



# การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการตีบในผู้ติดสุรา: การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ธณารัตน์ พลับพลาไชย พย.ม.\*, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ พย.ด.\*\*,  
รุ่งนภา ผาณิตรัตน์\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาแนวทางการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความเครียดจากความต้องการตีบในผู้ติดสุรา

**วิธีการศึกษา** สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่ศึกษา จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โดยใช้กรอบ PICO แล้วนำมาประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ พบหลักฐานจำนวน 4 เรื่อง เป็น randomized controlled trials 2 เรื่อง เป็น controlled non randomized trials 1 เรื่อง และเป็น prospective case series 1 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์

**ผลการศึกษา** แนวทางการบำบัดเป็นแบบกลุ่ม 8-10 ครั้ง สมาชิกกลุ่มไม่เกิน 8 ราย บำบัดสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง การบำบัดประกอบด้วย 12 หัวข้อดังนี้ 1) การรู้จักความคิดอัตโนมัติที่นำไปสู่ความอยากดื่ม 2) การมีสติและทักษะในการจัดการความอยากดื่ม 3) การเจริญสติในชีวิตประจำวัน 4) ความสัมพันธ์ของปฏิกิริยาความเครียด ความรู้สึกอยากดื่มและผลของการดื่ม และฝึกปฏิบัติเจริญสติ 5) การยอมรับความคิด ความรู้สึก และการจัดการ 6) แบบแผนความคิดและการกลับใช้ซ้ำ 7) แนวทางในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม 8) แนวทางในการวางแผนเพื่อป้องกันการกลับใช้ซ้ำ 9) การรับรู้ถึงอันตรายของแอลกอฮอล์ต่อร่างกาย 10) การพึ่งพาซึ่งกันและกัน การให้ความหมายและจิตวิญญาณ 11) การใช้เทคนิคความรักความเมตตาเพื่อจัดการกับอารมณ์ที่ยุ่งยาก 12) การฝึกเจริญสตินอกชั้นเรียน

**สรุป** แนวทางการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานสามารถลดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด มีการรับรู้ความเครียดอันเนื่องมาจากความอยากดื่มลดลง ก่อนนำไปใช้ในคลินิกควรทำการศึกษาวินิจฉัยนำร่อง (pilot study) ถึงความเหมาะสมในการนำไปใช้ และควรมีการเตรียมความพร้อมของผู้ให้การบำบัดโดยฝึกฝนให้มีประสบการณ์ในการเจริญสติ และมีประสบการณ์เป็นครูฝึกสอนเจริญสติด้วย

**คำสำคัญ** ผู้ติดสุรา ความเครียด การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(2): 207-218

\* โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

\*\* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



# Mindfulness Based Intervention for Reduction of Stress Reactivity in Patients with Alcohol Dependence: Evidences-Based Practice

Thanarat Plubplachai M.N.S.\*, Acharaporn Seeherunwong D.N.S\*\*,  
Rungnapa Panitrat Ph.D. (Nursing)\*\*

## ABSTRACT

**Objectives** : To systematic review the use of mindfulness-based intervention to reduce stress reactivity in patients with alcohol dependence.

**Methods** : Research-based evidence searched using the PICO framework was selected from electronic databases and evaluated to determine its quality and strength. There were four research studies on the topic. Of these, two were randomized controlled trials, one was a non-randomized trial, and the other was a prospective case series. The selected studies were analyzed and synthesized.

**Results** : The evidences-based practice was conducted on a group basis eight to ten sessions, with no more than eight members in one group, once a week, with each session lasting one to two hours, and consisting of 12 topics as follows: 1) knowing automatic thoughts leading to craving, 2) having mindfulness and skills to manage the craving, 3) being mindful in daily life, 4) relationship between stress reactivity, craving, and effects of alcohol drinking, 5) acceptance of thoughts and ideas and using different management strategies, 6) patterns of thinking and relapses, 7) guidelines on appropriate self-care, 8) guidelines on planning to prevent relapses, 9) acknowledgement of danger of alcohol, 10) interdependence, giving meaning and spirituality, 11) use of the loving kindness technique to manage complicated emotions, and 12) practice of mindfulness outside the classrooms.

**Conclusion** : A review of research-evidences-based practice has revealed that mindfulness-based intervention can reduce stress reactivity and perception of stress. Before utilizing the recommendations in practice settings, a pilot study should be conducted to determine the appropriateness of implementation and therapists should be prepared by gaining experience in practicing mindfulness and teaching mindfulness.

**Keywords** : alcohol dependence, stress reactivity, mindfulness based intervention, evidences-based practice

J Psychiatr Assoc Thailand 2013; 58(2): 207-218

\* Sakaeo Rajanakarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health

\*\* Faculty of Nursing, Mahidol University

## บทนำ

การดื่มสุรามีอยู่คู่กับสังคมมนุษย์มายาวนานพร้อมกับส่งผลเสียต่อสุขภาพด้วย สำหรับปัญหาการดื่มสุราในประเทศไทยพบว่ามีระดับเพิ่มมากขึ้น เห็นได้จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ได้รายงานการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยสำรวจการดื่มสุราในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาก่อนการสัมภาษณ์ พบว่าในปี พ.ศ. 2550 มีผู้ที่ดื่มสุราจำนวน 15.3 ล้านราย (ร้อยละ 30.0) ในจำนวนนี้มีพฤติกรรมดื่มสุราเป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 6.5<sup>1</sup> และผลการสำรวจล่าสุดในปี พ.ศ. 2554 พบว่ามีผู้ที่ดื่มสุรามีอยู่ปัจจุบันจำนวน 17.0 ล้านราย (ร้อยละ 31.5) ซึ่งในจำนวนนี้มีพฤติกรรมดื่มสุราสม่ำเสมอ (ดื่ม 5 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 41.3<sup>2</sup>

