

ประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมด้วยโปรแกรมสติบำบัด
ต่อระดับปัญหาการดื่มสุรา และระยะเวลาการกลับไปเสพติดสุราซ้ำ
ของผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช
โรงพยาบาลหนองบัวลำภู*

EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS BASED THERAPY PROGRAM
ON THE LEVEL OF DRINKING PROBLEMS AND THE RELAPSE PERIOD
OF ALCOHOL DEPENDENCE AT PSYCHIATRIC WARD,
NONGBUALAMPHU HOSPITAL

กัลฐิพร ชัยประทานพงษ์

Karnthibhorn Chaipratonpong

เรืองศิริ ภาณุเวช

Rueangsiri Panuwet

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

Nongbualamphu Hospital, Thailand

E-mail: mindsecretpower@gmail.com

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบระดับปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา กลุ่มได้รับโปรแกรมสติบำบัด และกลุ่มได้รับการบำบัดตามกิจกรรมปกติ 2) เปรียบเทียบระยะเวลาการกลับไปเสพติดสุราซ้ำของผู้ป่วยโรคติดสุรา กลุ่มได้รับโปรแกรมสติบำบัด และกลุ่มได้รับการบำบัดตามกิจกรรมปกติ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง 116 คน ได้จากการวิเคราะห์ Power analysis of sample size กำหนดสัดส่วน 1 ต่อ 3 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสติบำบัด 28 คน กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมปกติ 88 คน คัดเลือกแบบเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คะแนนประเมินอาการขาดสุราน้อยกว่า 4 ไม่มีอาการทางจิตหรืออาการทางจิตทุเลา สามารถเรียนรู้ได้ ติดตามผลหลังบำบัด 3 ระยะ ได้แก่ 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน

* Received June 8, 2022; Revised August 10, 2022; Accepted January 8, 2023

มาตรฐาน และเปรียบเทียบการแปลผลระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ T - test วิเคราะห์เปรียบเทียบระยะเวลาการกลับมาเสพสุราซ้ำของทั้ง 2 กลุ่ม โดย Multivariable Flexible Parametric Survival Regression ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับปัญหาการดื่มสุรา ระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับปัญหาการดื่มสุราต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างจากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2) เปรียบเทียบระยะเวลาการกลับไปดื่มสุราซ้ำ พบว่าในระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองสามารถลดการกลับมาดื่มสุราได้ร้อยละ 99.4% โดยเฉพาะใน 2 สัปดาห์แรก และมีโอกาสกลับมาติดสุราซ้ำ ช้ากว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย ถึง 72 วัน ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 อยู่ระหว่าง 68 ถึง 78 วันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมสติบำบัด, การบำบัดทางจิตสังคม, โรคติดสุรา, ระยะเวลาการกลับไปเสพติดสุราซ้ำ

Abstract

The objectives of this research were to: 1) level of drinking problem of alcohol dependence patients among the experimental group by a Mindfulness Based Therapy Counseling Program (MBTC) and the control group by a Regular Activity Therapy. 2) relapse period of alcohol dependence patients among the experimental group by a MBTC program and the control group by a Regular Activity Therapy, after discharge from the hospital. It was a quasi-experimental research methodology with 2 groups, pre- experiment and post-experiment. A sample of 116 people obtained from the power analysis of sample size, the ratio was 1 to 3, divided into the experimental group treated a MBTC program of 28 people and the control group treated by Regular Activity Therapy of 88 people, totaling 116 people. Which were eligible patients with the assessment scores less than 4 for symptoms of alcohol deprivation, none of psychiatric symptoms or remission that can be able to learn by following up in after treatment in 3 stages were 2 weeks, 4 weeks and 12 weeks. The data were analyzed using baseline statistics, frequency, percentage, mean, standard deviation. Interpretation of results was compared between groups using T-test. The duration of alcohol relapse was analyzed in both groups by Multivariable Flexible Parametric survival regression. The research results were: 1) level of drinking problems pre - experimental period and post-experiment period found that the experimental group had a level of drinking problems. It was statistically significantly different



from the control group ($p < 0.001$). 2) The relapse period found that in the 12 weeks, the experimental group was able to reduce the relapse by 99.4%, especially in the first 2 weeks and average 72 days longer than control group to repeat to be an alcohol dependence. The 95 percentage of confidence interval was between 68 and 78 days with statistical significance. ($p < 0.001$).

Keywords: Mindfulness Based Therapy Counseling Program (MBTC), Psychosocial Therapy, Alcohol dependence, Relapse period of alcohol

บทนำ

ปัจจุบันการติดสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยองค์การอนามัยโลก ระบุว่าประชากรทั่วโลกมากกว่าร้อยละ 38 ดื่มสุราเป็นประจำ และมีผู้เสียชีวิตจากการดื่มสุรา 3.3 ล้านคน ทั่วโลกในแต่ละปี คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของการตายทั้งหมดทั่วโลก (World Health Organization, 2019) การติดสุราจึงเป็นปัญหาอันดับ 1 ที่เป็นต้นเหตุคร่าชีวิตมนุษย์ ทำให้เกิดความเจ็บป่วย ตาย ทุพพลภาพมากกว่าเรื่องอื่น ๆ องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ประกาศเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนตามวาระแห่งชาติปี 2030 หรือ พ.ศ. 2573 (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยระบุว่าสุราเป็นอุปสรรคที่สำคัญโดยเกี่ยวข้องกับ 13 เป้าหมายจากทั้งหมด 17 เป้าหมายหลัก (United Nations., 2019) เมื่อพิจารณาผู้ป่วยติดสุราด้านภาระทางเศรษฐศาสตร์ (economic burden) หรือต้นทุนจากความเจ็บป่วย (cost of illness) เปรียบเทียบภาระของโรคต่อสังคมกับโรคอื่น ๆ สุราก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐศาสตร์ที่สูงโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในคิดเป็นต้นทุน 70,794.20 บาท/คน/ปี ผู้ป่วยและญาติยังต้องแบกรับต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ โดยเฉพาะค่าเดินทางและค่าเสียโอกาสจากการทำงานอีกด้วย (โสภิต นาสืบ และอรทัย วลีวงศ์, 2560) ประเทศไทยมีการดื่มสุราเป็นอันดับ 44 ของโลก และอันดับ 3 ของเอเชีย จากผลการสำรวจพฤติกรรมการการดื่มสุราของประชากรไทยล่าสุดปี 2560 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ดื่มสุรา 55.9 ล้านคน และ 9 ล้านคน ติดสุราเล็กน้อย ภาวะเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีนักดื่มในกลุ่มผู้ใหญ่และวัยรุ่นสูงกว่าภาคอื่น ๆ โดยความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่และวัยรุ่นมีประมาณร้อยละ 35 และ 18 ตามลำดับ หากพิจารณารายจังหวัดพบว่าประชากรเกือบครึ่งหนึ่งของแต่ละจังหวัดดื่มสุรา จังหวัดหนองบัวลำภูพบนักดื่มผู้ใหญ่พบร้อยละ 36.8 เป็นลำดับที่ 14 ของประเทศ ความชุกของนักดื่มวัยรุ่นจังหวัดหนองบัวลำภูพบร้อยละ 30.6 เป็นอันดับ 2 ของประเทศ (สาวิตรี อัครณาวงค์กรชัย, 2562) จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่าปัญหาการดื่มสุราของประชาชนจังหวัดหนองบัวลำภูเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ดังสถิติผู้ติดสุราที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

