากับตัวกระตุ้น การดำเนินชีวิตในสังคมโดยไม่ต้องพึ่งสุราเป็นต้น ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง มีทักษะที่ต้องฝึก ๓๒ หัวข้อ ไม่มีกิจกรรมสำหรับญาติ

๔) กลุ่มการให้ความรู้ครอบครัว (family education group) กิจกรรมในกลุ่มนี้จะช่วยให้ครอบครัวเรียนรู้เรื่องสมองติดยา การมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาของครอบครัวซึ่งมีอุปสรรคการสอน เช่น สไลด์ วิดีทัศน์ เป็นต้น ญาติเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง มีบทเรียนที่ญาติต้องเรียนรู้ ๑๐ ครั้ง

๕) กลุ่มกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน (social support group) เป็นกลุ่มฝึกทักษะการใช้ชีวิตในสังคม ให้สามารถใช้ชีวิตโดยปราศจากการดื่มสุรา ด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง และมีผู้ที่ผ่านการบำบัดแล้วมาเล่าเรื่องราวของตนให้ผู้ป่วยรับรู้ รวมถึงบอกเล่าถึงปัญหาอุปสรรคที่เผชิญ พร้อมทั้งเสนอข้อคิดเพื่อการแก้ปัญหาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง มีทักษะที่ต้องฝึก ๓๖ หัวข้อไม่มีกิจกรรมสำหรับญาติ

๒. บำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน (in-patient therapy) ^{๒๑-๒๓}

มีข้อตกลงภายในระหว่าง สรร. และศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดภูมิภาค ซึ่งเป็นเครือข่ายจำนวน ๖ แห่ง คือ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดจังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ขอนแก่น อุดรธานี สงขลา และปัตตานี เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการรับผู้ป่วยเข้าบำบัดแบบผู้ป่วยใน ดังนี้

– เป็นผู้ที่มีการขาดสารรุนแรงขึ้นปานกลางถึงรุนแรงมาก (moderate to severe withdrawal) ประเมินจากแบบประเมินอาการขาดสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol : CIWA-Ar scale) มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ เนื่องจากมีโอกาสชัก หรือ เพ้อคลั่งได้มาก

– มีภาวะทางอายุรกรรมหรือจิตเวชฉุกเฉิน
– มีความเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นสูง
– เคยมีประวัติเพ้อคลั่งหรือชักหลังหยุดดื่มสุรา (withdrawal seizure) ในอดีต

– รักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่สามารถหยุดดื่มสุราได้
– ขาดการสนับสนุนทางสังคม (social support) หรือสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย หรือเอื้อต่อการดูแลบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

– กรณีอื่นๆ แล้วแต่ดุลยพินิจของแพทย์

การบำบัดรักษาทั้งสองรูปแบบมีขั้นตอน ดังนี้

๑) การเตรียมการก่อนการรักษา (pre-admission) ๒) การบำบัดด้วยยา (detoxification) ๓) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) และ ๔) การติดตามหลังรักษา (follow up and after care) มีรายละเอียด คือ

๒.๑ การเตรียมการก่อนการรักษา (pre-admission)

เป็นขั้นตอนแรกของการรักษาสำหรับผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เสพติดเข้าใจตนเองตามสภาพความเป็นจริง รู้จักคิดวางแผนการเลิกดื่มสุราอย่างจริงจัง นับเป็นระยะสำคัญในการเรียนรู้กระบวนการรักษา ความรู้เรื่องสุรา การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และจัดการกับสิ่งกระตุ้น โดยนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ศึกษาประวัติข้อมูล และภูมิหลังของผู้ป่วย จากตัวผู้ป่วยและญาติ ให้คำแนะนำใช้เวลาประมาณ ๓๐ นาที ถึง ๑ ชั่วโมง ในวันที่ผู้เสพติดสุราสมัครใจอมเข้ารับการบำบัด โดยญาติมีส่วนร่วมรับรู้ในการเตรียมความพร้อมด้วย เพื่อให้การสนับสนุน และยอมรับระบบการบำบัดรักษา