นอกจากนี้ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนและประเภทของประสบการณ์ภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในช่วงปีที่ผ่านมา กับพฤติกรรมดื่มสุรา (เช่น การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การแยกทาง/การหย่าร้าง วิกฤตทางการเงิน เป็นต้น) พบว่า ผู้ดื่มสุราประสบการณ์ในชีวิตที่มีภาวะเครียดอย่างน้อย 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 24.0 มีภาวะเครียด 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 21.2 มีภาวะเครียด 3-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 23.2 และมีภาวะเครียดเท่ากับหรือมากกว่า 6 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 4.2 นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างจำนวนครั้งของสถานการณ์ภาวะเครียดในช่วงปีที่ผ่านมา กับจำนวนการดื่มหนักโดยรวม โดยพบว่ามีความถี่ของการดื่มหนักเพิ่มมากขึ้น (มากกว่า 5 ครั้งสำหรับเพศชายและมากกว่า 4 ครั้งสำหรับหญิง) เป็นเพศชายร้อยละ 24 และหญิงร้อยละ 13 อีกด้วย<sup>3</sup>

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า ความเครียดเป็นจุดเริ่มต้นความเสี่ยงและเป็นสาเหตุของการใช้สุราที่สำคัญมาก และหากจะใช้หลักกรรมทางพุทธศาสนาเพื่อ

บำบัดปัญหาการดื่มสุราหรือปัญหาสุขภาพ จำเป็นจะต้องมีความรู้อย่างแจ่มชัดตามความเป็นจริงในเรื่องของความทุกข์ ซึ่งล้วนแล้วเป็นเรื่องของความทุกข์ทางจิตใจเป็นหลักและรวมถึงความทุกข์ทางร่างกายที่เกิดขึ้นสืบเนื่องมาจากความทุกข์ทางจิตใจด้วยซึ่งก็คือหลักกรรมในอริยสัจ 4 กล่าวถึงเรื่องทุกข์ว่า เกิดขึ้นจากการใช้ข้อมูลด้านกิเลสที่มีอยู่ในความจำ (อาสวะ) มาประกอบการคิดและพิจารณาเรื่องต่างๆ รวมทั้งคิดปรุงแต่งด้วยกิเลสเพิ่มขึ้นนี้อีก ซึ่งอาจจะเป็นการคิดอย่างมีสติหรือคิดฟุ้งซ่านก็ได้ ความทุกข์ในทางพุทธศาสนาจำแนกออกได้มี 5 ประเภทได้แก่ 1. โสกะ (ความเศร้าโศกใจ) 2. ปริเทวะ (ความคร่ำครวญ ความรำไรรำพัน) 3. ทุกขะ (ความทุกข์ทางร่างกาย) 4. โทมนัส (ความเสียใจ) 5. อุปายาสะ (ความคับแค้นใจ) ความทุกข์ดังกล่าวนี้ มีสาเหตุมาจากความคิดที่เป็นกิเลส จะด้วยเจตนาคิด (ตั้งใจคิดหรือคิดอย่างมีสติ) หรือไม่ได้มีเจตนาคิด (คิดฟุ้งซ่านหรือคิดอย่างไม่มีสติ) ก็ตามและความทุกข์ต่างๆ เหล่านี้ เป็นความทุกข์ที่สามารถใช้ความรู้ในพระพุทธศาสนา (อริยสัจ 4 หรือวิชา) ทำการดับได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>4</sup>

จากองค์ความรู้ในทางพุทธศาสนาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความทุกข์และเหตุแห่งทุกข์ตามพุทธศาสนานั้น เป็นสาเหตุที่สอดคล้องกับหลักทางการแพทย์ที่เป็นสาเหตุของการดื่มสุรา หรือการกลับไปดื่มสุราซ้ำได้เป็นอย่างดี ในส่วนการเจริญสตินั้น เป็นการฝึกสติหรือสร้างสติ เป็นความระลึกรู้ในปัจจุบันขณะ ความรู้สึกตัวทั่วพร้อม ความไม่ประมาท ความใส่ใจ ความตระหนักรู้ การกำหนดรู้ ให้เกิดขึ้นบ่อยๆ ให้มีขึ้นทุกขณะ และให้เจริญออกงามเพิ่มพูนมากยิ่งขึ้นตามมรรควิธีที่จะกำจัดเหตุแห่งทุกข์ให้หมดสิ้นไป

การเจริญสติ (practicing mindfulness) หรือการเจริญจิตภาวนา (mental development or meditation) ตามหลักคำสอนในทางพระพุทธศาสนาซึ่งมีอยู่ 2 อย่าง

คือ 1. การเจริญสมถะกรรมฐาน (concentration meditation) และ 2. การเจริญวิปัสสนากรรมฐาน (insight meditation) ดังนี้ 1. สมถะกรรมฐาน คำว่า สมถะ แปลว่า สมาน (concentration) หรือความสงบ (tranquillity) โดยรวมหมายถึง หลักหรือวิธีปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความสงบทางจิต หรือการทำจิตให้สงบเป็น สมาน ให้แน่วแน่นมั่นคง ดังนั้นการเจริญสมถะกรรมฐาน (concentration meditation) จึงหมายถึง การฝึกอบรม จิตให้เกิดความสงบจากนิर्वรณเจตมถันเป็นสมาน 2. วิปัสสนากรรมฐาน วิปัสสนา (insight) แปลว่า การเห็นแจ้งหรือวิธีทำให้เกิดการเห็นแจ้ง ดังนั้น การเจริญวิปัสสนากรรมฐาน (insight meditation) หมายถึง การฝึกฝนอบรมจิตให้มีสติสัมปชัญญะ จนเกิดปัญญาญาณ รู้แจ้งเห็นแจ้งในสิ่งทั้งหลาย ตามความเป็นจริง กล่าวคือการเห็นแจ้งในขั้น 5 หรือรูป นาม ที่มาปรากฏทางทวารทั้ง 6 โดยความเป็น ไตรลักษณ์ ว่าไม่เที่ยง ไม่ทน ไม่ใช่ตัวตน เรา เขา จนถอดถอนรากเหง้าของอวิชชา ความหลงผิด รู้ผิด ความยึดติดในสิ่งทั้งหลายออกไปจากจิตได้ นั่นคือ การน้อมนำจิตเข้าสู่วิมุตติ ความหลุดพ้นเป็นอิสระ ที่แท้จริง กล่าวโดยสรุป จุดมุ่งหมายของสมถะตามหลัก พระพุทธศาสนาคือ ฌานหรือการสร้างสมาธิเพื่อเป็น ฐานในการยกจิตขึ้นสู่วิปัสสนา ส่วนจุดมุ่งหมาย ของวิปัสสนาคือจุดมุ่งหมายสูงสุดในพระพุทธศาสนา นั่นคือ การได้ญาณหรือวิชา อันนำไปสู่วิมุตติ การหลุดพ้นโดยเบ็ดเสร็จเด็ดขาดจากอสังขกิเลสทั้ง หลาย หรือการดับกิเลสดับทุกข์ทั้งปวงได้อย่างสิ้นเชิง<sup>5</sup>