ปี พ.ศ. 2560 - 2562 มีจำนวนผู้ติดสุรา 114 ราย 96 ราย และ 79 ราย ตามลำดับ แม้จะมีปริมาณลดลงทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยไม่ต้องการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลเพราะไม่ต้องการเลิกดื่มสุรา ส่วนใหญ่มาด้วยอาการรุนแรงมีอาการผิดปกติทางจิตร่วมด้วย ก่อความเดือดร้อนต่อตนเองครอบครัวและชุมชน อีกทั้งพบว่าเมื่อตราการกลับเข้ารับการรักษาภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน สูงเป็นอันดับ 1 ของโรคทางจิตเวชทั้งหมด จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติพบว่าผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำตั้งแต่วันแรก ถึงระยะ 2 สัปดาห์แรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกว่าร้อยละ 80 และยวนเวียนกลับเข้าการรักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยเก่ามากถึงร้อยละ 45 - 60 (กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู, 2562) ขณะเดียวกันยังมีผู้ติดสุราที่มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา ที่ยังไม่เข้าถึงบริการในชุมชนอีกจำนวนมาก สอดคล้องกับสถิติการดื่มสุราในจังหวัดหนองบัวลำภูดังกล่าวมาข้างต้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยงานของรัฐควรมีนโยบายและกิจกรรมที่ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษา โดยช่วยให้ผู้ป่วยลดและหยุดดื่มสุราในระยะยาว และเฝ้าระวังติดตามชองกันไม่ให้กลับไปเสพซ้ำ (Relapse)

การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial treatment) พบว่าเป็นรูปแบบการบำบัดที่หลากหลายวิธี แต่ละวิธีมีประสิทธิภาพการบำบัดเท่าเทียมกันในการช่วยให้ผู้ป่วยติดสุราเลิกใช้สุราหรือลดปริมาณ การดื่มสุราลงได้ (Witkiewitz et al., 2019) ควรให้ความสำคัญในการจัดการบำบัดอย่างเหมาะสมในช่วง 3 เดือนแรก เนื่องจากพบผู้ติดสุราหยุดการบำบัดและการกลับมาเสพซ้ำมากถึงร้อยละ 66 ซึ่งส่งผลต่อการบำบัดในเดือนต่อไป สำหรับผู้ติดสุราที่มีแรงจูงใจสูงหรือติดสุราไม่รุนแรง การบำบัดอาจจะเข้มข้นน้อย ระยะเวลาบำบัดสั้นอย่างน้อย 3 เดือน และผู้ที่ติดสุรารุนแรงการบำบัดควรเข้มข้น และระยะเวลาบำบัดนานขึ้นเป็นอย่างน้อย 6 เดือน และควรติดตามหลังการบำบัดทุกราย (Coriale et al., 2018) เมื่อพิจารณาการจัดบริการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภูที่ผ่านมาใช้รูปแบบการบำบัดที่หลากหลายเช่น ให้สุขภาพจิตศึกษา การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรม ทั้งการบำบัดรายบุคคล รายกลุ่มและครอบครัว การสัมภาษณ์เพื่อค้นหาและสร้างแรงจูงใจ กิจกรรมนันทนาการ ออกกำลังกาย สวดมนต์ไหว้พระ สมาธิก่อนนอน กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ ซึ่งเป็นการให้การพยาบาลตามระบบงานรูปแบบปกติของหน่วยงาน ร่วมกับการรักษาด้วยยาจากจิตแพทย์ พบว่ายังไม่เพียงพอในการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มประสบปัญหาติดสุรา เพราะยังพบว่ามีพฤติกรรมกลับไปดื่มซ้ำสูง และวนเวียนเข้ารับการรักษาซ้ำ ๆ ด้วยปัญหาเดิม ๆ บางรายรับรู้ว่าตนป่วยหนักทั้งทางกายและจิต แต่ไม่สามารถควบคุมตัวเองให้เลิกดื่มสุราได้ ดังจะเห็นได้จากคำบอกเล่าของญาติว่า “วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยรีบไปร้านค้าซื้อสุราดื่มทันทีตั้งแต่วันแรก” (กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู, 2562)



ปัจจุบันนักวิทยาศาสตร์ทางสมองพบว่าภาวะเสพติดเป็นเรื่องของความผิดปกติทางสมอง เมื่อเสพติดแล้วสมองจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบจะมีจิตใจที่อ่อนแอ ขาดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ทำให้ไม่สามารถเลิกอาการเสพติดได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยจะต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ การบำบัดของแพทย์จะใช้ยาออกฤทธิ์ที่สมองซึ่งมุ่งไปที่การใช้ยาลดความอยากเสพยาและลดอาการข้างเคียง อาการไม่สบายกายไม่สบายใจที่เกิดขึ้นเมื่อหยุดดื่ม ร่วมกับการใช้การบำบัดทางจิตสังคม จากการศึกษาพบว่าสติบำบัด (Mindfulness Based Therapy and Counseling : MBTC) เป็นการประยุกต์สมาธิและสติที่มีพื้นฐานการพัฒนาจิตตามหลักพุทธธรรม แต่นำมาใช้ในทางโลกเพื่อลดความทุกข์ เพิ่มความสามารถในการปรับตัวของบุคคลที่มีความเครียด ความยากลำบากจากโรคทางกายและทางจิตรวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูง และสามารถใช้ในการบำบัดภาวะเสพติดไม่ให้เกิดกลับเสพติดซ้ำได้ (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2559) นอกจากนี้ ผลงานวิจัยที่น่าสนใจและใช้เป็นที่ยอ้างอิงกันทั่วไปของ จี. อัลัน มาร์แลตต์ (G. Alan Marlatt, 2558) พบว่าการเจริญสติสามารถสามารถบำบัดภาวะเสพติดได้ทำให้สมองเกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านโครงสร้าง การทำงาน และการหลั่งสารสื่อประสาท โดยช่วยให้สมองบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการใช้ความคิด อารมณ์ ความจำดีขึ้น ขณะที่กำลังเจริญสติจะมีเลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น สมองสามารถซ่อมแซมส่วนที่เสียหายให้กลับมาดีขึ้นเหมือนเดิมได้ ส่งผลให้การหลั่งสารเคมีในสมองกลับมาเป็นปกติ ต่อมามีการพัฒนาโปรแกรมการเจริญสติเพื่อบำบัดภาวะเสพติด ป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ (Mindfulness - Based Relapse Prevention Program) ขึ้น ทำการศึกษาในผู้ติดยาเสพติด 2 ชั้น รายงานแรกศึกษาผู้เสพติดในเรือนจำในเรือนจำ 173 ราย อายุเฉลี่ย 40 ปี เป็นชาย ร้อยละ 60 เป็น ผู้ป่วยติดกัญชา โคเคน สุรา แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่ง ให้การรักษาตามปกติ อีกกลุ่มหนึ่งใช้การเจริญสติเปรียบเทียบกับ สอนให้ฝึกหลักสูตรวิปัสสนา 10 วัน ตามแนวของโกเอ็นก้า แล้วติดตามไปเป็นเวลา 3 เดือน โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่ใกล้ชิดพิษ เพื่อติดตามในระยะหลังพ้นพิษไปแล้ว รายงานที่ 2 เป็นการศึกษาในผู้เสพติดยาทั่วไป จำนวน 153 ราย โดยใช้หลักสูตร MBSR สอนให้ผู้ป่วยฝึกการเจริญสติในร่างกายส่วนต่าง ๆ ฝึกเจริญสติในลมหายใจ ในการเดิน นำผู้ป่วยไปเดินขึ้นภูเขาและเจริญสติไปด้วย ฝึกให้ผู้ผู้ป่วยอยู่กับสิ่งที่ตนกำลังทำ ให้อยู่กับปัจจุบัน หลังจากนั้นเมื่อผู้ป่วยฝึกไประยะหนึ่งจิตใจสงบลงจิตเป็นสมาธิมากขึ้น จะสอนให้ดูใจตนเองเมื่อมีอารมณ์หรือความคิด ความรู้สึกสุข ทุกข์ เกิดขึ้นก็ให้รู้ตัว โดยใช้การกำหนดรู้ ฝึกบ่อย ๆ จนมีความชำนาญ สติมีกำลังมากขึ้น ฝึกสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ และฝึกให้คนไข้หยุดไม่ทำตามใจคิด หรือความอยากที่เกิดขึ้น ฝึกดูเฉย ๆ ไม่ต้องทำตาม เวลาความอยากเสพยาเกิดขึ้นให้สังเกตตามดูไปเรื่อย ๆ โดยไม่ตอบสนอง ในที่สุดความอยากลดกำลังลง ขณะใดสติมีกำลังรู้ตัว ความอยากจะดับลง การที่เห็นความอยากในใจลดลง นั้นหมายความว่าเกิดปัญญารู้ว่า ความอยากนั้นมีธรรมชาติเกิดขึ้นแล้วก็