๒.๒ การบำบัดด้วยยา (detoxification) แบ่งการรักษาออกเป็น ๒ ส่วน คือ

๒.๒.๑ การรักษาด้วยยา (detoxification) ให้การรักษาตามความผิดปกติของผู้ป่วย ดังนี้

๒.๒.๑.๑ บริหารจัดการอาการเป็นพิษจากแอลกอฮอล์ (management of alcohol detoxification) ด้วยการรักษาแบบประคับประคองจนกระทั่งผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น หรือระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดลงอยู่ในระดับที่ปลอดภัย โดยปกติระดับแอลกอฮอล์ในเลือดจะลดลงโดยเฉลี่ย 20 mg% ต่อชั่วโมงเป้าหมายในการรักษา คือป้องกันการกดศูนย์หายใจและการสำลักโดยการรักษาดังนี้

๑) ให้น้ำตาลทดแทนทางหลอดเลือดดำ (glucose) เนื่องจากผู้ป่วยมักมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) และให้วิตามินบี ๑ ฉีดเข้ากล้ามเนื้อเป็นเวลา ๗ วัน (thiamine injection) เพราะผู้ป่วยมักขาดวิตามินบี ๑ ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการสับสน

๒) ตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้รับยา หรือสารอย่างอื่นร่วมด้วยหรือไม่ ซึ่งอาจเสริมฤทธิ์การกดประสาทของแอลกอฮอล์

๓) ผู้ป่วยที่มีอาการก้าวร้าววุ่นวาย แพทย์มักควบคุมอาการโดยให้ยา haloperidol ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในที่ปลอดภัยอาจต้องผูกมัด (physical restraint) หลีกเลี่ยงการใช้ยาในขนาดสูง เพราะฤทธิ์ของยาอาจกดประสาทได้

๒.๒.๑.๒ บริหารจัดการอาการขาดแอลกอฮอล์ (management of alcohol withdrawal) เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม การที่ผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา หรือลดปริมาณลงอย่างกะทันหันจะทำให้เกิดกลุ่มอาการจากการขาดสุรา (alcohol withdrawal syndrome) ซึ่งมีแนวทางการรักษา ดังนี้

๑) ประเมินภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรมที่อาจเกิดร่วม ซึ่งต้องให้การรักษารีบด่วน เช่น อาการทางสมองจากตับอักเสบ (hepatic encephalopathy) โรคหัวใจล้มเหลว (cardiac failure) โรคตับอักเสบเฉียบพลัน (acute hepatitis) โรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (acute pancreatitis) หรือในบางกรณีผู้ป่วยอาจได้รับบาดเจ็บก่อนเข้ารับการรักษ เช่น อาการบาดเจ็บที่ศีรษะ (head injury) เป็นต้น

๒) ประเมินภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช เช่น ภาวะเพ้อคลั่งจากการหยุดดื่มสุรา (delirium) ความเสี่ยงในการคิดฆ่าตัวตาย (suicidal risk) ภาวะก้าวร้าว (violence risk) อาการทางจิต (psychosis) และภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) เป็นต้น

๓) ประเมินความรุนแรงจากการขาดสุราด้วยการใช้ CIWA-Ar เปรียบเทียบกับคะแนนมาตรฐาน

๔) รักษาอาการถอนพิษสุรา (alcohol detoxification) โดยยึดหลักการสำคัญ คือช่วยให้ผู้ป่วยผ่านช่วงอาการขาดสุราได้อย่างปลอดภัยอาจให้ยาชดเชย เพื่อระงับอาการ และเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่รุนแรง อาจได้รับยาไม่เหมาะสมได้แก่ benzodiazepine เพราะมี cross-tolerance กับแอลกอฮอล์ ในกรณีผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ หรือโรคตับควรเลือกยาที่มี short half-life ได้แก่ lorazepam แทน