เมื่อความเครียดมีความสัมพันธ์โดยตรงกับ การใช้สุรา และการเจริญสติเองก็สามารถช่วยลด ปัญหาดังกล่าวนี้ได้ ดังนั้นรูปแบบการบำบัดโดย ใช้การเจริญสติเป็นฐานนั้นจึงมีประสิทธิภาพใน การลดความเครียดจากความต้องการการดื่มสุรา ลดการรับรู้ความเครียด และยังช่วยในการหลีกเลี่ยง

ความรู้สึกต่อสถานะอารมณ์ทางลบ หรือความรู้สึกร่วมกับภาวะติดสุราได้ เป็นผลดีต่อพฤติกรรม การดื่มสุรา หรือการติดสุราที่เกิดจากกลไกความคิด ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความคิดและอารมณ์ที่ไม่พึง ประสงค์ได้ อันจัดเป็นการแก้ไขปัญหานี้ในลักษณะ การจัดการโดยตรง (direct coping) ซึ่งต่างจาก การจัดการปัญหาโดยอ้อม (indirect coping) ที่เป็นการใช้กลไกทางจิต บางครั้งอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อ จิตใจได้<sup>6</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการบำบัด ต่างๆ พบว่า ยังไม่มีรูปแบบการบำบัดที่เน้นจัดการ เฉพาะกับปฏิกิริยาทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นเมื่อมีความ ออยากดื่มสุราหรือเสพสารเสพติด นอกจากการบำบัด โดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน (mindfulness-based interventions) ในผู้ติดสุราและสารเสพติดเท่านั้น ที่พบว่า สามารถใช้ได้ผลดีโดยเฉพาะกับปฏิกิริยา ทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นเมื่อมีความเครียดหรือ ออยากดื่ม อันเป็นจุดเด่นที่สำคัญของการบำบัดโดยใช้ การเจริญสติเป็นฐาน และจากการทบทวนหลักฐาน เชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบำบัดดังกล่าว พบว่ารูปแบบ การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานสามารถลด ปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด มีการรับรู้ความเครียด ลดลง<sup>7, 8</sup> และช่วยจัดการกับอารมณ์ทางลบที่เกิดร่วม กับภาวะติดสุราได้ ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษา แนวทางการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลด ความเครียดจากความต้องการดื่มในผู้ติดสุรา เพื่อใช้ เป็นการบำบัดทางเลือกสำหรับผู้ติดสุราต่อไป

## วิธีการศึกษา

### 1. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ดำเนินการสืบค้นเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ แนวทางการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อ ลดความเครียดจากความต้องการดื่มในผู้ติดสุรา โดย

กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นด้วยกรอบแนวคิด PICO (PICO framework)<sup>9</sup> ตามรายละเอียดดังนี้

P (patient population or problem) = alcohol dependence

I (intervention or area of interest) = mindfulness-based interventions [vipassana meditation, mindfulness-based relapse prevention (MBRP), mindfulness based stress reduction (MBSR)]

C (comparison intervention) = none comparison

O (outcome) = stress reactivity, stress

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นได้แก่: alcohol or drinking behaviors or alcoholics or problem drinking or alcohol dependence and mindfulness meditations (MM) or vipassana meditation and stress reactivity or stress

แหล่งสืบค้น สืบค้นจากระบบฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่ Cochrane, Joannabriggs, Blackwell synergy, CINAHL, Science Direct, OVID, MEDLINE, PubMed และสืบค้นด้วยมือ (hand search)

2. เกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะติดสุรา (alcohol dependence) วยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยมีความเข้มแข็งของงานวิจัยที่ระดับ I-IV ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000-2011 และเป็นฉบับสมบูรณ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3. วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

**3.1 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์** หลังจากสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้แล้วนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มาสังกัด

เนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตารางการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การศึกษา กลุ่มตัวอย่าง สถานที่เก็บข้อมูล ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของหลักฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา รูปแบบการบำบัด วิธีการดำเนินการ และผลการศึกษา หลังจากนั้นประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความตรงของงานวิจัย (validity of the research) (2) สรุปผลการวิจัย (conclusion of the result/finding) และ (3) ความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ (implementation feasibility of research)<sup>10</sup>

**3.2 การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์** ประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์การประเมิน evidence based practice in nursing healthcare ของ Melnyk and Fineout-Overholt<sup>11</sup> มีรายละเอียด ดังนี้

**Level I :** systematic review หรือ meta-analysis ที่ได้จากงานวิจัย RCT หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้จาก systematic review

**Level II:** randomized controlled trials

**Level III:** well-designed trials

**Level IV:** case control หรือ cohort study ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี

**Level V:** systematic review ของงานวิจัยเชิงพรรณนา/ บรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

**Level VI:** งานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา/ บรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

**Level VII:** expert opinion

หลังจากนั้นผู้ศึกษานำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินคุณภาพมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาที่สำคัญและสรุปใจความสำคัญนำเสนอเป็นข้อแนะนำ (recommendation) ในการนำไปใช้

## ผลการศึกษา

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์พบ การศึกษาตามเกณฑ์ที่กำหนดที่สามารถนำมาศึกษา รูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน จำนวน 4 เรื่อง เป็น randomized controlled trials (level II)

2 เรื่อง<sup>12,7</sup> เป็น controlled non randomized trials 1 เรื่อง (level III)<sup>13</sup> และเป็น prospective case series 1 เรื่อง (level IV)<sup>8</sup> นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ (ตารางที่ 1 และ 2)

### ตารางที่ 1 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4
ผู้วิจัย	Brewer, et al. (2009)	Garland, et al. (2010)	Marcus, et al. (2009)	Zgierska, et al. (2008)
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial (Level II)	Randomized Controlled Trial (Level II)	Controlled non randomized trials (Level III)	Prospective case series (Level IV)
รูปแบบการบำบัด	Mindfulness Training(MT)	Mindfulness Oriented Recovery Enhancement (MORE)	Mindfulness-Based Therapeutic Community (MBTC)	Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP)
ลักษณะอาการ	alcohol และ/หรือ cocaine abuse หรือ dependence ตามเกณฑ์ของ DSM-IV	ภาวะติดสุรา ตามเกณฑ์ของ DSM-IV	ภาวะติดสารเสพติด ตามเกณฑ์ของ DSM-IV	ภาวะติดสุรา ตามเกณฑ์ของ DSM-IV
จำนวนตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 36 ราย กลุ่มทดลอง- MT จำนวน 21 ราย กลุ่มควบคุม- CBT จำนวน 15 ราย กลุ่มตัวอย่างที่ยุติการรักษาทั้งหมด 22 ราย ดังนี้ กลุ่มทดลอง- MT จำนวน 12 ราย กลุ่มควบคุม- CBT จำนวน 10 ราย	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 53 ราย กลุ่มทดลอง- MORE จำนวน 27 ราย กลุ่มควบคุม- alcohol support group (ASG) จำนวน 26 ราย กลุ่มตัวอย่างที่ยุติการรักษาทั้งหมด 16 ราย ดังนี้ กลุ่มทดลอง- MORE จำนวน 9 ราย กลุ่มควบคุม- ASG จำนวน 7 ราย	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 459 ราย กลุ่มทดลอง- MBTC จำนวน 295 ราย กลุ่มควบคุม-treatment as usual (TAU) จำนวน 164 ราย ไม่ได้ระบุกลุ่มตัวอย่างที่ยุติการรักษา	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 19 ราย กลุ่มทดลอง- MBRP จำนวน 19 ราย กลุ่มควบคุม- ไม่มี กลุ่มตัวอย่างที่ยุติการรักษาทั้งหมด 4 ราย
ระยะเวลาในการบำบัด	- ใช้เวลา 9 สัปดาห์	- ใช้เวลา 10 สัปดาห์	- ใช้เวลา 8 สัปดาห์	- ใช้เวลา 8 สัปดาห์
การวัดผลลัพธ์ทางจิตสังคม	1. The five facet mindfulness questionnaire (FFMQ) 2. The differential emotion scale (DES)	1. The five facet mindfulness questionnaire (FFMQ) 2. Alcohol attentional bias 3. The impaired alcohol response inhibition scale (IRISA) 4. The white bear suppression inventory (WBSI)	-	1. The mindful attention awareness scale (MAAS)
การวัดผลลัพธ์ทางสรีรวิทยา	- The stress and neutral-relaxing imagery- - Biopac MP100 system running AcqKnowledge 3.9 software	1. The brief symptom inventory (BSI) 2. The Penn alcohol craving scale (PACS) 3. The perceived stress scale (PASS) 4. Cue-reactivity (ECG, aversive photographs, R-R intervals)	1. The symptoms of stress inventory (SOSI)	1. The symptom checklist-90R (SCL-90R) 2. The perceived stress scale (PSS) 3. The obsessive compulsive drinking scale (OCDS)

ตารางที่ 1 แสดงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)

หัวข้อ	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4
การวัดผลลัพธ์ทางชีววิทยา	-	-	1. salivary cortisol	1. serum interleukin-6 (IL-6) 2. salivary cortisol 3. liver enzymes 3.1 aspartate aminotransferase (AST) 3.2 alanine aminotransferase (ALT) 3.3 gamma glutamyl transpeptidase (GGT)
การวัดผลพฤติกรรม/การใช้สารเสพติด	- The substance use calendar	-	-	alcohol consumption - percent days abstinent (PDA) - heavy drinking days (HDD) - total drinks
ผลการศึกษา	- กลุ่มทดลอง MT และกลุ่มควบคุม CBT มีผลในการตอบสนองของ galvanic skin เมื่อเผชิญกับ stress และ neutral situations ในทางบวกแต่ไม่มี ความแตกต่างกันระหว่างทั้งสองกลุ่มบำบัด อย่างไรก็ตามพบว่า ไม่มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการดื่ม หัวใจในกลุ่ม MT ต่อสถานการณ์ เครียด แต่พบในกลุ่ม CBT - ผู้ที่บำบัดแบบ MT เสร็จสมบูรณ์ แสดงให้เห็นถึงการลดลงในการตอบสนองทางจิตใจและร่างกาย ต่อการกระตุ้นความเครียดอันนำไปสู่ความอยากดื่มเมื่อเทียบกับกลุ่ม CBT	- กลุ่มทดลอง MORE มีการรับรู้ ความเครียดลดลง ตลอดช่วงระยะเวลา 10 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญ มีความสามารถในการยับยั้ง ในการตอบสนองต่อความอยาก ดื่มสุราเพิ่มขึ้น และมีระดับความทุกข์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อมีการเผชิญกับสิ่งกระตุ้นอันนำไปสู่การดื่มสุราในช่วงระยะเวลา การทดลอง เมื่อเปรียบเทียบกับ กลุ่มควบคุม ASG	- กลุ่มทดลอง MBTC มีค่าคะแนนเฉลี่ย SOSI ลดลงมากกว่ากลุ่ม ควบคุม TAU ในเดือนที่ 3 แต่ เมื่อติดตามครบ 9 เดือนพบว่า ค่าคะแนนรวมความเครียดใน กลุ่มทั้งสองไม่แตกต่างกัน - กลุ่มทดลอง MBTC ค่าคะแนน ความตึงตัวของกล้ามเนื้อและ อารมณ์หงุดหงิด อันเป็นมิตีย่อย ของความเครียด มีคะแนนที่ต่ำ ลงในเดือนที่ 3 เมื่อเทียบกับกับ กลุ่มควบคุม TAU - กลุ่ม MBTC แสดงถึงการลดลง อย่างต่อเนื่องของระดับ cortisol ในขณะที่กลุ่มควบคุม TAU มีค่า ระดับ cortisol ที่สูงกว่า ในช่วง เวลาของการศึกษาใน เดือนที่ 9	4. กลุ่มตัวอย่างมี total drinks ลดลงในช่วงการศึกษาที่ระยะเวลา 4 และ 8 สัปดาห์ - กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนวันที่ หยุดดื่มได้คิดเป็น 94.5% โดยมีผู้หยุดดื่มเด็ดขาดคิดเป็น 47 %และอีก 47 % รายงานว่าดื่ม แบบ HDD 1 ครั้งหรือมากกว่า ที่ระยะเวลา 16 สัปดาห์ - ระดับของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด และ ความอยาก ลดลงในช่วง ที่ทำการศึกษา - ระดับของ IL-6 level ที่ระยะเวลา 16 สัปดาห์ลดลงเมื่อ เปรียบเทียบกับตอนเริ่มต้น - ระดับของ cortisol levels ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับ ตอนเริ่มต้น

ตารางที่ 2 แสดงคุณลักษณะของการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาสังเคราะห์

องค์ประกอบของการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4
1. การรู้จักความคิดอัตโนมัติที่นำไปสู่ความอยากดื่ม	✓	✓	✓	✓
2. การมีสติและทักษะในการจัดการความอยากดื่ม	✓	✓	✓	✓
3. การเจริญสติในชีวิตประจำวัน	(	(	(	(
4. ความสัมพันธ์ของปฏิริยาของความเครียด ความรู้สึกอยากดื่มและผลของการดื่ม และฝึกปฏิบัติการเจริญสติเพื่อจัดการกับความเครียด ความรู้สึกอยากดื่ม	(	(	(	(
5. การยอมรับความรู้สึกต่างๆและความคิดที่เกิดขึ้น และจัดการด้วยวิธีที่ต่างไปจากเดิม	(	(	✓	✓
6. แบบความคิดและการกลับใช้ซ้ำ	✓	✓	-	✓
7. แนวทางในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม	✓	-	-	✓
8. แนวทางในการวางแผนเพื่อป้องกันการกลับใช้ซ้ำ	✓	✓	✓	✓
9. การรับรู้ถึงอันตรายของสุราต่อร่างกาย	-	✓	-	-
10. การพึ่งพาซึ่งกันและกัน การให้ความหมายและจิตวิญญาณ	-	✓	-	-
11. การใช้เทคนิคความรักความเมตตาเพื่อจัดการกับอารมณ์ที่ยุ่งยาก	✓	-	-	-
12. การฝึกเจริญสตินอกชั้นเรียน	-	✓	✓	✓

**ข้อแนะนำ (recommendations) ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้มีดังต่อไปนี้**

**คุณสมบัติของผู้ที่เหมาะสมจะเข้ารับการบำบัด<sup>7,12</sup>** เป็นผู้ที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 18 ปี ประเมินด้วยแบบประเมิน AUDIT มีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 16 คะแนน และได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-IV ว่ามีภาวะติดสุรา (alcohol dependence) สำหรับผู้ที่ได้รับการบำบัดภาวะติดสุรามาแล้วและอาการถอนพิษจากสุราทุเลาลง โดยถ้าเป็นผู้ป่วยนอก ควรผ่านการบำบัดด้วยโปรแกรมของผู้ป่วยนอกหน่วยนั้นๆ ก่อนเพื่อให้มีความพร้อมในการเข้าโปรแกรมการบำบัด หรือถ้าเป็นผู้ที่เข้ารับการบำบัดแบบ therapeutic community (TC) ต้องผ่านการบำบัดเป็นเวลาเท่ากับหรือมากกว่า 18 เดือน เพื่อให้มีความพร้อมในการเข้าโปรแกรมการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน นอกจากนี้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตจากการใช้สารเสพติดร่วมด้วย (comorbid substance use disorders) สามารถเข้าร่วมการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานได้ โดยผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมิน brief symptom inventory ก่อนที่จะเข้าร่วมการบำบัด

**คุณสมบัติของผู้ไม่เหมาะสมจะเข้ารับการบำบัด<sup>7,12</sup>** ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในปัจจุบันหรือพบอาการของโรคจิตในระยะ active หรือมีความเสี่ยงทางคลินิกสำหรับการฆ่าตัวตายหรือการฆาตกรรมในปัจจุบัน ผู้ที่อยู่ในระยะใช้สารเสพติดในทางที่ผิดหรือติดสารเสพติดแบบ active ผู้มีประวัติป่วยด้วยโรค bipolar, manic หรือ delusional disorder ผู้มีความรู้คิดบกพร่องจนไม่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมได้

**คุณสมบัติของผู้บำบัด** เป็นผู้ที่มีประสบการณ์เจริญสติ และมีประสบการณ์เป็นครูผู้สอนฝึกเจริญสติ<sup>12</sup> และเป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมการบำบัดทางจิตสังคัมสำหรับผู้ติดสารเสพติด เช่น การรักษาแบบ cognitive-behavioral therapy การบำบัดแบบ therapeutic community เป็นต้น<sup>7</sup>

**วิธีการบำบัด** เป็นแบบกลุ่ม มีสมาชิกไม่เกิน 8 ราย จำนวนครั้งในการบำบัดอยู่ระหว่าง 8-10 ครั้ง บำบัดสัปดาห์ละครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง<sup>12,7</sup>

**สถานที่ในการบำบัด** ควรเป็นแผนกผู้ป่วยนอก<sup>12</sup> หรือในชุมชนเพื่อการบำบัด (therapeutic community) สำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์<sup>7</sup>



การบำบัดประกอบด้วย 12 หัวข้อดังนี้<sup>7,8,12,13</sup> ซึ่งหัวข้อแต่ละหัวข้ออาจรวมกันได้หรือสลับที่กันได้ตามความเหมาะสม

1. การรู้จักความคิดอัตโนมัติที่นำไปสู่ความอยากดื่ม: สนทนาเกี่ยวกับการดื่มอย่างอัตโนมัติ การมีสติและความสัมพันธ์ระหว่างความอยากดื่มและการมีสติเมื่อรู้สึกอยากดื่ม การตื่นรู้ต่อชีวิตเพื่อลดแนวโน้มการกระทำแบบอัตโนมัติ

2. การมีสติและทักษะในการจัดการความอยากดื่ม: สนทนาเกี่ยวกับการประเมินตัดสินการรู้คิด การรับรู้และผลของการรับรู้ต่อความสามารถในการตอบสนองอย่างสร้างสรรค์และเข้าใจธรรมชาติของจิต อธิธิพลของความคิดต่อประสบการณ์ อุปสรรคของการเจริญสติและทักษะที่ใช้ตอบสนองต่อการกระตุ้นความอยากดื่ม

3. การเจริญสติในชีวิตประจำวัน: การสนทนาเกี่ยวกับการใส่ใจกับสิ่งที่กำลังเกิดขึ้น (re-orienting) ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้ในการเผชิญกับอารมณ์ทางลบและความอยากดื่ม การเจริญสติในชีวิตประจำวัน (mindfulness in everyday life) การทำสมาธิแบบใช้เวลาไม่นาน (mini-meditation) มุ่งเน้นปลูกฝังความรู้สึกสงสัยใคร่รู้และชื่นชมกับชีวิตด้วยการเจริญสติ ให้อยู่กับปัจจุบันเพื่อตระหนักรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้น ร่วมกับฝึกเจริญสติ โดยกำหนดลมหายใจ การมีสติอยู่กับการรับรู้และการรับสัมผัส และการเดินอย่างมีสติ

4. ความสัมพันธ์ของปฏิกิริยาของความเครียด ความรู้สึกอยากดื่มและผลของการดื่มและฝึกเจริญสติเพื่อจัดการกับความเครียด ความรู้สึกอยากดื่ม: เป็นการสนทนาเกี่ยวกับความรู้สึกอยากดื่ม ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีสติรู้ความอยากดื่ม ความทุกข์จากสิ่งกระตุ้น และการพิจารณาถึงผลทางลบภายหลังการดื่ม จินตนาการการเผชิญกับสิ่งยั่วยุให้ออยากดื่ม โดยมุ่งเน้นการคงอยู่กับปัจจุบัน โดยเฉพาะในสถานการณ์เสี่ยงสูง การรับรู้ถึงปฏิกิริยาของความเครียด และโอกาสในการตอบสนองที่แตกต่าง เพื่อแสดงว่าร่างกายมีการ

ตอบสนองต่อความเครียดอย่างไร ความคิดมีผลต่อปฏิกิริยาความเครียดและพฤติกรรมอย่างไร และจัดการความเครียดอย่างไร

5. การยอมรับความคิด ความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้น และจัดการด้วยวิธีที่ต่างไปจากเดิม: การสนทนาเกี่ยวกับการเก็บกดความคิด ความรู้สึกไม่พึงพอใจ และการยึดติด การฝึกปฏิบัติเพื่อรู้การเก็บกดความคิดที่ไร้ประโยชน์ (exercise in the futility of thought suppression) การยอมรับอารมณ์และปล่อยวางอารมณ์ด้วยการเจริญสติ เพื่อเป็นมิตรกับอารมณ์ของตนเองด้วยวิธีที่แตกต่าง

6. แบบแผนความคิดและการกลับใช้ซ้ำ: การเรียนรู้ถึงรูปแบบความคิดของแต่ละคน และจดจำความคิดที่เกิดขึ้นบ่อยนั้นอันเป็นตัวกระตุ้นอัตโนมัติ เรียนรู้ความสัมพันธ์การตอบสนองต่อความเครียดด้วยความอยากดื่ม และเรียนรู้รูปแบบของความคิดอันนำไปสู่การกลับใช้ซ้ำว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร

7. แนวทางในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม: การสนทนาที่มุ่งเน้นหาแนวทางในการดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบันเพื่อการมีสุขภาพดี โดยเฉพาะการดูแลตนเองให้ห่างไกลจากแอลกอฮอล์

8. แนวทางในการวางแผนเพื่อป้องกันการกลับใช้ซ้ำ: การทบทวน การสนทนาถึงวิธีการคงไว้ซึ่งการเจริญสติ การวางแผนป้องกันการกลับดื่มซ้ำ โดยใช้การมีสติ การชักซ้อมถึงการป้องกันการดื่มซ้ำด้วยการเจริญสติโดยการจินตนาการ

9. การรับรู้ถึงอันตรายของสุราต่อร่างกาย: การสนทนาเกี่ยวกับผลอันตรายของสุราต่อร่างกาย ฝึกการตระหนักรู้สิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นภายในด้วยการเจริญสติ

10. การพึ่งพาซึ่งกันและกัน การให้ความหมายและจิตวิญญาณ: การสนทนาถึงการพึ่งพาซึ่งกันและกัน การให้ความหมายและจิตวิญญาณ การนั่งสมาธิโดยการพิจารณาถึงการพึ่งพาซึ่งกันและกันของสรรพสิ่ง

11. การใช้เทคนิคความรักความเมตตาเพื่อจัดการกับอารมณ์ที่ยุ่งยาก: การสนทนาถึงการใช้เทคนิคความรักความเมตตาเพื่อจัดการกับอารมณ์ที่ยุ่งยาก

12. การฝึกเจริญสตินอกชั้นเรียน: นอกจากการฝึกเจริญสติในชั้นเรียนแล้ว ส่งเสริมให้ฝึกเจริญสตินอกชั้นเรียน อย่างน้อย 15-45 นาที/วัน เป็นระยะเวลา 6 วัน/สัปดาห์

**การประเมินผลลัพธ์** ผลลัพธ์ด้านความเครียด จากความต้องการดื่มในผู้ติดสุรา สามารถประเมินด้วยเครื่องมือดังนี้

1. **แบบประเมินการรับรู้ความเครียด** (The perceived stress scale: PSS) เป็นข้อคำถามทั้งสิ้น 10 ข้อ มี 5 ระดับคะแนน จาก “ไม่มี” ถึง “บ่อยมาก” ใช้ประเมินการรับรู้ความเครียดในช่วงเดือนที่ผ่านมาว่าชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างไร<sup>7</sup>

2. **แบบประเมินอาการของความเครียด** (The symptoms of stress inventory: SOSI) ใช้ประเมินการตอบสนองทางกายภาพ จิตวิทยาและพฤติกรรม ต่อความเครียด ประกอบด้วยการตอบสนองต่อความเครียด 10 ด้าน แบ่งเป็น 5 ระดับคะแนน จาก “ไม่มี” ถึง “บ่อยมาก”<sup>13</sup>

3. **แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล** วัดจากคะแนนของ subscales ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ของแบบประเมิน The symptom checklist-90R (SCL-90R) แบ่งเป็น 5 ระดับคะแนน จาก “ไม่มี” ถึง “มากที่สุด”<sup>8</sup>

4. **แบบประเมินอาการความทุกข์ฉับพลัน** (The brief symptom inventory: BSI) ใช้ประเมินความทุกข์จากอาการทางจิตเวชในปัจจุบัน แบ่งเป็น 5 ระดับคะแนน จาก “ไม่มี” ถึง “มากที่สุด” จำนวนทั้งสิ้น 53 ข้อ<sup>7</sup>

5. **การประเมินระดับ salivary cortisol** การตรวจวัดระดับ cortisol ในน้ำลายใช้ประเมินการตอบสนองต่อความเครียดทางสรีรวิทยา ตัวอย่างน้ำลายจะถูกเก็บที่ระยะเวลาที่ 0, 15, 30, และ 45 นาที

หลังจากตื่นนอน ในแต่ละช่วงเวลารวม 5 ครั้ง โดยใช้เครื่องมือ The salivette sampling device (Sarstedt, Inc.) และวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรม cortisol RIA (ICN Diagnostics, Inc.)<sup>13</sup>

## วิจารณ์

การสืบค้นและแหล่งสืบค้นการศึกษา 4 เรื่อง ได้จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และการสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรม (reference list) ของบทความหรือการศึกษาที่บทความวิจัยที่สืบค้นได้อ้างอิงถึง ซึ่งเป็นแหล่งสืบค้นที่มีการคัดเลือกการศึกษาที่มีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับ

การศึกษาที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้ง 4 เรื่อง เป็นการศึกษาที่ได้รับการตีพิมพ์ลงในวารสารทางจิตเวชศาสตร์และสารเสพติดที่มีชื่อเสียง ทีมผู้วิจัยเป็นผู้ที่ทำงานในสถาบันเกี่ยวกับสุขภาพจิตมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจิตเวชและสารเสพติด มีประสบการณ์ในการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน (mindfulness-based interventions) และทำการศึกษาย่างต่อเนื่อง

การศึกษาทั้ง 4 เรื่องมีความตรง (validity) ระบุวัตถุประสงค์การศึกษารายละเอียด ระบุทฤษฎีที่ใช้ และทบทวนวรรณกรรมจากแหล่งปฐมภูมิ มีการระบุการออกแบบการศึกษาไว้อย่างชัดเจน ว่าการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบใด ซึ่งมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา และตัวแปรที่ใช้ในการศึกษามีการระบุกลุ่มตัวอย่าง และมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างเหมาะสมโดยระบุเกณฑ์คัดเลือก คัดออก มีการสุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้มีการอ้างอิงแหล่งการศึกษาที่เชื่อถือได้ และตอบคำถามงานวิจัยได้ ใช้เครื่องมือในการประเมินผลการศึกษาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ การศึกษาและตรงกับผลลัพธ์ที่ต้องการวัด แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยส่วนใหญ่ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่น้อย ซึ่งอาจแสดงผลของกลุ่มประชากรได้ไม่ชัดเจนนัก

การศึกษาทั้ง 4 เรื่องแสดงให้เห็นว่าการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน (mindfulness-based

interventions) สามารถลดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด มีการรับรู้ความเครียดลดลง โดยเฉพาะกับปฏิกิริยาทางด้านร่างกายที่เกิดเมื่อมีความเครียดหรืออยากดื่มเกิดขึ้น โดยการศึกษาเรื่องที่ 1 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง MT ไม่มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นหัวใจต่อสถานการณ์เครียดเช่นที่พบในกลุ่ม CBT และพบว่าผู้เข้าร่วมกลุ่ม MT ครบมีการตอบสนองทางจิตใจและร่างกายต่อการกระตุ้นความเครียดอันนำไปสู่ความอยากดื่มลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม CBT ซึ่งเป็นการทดลองทางห้องปฏิบัติการและประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ถือได้ว่าเป็นจุดเด่นที่ได้จากการบำบัดด้วยการเจริญสติที่ไม่พบในการบำบัดอื่น การศึกษาเรื่องที่ 2 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง MORE มีการรับรู้ความเครียดลดลง มีความสามารถในยับยั้งในการตอบสนองต่อความอยากสุราเพิ่มขึ้น และมีระดับความทุกข์ลดลง ขณะเผชิญกับสิ่งกระตุ้นอันนำไปสู่การดื่มสุราเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ASG

ส่วนการศึกษาที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์อีก 2 เรื่องนั้น ได้ใช้การทดลองทางห้องปฏิบัติการทำให้ได้หลักฐานทางชีววิทยาที่น่าเชื่อถือมากขึ้น ผลการศึกษพบว่ากลุ่มทดลอง MBTC มีคะแนนเฉลี่ย SOSI และคะแนนความตั้งใจของกล้ามเนื้อและอารมณ์ หงุดหงิดอันเป็นมิตีย่อยของความเครียดต่ำลง เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม TAU รวมถึงผลทางชีววิทยาพบว่ามีการลดลงของระดับ cortisol ในขณะที่กลุ่มควบคุม TAU มีค่าระดับ cortisol ที่สูงกว่าในช่วงเวลาของการศึกษา การศึกษาเรื่องที่ 4 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนของ HDD ที่ตีขึ้น มี total drinks ลดลงในระหว่างการศึกษาที่ระยะเวลา 4 และ 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนวันที่หยุดดื่มได้คิดเป็นร้อยละ 94.5 โดยมีผู้หยุดดื่มเด็ดขาดคิดเป็นร้อยละ 47 และอีก 47 รายงานว่าดื่มแบบ HDD 1 ครั้งหรือมากกว่าที่ระยะเวลา 16 สัปดาห์ พบว่าระดับของภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล เครียด และความอยาก ลดลงในช่วงที่ทำการศึกษา และผลทางชีววิทยาพบว่าระดับของ IL-6 level

ระดับของ cortisol levels ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับตอนเริ่มต้น จุดนี้ถือว่ามีค่าสำคัญเพราะระดับ IL - 6 ที่เพิ่มขึ้นแสดงถึงภาวะสุขภาพที่ไม่ดีรวมทั้งความรุนแรงของโรคและการเสียชีวิตด้วย ดังนั้นการลดลงของระดับ IL - 6 ที่ได้จากการศึกษานี้อาจแสดงถึงความก้าวหน้าของการกลับสู่สภาวะปกติของการดื่มสุราด้วยอันเป็นผลจากการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน

ดังนั้นจากการศึกษานำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานทั้ง 4 เรื่อง แสดงถึงผลของการบำบัดรูปแบบดังกล่าวว่า สามารถลดความเครียดจากความต้องการดื่มสุรา ลดการรับรู้ความเครียด และลดการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดที่เกิดจากความอยากดื่ม และที่สำคัญมีผลต่อการลดระดับสารชีวเคมีในร่างกายที่สัมพันธ์กับระดับของความเครียดด้วย

ในส่วนของการบำบัดที่ประกอบด้วย 12 หัวข้อนั้น เป็นการดึงจุดเด่นของการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานที่พบจากการศึกษาทั้ง 4 เรื่องตามลำดับความเข้มแข็งของระดับศึกษามาวิเคราะห์และสังเคราะห์ โดยนำส่วนที่สอดคล้องตรงกันของแต่ละการศึกษามาจัดลำดับและเสนอเป็นรูปแบบการบำบัดตามหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับใช้เป็นรูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการดื่มในผู้ติดสุรา ที่เหมาะสมต่อไป

## สรุป

การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน (mindfulness-based interventions) สามารถลดปฏิกิริยาความเครียด

## ข้อเสนอแนะ (suggestion) ในการนำไปใช้เพื่อการปฏิบัติงาน

1. หน่วยงานควรมีการพัฒนาคู่มือการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื่มในผู้ติดสุรา

2. ควรทำการศึกษานำร่อง (pilot study) ถึงความเหมาะสมในการนำรูปแบบการบำบัดดังกล่าวไปใช้

3. ควรมีการเตรียมความพร้อมของผู้ให้การบำบัด เช่น บุคลากรสุขภาพ ควรมีการฝึกฝนให้มีประสบการณ์ในการเจริญสติ และมีประสบการณ์เป็นครูฝึกสอนเจริญสติ และฝึกอบรวมการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ติดสารเสพติด เช่น การรักษาแบบ cognitive-behavioral therapy การบำบัดแบบ therapeutic community เป็นต้น

4. ควรมีการเผยแพร่รูปแบบการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการการดื่มในผู้ติดสุรา กับบุคลากรในทีมสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก โดยผ่านทางการประชุมวิชาการ การตีพิมพ์ในวารสารและสิ่งพิมพ์อื่นๆ เป็นต้น

## เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office Thailand. Survey of smoking habits and alcohol consumption in 2007. [cited 2012 Aug 7]. Available from URL: [http://portal.nso.go.th/otherWS-world-context-root/\(old\) index.jsp](http://portal.nso.go.th/otherWS-world-context-root/(old) index.jsp)
2. National Statistical Office Thailand. Survey of smoking habits and alcohol consumption in 2011. [cited 2012 Aug 7]. Available from URL: [http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme\\_2-4-7.html](http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_2-4-7.html)
3. Dawson DA, Grant BF, & Ruan WJ. The association between stress and drinking: modifying effects of gender and vulnerability. *Alcohol & Alcoholism* 2005; 40:453-60.
4. Mahaweero PS, The study of the method of practicing mindfulness in daily life according to Thich Nhat Hanh's way. [A Thesis for the Degree of Master of Arts (Buddhist Studies)]. Graduate School Mahachulalongkornrajavidyalaya University; 2010:8-20. (in Thai)
5. Khaoprasert J. An application of buddhadhamma to heal schizophrenia. [A Thesis for the Degree of Master of Arts (Buddhist Studies)]. Graduate School Mahachulalongkornrajavidyalaya University; 2005:71-80. (in Thai)
6. Disayavanich J, Disayavanich P. Stress anxiety and health. Chiangmai: Chiangmaisaangsilp; 2002. 81-2. (in Thai)
7. Garland LE, Gaylord AS, Boettiger AC, Howard OM. Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: Results of a randomized controlled pilot trial. *J Psychoactive Drugs* 2010; 42:177-92.
8. Zgierska A, Rabago D, Zuelsdorff M, Coe C, Miller M, Fleming M. Mindfulness Meditation for Alcohol Relapse Prevention: A Feasibility Pilot Study. *J Addict Med* 2008; 2:165-73.
9. Tiloksakolchai F. Evidence-Based Nursing: Principle and method. Bangkok: Pre-One; 2006.
10. DiCenso A, Guyatt G, Ciliska D. Evidence-based nursing: A guide to clinical practice. St. Louis, MO: Elsevier Mosby; 2005.
11. Melnyk BM, Fine-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
12. Brewer AB, Sinha R, Chen JA, Michalsen RN, Babuscio TA, Nich C, et al. Mindfulness Training and Stress Reactivity in Substance Abuse: Results from A Randomized Controlled Stage I Pilot Study. *J Subst Abuse* 2009; 30:306-17.
13. Marcus TM, Schmitz J, Moeller G, Liehr P, Cron GS, Swank P. Mindfulness-Based Stress Reduction in Therapeutic Community Treatment: A Stage 1 Trial. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2009; 35:103-8.