จะดับไป แล้วเฝ้ามองจนหายไป เมื่อเกิดขึ้นอีก ฝึกให้รู้ตัวอีก ทำซ้ำ ๆ แบบนี้ไปตลอด ความอยากยังคงอยู่ในใจแต่ทำอะไรเราไม่ได้ นั่นแปลว่าสามารถควบคุม ตัวเองได้ ซึ่งต้องอาศัยการฝึกฝนบ่อย ๆ จะปล่อยวางได้ ไม่กลับไปเสพอีก (แพทย์พงษ์ วรพงศ์พิเชษฐ, 2558) ผลการวิจัยทั้ง 2 รายงานดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ฝึกการเจริญสติกลับไปใช้ยาเสพติดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีการฝึกเจริญสติ สามารถควบคุมตนเองได้เมื่อเกิดอาการไม่สบายกายไม่สบายใจหรือเวลาขาดยาหรืออยากยาเสพติด สามารถใช้สติกำหนดรู้ ควบคุมตนเองได้ดีขึ้น วิธีการนี้ช่วยป้องกันให้ผู้ป่วยไม่กลับไปเสพติดซ้ำ อารมณ์ดีขึ้น การมองโลกในแง่ดี สามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขได้

จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้นเป็นเหตุให้ผู้วิจัยสนใจนำโปรแกรมสติบำบัดที่พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2559) มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทการบำบัดการพยาบาลทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเสพติดสุราที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ศึกษาประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมโดยเปรียบเทียบระดับปัญหาการดื่มสุราและระยะเวลาการกลับไปเสพติดสุราซ้ำ ของผู้ป่วยโรคติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสติบำบัด และกลุ่มได้รับการบำบัดตามกิจกรรมปกติ นำสู่การพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับพยาบาลในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยเสพติดสุราในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภูต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา กลุ่มได้รับโปรแกรมสติบำบัด และกลุ่มได้รับการบำบัดตามกิจกรรมปกติ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการกลับไปเสพติดสุราซ้ำของผู้ป่วยโรคติดสุรา กลุ่มได้รับโปรแกรมสติบำบัด และกลุ่มได้รับการบำบัดตามกิจกรรมปกติเดิม หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง รูปแบบ Historical - Controlled Intervention design เก็บข้อมูล Retrospective, Prospective data collection เพื่อทดสอบผลการเปรียบเทียบระดับปัญหาการดื่มสุรา และระยะเวลาการกลับไปดื่มสุราซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

กลุ่มประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ในกลุ่มโรค F10 ตามรหัสโรคในระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical



Classification of Diseases and Related Health Problem [ICD - 10]) เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ในกลุ่มโรค F10 ตามรหัสโรคในระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem [ICD - 10]) เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนประเมินอาการขาดสุรา Alcohol Withdrawal Scale (AWS) น้อยกว่า 4 2) ไม่มีอาการทางจิตหรืออาการทางจิตทุเลา 3) สามารถเรียนรู้ได้ 4) สมัครใจเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมสติบำบัด เกณฑ์คัดออกจากงานวิจัย (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมสติบำบัดได้ครบตามโปรแกรม 2) มีอาการทางจิตที่เกิดขึ้นภายหลังไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมรูปแบบปกติ (Standard group) 88 คน เก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective) (เดือนมีนาคม 2562 - 2563) และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสติบำบัด 28 คน เก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Prospective data collection) (เดือน เมษายน - สิงหาคม 2563) รวมทั้งสิ้น 116 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (Stata 16) ภายใต้สมมติฐานว่าโอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับไปดื่มสุราซ้ำ (failure probability) ที่ 90 วันในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบปกติเป็น 80% และคาดว่าโปรแกรมสติบำบัดจะช่วยลดโอกาสการกลับไปดื่มสุราซ้ำที่ 90 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเหลือร้อยละ 40 กำหนดสัดส่วนเป็น 1 ต่อ 3 การทดสอบเป็น two-sided ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดหนึ่ง (significance) ที่ร้อยละ 5 และ power ร้อยละ 90 ได้จำนวนตัวอย่าง 98 คน เพื่อเป็นการทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่อาจจะออกจากการวิจัยโดยคำนวณจาก power exponential 0.8 0.4, time (90) power (0.9) ratio (3) study time (90) ได้จำนวน 116 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 28 คน กลุ่มควบคุม 88 คน

ตัวแปรต้น โปรแกรมสติบำบัดประยุกต์สำหรับผู้ป่วยติดสุราแบบผู้ป่วยใน

ตัวแปรตาม ระดับปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา และระยะเวลาการกลับไปเสพติดสุราซ้ำของผู้ป่วยโรคติดสุรา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินระดับปัญหาการดื่มสุรา หรือ AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ แต่ละคำถามจะมีชุดคำตอบให้เลือกตอบ และแต่ละคำตอบจะมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 โดย 0 คือ ไม่ดื่มเลย โดยผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 8 ขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ที่อันตรายหรือ