๒.๒.๑.๓ ป้องกันภาวะชักจากการหยุดดื่มสุรา (management of alcohol withdrawal seizure) ผู้ป่วยมักเกิดอาการชักทั้งตัวครั้งเดียว หรือหลายครั้งใกล้เคียงกัน (serial convulsion) อาการชักแบบชักกระตุก (generalize tonic-clonic convulsion: grand mal) ผู้ป่วยอาจหมดสติไปโดยไม่มีลักษณะใดๆ ที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยชักมาก่อน อาการนี้จะเกิดหลังหยุดดื่มสุรา ๑๒-๔๘ ชั่วโมง ซึ่งควรให้การรักษาดังนี้

๑) รับผิดชอบผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

๒) ประเมินหาสาเหตุการชักที่นอกเหนือจากการขาดสุรา (alcohol withdrawal process)

๓) ให้การรักษาเพื่อป้องกันการชักในครั้งต่อไป เพราะผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการชักในช่วง ๖ - ๑๒ ชั่วโมงถัดไป ความเสี่ยงในการชักครั้งที่สองอาจเกิดขึ้นได้ร้อยละ ๒๕

๔) ให้ diazepam 10 mg. ฉีดเข้าเส้น หรือ lorazepam 2 mg. ฉีดเข้าเส้น และควรให้ยาในกลุ่มนี้รับประทานต่อเนื่องอีก ๒๔-๔๘ ชั่วโมง

๒.๒.๑.๔ การป้องกันอาการเพ้อคลั่งจากการขาดแอลกอฮอล์ (management of alcohol induced delirium or delirium tremens) เป็นกลุ่มอาการที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยมากเพราะมีอัตราตายสูงถึงร้อยละ ๕-๑๕ ผู้ป่วยมักเกิดอาการนี้เมื่อหยุดดื่มสุรา ๒-๓ วันเรียกว่า อาการเพ้อคลั่งจากการขาดสุรา (delirium tremens: DTs) ผู้ที่มีอาการในระยะแรกอาจเรียกว่า impending delirium tremens เมื่อได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะหายเป็นปกติได้ในเวลาไม่ผ่านการรักษามีดังนี้

๑) ให้สารน้ำ และเกลือแร่ชดเชยอย่างเพียงพอ และติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

๒) ลดสิ่งเร้าต่างๆ ที่มากระตุ้นผู้ป่วย เช่น จัดให้อยู่ห้องแยกหรือมุมสงบ แสงสว่างเพียงพอและสามารถเฝ้าสังเกตอาการได้ใกล้ชิด ใช้การผูกมัดแบบหลวมๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสงบลง

๓) ตรวจหาโรคแทรกซ้อนทางกายที่อาจเกิดร่วม เช่น การติดเชื้อ เป็นต้น

๔) การให้ยาจะช่วยเปลี่ยนการดำเนินของอาการเพ้อคลั่ง (delirium) ช่วยให้ผู้ป่วยสงบลงพักผ่อนได้มากขึ้น ลดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

๕) ควรให้ยาที่เหมาะสม คือ diazepam หรือ lorazepam ชนิดฉีดเข้าหลอดเลือด เพราะเป็นยาที่ออกฤทธิ์เร็ว ให้ยา diazepam 5-20 mg. หรือ lorazepam 1-4 mg. ฉีดเข้าหลอดเลือดทุก 5-15 นาทีจนกว่าอาการจะสงบ ขนาดยา diazepam ที่ใช้บางรายอาจต้องใช้สูงมากแต่ไม่ควรเกิน ๑๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน และต้องเฝ้าระวังอาการข้างเคียง เช่น กดศูนย์การหายใจ ความดันโลหิตต่ำลง เป็นต้น

๖) ระยะเวลาที่ให้ยาควรครอบคลุมระยะดำเนินของอาการเพ้อคลั่ง คือ ประมาณ ๗-๑๐ วัน หลังจากนั้นค่อยๆ ลดขนาดยาจนเฉลี่ยร้อยละ ๑๐ ต่อวัน