อันตรายมาก (Hazardous or Harmful Use) สามารถจัดกลุ่มพฤติกรรมตามระดับปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายน้อย (Low risk drinker) (1 - 7 คะแนน) 2) ผู้ดื่มแบบมีความเสี่ยง (Hazardous drinker) (8 - 15 คะแนน) หมายถึงลักษณะการดื่มสุราที่เพิ่มความเสี่ยงต่อผลเสียตามมาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเองและผู้อื่น พฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยงนี้ถือว่ามีความสำคัญในเชิงสาธารณสุขแม้ว่าในขณะนี้ผู้ดื่มยังไม่เกิดความเจ็บป่วยใด ๆ 3) ผู้ดื่มแบบอันตราย (Harmful use) (16 - 19 คะแนน) หมายถึงการดื่มสุราจนเกิดผลเสียตามมาต่อสุขภาพกาย หรือสุขภาพจิต รวมถึงผลเสียทางสังคมจากการดื่ม 4) ผู้ดื่มสุราแบบติด (Alcohol dependence) (20 - 40 คะแนน) แบบวัด AUDIT เป็นแบบคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่ถูกใช้อย่างแพร่หลายทั้งในการคัดกรองทางคลินิกและในงานวิจัยทั่วโลก โดยมีค่าความเชื่อมั่น $\text{Alpha} = 0.86$ พัฒนาโดย (Cardaciotto, L. et. al., 2008)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสติบำบัดฉบับภาษาไทยที่พัฒนามาจาก ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ คู่มือสติบำบัดสำหรับการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด (Mindfulness-Based Therapy and Counseling for Relapse Prevention) (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2559) ประกอบด้วย Core Program จำนวน 8 ครั้งดังนี้ ครั้งที่ 1 จัดการกับความวุ่นใจ (การฝึกสมาธิหยุดความอยากสุรา) ครั้งที่ 2 ดำเนินชีวิตอย่างมีสติ (การฝึกสติในชีวิตประจำวัน) ครั้งที่ 3 รู้จักปล่อยวางอารมณ์ (การฝึกดูความรู้สึกทั่วร่างกาย) ครั้งที่ 4 รู้ทันกับความคิดและปล่อยวาง (การฝึกติดป้ายความคิด) ครั้งที่ 5 ทบทวนสัมพันธภาพใหม่ (การปล่อยวางความคิดลบและช่วยให้มองเห็นความเป็นจริงด้านบวกของสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด) ครั้งที่ 6 ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น (การฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีสติ) ครั้งที่ 7 เมตตาและให้อภัย (การฝึกสติเมตตา) ครั้งที่ 8 ชีวิตต้องเดินหน้า (การวางแผนการปรับตัวในระยะยาว) ผู้วิจัยได้ปรับกระบวนการบำบัดให้เหมาะสมกับรูปแบบผู้ป่วยในที่มีระยะเวลารักษาในโรงพยาบาลในช่วงเวลาจำกัด เฉลี่ยวันนอนอยู่ที่ 14 วัน จัดกลุ่มบำบัดเรียนรู้และฝึกปฏิบัติตามลำดับจาก ครั้งที่ 1 จนครบทั้ง 8 ครั้ง วันละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 - 1.30 ชั่วโมง ขนาดกลุ่ม ๆ ละ 6 - 10 คน หลังเรียนรู้มีการบ้านฝึกต่อเนื่องด้วยตนเองในระหว่างวัน

การรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1.ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมเพื่อการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เลขที่ 8/2563 จากนั้นทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ประสานผู้เกี่ยวข้องชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดโครงการ จัดเตรียมเอกสาร คู่มือ ใบงาน สื่อ



อุปกรณ์ที่ใช้ ตลอดจนเตรียมผู้ช่วยวิจัย ที่ผ่านการอบรมสติบำบัดในหอผู้ป่วยจิตเวช ทำความเข้าใจการดำเนินงานตามโปรแกรมฯ

2.ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดโครงการวิจัยเพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ลงนามในเอกสารการเข้าร่วมวิจัย (Informed consent) และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการวิจัยก่อนดำเนินการทดลอง สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประเมินระดับปัญหาการดื่ม สุราด้วยแบบประเมิน AUDIT

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมสติบำบัด ก่อนเริ่มโปรแกรมสติบำบัดทำการปฐมนิเทศผู้ป่วยก่อนเข้ารับโปรแกรม ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมโปรแกรมการปฐมนิเทศเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในตนเอง เรียนรู้ความจริงของชีวิต ให้เข้าใจธรรมชาติของกายและจิต สู่การค้นพบศักยภาพแห่งตนที่สามารถใช้กายและจิตในการแก้ไขปัญหาการเสพติดสุราและปัญหาชีวิตได้ เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ตระหนักถึงความสำคัญของสติบำบัดว่าสติเป็นทางเลือกสำคัญหนึ่งเดียวที่สามารถช่วยให้เลิกเสพติดสุราได้และไม่กลับไปดื่มซ้ำอีก กิจกรรมปฐมนิเทศประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้ได้แก่ 1) กิจกรรมการเรียนรู้โทษพิษภัยสุรา: การเสพติดสุรา 2) คุณค่าแห่งตน: ศักยภาพของกายและจิต (โดยใช้เทคนิคการทดลองทางวิทยาศาสตร์ทางจิต) 3) เรียนรู้เป้าหมายของชีวิต: เข้าใจความจริงของชีวิตกฎแห่งกรรม 4) การฝึกสติช่วยเลิกสุราได้อย่างไร 5) ใคร ๆ ก็ทำได้ง่ายนิดเดียวชมคลิป VDO ประสบการณ์ผู้ป่วยที่เลิกดื่มสุราได้ด้วยการฝึกสติบำบัด สร้างความมั่นใจว่าทุกคนทำได้ แลกเปลี่ยนมุมมองความคิด 6) สร้างแรงจูงใจ เข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมสติบำบัดต่อเนื่อง รูปแบบการบรรยายประกอบสื่อเพาเวอร์พอยท์และสื่อ VDO กรณีตัวอย่างผู้ที่เคยเสพติดสุราและประสบความสำเร็จสามารถเลิกเสพติดสุราได้ด้วยการฝึกสติ จากนั้นจัดกลุ่มบำบัดตามโปรแกรมสติบำบัด ประกอบด้วย Core Program จำนวน 8 ครั้ง บำบัดต่อเนื่องทุกวัน ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 - 1.30 ชั่วโมง ดำเนินการต่อเนื่องจนครบ 8 ครั้งตามลำดับ กระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติเป็นการบ้านในระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาลทุกครั้ง ก่อนเข้ากลุ่มครั้งต่อไปมีการทบทวนและอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการฝึกระหว่างวัน วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้วิจัยเตรียมครอบครัวโดยให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวเพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง กำกับติดตามดูแลที่บ้าน ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละครั้ง เพื่อกระตุ้นการฝึกสติอย่างต่อเนื่องให้เกิดเป็นนิสัย และให้คำปรึกษาแนะนำแก้ไขปัญหาอุปสรรคระหว่างการฝึกสติ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลติดตามผลหลังบำบัด 3 ระยะ ได้แก่ ระยะ 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามชุดเดิม ระยะเวลาติดตามสิ้นสุดเท่ากันที่ 30 สิงหาคม 2563