๒.๒.๑.๕) บริหารจัดการอาการแทรกซ้อนทางจิต (management of alcohol-induced psychotic disorder) พบได้ประมาณ ๑ ใน ๔ ของผู้ป่วย อาการประสาทหลอนนี้อาจจะเป็นภาพ เสียง หรือประสาทสัมผัสอื่นก็ได้ โดยทั่วไปอาการประสาทหลอนจะดีขึ้นเองภายในเวลาไม่กี่วันการรักษาที่ให้ คือ

๑) ให้ยาในกลุ่ม benzodiazepines ได้แก่ lorazepam 1-2 mg. หรือ diazepam 5-10 mg. รับประทานทุก ๔-๖ ชั่วโมง

๒) ให้ antipsychotic ได้แก่ haloperidol 2-5 mg. รับประทาน หรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก ๔-๖ ชั่วโมง

ในกรณีผู้ป่วยนอกที่จำเป็นต้องให้ยาเพื่อรักษาอาการแทรกซ้อนทางกาย และจิต แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาให้การรักษาดังกล่าว โดยถ้าจำเป็นต้องให้ยาฉีดระงับอาการ พยาบาลจะเป็นผู้ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการ และอาการแทรกซ้อนจากยาต้านอาการทางจิต ณ ห้องสังเกตอาการ จนกระทั่งผู้ป่วยอาการทุเลา และสามารถกลับไปพักที่บ้านได้

๒.๒.๒ การรักษาด้วยกระบวนการทางจิตสังคม การดำเนินของโรคเสพติดสุรา (alcohol dependence) เป็นลักษณะโรคเรื้อรัง (chronic progressive disorder) และจบลงด้วยการป่วยเป็นโรคแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง สูญเสียความสัมพันธ์ในครอบครัว การงาน หรือมีปัญหาทางกฎหมาย และอาจเสียชีวิตในที่สุด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเสพติดสุราจะมีลักษณะปฏิเสธปัญหา มองปัญหาที่พบน้อยกว่าความเป็นจริง และใช้เหตุผลที่ไม่เหมาะสม ผู้บำบัดจึงควรมีความเข้าใจปัญหาและให้การบำบัดตามกระบวนการทางจิตสังคม ดังนี้

๒.๒.๒.๑ กระบวนการทางจิตสังคมนับเป็นหนึ่งในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นหัวใจสำคัญของการบำบัด มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ นักบำบัดควรชี้แจงให้ผู้ป่วยรับทราบอย่างตรงไปตรงมา ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องพึ่งยารักษาในบางส่วน และต้องบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สนับสนุนส่งเสริม และแนะนำการปฏิบัติตัวในการเลิกสุราอย่างถาวร

๒.๒.๒.๒ ให้ความรู้เรื่องโทษพิษภัยของสุราที่มีต่อร่างกาย จิตใจและความสัมพันธ์กับผู้อื่น การให้ความรู้เป็นสิ่งสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับรู้มากขึ้น

๒.๒.๒.๓ นำครอบครัวหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา เช่น กิจกรรมครอบครัวบำบัด ชุมชนบำบัด เนื่องจากการเลิกดื่มสุราต้องอาศัยกำลังใจ และการเอาใจใส่จากครอบครัวและชุมชน

๒.๒.๒.๔ นำแนวคิดทางพุทธศาสนาเข้ามาช่วยเหลือ เช่น การรับศีลห้า การฝึกสมาธิ การเลิกสุราในช่วงเข้าพรรษา การสันทนาธรรมกับพระภิกษุ เพื่อให้เกิดปัญญา การศึกษาพระธรรมวินัยและนำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

๓. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) เป็นการบำบัดที่สำคัญที่สุด มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับสภาพจิตใจ และเสริมสร้างสุขภาพจิตให้เข้มแข็ง โดยการปรับปรุงนิสัยใจคอ พฤติกรรมที่เคยถูกครอบงำด้วยฤทธิ์ของสุราให้กลับมาดี เช่นเดิม แก้ไขสิ่งแวดล้อม และต้องมีแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น ขั้นตอนตั้งแต่ ๒.๒ เป็นต้นไป ต้องอาศัยบุคลากรหลายสาขาอาชีพ และทำงานเป็นทีม ทั้งแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด ใช้ระยะเวลานาน ๔ เดือน ปัจจุบัน สรร. เรียกรูปแบบนี้ว่าการบำบัด และฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ซึ่งเริ่มต้นคิดรูปแบบ ลองนำไปปฏิบัติ และพัฒนาปรับปรุงมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ เน้นการใช้กลุ่มบำบัด และงานบำบัดเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยให้มีสภาพร่างกายและจิตใจที่เข้มแข็งมั่นคง โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งเกิดการเรียนรู้ร่วมกันทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดระยะเวลาของการบำบัดมีผู้บำบัดเป็นผู้ช่วยเหลือ ชี้แนะ และส่งเสริม ให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อนำความรู้และประสบการณ์เหล่านั้นไปใช้ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ และไม่หวนกลับไปดื่มสุราซ้ำอีก

องค์ประกอบของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบเข้มข้นทางสายใหม่^{๒๔}

มีองค์ประกอบที่สำคัญ ๔ ด้าน ได้แก่

- **ครอบครัว (Family: F)** เป็นการนำครอบครัวเข้ามา มีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นของการบำบัดและรับผิดชอบดูแลควบคู่ไปกับการอยู่ในครอบครัว สังคม ชุมชน ตามสภาพที่เป็นจริง

- **กิจกรรมทางเลือก (Alternative treatment activity: A)** เป็นการใช้กิจกรรมทางเลือก เพื่อการบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสม ตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงความพึงพอใจในกิจกรรมนั้นๆ รวมถึงเป็นการปรับเปลี่ยนวิธีการคิด หากผู้ป่วยไม่ชอบกิจกรรมทางเลือกบางกิจกรรม ผู้บำบัดจะเป็นผู้ให้คำปรึกษา เพื่อสอนให้ผู้ป่วยรู้จักปรับเปลี่ยนวิธีคิดของตนจะได้อยู่ในสังคมที่เป็นจริงได้ ร่วมกับการแนะนำการปรับการดำเนินชีวิตให้ถูกต้อง โดยใช้เวลาวางให้เกิดประโยชน์ เพื่อไม่ให้เกิดความคิดฟุ้งซ่าน และกลับไปดื่มสุรซ้ำอีก

- **กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยตนเอง (Self help: S)** ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกทักษะความรับผิดชอบในกิจกรรมต่างๆ ที่ได้รับมอบหมาย การให้ความรู้เกี่ยวกับสุรา โดยใช้เห็นถึงโทษ และอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการดื่มสุรา กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การฝึกสมาธิเพื่อให้เกิดปัญญา การปรับปรุงการทำงานของตนเอง การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้น สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุรซ้ำ คือ ตัวกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอยากดื่มสุรา แบ่งออกเป็น ๒ ประเภท คือ ตัวกระตุ้นภายใน และตัวกระตุ้นภายนอก

- ตัวกระตุ้นภายใน ได้แก่ ความหวาดกลัว หงุดหงิด กัดดัน เบื่อหน่าย เป็นต้น

- ตัวกระตุ้นภายนอก ได้แก่ บุคคล สถานที่ เวลา กิจกรรมต่างๆ เช่น เพื่อนที่ดื่มสุรด้วยกัน ช่วงเวลาที่ไม่ทำอะไรทำ วันที่ได้รับเงินเดือน คืนวันศุกร์ เป็นต้น สิ่งสำคัญที่สุดในการบำบัดรักษา คือ การหยุดกระบวนการที่ทำให้เกิดอาการอยากดื่มสุร คือ

๑) แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักแยกแยะชนิดของตัวกระตุ้น

๒) หลีกเลี่ยงการเผชิญกับตัวกระตุ้นให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

๓) สอนวิธีจัดการกับตัวกระตุ้น ด้วยการใช้เทคนิคหยุดความคิด โดยการใช้จินตนาการในเรื่องอื่นๆ การติดหนังยาง ฝึกการผ่อนคลาย การพูดคุยหรือปรึกษาบุคคลอื่น ผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อน โดยมีผู้บำบัด และผู้ที่ผ่านการบำบัดเป็นที่ปรึกษา

- **ชุมชนบำบัด (Therapeutic community: TC.)**

เป็นการจัดสถานที่ให้ผู้ป่วยมาอยู่ร่วมกันแบบครอบครัวใหญ่ ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่อบอุ่นปลอดภัย ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกทักษะ พัฒนาระบบคิด และทัศนคติให้สามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม สร้างการยอมรับและความมุ่งมั่น ตั้งใจที่แน่วแน่ในการเลิกดื่มสุร ด้วยการนำกิจกรรมกลุ่มบำบัด และงานบำบัด เข้ามาเป็นตัวช่วยในฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย และจิตใจ รวมถึงฝึกความรับผิดชอบ และพัฒนาตนเองให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

๔. การติดตามหลังการรักษา (Follow up and after care)^{๒๕-๒๖}

เป็นขั้นตอนสุดท้ายและมีความสำคัญ ผู้บำบัดจะให้ความช่วยเหลือด้วยการให้คำแนะนำ เสริมกำลังใจ และการปฏิบัติกฎวิธีทางที่จะทำให้ผู้ป่วยที่หยุดดื่มสุรได้แล้ว สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ โดยไม่หันกลับไปดื่มสุรอีก ใช้ระยะเวลาในการติดตามนาน ๑ ปี วิธีการติดตามสามารถทำได้ทั้งทางตรง และทางอ้อม ๑) ทางตรง ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน โดยการส่งเจ้าหน้าที่ออกไปเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล ได้พบกับผู้ป่วย และครอบครัวพร้อมกัน ให้การบำบัดทางจิตใจ ด้วยการส่งเสริม และให้กำลังใจ ช่วยแนะนำ ขจัดปัญหาต่างๆ ๒) ทางอ้อม ได้แก่ การติดต่อผ่านบุคคลอื่น ใช้ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถเดินทางไปพบผู้ป่วยได้ ด้วยการติดต่อผ่านบุคคลที่สาม เช่น นายจ้าง ครู ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน กรรมการหมู่บ้าน ผู้บังคับบัญชา หรือญาติพี่น้องผู้ป่วย เป็นต้น พร้อมทั้งซักถามทุกข์-สุข และให้ความช่วยเหลือหากพบปัญหา

ทั้งนี้ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดของ สุร. ยังคงยึดหลักการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพครบทั้ง ๔ ขั้นตอน สำหรับผู้เสพติดสุรจะเน้น^{๒๕} เรื่องการป้องกัน และบำบัดรักษาภาวะแทรกซ้อนทั้งทางกายและจิต เช่น ภาวะเพ้อคลั่ง (delirium) อาการชักหลังการหยุดดื่มสุร (alcohol withdrawal seizure) อาการหูแว่ว ประสาทหลอน (alcohol-induced psychotic disorder) เป็นต้น เป้าหมายสูงสุดคือผู้เสพติดสุรปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และสามารถลดหรือเลิกดื่มสุรได้ สิ่งที่มีต่อการบำบัดผู้เสพติดของสถาบันรักษารักษาปฏิบัติกันอย่างต่อเนื่อง คือ ความจริงใจที่ให้กับผู้เสพติด และความเต็มใจที่จะช่วยเหลือ เพื่อใช้เป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพ และช่วยให้ผู้เสพติดสามารถกลับตัว เปลี่ยนใจกลายเป็นคนดีของครอบครัว สังคมและประเทศชาติได้ ดังคำกล่าวของสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ “คนติดยา เขาเป็นคนหรือเปล่า ถ้าเราช่วยเขาได้ เราก็คงทำได้” ปัจจุบัน

ผู้ที่อยู่ในแวดวงการบำบัดรักษาผู้ที่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยา และสารเสพติดกำลังดำเนินการตามพระราชบัญญัติของสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดลที่มุ่งเน้นตั้งใจให้ผู้ที่เคยพลาดพลั้งได้กลับกลายมาเป็นคนดีของสังคมได้

สรุป

ผู้เสพติดสุราในประเทศไทยสามารถเข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพได้ในสถานบำบัดรักษา ยาเสพติดของรัฐบาลในทุกภูมิภาค ประสิทธิภาพของการบำบัดขึ้นอยู่กับบริบทต่างๆ ได้แก่ องค์การ หน่วยงาน ผู้บำบัด และตัวผู้เสพติดสุราเอง กิจกรรมที่หน่วยงานจัดให้ควรมีความต่อเนื่องจนถึงครอบครัว และชุมชน การพัฒนาที่สำคัญคือ ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดสุราในแต่ละภูมิภาคว่าส่วนใดให้ผลการบำบัดสูงสุด เพื่อให้เกิดข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการบำบัดผู้เสพติดสุราอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- วชิพงษ์ รักติกุล. การพัฒนาตัวแบบแก้ไขปัญหาละเมิดกฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; ๒๕๕๓.
- พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ. แนวเวชปฏิบัติการให้คำปรึกษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: ไอเอ็มเอแอกไนเซอร์แอนด์แอ็ดเวอร์ไทซิง; ๒๕๕๙.
- ศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติรายงานผู้ถูกกระทำทารุณกรรมในสตรี และเด็ก. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๓.
- บัณฑิต ศรีไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, กมรา วัฒนพร. รายงานสถานการณ์ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๓. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; ๒๕๕๓.
- ข่าวสุขภาพจิต และจิตเวช โพสต์ทูเดย์ ฉบับวันที่ ๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ หน้า A๑๓ [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๕๙ [เข้าถึงเมื่อ ๓๑ มี.ค. ๒๕๕๙] เข้าถึงได้จาก: http://www.dmh.go.th/sty_libnews/news/view.asp?id=๕๒๙๒.
- ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์. รายงานคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลก ด้านปัญหาจากการบริโภคแอลกอฮอล์ WHO EXPERT COMMITTEE ON PROBLEMS RELATED TO ALCOHOL CONSUMPTION. รายงานครั้งที่ ๒. นนทบุรี: วนิดาการพิมพ์; ๒๕๕๓. หน้า ๔๒.
- ปราโมทย์ สุนิตย์ มาโนช หล่อตระกูล. DSM IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์; ๒๕๓๙. หน้า ๘๐-๑.
- วิโรจน์ วีรชัย. "เส้นทางสู่การติดยา และหนทางสู่การเลิกยาเสพติด." ใน: วิโรจน์ วีรชัย และคณะ. ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: องค์การทหารผ่านศึก; ๒๕๕๘. หน้า ๑๓๒-๔๖.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ. ประเมินการดื่มสุรา (ด้วยตนเองเบื้องต้น) [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๕๙. เข้าถึงเมื่อ [เข้าถึงเมื่อ เมื่อ ๒ กันยายน ๒๕๕๙]. เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=935>
- วรัญ ดันชัยสวัสดิ์. เครื่องมือในการตรวจหาโรคพิษสุรา. [อินเทอร์เน็ต] ๒๕๕๙ [เข้าถึงเมื่อวันที่ ๑๑ ต.ค. ๒๕๕๙]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dmh.go.th/abstractpdf/100313302079.pdf>.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ และคณะ. เวชศาสตร์โรคติดยา. สงขลา: ลิขสิทธิ์การพิมพ์; ๒๕๕๕. หน้า ๒๒๘-๘
- Thomas F. Babor, John C. Higgins-Biddle, John B. Saunders, Maristela G. Monterio. AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Test. Second Edition. Geneva: World Health Organization; 2001. P.10.
- สาวิตรี อัมมวงค์กรชัย สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่องมาตรการแก้ไขปัญหามาจากแอลกอฮอล์. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ม.ป.ท.; ๒๕๕๓.
- สายชล ยุบลพันธ์. ผลของการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยญาติมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่; ๒๕๕๑.
- World Health Organization Global status report on alcohol 2004. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva; 2004.
- สถาบันวิทยุรักษ์. สถิติสถาบันวิทยุรักษ์ปี พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๙. ปทุมธานี: ม.ป.ท.; ๒๕๕๐.
- สถาบันวิทยุรักษ์. คู่มือผู้ปฏิบัติงาน การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด แบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบจิต สังคมบำบัด (Matrix Program). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; ๒๕๕๑.

๑๘. นิสารัตน์ อนุรัตน์. การประเมินผลโครงการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดแบบโปรแกรมเมทริกซ์ในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; ๒๕๕๔.
๑๙. สถาบันธัญญารักษ์. เทคนิคจิตสังคมบำบัดแบบบูรณาการ. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; ๒๕๕๗.
๒๐. ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเพื่อเอาชนะยาเสพติด. คำสั่ง ศพส. ที่ ๑/๒๕๕๔ เรื่อง แผนยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเพื่อเอาชนะยาเสพติด; หน้า ๑๐-๑๓ และ ๑๗-๑๘ [อินเทอร์เน็ต] ๒๕๕๕. [เข้าถึง เมื่อ ๗ ต.ค. ๒๕๕๔]. เข้าถึงได้จาก http://www.oncb.go.th/PortalWeb/ShowDoc/BEA+Repository/Download/file_2011092701_SPS1_2554
๒๑. พิชัย แสงชาญชัย. สุรา แอลกอฮอล์และความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง. ใน: วิโรจน์ วีรชัย และคณะ. ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: องค์การทหารผ่านศึก; ๒๕๕๘. หน้า ๒๘๑-๓๑๕.
๒๒. วิมลพรรณ ดันติวงศ์. การถอนพิษ (Detoxification). ใน: วิโรจน์ วีรชัย และคณะ. ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: องค์การทหารผ่านศึก; ๒๕๕๘. หน้า ๒๒๖-๒๘.
๒๓. สถาบันธัญญารักษ์. การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model). พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพฯ: องค์การทหารผ่านศึก; ๒๕๕๖.
๒๔. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การให้การปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์. (เอกสารอัดสำเนา) ม.ป.ท: ๒๕๕๗.
๒๕. สมภพ เรืองตระกูล, อรพรรณ ทองแดง, เกียรติกร แก้วพณีกรังสี, แสงจันทร์ วุฒิกานนท์, เจริญชัย งานทิพย์วัฒนา. บรรณาธิการ. คู่มือจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์; ๒๕๓๓.

Abstract

Treatment and Rehabilitation for the Alcohol Dependence in Government's Addiction Center

Nanta Chaipichitpan

Registered Nurse, Professional Level, Research and technology assessment unit. the academic Department, Thanyarak Institute; a PhD candidate, Department of Family and Community Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University.

Alcohol addiction is a public health problem that affects the nation economy and social status. The Ministry of Health has policy for alcoholic treatment and rehabilitation at all medical service levels. Thanyarak institute, Department of medical services is an addict institution for both out-patients and in-patients. Out-patient treatment comprises the Modify Matrix Program which applies the concept from the Matrix Institute on Addiction, USA, while In-patient treatment comprises the FAST model which was developed at Thanyarak Institute. The purposes of both models are to create understanding about alterations of the brain by drug effects, behavior modification and to rebuild good relationships between patients and their significant others. The ultimate goal is to facilitate the alcoholics to control and quit drinking.

Key words: Treatment, rehabilitation, Alcohol dependence