กลุ่มควบคุม ได้รับการบำบัดรูปแบบปกติที่ทางหอผู้ป่วยจัดการกิจกรรมกลุ่มบำบัดประจำวัน ระยะเวลาทำกลุ่ม 1 - 1.30 ชั่วโมง/ครั้ง/วัน ทุกวัน ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโรคสมองตื้อสุรา กลุ่มนันทนาการ กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มสมาธิบำบัด สวดมนต์สมาธิก่อนนอน กลุ่มสัมพันธ์ภาพ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มอาชีพบำบัด กลุ่มศิลปะบำบัด กลุ่มบำเพ็ญประโยชน์พัฒนาจิต กลุ่มส่งเสริมทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน กิจกรรมการวางแผนจำหน่าย เป็นต้น ยกเว้นกลุ่มสติบำบัดที่ไม่ได้เข้าร่วม เก็บข้อมูลในช่วงเดือน มีนาคม ปี 2562 - 2563 จนครบตามเป้าหมายที่คำนวณไว้ ติดตามผลหลังบำบัด 3 ระยะ ได้แก่ ระยะ 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามชุดเดิม ระยะเวลาติดตามสิ้นสุดที่เท่ากันคือ 30 สิงหาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเชิงพรรณนาด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) Univariable analysis สำหรับ Categorical variables วิเคราะห์ด้วย Chi-squared test และ Fisher's exact test สำหรับตัวแปร Continuous variables วิเคราะห์ด้วย Student's T - test, Wilcoxon signrank T - test และ Mann Whitney U test ส่วน Multivariable analysis วิเคราะห์ด้วย Multivariable flexible parametric survival regression เพื่อหาความแตกต่างระหว่างวัน โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบระยะเวลาการกลับมาเสพสุราซ้ำของทั้ง 2 กลุ่ม โดยเลือกควบคุมตัวแปรกวนจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อปรับอิทธิพลของปัจจัยกวน (ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นเพศชายทั้งหมด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 28 ราย กลุ่มควบคุม 88 ราย อายุเฉลี่ยกลุ่มทดลอง 44 ปี ($SD \pm 9.9$) กลุ่มควบคุม 39 ปี ($SD \pm 11.4$) การศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับประถมศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คู่ รองลงมาคือ โสด และหย่า ตามลำดับ สาเหตุของการหย่าพบว่ามาจากปัญหาการดื่มสุราที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งด้านความขัดแย้งและภาวะเศรษฐกิจ ในครอบครัว ด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง เหมือนกันทั้ง 2 กลุ่ม รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือนและพบว่ารายได้ไม่แน่นอน ความสัมพันธ์ในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ราบรื่น ทั้ง 2 กลุ่ม รองลงมาพบความสัมพันธ์ไม่ราบรื่นในกลุ่มควบคุม 21 คน (23.9%) ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาทางอารมณ์จากการดื่มสุรา การทะเลาะ ขัดแย้งกันในครอบครัว การใช้ยาพุ่มเพื่อยในการดื่มสุรา ความไม่รับผิดชอบต่อครอบครัว เป็นต้น อายุที่เริ่มสุราครั้งแรกของทั้ง 2 กลุ่มไม่ต่างกัน พบว่าอายุเฉลี่ยเริ่มดื่มสุราครั้งแรก 16 ปี ($SD \pm 4.5$) กลุ่มควบคุมเช่นเดียวกัน 16 ปี ($SD \pm 3.3$) ระยะเวลาที่ดื่มมานานไม่แตกต่างกัน คือ กลุ่มทดลอง 25 ปี ($SD \pm 9.7$) กลุ่มควบคุม



23 ปี (± 8.5) ทั้ง 2 กลุ่มถือได้ว่าเป็นนักดื่มแบบเรื้อรัง (Chronic Alcohol Drinking) ปริมาณที่ดื่มส่วนใหญ่ไม่เกิน 1 ขวดต่อวัน และดื่มทุกวัน เหมือนกันทั้ง 2 กลุ่ม ค่าใช้จ่ายในการดื่มส่วนใหญ่วันละ 100 บาท ที่มาของเงินที่ใช้ดื่มสุราได้จากทำงานหารายได้รายวันเองสำหรับผู้ป่วยดื่มสุราแบบติด (Alcohol Dependence) ที่ไม่สามารถหารายได้เองก็จะขอเงินจากบิดามารดาหรือภรรยา สภาพการดื่มของสมาชิกครอบครัวพบว่าส่วนใหญ่มีสมาชิกครอบครัวดื่มสุราไม่ต่างกันซึ่งเป็นตัวกระตุ้นภายนอกที่สำคัญทำให้ผู้ป่วยเลิกสุร่ายากลำบาก

ผลการจำแนกตามประวัติการการเข้ารับการรักษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก Alcohol induced psychosis รองลงมา Alcohol withdrawal Delirium และ Alcohol Dependence ตามลำดับ และในทั้งหมดนี้ได้รับการวินิจฉัยโรคร่วม Alcohol Dependence เป็นส่วนใหญ่ ทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในลักษณะเป็นผู้ป่วยที่วนเวียนเข้ารับการรักษามากกว่า 2 ครั้งจากไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ เหตุผลที่เข้ารับรักษาลักษณะคือมีปัญหาสุขภาพทรุดโทรม ส่วนเหตุผลอื่น ๆ ได้แก่ต้องการเลิก ครอบครัวขอร้อง ตำรวจนำส่ง และปัญหาเกี่ยวกับการงาน/ผู้บังคับบัญชาให้มาบำบัดไม่เช่นนั้นอาจมีผลกระทบต่องานประจำ จำนวนวันนอนเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม 14 - 15 วันนอน

ด้านประสบการณ์ฝึกสติก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีประสบการณ์ฝึกสติคิดเป็น ร้อยละ 60.7 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่เคยฝึกสติมาก่อน ถึงร้อยละ 90.9 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านประสบการณ์หยุดดื่มพบว่าระยะเวลาที่หยุดดื่มได้ทั้ง 2 กลุ่มไม่ต่างกันคือหยุดดื่มได้ น้อยกว่า 1 เดือน ตั้งแต่ 0 - 30 วัน หลังจำหน่าย) บางรายกลับไปดื่มตั้งแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาลไม่สามารถควบคุมการดื่มได้แม้ยอมรับว่ามีอาการของการเจ็บป่วยทั้งกายและจิตอันมีสาเหตุมาจากสุรา

ผลการศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมด้วยโปรแกรมสติบำบัด ต่อระดับปัญหาจากการดื่มสุราและระยะเวลาการกลับไปเสพติดสุราซ้ำของผู้ป่วยโรคติดสุรา กลุ่มได้รับโปรแกรมสติบำบัด และกลุ่มได้รับการบำบัดตามกิจกรรมปกติ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นดังนี้

1.เปรียบเทียบระดับปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา กลุ่มได้รับโปรแกรมสติบำบัด และกลุ่มได้รับการบำบัดตามกิจกรรมปกติ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับคะแนนปัญหาจากการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา จากแบบประเมิน AUDIT

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

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบการประเมินระดับปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ในระยะก่อนทดลอง พบว่าผู้ป่วยดื่มแบบติด ทั้ง 2 กลุ่ม ระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองทั้งหมดไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำ ส่วนกลุ่มควบคุมกลับไปดื่มสุราซ้ำระดับเสี่ยงต่ำร้อยละ 36.4 และดื่มแบบอันตรายร้อยละ 62.5 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.001) ผลการติดตามระยะ 1 เดือนกลุ่มใช้โปรแกรมสติบำบัดมีการกลับไปดื่มสุราซ้ำแบบเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 92.9 ส่วนกลุ่มใช้รูปแบบกิจกรรมปกติดื่มแบบติด ร้อยละ 89.8 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.001) ระยะติดตามผล 3 เดือน กลุ่มใช้โปรแกรมสติบำบัดมีการกลับไปดื่มสุราซ้ำแบบเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 82.2 ส่วนกลุ่มควบคุมใช้



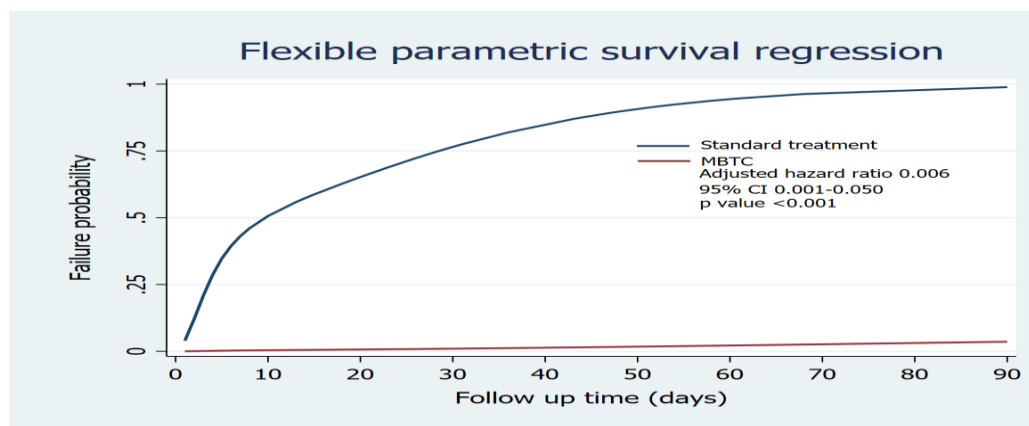
รูปแบบกิจกรรมปกติเต็มแบบติด ร้อยละ 100 พบว่ามีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

2.เปรียบเทียบระยะเวลาการกลับไปเสพติดสุราซ้ำของผู้ป่วยโรคติดสุรา กลุ่มได้รับโปรแกรมสติบำบัด และกลุ่มได้รับการบำบัดตามกิจกรรมปกติ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระยะเวลาการกลับไปเสพติดสุราซ้ำของผู้ป่วยโรคติดสุรา

ระยะเวลาที่กลับไป ดื่มสุราซ้ำ	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.



ภาพที่ 1 วิเคราะห์เปรียบเทียบระยะเวลาการกลับมาเสพสุราซ้ำ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระยะเวลาการกลับมาเสพสุราซ้ำของทั้ง 2 กลุ่ม โดย Parametric survival regression เมื่อปรับอิทธิพลของ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ประวัติการดื่มสุรา ค่าใช้จ่ายในการดื่ม พฤติกรรมการ ผักสด และระยะเวลาการกลับมาดื่มสุรา พบว่าในระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มที่ใช้โปรแกรมสติบำบัด สามารถลดการกลับมาดื่มสุราได้ช้าลง 99.4% โดยเฉพาะใน 2 สัปดาห์แรก และกลุ่มที่ใช้โปรแกรม สติบำบัด มีโอกาสกลับมาติดสุราซ้ำ ช้ากว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย ถึง 72 วัน ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 อยู่ระหว่าง 68 ถึง 78 วันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

อภิปรายผล

1. การศึกษาเปรียบเทียบระดับปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา พบว่าระดับปัญหาการดื่มสุราของทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.001) โดยก่อนทดลองผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มเป็นผู้ดื่มแบบติด ผลการติดตามระยะ 2 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองทั้งหมดไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำ ส่วนกลุ่มควบคุมกลับไปดื่มสุราซ้ำระดับเสี่ยงต่ำร้อยละ 36.4 และดื่มแบบอันตรายร้อยละ 62.5 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.001) การติดตามผลในระยะ 4 สัปดาห์ กลุ่มใช้โปรแกรมสติบำบัดมีการกลับไปดื่มสุราซ้ำแบบเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 92.9 ส่วนกลุ่มใช้รูปแบบกิจกรรมปกติดื่มแบบติด ร้อยละ 89.8 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.001) และการติดตามผลระยะ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มใช้โปรแกรมสติบำบัดมีการกลับไปดื่มสุราซ้ำแบบเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 82.2 ส่วนกลุ่มควบคุมใช้รูปแบบกิจกรรมปกติดื่มแบบติด ร้อยละ 100 จากผลการวิจัยดังกล่าวอธิบายได้ว่าโปรแกรมสติบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำได้โดยเฉพาะใน 2 สัปดาห์แรก ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญที่ผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้วมักไม่สามารถควบคุมความอยากดื่มสุราได้ และ ในระยะ 4 สัปดาห์ 12 สัปดาห์ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่าในระยะ 2 สัปดาห์แรกดื่มแบบอันตรายสูงถึงร้อยละ 62.5 และในระยะ 4 สัปดาห์ ดื่มแบบติดถึงร้อยละ 89.8 และในระยะ 12 สัปดาห์ ดื่มแบบติดถึงร้อยละ 100 สอดคล้องกับศึกษาของ Bowen, S. et al. ที่ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมสติบำบัดต่อการป้องกันการกลับเสพยาเสพติดซ้ำ (MBRP: Mindfulness - based relapse prevention) เปรียบเทียบโปรแกรมป้องกันการกลับเสพยาเสพติดซ้ำทั่วไป (RP: Relapse Prevention) และการบำบัดรักษาในรูปแบบปกติ (TAU : psycho education - based treatment as usual) ในผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด และผู้ป่วยดื่มสุราแบบติด (heavy drinking) พบว่า MBRP สามารถลดการดื่มสุราในกลุ่มที่ดื่มสุราอย่างหนักได้ จากการติดตามผลในระยะ 6 เดือน และพบว่ามีการใช้สารเสพติดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ นั่นคือสามารถช่วยลดการดื่มหนักลง เมื่อเทียบกับการบำบัดแบบ RP และ TAU จากการติดตามผลในระยะ 12 เดือน (Bowen, S. et. al., 2014) นอกจากนี้ยังพบว่าการฝึกสติต่อเนื่องจะกระตุ้นการทำงานของสมองที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ การยับยั้งชั่งใจ สมองส่วนควบคุมอารมณ์ให้ควบคุมอารมณ์ด้านลบและด้านบวกได้ดีขึ้น สามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น ลดความรู้สึกอยากดื่มลง ลดปริมาณการดื่มสุรา ลดความน่าจะเป็นในการกลับไปดื่มสุราซ้ำ (Lyonsa T. et al., 2019) การบำบัดด้วยการเจริญสติเป็นฐานจึงช่วยแก้ไขพฤติกรรมติดสุรา เยียวยาความอยาก อารมณ์เชิงลบ และพฤติกรรมนิสัยอัตโนมัติ โดยกลไกทางระบบประสาทเป็นการเพิ่มการทำงานการเชื่อมต่อภายในเครือข่ายสมองของกระบวนการกำกับตนเอง (Self - regulation) โดยการควบคุมจากบนลงล่าง (Top - down) เป็นการตอบสนองที่เกิดจากการคิดมากกว่าการตอบสนองแบบอัตโนมัติ ทำให้เกิดความตั้งใจ มุ่งมั่นที่จะหยุดพฤติกรรมที่ไม่



เหมาะสมให้สำเร็จตามเป้าหมาย และผลการเจริญสติช่วยเพิ่มการทำงานสมองระหว่างเครือข่ายการควบคุมการคิดกับโครงสร้างสมองส่วนกระบวนการกำกับตนเองที่ควบคุมจากล่างขึ้นบน (Bottom - up) ซึ่งเป็นการตอบสนองแบบอัตโนมัติทันที ไม่ต้องใช้ความคิดมาควบคุม การเพิ่มการเชื่อมต่อการทำงานทั้งภายในสมองจากบนลงล่างและระหว่างวงจรประสาทการกับการทำงานสมองจากล่างไปบนนี้จะทำให้ผู้ติดสุราที่มีแรงจูงใจในการกำกับตนเองจากการใช้สุรา (Garland, E. L., & Howard, M. O., 2018) ช่วยจัดการอาการทางร่างกายเพื่อหยุดพฤติกรรมนิสัยอัตโนมัติหรือเคยชิน ช่วยจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นความเครียด เรียนรู้ด้วยสติ ใช้ปัญญาพิจารณาเท่าทันอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก ไม่ตอบสนองความอยากด้วยการขาดความยับยั้งชั่งใจ ก่อเกิดพฤติกรรมใหม่มุ่งสู่เป้าหมายมีสุขภาพดีต่อไป

2.การศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาการกลับไปเสพติดสุราซ้ำของผู้ป่วยโรคติดสุรา กลุ่มได้รับโปรแกรมสติบำบัด และกลุ่มได้รับการบำบัดตามกิจกรรมปกติเดิม หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การวิจัยนี้พบว่าในระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มที่ใช้โปรแกรม MBTC สามารถลดการกลับมาดื่มสุราได้ร้อยละ 99.4 % โดยเฉพาะใน 2 สัปดาห์แรก และกลุ่มที่ใช้โปรแกรม MBTC มีโอกาสกลับมาติดสุราซ้ำ ช้ากว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย ถึง 72 วัน ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 อยู่ระหว่าง 68 ถึง 78 วันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดรูปแบบปกติ (Standard group) สอดคล้องกับศึกษาของ Bowen, S. et. al. ที่ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด และผู้ป่วยดื่มสุราแบบติด heavy drinking ซึ่งมีผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการสุ่มให้เข้าร่วมกลุ่ม MBRP สัปดาห์ ๆ ละครั้งรวม 8 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า MBRP สามารถลดระยะเวลาการกลับเสพติดซ้ำและมีการใช้สารเสพติดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ ลดปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มที่ดื่มสุราอย่างหนักลงได้ ลดการดื่มหนักลงอย่างมีนัยสำคัญ และลดจำนวนวันที่เสพยาเสพติดในช่วง 6 เดือน เมื่อเทียบกับ RP และ TAU จากการติดตามผลในระยะ 12 เดือน (Bowen, S. et. al., 2014) นอกจากนี้ Luberto, et al. พบว่าการฝึกเจริญสติช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองในส่วน prefrontal cortex (PFC) และ anterior cingulate cortex (ACC) ทำให้เกิดการพัฒนากลไกการตระหนักรู้ที่เกิดขึ้นจากการใส่ใจในช่วงเวลาปัจจุบันและไม่มีการตัดสินใจต่อประสบการณ์ที่เกิดขึ้น มองว่าการเสพติดเป็นความพยายามที่จะหลีกเลี่ยงความทุกข์ของบุคคล การลดความรู้สึกลอยการเสพติดเป็นการพัฒนาการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง เพิ่มการยอมรับปฏิกิริยาของร่างกายเมื่อมีอาการอยากเสพ ไม่อวกแวกกับความเครียดความรู้สึกลอยการเสพติดที่เกิดขึ้น เมื่อฝึกต่อเนื่องนานขึ้นความรู้สึกลอยการเสพติดจะค่อยๆหายไป ช่วยเพิ่มความฉลาดทางอารมณ์ในการควบคุมตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Luberto, et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sornla K. พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความใส่ใจอยู่กับปัจจุบัน การมีสติ และการควบคุม

ความรู้สึกอยากดื่มสุราของตนเองเป็นอย่างดี ทั้งยังสามารถฝึกทักษะความใส่ใจอยู่กับปัจจุบัน ได้ดีขึ้นส่งผลให้การรับรู้อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง รับรู้ความรู้สึกอยากดื่มสุราที่กำลังก่อตัวขึ้นได้ดี ทำให้มีสติ รู้ตัวไม่หลงไปตามอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก ความอยากดื่มสุราที่เกิดขึ้น (Sornla K., 2012) จึงทำให้ความรู้สึกอยากดื่มสุราลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Silpakit O. ได้ทำการศึกษาทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมสติบำบัดป้องกันการกลับดื่มสุราซ้ำในผู้ป่วยติดสุรา โดยโปรแกรมมุ่งฝึกสติในชีวิตประจำวัน พบว่า สามารถยืดระยะเวลาการกลับไปดื่มสุราซ้ำได้ และไม่พบว่าสมาชิกกลุ่มทดลองกลับเข้ารับการรักษาซ้ำเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ (Silpakit, O., 2015) การรักษายาเสพติดให้ไม่กลับมาเป็นซ้ำหลักการคือให้ผู้ป่วยสามารถตั้งสติได้ทุกสิ่งได้เรื่อย ๆ หากทำครั้งเดียวไม่ต่อเนื่องผู้ป่วยจะกลับไปวงจรเดิม เพราะฉะนั้นหัวใจสำคัญของการฝึกคือ Self efficacy ทำเองได้ผลเองต้องกระตุ้นให้ทำและให้ทำได้ง่าย ๆ จนเกิดผลและตั้งใจทำต่อเนื่องจนเป็นวิถีชีวิต (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2559) สิ่งสำคัญที่สุดคือ การฝึกสติด้วยความเข้าใจ ดังการศึกษาของ Athirasan K. พบว่า การมีสติสามารถเอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเชิงบวกได้ แต่สิ่งสำคัญคือต้อง เข้าใจเอกลักษณ์ของการบำบัดสติทางนี้นี้ และให้ข้อมูลเชิงลึกที่สำคัญเกี่ยวกับเอกลักษณ์ของการบำบัดด้วยการเจริญสติในการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด เน้นการฝึกสติด้วยความเข้าใจ (Athirasan K., 2018) หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องฝึกสติทุกวันเมื่อเจอสถานการณ์ที่ทำให้อยากสุราก็ให้ดูความรู้สึกไปเช่นทะเลาะกับแฟน กับเพื่อนก็ติดป้ายความคิดไป พินิจความรู้สึกไป ประคับประครองให้อยู่ในวงจรที่ไม่ต้องหันกลับไปดื่มสุราอีกเพื่อช่วยให้ไม่กลับเข้าสู่วงจรที่จะไปสร้างความคุ้นเคยที่จะไปติดสุราอีก อย่างไรก็ตามระยะเวลาในการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด ยังมีความจำเป็นต้องติดตามต่อเนื่องต่อไปในระยะยาว และเพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพการป้องกันการกลับดื่มสุราซ้ำให้ชัดเจนยิ่งขึ้นต้องการขนาดการทดลองที่ใหญ่ขึ้นโดยให้สัดส่วนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เท่ากัน

สรุป/ข้อเสนอแนะ

กลุ่มสติบำบัด(MBTC)สามารถลดระดับปัญหาการดื่มสุรา ลดความรู้สึกอยากดื่มสุรา เพิ่มการควบคุมตนเอง เผชิญปัญหาได้ดีขึ้น จึงลดความน่าจะเป็นในการกลับไปดื่มสุราซ้ำ และช่วยให้ระยะเวลาการกลับไปดื่มสุราซ้ำช้าลง กว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทำสติบำบัดถึง 72 วัน จึงเห็นควรนำโปรแกรมสติบำบัดไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยติดสุราควบคู่ไปกับแผนการรักษาด้วยยาของแพทย์ เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล และส่งเสริมพฤติกรรมลดละเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยต่อไป ทั้งนี้ควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยในซึ่งนอนโรงพยาบาลนานเฉลี่ย 14 วัน และหลังจำหน่ายกลับบ้านควรมีแนวทางการกำกับติดตามต่อเนื่องโดยครอบครัวมีส่วนร่วมใน 2 สัปดาห์แรกแบบเข้มข้น นอกจากนี้สติบำบัด



สามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยอื่นเกือบทุกโรคที่มีวงจรกลับเป็นซ้ำได้ ด้วยการตัดวงจรและทวนวงจรไม่กลับไปเป็นโรคซ้ำ ด้านบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ติดสุรา ควรมีองค์ความรู้ในการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม หรือการพยาบาลทางจิตสังคมด้วยการประยุกต์ใช้โปรแกรมสติบำบัดให้มีความเหมาะสมกับการแก้ไขปัญหาดังกล่าวทางจิตและพฤติกรรมของผู้ติดสุราสู่ทางเลือกใหม่ในการดูแลตนเองลดการพึ่งพาสุราลง ใช้ชีวิตด้วยวิถีสติ พัฒนาคุณภาพชีวิตตนเองให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน จนสามารถประคับประครองดูแลตนเองให้อยู่ในวงจรที่ไม่ต้องหันกลับไปดื่มสุราซ้ำอีก

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. (2562). รายงานประจำปี 2562 กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. เรียกใช้เมื่อ 20 มีนาคม 2565 จาก <http://www.nbhospital.go.th/10704nbh/index.php/psychiatry>
- แพทย์พงษ์ วรพงศ์พิเชษฐ. (2558). การเจริญสติบำบัดภาวะเสพติด. เรียกใช้เมื่อ 20 มีนาคม 2565 จาก <https://yutthagos.rta.mi.th/yutthagos-macazine/2558/10-12/007.pdf>
- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. (2559). คู่มือสติบำบัดสำหรับการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด [Mindfulness- Based Therapy and Counseling for Relapse Prevention manual]. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : บริษัทปิยอนต์ พับลิชชิง จำกัด.
- สาวิตรี อัมมวาท์กรชัย. (2562). รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยประจำปีพ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์(1992).
- โสภิต นาสืบ และอรทัย วลีวงศ์. (2560). สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ (สวณ.) ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. เรียกใช้เมื่อ 20 มีนาคม 2565 จาก <http://thaincd.com/document/doc/meeting-seminar/download1no502.pdf>
- Athirasan K. (2018). The Role of Mindfulness in Treating Addictive Disorders and Rehabilitation. Int J Psychol Behav Anal. Retrieved March 20, 2018, from <http://dx.doi.org/10.15344/2455-3867/2018/155>
- Bowen, S. et. al. (2014). Relative Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention. Standard Relapse Prevention and Treatment as Usual for Substance Use Disorders : A Randomized Trail JAMA Psychiatry, 71(5), 547-556.
- Carddaciotto L, et. al. (2008). The Assesment of Present-Moment Awareness and Acceptance:The Philadelphia Mindfullness Scale. Assessment, 15(2), 204-223.
- Coriale et al. (2018). Treatment of alcohol use disorder from a psychological point of view. Rivista Di Psichiatria, 53(3), 141-148.

- G. Alan Marlatt. (2558). การเจริญสติสามารถสามารถบำบัดภาวะเสพติดได้ทำให้สมองเกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านโครงสร้าง. เรียกใช้เมื่อ 23 มีนาคม 2565 จาก <https://m.mgonline.com/dhamma/detail/9580000036987>
- Garland, E. L., & Howard, M. O. (2018). Mindfulness-based treatment of addiction: Current state of the field and envisioning the next of research. *Addiction Science & Clinical Practice*, 13(1), 1-14.
- Luberto et al. (2013). Mindfulness Skills and Emotion Regulation. the Mediating Role of Coping Self-Efficacy Mindfulness, 5(4), 1-10.
- Lyonsa T. et al. (2019). Mindfulness Based Relapse Prevention in Jail Drug Treatment Program. *Subst Use Misuse*, 54(1), 57-64.
- Silpakit, O. (2015). Mindfulness-Based Relapse Prevention Program for Alcoholism: A Case-Control Study. *Siriraj Medical Journal*, 67(1), 8-13.
- Sornla K. (2012). The effect of mindfulness training program on alcohol craving of inpatient alcohol dependence receiving detoxification. In dissertation, Nursing Science (Mental Health Nursing and Psychiatry), Faculty of Nursing. Bangkok: Chulalongkorn University.
- United Nations. (2019). Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. Resolution adopted by the General Assembly. Retrieved March 20, 2018, from [https://sdgs.un.org/sites/default/files/publications/21252030 Agenda for Sustainable Development web.pdf](https://sdgs.un.org/sites/default/files/publications/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf)
- Witkiewitz et al. (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 March 20, 2019, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf>