

ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการลดปัญหา
การดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการติดตามทุก 2 และทุก 4 สัปดาห์

**Effectiveness of Motivational Enhancement Therapy among Alcohol Dependent
Patients Receiving Follow-up Sessions Every 2 versus Every 4 Weeks on Reduction of
Alcohol Drinking Problems**

นางสุนทรี	ศรีโกไสย	Mrs. Soontaree	Srikosai
นางสาวลัดดาวัลย์	พิบูลย์ศรี	Ms. Laddawan	Piboonsri
นางวงเดือน	สุนันตา	Mrs. Wongduan	Sunanta
นางเขมา	ตั้งใจมั่น	Mrs. Kema	Tangjaimant
นางอังคณา	สารคำ	Mrs. Angkana	Sarnkhum
นางสาวอรอุมา	ภูโสภา	Ms. Ornauma	Pusopa

โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ความเห็นและ
ข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย ไม่ใช่ความเห็นของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา

กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าเชื่อถือในปัจจุบัน เพื่อช่วยให้ผู้ติดสุราสามารถควบคุมพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้ด้วยตนเอง แนวคิดของการบำบัดวิธีนี้ใช้ระยะเวลาการบำบัด 2-4 ครั้ง และบริการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในส่วนของคลินิกบำบัดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุงนั้น พบว่าผู้ให้การบำบัดมีการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการบำบัดแตกต่างกัน ได้แก่ การนัดทุก 2 สัปดาห์ ทุก 4 สัปดาห์ ทุก 8 สัปดาห์ หรือนัดตามการนัดหมายของแพทย์ เป็นต้น อีกทั้งจำนวนครั้งของการนัดหมายดังกล่าวก็มีความแตกต่างกันตั้งแต่ 1 ครั้งจนถึง 6 ครั้ง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนัดหมายในแต่ละวิธีต่างให้ผลของการบำบัด แต่ไม่พบข้อมูลยืนยันว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราแตกต่างกันอย่างไร หรือวิธีใดได้ผลมากที่สุด ในขณะที่ผู้รับบริการกลุ่มนี้มีความสะดวกในการมารับการบำบัดตรงตามวันที่แพทย์นัดโดยเฉลี่ยทุก 4 สัปดาห์ เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และเพื่อไม่ให้กระทบต่อเวลาในการประกอบอาชีพ

การวิจัยเชิงทดลองทางคลินิกแบบ single blinded clinical trials ครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการลดปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ และกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์ โดยมีสมมติฐานการวิจัยคือ ผู้ติดสุรากลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยติดตามทุก 4 สัปดาห์ มีการลดปัญหาการดื่มสุราไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ คลินิกบำบัดสุราแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนปรุง ระหว่างเดือนเมษายน 2549 ถึงตุลาคม 2550 และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM – IV) โดยแพทย์ระบุการวินิจฉัยเป็น alcohol dependent (F10.2), alcohol dependent c alcohol withdrawal (F10.3), หรือ alcohol dependent c alcohol induced psychotic disorders (F10.5) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบจับฉลากแบบไม่แทนที่เพื่อคัดเลือกเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 24 รายเพื่อติดตามทุก 2 สัปดาห์จำนวน 4 ครั้ง และกลุ่มทดลองจำนวน 28 ราย เพื่อติดตามทุก 4 สัปดาห์จำนวน 4 ครั้ง โดยจัดให้ทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน และแต่ละกลุ่มจะได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 5 ระยะเวลา รวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ/วิธีการ 5 ด้านคือ แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment of Function) ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม แบบวัดระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) และผลการประเมินการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับ (Gamma-glutamyl transferase) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา, Two factors ANOVA, Repeated Measures ANOVA, Mann-Whitney U test, และ Friedman test

ผลการวิจัยพบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ณ สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 16 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้ผลต่อการลดปัญหาการดื่มสุราทั้ง 5 ด้าน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

และยังพบว่าการลดปัญหาการดื่มสุราทั้ง 5 ด้านในแต่ละระยะของการบำบัดภายในกลุ่ม ควบคุมพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับการลดปัญหาการดื่มสุรา ภายในกลุ่มทดลองในแต่ละระยะของการบำบัด พบว่ามีจำนวน 4 ด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนในด้าน การเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้ควรมีดังนี้

- 1) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุรา ณ คลินิกบำบัดสุรา ผู้ให้การบำบัดควรนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการบำบัดทุก 4 สัปดาห์อย่างน้อย 1 ครั้ง
- 2) ผู้ติดสุราที่มีพฤติกรรมดื่มสุราอย่างหนักควรได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจอย่างต่อเนื่องทุก 2 สัปดาห์จำนวน 4 ครั้ง เพื่อช่วยให้พฤติกรรมลดหรือหยุดดื่มสุรามีความ ต่อเนื่อง
- 3) ในช่วงระยะกลางหรือระยะท้ายของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุรา ผู้บำบัดควรใช้เทคนิคหรือวิธีการบำบัดตามแนวคิดทฤษฎีอื่นร่วม ด้วย เพื่อส่งเสริมการคงอยู่ของพฤติกรรมหยุดดื่มสุรา

.....

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพของบริการทางจิตสังคมสำหรับผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จากสุราในด้านการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับบริการต่อเนื่องในระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง นายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล ที่อนุญาตและสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้

งานวิจัยนี้จะดำเนินการไม่ได้หากขาดการสนับสนุนงบประมาณจากศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์วิจัยปัญหาสุรา นายแพทย์บัณฑิต ศรีไพศาล ที่เห็นความสำคัญของงานวิจัยทางคลินิกและให้ความกรุณาเป็นอย่างสูงในการอนุมัติงบประมาณสนับสนุน และขอขอบพระคุณคณะกรรมการด้านวิชาการของศูนย์ฯ อันประกอบด้วย รศ. ดร. พญ. สาวิตรี อัยฉัตรกรชัย และ ดร. นพ. พิทักษ์พล บุญมาติก ที่ให้ข้อเสนอแนะ และคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ยิ่งในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผศ. ดร. วันชัย มุ่งสุข ผู้ให้ความกรุณาเป็นที่ปรึกษาด้านระเบียบวิธีวิจัย ให้ความช่วยเหลือแนะนำด้านการวิเคราะห์ข้อมูล ให้ความอนุเคราะห์เป็นที่ปรึกษาในหลายๆเรื่อง รวมทั้งช่วยตรวจทานความสมบูรณ์และความถูกต้องของรายงานการวิจัย ผู้วิจัยทราบซึ่งในความเมตตาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และแพทย์หญิงหทัยชนนี บุญเจริญ ผู้ซึ่งสนับสนุนและช่วยเหลือผู้วิจัยในด้านต่างๆ ตลอดจนเป็นกำลังใจให้อย่างสม่ำเสมอ และขอขอบพระคุณ อ.ดร.หรรษา เศรษฐบุปผา เป็นอย่างสูงที่กรุณาเสียสละเวลาตรวจทานความสมบูรณ์ของรายงานการวิจัย

ผู้วิจัยตระหนักถึงความเสียสละและความร่วมมือของผู้รับบริการทั้ง 52 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มสำคัญต่อการบรรลุคำตอบของงานวิจัย จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

การที่ผู้วิจัยมีความเพียรพยายามและมีความมุ่งมั่นตลอดการศึกษาในเรื่องนี้ตั้งแต่เริ่มต้นหาปัญหาวิจัย จนกระทั่งนำผลงานที่ได้มาเรียบเรียงให้เป็นรายงานฉบับสมบูรณ์ได้ส่วนหนึ่งเกิดขึ้นจากการอบรม สั่งสอน บ่มเพาะนิสัยของผู้มีพระคุณอย่างหาที่สุดมิได้ นั่นคือบุพการีของผู้วิจัย และกำลังใจที่ได้จากบุคคลสำคัญในชีวิตครอบครัวปัจจุบัน จึงขอกราบระลึกถึงความรัก ความปรารถนาดีของทุกท่านที่กล่าวมา และจะคงความชื่นชมนับถือนี้ไว้ตลอดไป

สุนทรี ศรีโกสย และคณะ

กุมภาพันธ์ 2551

ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการลดปัญหาการดื่มสุรา
ของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการติดตามทุก 2 และทุก 4 สัปดาห์

สุนทร ศรีโกไสย* ลัดดาวัลย์ พิบูลย์ศรี** วงเดือน สุนันทา**
เขมา ตั้งใจมั่น** อังคณา สารคำ*** อรุมา ภูโสภา***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองทางคลินิกแบบ single blinded clinical trials นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ และกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบจับฉลากแบบไม่แทนที่เพื่อคัดเลือกเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 24 รายเพื่อติดตามทุก 2 สัปดาห์จำนวน 4 ครั้ง และกลุ่มทดลองจำนวน 28 ราย เพื่อติดตามทุก 4 สัปดาห์จำนวน 4 ครั้ง โดยจัดให้ทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน และแต่ละกลุ่มจะได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 5 ระยะ รวบรวมข้อมูลการลดปัญหาการดื่มสุรา 5 ด้านโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment of Function) ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม แบบวัดระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) และผลการประเมินการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับ (Gamma-glutamyl transferase) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา, Two factors ANOVA, Repeated Measures ANOVA, Mann-Whitney U test, และ Friedman test ผลการวิจัยพบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้ผลต่อการลดปัญหาการดื่มสุราทั้ง 5 ด้านไม่แตกต่างกัน แต่ภายในกลุ่มควบคุมพบว่าการลดปัญหาการดื่มสุราทั้ง 5 ด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับภายในกลุ่มทดลองพบมีการลดปัญหาการดื่มสุราจำนวน 4 ด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนด้านการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับไม่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการบำบัด 4 สัปดาห์/ครั้ง สามารถเป็นทางเลือกที่ให้ประสิทธิผลต่อการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตามผลการประเมินการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับสะท้อนให้เห็นว่าการบำบัดทุก 2 สัปดาห์ให้ประสิทธิผลต่อการหยุดดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่องมากกว่า

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ, การเสริมสร้างแรงจูงใจ, ปัญหาการดื่มสุรา, ผู้ป่วยโรคติดสุรา

* พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง ** พยาบาลวิชาชีพ *** นักอาชีวบำบัด โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

Effectiveness of Motivational Enhancement Therapy among Alcohol Dependent Patients Receiving Follow-up Sessions Every 2 versus Every 4 Weeks on Reduction of Alcohol Drinking Problems

Soontaree Srikosai Laddawan Piboonsri** Wongduan Sunanta***

*Kema Tangjaimant** Angkana Sarnkhum*** Ornauma Pusopa****

Abstract

The purpose of this single blinded clinical trial experimental research was to compare the effects of using Motivational Enhancement Therapy every 2 weeks versus every 4 weeks to reduce alcohol drinking problems for alcohol dependent patients. Subjects were selected by non-replacement lottery sampling. Twenty-four patients made up a control group which received a total of four sessions, one session every two weeks. A sampling of twenty-eight patients made up the experimental group which received a total of four sessions, one session every four weeks. Each group had similar characteristics and each group received Motivational Enhancement Therapy in five phases. Data was collected by using Global Assessment of Function, percentage of heavy drinking days, percentage of abstinent days, stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, and Gamma-glutamyl transferase test. Data was analyzed by descriptive statistic, Two factors ANOVA, Repeated Measures ANOVA, Mann-Whitney U test, and the Friedman test. The results found that Motivational Enhancement Therapy in the control and experimental group were not different in their efficacy in reducing alcohol drinking problems in the five areas. The reduction of alcohol drinking problems in all five areas in each phase of the therapy sessions in the control group was significantly different ($p < .05$). The reduction of alcohol drinking problems in 4 areas in each phase of therapy session in the experimental group was also significantly different ($p < .05$). But Gamma-glutamyl transferase test in each phase of therapy sessions was not different. Therefore follow up appointments once every 4 weeks is effective in reducing alcohol drinking problems. However, follow up appointments every 2 weeks is more effective for reducing consumption or abstaining from alcohol.

Key words: effectiveness, motivational enhancement, alcohol drinking problems, alcohol dependent patient

* Advanced Practice Nurse ** Registered Nurse *** Occupational Therapist, Suan Prung Psychiatric Hospital

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ก
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
หลักการและเหตุผล	1
วัตถุประสงค์	5
คำถามการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	6
นิยามศัพท์	6
การทบทวนวรรณกรรม	8
แนวคิดของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ (MET)	8
ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการติดยาเสพติดด้านสุขภาพ ครอบครัว และสังคม	17
การประเมินผลการบำบัดผู้ติดยา	21
ระเบียบวิธีวิจัย	27
รูปแบบการวิจัย	27
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	27
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	29
ขั้นตอนการวิจัย	33
การวิเคราะห์ข้อมูล	40

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ผลการศึกษา	41
สรุปและข้อเสนอแนะ	79
เอกสารอ้างอิง	81
ภาคผนวก	89
เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย	
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงฯ	

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครวิจัย	43
ตารางที่ 2	ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของอาสาสมัครวิจัย ในด้านระดับของแรงจูงใจที่ประเมินโดยผู้บำบัด	45
ตารางที่ 3	ความสัมพันธ์ของระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุรา (Stage of change) ที่ประเมินโดยผู้บำบัด ระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะที่ 1 และระยะที่ 2	46
ตารางที่ 4	เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการทำ หน้าที่โดยรวม (GAF) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	50
ตารางที่ 5	ความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม ในแต่ละระยะของการบำบัดภายในกลุ่มควบคุม	51
ตารางที่ 6	ทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความสามารถ ในการทำหน้าที่โดยรวมภายในกลุ่มควบคุม	52
ตารางที่ 7	ความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม ในแต่ละระยะของการบำบัดภายในกลุ่มทดลอง	53
ตารางที่ 8	ทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความสามารถ ในการทำหน้าที่โดยรวมภายในกลุ่มทดลอง	54
ตารางที่ 9	เปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	55
ตารางที่ 10	เปรียบเทียบความแตกต่างของมัธยฐานของร้อยละของ จำนวนวันที่ดื่มหนักในแต่ละระยะของการบำบัดภายใน กลุ่มควบคุมและภายในกลุ่มทดลอง	57
ตารางที่ 11	ทดสอบความแตกต่างรายคู่ของมัธยฐานของร้อยละของ จำนวนวันที่ดื่มหนักภายในกลุ่มควบคุมและภายในกลุ่มทดลอง	58
ตารางที่ 12	เปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	59

สารบัญตาราง (ต่อ)

		หน้า
ตารางที่ 13	เปรียบเทียบความแตกต่างของมัธยฐานของร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มภายในกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลอง	61
ตารางที่ 14	ทดสอบความแตกต่างรายคู่ของมัธยฐานของร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มภายในกลุ่มควบคุมและภายในกลุ่มทดลอง	62
ตารางที่ 15	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา ด้านความตระหนักด้านความลังเลใจ และด้านการลงมือทำระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	63
ตารางที่ 16	เปรียบเทียบความแตกต่างของมัธยฐานของคะแนนขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาภายในกลุ่มควบคุมและภายในกลุ่มทดลอง	65
ตารางที่ 17	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเกมม่าจีทีระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	66
ตารางที่ 18	ค่ามัธยฐานของค่าเกมม่าจีทีในแต่ละระยะภายในกลุ่มควบคุม	67
ตารางที่ 19	ทดสอบความแตกต่างรายคู่ของค่าเกมม่าจีทีภายในกลุ่มควบคุม	68
ตารางที่ 20	ค่าเกมม่าจีทีของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการครบกำหนดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	69

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ในแต่ละระยะของการบำบัดภายในกลุ่มควบคุม	56
แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ในแต่ละระยะของการบำบัดภายในกลุ่มทดลอง	56
แผนภูมิที่ 3 ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุรา ในแต่ละระยะของการบำบัดภายในกลุ่มควบคุม	60
แผนภูมิที่ 4 ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุรา ในแต่ละระยะของการบำบัดภายในกลุ่มทดลอง	60

หลักการและเหตุผล

การติดสุราเป็นกลุ่มอาการทางด้านพฤติกรรม ความคิด และการแสดงทางร่างกายที่เป็นผลมาจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน ได้แก่ การมีความต้องการอย่างมากที่จะดื่ม การไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มได้ ยังคงดื่มอยู่ทั้งๆที่มีผลเสียตามมา ให้ความสำคัญกับการดื่มมากกว่าการทำกิจกรรมอื่นๆที่เป็นภาระหน้าที่ มีความทนทานต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์มากขึ้น และมีอาการแสดงทางกายเมื่อหยุดดื่ม (Babor, Higgins-biddle, Saunders, & Monteiro, 2001) ผู้ติดสุราส่วนใหญ่จึงมีลักษณะที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงเนื่องจากไม่คิดว่าตนเองมีปัญหาจากการใช้สุรา หรือไม่คิดว่าตนเองติดสุรา รู้สึกว่าสุรามีข้อดีอยู่มาก เชื่อมโยงระหว่างการเสพติดและผลเสียที่เกิดขึ้นไม่ได้ รู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมการใช้สุราได้ และหากมีผลเสียเกิดขึ้นมักใช้กลไกทางจิตในลักษณะโทษผู้อื่น ปฏิเสธ หรือใช้เหตุผลเข้าข้างตนเอง เพื่อลดความรู้สึกผิดที่เกิดขึ้นในจิตใจ ผู้ที่รู้สึกเป็นปัญหาและนำผู้ป่วยมาพบแพทย์คือครอบครัว โดย ครอบครัวมักพุ่งเป้าไปที่ปัญหาการใช้สุรามากกว่าปัญหาด้านอื่นๆ (พิชัย แสงชาญชัย, 2547)

การบำบัดรักษาผู้ติดสุราจึงต้องใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วย เพื่อช่วยผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะหยุดดื่มสุรามากขึ้น สามารถทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ (Sadock & Sadock, 2003) นอกจากนี้ การบำบัดทางจิตสังคมยังสามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา และร่วมมือในการรักษาได้นานขึ้น ที่สำคัญคือเป็นการช่วยผู้ป่วยจัดการกับปัญหาทางจิตสังคมที่เกิดตามมาหลังการดื่มจนติด (Rohsenow & Malley, 1999) อีกทั้งยังมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มหรือหยุดดื่มได้นานที่สุด ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543; Gelder & et al., 2001)

การบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผลดังกล่าว มีหลากหลายวิธีการและต่างให้ประสิทธิผลต่อการลดหรือหยุดดื่มสุราซึ่งวิธีการที่ได้ผ่านการทดลองใช้ในลักษณะการศึกษาวิจัยทางคลินิกมีดังต่อไปนี้ (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2003)

1. การบำบัดแบบย่อ (Brief Interventions [BI]) เป็นการให้คำปรึกษาที่ใช้เวลาประมาณ 5-60 นาที จำนวน 1-4 ครั้ง ใช้ได้ผลดีในผู้ที่ดื่มสุราแบบเสียดสูงหรือเป็นอันตรายแต่ยังไม่ใช้ผู้ติดสุราบาร์เบอร์และฮิกกินส์-บิดเดิล (Babor, Higgins-biddle, 2001) และจิรวัดน์ มูลศาสตร์ และสาวิตรี อัยฉางค์กรชัย (2548) กล่าวว่า กระบวนการบำบัดแบบย่อประกอบด้วย 1) การคัดกรองผู้ป่วย 2)

การประเมินด้านต่างๆ 3) การให้คำแนะนำหรือให้การปรึกษาแบบสั้น 4) ให้คู่มือการดูแลตนเอง และ 5) การติดตามผล

2. โปรแกรมการบำบัด 12 ขั้นตอนของกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (twelve-step self-help programs) เป็นรูปแบบการบำบัดที่อิงหลักของกลุ่มผู้ติดสุราที่รวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันในการหยุดดื่มสุรา (Alcoholics Anonymous [AA]) ใช้ได้ผลดีในผู้มีปัญหาการดื่มในระดับรุนแรงมาก ผู้มีปัญหาทางจิตเวช และผู้มีความต้องการขาดแหล่งช่วยเหลือทางสังคม หลักการของโปรแกรมนี้นั้นให้สมาชิกกลุ่มมีกำลังใจโดยยึดมั่นบนพื้นฐานที่เกิดจากประสบการณ์ของความทุกข์ทรมานและความศรัทธาในสิ่งที่มีพลังอำนาจสูงกว่า กระบวนการ 12 ขั้นตอนอาศัยการฝึกฝนเพื่อหาคำตอบของปัญหาชีวิต ฝึกความอดทนโดยอาศัยสติ สมาธิ และปัญญาซึ่งจะช่วยให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น และมีพลังใจมากขึ้น การบำบัดดำเนินตาม 12 ขั้นตอนได้แก่ 1) การยอมรับว่าตนเองไม่มีอำนาจเหนือสุราและไม่สามารถควบคุมชีวิตของตนได้ 2) การเชื่อว่าอำนาจที่ยิ่งใหญ่กว่าจะสามารถรักษาให้ตนกลับสู่สภาพปกติได้ 3) การตัดสินใจที่จะมอบชีวิตและจิตใจของตนไว้ภายใต้การดูแลของสิ่งที่ตนเชื่อมั่นศรัทธา 4) การสำรวจความผิดชอบชั่วดีในตัวเองอย่างกล้าหาญ 5) การยอมรับความผิดของตนต่อสิ่งที่เชื่อมั่นศรัทธา 6) การมีพร้อมอย่างเต็มที่ที่จะให้สิ่งที่เชื่อศรัทธาช่วยจัดข้อบกพร่องของตน 7) การอ้อนวอนให้สิ่งที่ตนเชื่อศรัทธาช่วยแก้ไขข้อบกพร่องของตน 8) การทำรายชื่อของบุคคลที่ตนเคยทำความเสียหายและเต็มใจที่จะชดใช้ 9) การได้ชดใช้บุคคลเหล่านั้นโดยตรงอย่างครบถ้วนเมื่อมีโอกาส 10) การสำรวจตนเองอยู่เสมอและยอมรับทันทีที่ทำผิด 11) การภาวนาและตั้งจิตสมาธิเพื่อจะได้สัมผัสกับสิ่งที่ตนเชื่อมั่นศรัทธาซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจในสิ่งที่ควรกระทำ 12) การพยายามถ่ายทอดผลสำเร็จจากการกระทำตามขั้นตอนเหล่านี้ไปสู่ผู้ติดสุราคนอื่นๆ

3. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy [CBT]) เป็นวิธีที่นิยมใช้มากเช่นกัน โดยมอร์เจนสเทิร์น และลองกาบอช (Morgenstern & Longabaugh, 2000) ให้เหตุผลว่าวิธีการบำบัดนี้ไม่เพียงช่วยส่งเสริมการจัดการความคิดและพฤติกรรมเท่านั้น แต่ยังคงครอบคลุมไปถึงการเพิ่มความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะเครียดที่เข้ามากระทบ เช่นการสอนทักษะการเผชิญปัญหาโดยเริ่มจากการให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สถานการณ์ที่ไม่สามารถจัดการได้ การใช้เป็นแบบอย่างที่ดีให้เกิดการเรียนรู้ การแสดงบทบาทสมมุติ และการฝึกซ้อมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เป็นต้น แบร์รี่ (Barry, 1999) ได้สรุปองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมคือ (1) การวิเคราะห์ความสามารถในการจัดการปัญหา (functional analysis) (2) การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills training) และ (3) การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (relapse prevention)

4. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) เป็น การบำบัดอย่างเป็นระบบเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยใช้หลักของการเสริมสร้าง แรงจูงใจ เป็นรูปแบบการบำบัดที่ใช้ได้ผลอย่างรวดเร็ว และเป็นกลยุทธ์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิด การเปลี่ยนแปลงด้วยตัวของตัวเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing [MI]) ในการแก้ไขความลังเลใจของผู้ป่วย และใช้เทคนิคการปฏิบัติสัมพันธ์ในการ เสริมสร้างแรงจูงใจได้แก่ (1) การใช้คำถามเปิด (open-ended questions) เพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดอย่าง อิสระ และช่วยค้นหาระดับของการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย (2) การรับรองยืนยัน (affirmations) เพื่อ สร้างความเชื่อมั่นในการดำเนินการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วย (3) การฟังอย่างสะท้อนคิด (reflective listening) เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยได้เปลี่ยนแปลงตนเองไปแล้วอย่างไรบ้าง มีอะไรที่ เกิดขึ้นตามมาทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งจะได้แนวทางการบำบัดในขั้นตอนต่อไป (4) การสรุป (summaries) เพื่อช่วยให้การสนทนาเข้าสู่ประเด็น เป็นการสื่อแสดงความสนใจ ความตั้งใจฟังของผู้ บำบัด ก่อให้เกิดความไว้วางใจต่อผู้บำบัดมากขึ้น (Miller, 1995) รูปแบบของการบำบัดโดยวิธีนี้มิ ีความคล้ายคลึงกับการบำบัดแบบย่อ (BI) ในส่วนของการใช้แนวคิดการประเมินระดับของ แรงจูงใจ และการใช้หลักการของเฟรมส์ (FRAMES) คือ (1) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับผล การประเมินด้านต่างๆ ลักษณะการดื่มในปัจจุบัน ความเสี่ยงทั้งในปัจจุบันและในอนาคตที่เกิดจาก การดื่มให้ผู้ยอมรับทราบ (2) เน้นความรับผิดชอบตัวเองของผู้ป่วยที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่ม ไม่มีใครสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ได้ และมีอิสระในการเลือกและการตัดสินใจ (3) ให้ คำแนะนำอย่างชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการลดหรือเลิกดื่ม วิธีการดื่มที่มีความเสี่ยงน้อย รวมทั้งแนะนำการ ปฏิบัติตัวในประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการลดการดื่มสุรา (4) เสนอทางเลือกเพื่อปรับเปลี่ยน ได้แก่แนวทางต่างๆในการควบคุมตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยมีการกำหนดเป้าหมายระยะสั้น และระยะกลางในการลดการดื่มลง (5) แสดงความเข้าใจ เห็นใจผู้ป่วย โดยมีท่าทีใส่ใจ เป็นมิตร ใช้ ทักษะการฟังและการสะท้อนความรู้สึกอย่างเหมาะสม (6) สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นใน ความสามารถของตนเองที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มได้สำเร็จ ความแตกต่างของการบำบัด แบบ MET กับ BI คือ MET จะใช้เวลานานกว่า ประมาณ 45-60 นาทีต่อครั้ง มีรายละเอียดของ วิธีการที่ซับซ้อนมากกว่า และมุ่งใช้กับกลุ่มผู้ติดสุราแล้ว (Miller, 2001)

แม้ว่าจะมีวิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผลหลายวิธีดังกล่าวข้างต้น แต่จาก การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลในการบำบัดระหว่างการบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน (twelve-step) จำนวน 12 ครั้ง การบำบัดแบบเสริมสร้างทักษะการจัดการความคิดและพฤติกรรม (CBT) จำนวน 12 ครั้ง และการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) จำนวน 4 ครั้ง ในโครงการเอ็ม เอ ที ซี เอช (project MATCH [Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity]) ที่ศึกษาในผู้ติดสุรา

จำนวนประมาณ 1,500 ราย พบว่าการบำบัดทั้ง 3 รูปแบบให้ประสิทธิผลของการบำบัดไม่แตกต่างกัน แต่การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ประหยัดค่าใช้จ่ายและมีความคุ้มค่ามากกว่า เนื่องจากใช้เวลาในการบำบัดน้อยกว่า และเป็นการบำบัดที่สามารถฝึกอบรมบุคลากรได้ง่ายกว่า (Holder, Cisler, Longabaugh, Stout, Treno, & Zweben, 2000) นอกจากนี้ การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ยังให้ผลในการเพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราได้ประมาณร้อยละ 76.4 ในขณะที่การบำบัดอีก 2 วิธีให้ผลดังกล่าวได้ประมาณร้อยละ 66.0 (NIAAA, 2004 ; Peele, 2004)

ผลการศึกษาในประเทศไทยของวิวัฒน์ เชวงชัยขง, อัจฉรา ฟองคำ, และนิศานาด โขกเกิด (2543) พบว่าผู้ที่ติดสุราที่ได้รับการบำบัดตามแนวคิดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ใช้หลักการของเฟรมส์ (FRAMES) และใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบติดตามจำนวน 2 ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกันทุก 3 เดือน พบว่าผู้ที่ติดสุราในระดับผิดปกติในกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของอัจฉรา ฟองคำ, นิศานาด โขกเกิด, ชไมพร ทวิขศรี, และ ชัยนรินทร์ ปทุมมานนท์ (2547) ที่พบว่าผู้ที่มารับการบำบัดเพื่อเลิกดื่มสุราที่คลินิกสารเสพติดโรงพยาบาลลำพูนที่ได้รับการปรึกษาแบบสั้นแบบติดตามจำนวน 2 ครั้ง คือทุก 6 เดือน สามารถหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มลงในระดับที่ปลอดภัย ร้อยละ 58.5 (คิดเป็นร้อยละ 68.5 ในกลุ่มคงบำบัด) และพบว่าการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับที่ประเมินโดยค่า Gamma-glutamyl transferase ของกลุ่มที่บำบัดสำเร็จลดลงชัดเจนในเดือนที่ 6 และ 12 ส่วนสายรัดน้ นกน้อย พิชัย แสงชาญชัย อุษา ตันติแพทยากร และราม รังสินธุ์ (2547) ศึกษาพบว่าผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจในหน่วยบริการปฐมภูมิแบบนัดติดตาม สามารถลดปริมาณการดื่มให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 นอกจากนี้ผลการศึกษาของสุนทรี ศรีโกไสย (2548) พบว่าผู้ติดสุราที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราจำนวน 7 ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 ราย (ร้อยละ 75.86) มีการลดลงของร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักและมีการเพิ่มขึ้นของร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มในแต่ละระยะของการบำบัด และผลการศึกษาของมานิต ศรีสุรภานนท์ และคณะ (2549) พบว่าที่ 12 สัปดาห์หลังการรักษาอาสาสมัครวิจัยกลุ่ม MI มีจำนวนวันที่ดื่ม/สัปดาห์ และจำนวนแก้ว/วันที่ดื่ม น้อยกว่าอาสาสมัครวิจัยกลุ่มที่ได้รับสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุราจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าจะนำมาใช้ในปัจจุบันเพื่อช่วยให้ผู้ติดสุราสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราได้ด้วยตนเอง แต่จากผลการศึกษาข้างต้น พบว่าการบำบัดดังกล่าวมีความหลากหลายของระยะการติดตามเพื่อรับการบำบัดที่ต่อเนื่อง โดย

พบว่ามีการติดตามตั้งแต่ 2 ครั้ง จนถึง 7 ครั้ง และแต่ละครั้งมีช่วงเวลาห่างกันตั้งแต่ 2 สัปดาห์, 4 สัปดาห์, 12 สัปดาห์, 24 สัปดาห์, 48 สัปดาห์ จนถึง 72 สัปดาห์ ในขณะที่แนวคิดของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจใช้ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 2-4 ครั้ง และยังผู้รับบริการได้รับการบำบัดอย่างเต็มรูปแบบเป็นระยะๆก็จะได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้สามารถหยุดดื่มสุราได้ในที่สุด (Brown & Miller, 1993)

สำหรับการให้บริการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง ณ คลินิกบำบัดสุรานั้น พบว่าผู้ให้การบำบัดมีการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการบำบัดแตกต่างกัน ได้แก่ การนัดทุก 2 สัปดาห์ ทุก 4 สัปดาห์ ทุก 8 สัปดาห์ หรือนัดตามการนัดหมายของแพทย์ เป็นต้น อีกทั้งจำนวนครั้งของการนัดหมายดังกล่าวก็มีความแตกต่างกันตั้งแต่ 1 ครั้งจนถึง 6 ครั้ง และจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นที่พบว่าการนัดหมายในแต่ละวิธีต่างให้ผลของการบำบัด แต่ไม่พบข้อมูลยืนยันว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราแตกต่างกันอย่างไร หรือวิธีใดได้ผลมากที่สุด ในขณะที่ผู้รับบริการกลุ่มนี้มีความสะดวกในการมารับการบำบัดตรงตามวันที่แพทย์นัดโดยเฉลี่ยทุก 4 สัปดาห์ เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และเพื่อไม่ให้กระทบต่อเวลาในการประกอบอาชีพ ดังนั้นจึงเกิดช่องว่างขององค์ความรู้ในประเด็นของการให้ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราในช่วงเวลาและจำนวนครั้งที่ต่างกัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา เปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ กับกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์ เพื่อนำสู่การนัดหมายผู้ป่วยให้มารับการบำบัดในช่วงเวลาและจำนวนครั้งที่เหมาะสม โดยเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด รวมทั้งให้ประโยชน์ต่อผู้บำบัดในด้านการเสริมสร้างความเชื่อมั่นต่อวิธีการบำบัดของตนเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ และกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์

คำถามการวิจัย

ผู้ป่วยโรคติดสุรากลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยติดตามทุก 4 สัปดาห์มีการลดปัญหาการดื่มสุราแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบติดตามทุก 2 สัปดาห์หรือไม่อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยโรคติดสุรากลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยติดตามทุก 4 สัปดาห์ มีการลดปัญหาการดื่มสุราไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์

นิยามศัพท์

ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ หมายถึง การที่ผู้ติดสุรามีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมเพิ่มขึ้น (Global Assessment of Function [GAF]) มีการลดลงของร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) มีการเพิ่มขึ้นของร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุรา (percent days abstinent) มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (Stage of change Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES- 8A]) และมีค่าแกมมาจีที (Gamma-glutamyl transferase [GGT]) ลดลงในแต่ละระยะของการบำบัด

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ติดสุราเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราตามแนวคิดของมิลเลอร์ และโรลนิก (Miller & Rollnick, 1995) โดยเป็นการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่การช่วยให้ผู้ติดสุราได้สำรวจ ค้นหา และแก้ไขความลังเลใจของตนเอง ตามวิธีการดังนี้ 1) ประเมินระดับของแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและให้การบำบัดตามระดับของแรงจูงใจ 2) ตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ติดสุราพูดข้อความที่จูงใจตนเอง (self-motivational statement [SMS]) 3) ใช้วิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามหลักการ 6 ขั้นตอนคือ 3.1) ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feed back) ถึงความรุนแรงของปัญหาการติดสุราของกลุ่มตัวอย่างที่ประสบอยู่ 3.2) เน้นให้มีความรับผิดชอบ (responsibility) ต่อตนเองในการเปลี่ยนแปลงและการตัดสินใจว่าจะเลิกหรือลดการดื่มสุราหรือไม่ 3.3) ให้คำแนะนำ (advice) ที่เป็นประโยชน์และจำเป็นต่อการตัดสินใจเพื่อให้หยุดดื่มสุรา 3.4) เสนอทางเลือกในการปฏิบัติ (menu) เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยการช่วยผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะกลางในการลดการดื่มลง 3.5) แสดงความเข้าใจเห็นใจกลุ่มตัวอย่าง (empathy) 3.6) ส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจว่าสามารถเลิกสุราได้ (self efficacy) ให้ความหวังและกำลังใจในความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง

ปัญหาการดื่มสุรา หมายถึง พฤติกรรมและอาการที่เกิดขึ้น 5 ลักษณะในผู้ที่ติดสุรา คือ 1) ความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ 2) มีจำนวนวันที่ดื่มหนักเพิ่มขึ้น 3) มีจำนวน

วันที่หยุดดื่มลดลง 4) ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา 5) มีค่าแกมมาจีที (GGT) เพิ่มขึ้น

ผู้ป่วยโรคติดสุรา หมายถึง ชายหรือหญิงที่มีประวัติการดื่มสุราในลักษณะที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มของตนเองได้ จะมีการดื่มมากขึ้นเพื่อให้ได้ผลหรือฤทธิ์จากสุรา หากลดการดื่มลงหรือหยุดดื่มจะมีอาการขาดสุราเกิดขึ้น และยังคงดื่มสุราอยู่แม้จะรู้ว่ามีความเสี่ยงเกิดขึ้นกับตนเอง และมารับบริการที่คลินิกบำบัดสุรา ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนปรุงในช่วงเดือน เมษายน พ.ศ. 2549 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2550 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดสุรา (alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition [DSM – IV] (American Psychiatric Association, 1994) โดยแพทย์ระบุการวินิจฉัยเป็น F10.2, F10.3, หรือ F10.5 ตามรหัสของโรคที่ยึดตามระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Disease and related Health problem [ICD – 10]) และไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช (สถาบันสุขภาพจิต, 2536)

กลุ่มทดลอง หมายถึง ผู้ป่วยโรคติดสุรากลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจทุก 4 สัปดาห์ จำนวน 5 ครั้งในระยะเวลา 4 เดือน

กลุ่มควบคุม หมายถึง ผู้ป่วยโรคติดสุรากลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 5 ครั้งในระยะเวลา 2 เดือน

การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่ได้รับการติดตามทุก 2 และทุก 4 สัปดาห์ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

- 1) แนวคิดของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
- 2) ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการติดสุราในด้านสุขภาพ ครอบครัว และสังคม
- 3) การประเมินผลการบำบัดผู้ติดสุรา

แนวคิดของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) เป็นรูปแบบหนึ่งของการช่วยเหลือด้านจิตใจที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการช่วยให้เกิดความตระหนักและลงมือปฏิบัติบางอย่างเกี่ยวกับสิ่งที่ปัญหาในปัจจุบันของบุคคล ซึ่งใช้ได้ผลดีกับผู้ที่มึลักษณะต่อต้าน ไม่เต็มใจ หรือมีความลังเลใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง เพราะเป้าหมายของการช่วยเหลือโดยวิธีนี้คือช่วยแก้ไขความลังเลใจเพื่อให้บุคคลสามารถขับเคลื่อนตนเองไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีได้ โดยทั่วไปใช้เวลา 15-60 นาที จำนวน 2-4 ครั้ง (Miller & Rollnick, 1991 ; Rollnick & Miller, 1995)

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีแนวคิดพื้นฐานที่เชื่อว่าบุคคลแต่ละคนมีพลังอำนาจผลักดันตนเองให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ ผู้ให้การปรึกษาจึงเปรียบเสมือนผู้ที่ช่วยให้บุคคลสามารถนำพลังอำนาจที่มีอยู่ในตัวมาใช้ให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นธรรมชาติ โดยใช้กลยุทธ์การชักชวน การโน้มน้าวและการให้กำลังใจมากกว่าที่จะบีบบังคับ ออกคำสั่ง หรือเผชิญหน้าโต้เถียงกับผู้ป่วย (Miller & Rollnick, 1991) และกลยุทธ์ที่จะสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการจะใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (self-perception theory) ที่อธิบายว่า คำพูดที่ออกมาจากปากของผู้รับบริการ จะทำให้เกิดการจูงใจได้มากกว่าคำพูดโดยบุคคลอื่น “As I hear myself talk, I learn what I believe” (Bem as cited in Miller, 1995, p.7)

การสร้างแรงจูงใจจึงกระทำโดยผู้ให้การปรึกษาดั้งคำถามเพื่อกระตุ้นผู้รับบริการพูดข้อความที่จูงใจตนเอง (self-motivation statement [SMS]) ยิ่งผู้รับบริการพูดข้อความที่จูงใจตนเองมากขึ้น ก็จะยิ่งส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองมากขึ้น และเมื่อผู้ให้การปรึกษา

ใช้ทักษะการสะท้อนและการสรุปความเพื่อให้ผู้รับบริการ ได้ยื่นข้อความที่มุ่งใจตนเองซ้ำอีก
แรงจูงใจก็จะยิ่งเกิดมากขึ้น (Miller, 1995)

คำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความมุ่งใจตนเอง (SMS) แบ่งเป็น 4 ประเภท ดังนี้ (พิชัย
แสงชาญชัย, 2547; Miller, 1995)

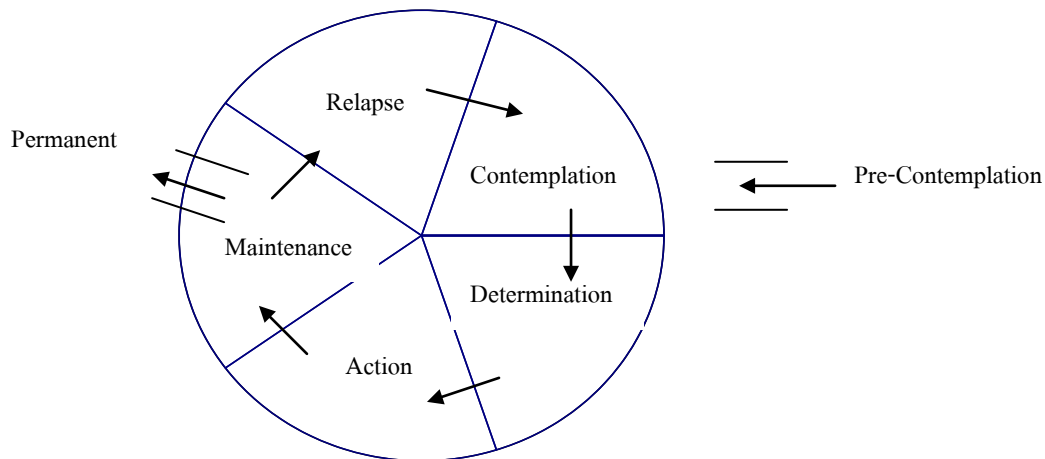
1. คำถามที่กระตุ้นให้แสดงถึงการตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา (problem recognition)
เช่น “การดื่มสุรามีผลกระทบต่อคุณหรือคนรอบข้างอย่างไรบ้าง?”

2. คำถามที่กระตุ้นให้แสดงความกังวลกับปัญหาการดื่มสุรา (concern) เช่น “คุณคิดว่า
มันจะเป็นอย่างไรบ้างหากคุณยังไม่หยุดดื่มสุรา”

3. คำถามที่กระตุ้นให้แสดงถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่ม
สุรา (intention to change) เช่น “อะไรที่ทำให้คุณอยากหยุดดื่มสุรา”

4. คำถามที่กระตุ้นให้แสดงถึงทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา
(optimism for change) เช่น “อะไรที่ทำให้คุณคิดว่า คุณจะเลิกได้สำเร็จ”

ผลลัพธ์ของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจคือ “การเปลี่ยนแปลง” ของผู้รับบริการ
ดังนั้นการบำบัดตามแนวทางนี้จึงนำแนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change)
ของโปรชาสกา และไดคิเมเท (Prochaska & DiClemente) มาใช้อธิบายระดับของการเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรมของผู้ป่วยและใช้เป็นทางเลือกวิธีการตอบสนองที่เหมาะสมให้สอดคล้องกับระดับของ
การเปลี่ยนแปลงเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจ รวมทั้งช่วยให้ผู้ให้การรักษาเข้าใจธรรมชาติของการ
เปลี่ยนแปลงว่า การที่บุคคลจะตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ บุคคลต้องยอมรับได้ด้วย
ตนเองว่าพฤติกรรมนั้นมีผลเสียต่อชีวิตตนเอง (ไม่ใช่ถูกบังคับให้เปลี่ยนแปลง) และบุคคลอาจมีการ
แสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีและที่ดีสลับกันไปมาหลายรอบจึงจะสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
ได้อย่างถาวร หากผู้รับบริการหวนกลับมาใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำ ให้ถือเป็นเรื่องปกติที่อาจพบ
ได้ตามแนวคิดของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้ในแต่ละขั้นตอนของการ
เปลี่ยนแปลงอาจมีการย้อนกลับไปมาหรือมีการกระโดดข้ามระหว่างขั้นตอนได้ (DiClemente, 1991)



วงจรของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stages of change)

ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิดของ Prochaska & DiClemente อธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือนิสัยของแต่ละบุคคลนั้นเป็นเรื่องของกระบวนการที่เกิดขึ้นตั้งแต่ช่วงของความคิด ไปสู่ช่วงของการลงมือกระทำตามขั้นตอนต่อไปนี้ (DiClemente, 1991 ; Miller, 1995)

1. ขั้นไม่สนใจปัญหา (pre-contemplation stage) ขั้นตอนนี้ผู้ป่วยไม่คิดที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองเลย ไม่คิดว่าตนเองมีปัญหาจากการดื่มสุรา มักคิดว่าตนเองควบคุมการดื่มสุราได้ จะดื่มหรือไม่ดื่มก็ได้ขึ้นอยู่กับความต้องการของตนเอง มองไม่เห็นผลเสียที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา มักโทษบุคคลรอบข้างหรือโทษสิ่งแวดล้อมว่าทำให้ตนเองเครียดจึงต้องใช้สุราเป็นทางระบาย ผู้บำบัดควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วย (feedback) และให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (information)

2. ขั้นลังเลใจ (contemplation stage) ขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่แน่ใจในพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเองว่าเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดี จะรู้สึกขัดแย้งในตนเองเพราะเริ่มประสบกับผลกระทบจากการดื่มสุราบ้างแล้วแต่อาจจะไม่รุนแรงมากนัก ขณะเดียวกันผู้ป่วยยังเห็นว่าสุรามีคุณมากกว่าโทษ พยายามควบคุมการดื่มมากขึ้นแต่ก็ยังดื่มสุราอยู่ ผู้บำบัดควรพูดคุยถึงข้อดี-ข้อเสียของการดื่มและการไม่ดื่มสุรา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนอย่างอิสระพร้อมทั้งอาจให้ข้อมูลที่ถูกต้องไปด้วย

3. ขั้นตัดสินใจหยุดดื่มสุราอย่างจริงจัง (preparation stage or determination stage) ขั้นตอนนี้ผู้ป่วยมักประสบกับโทษของสุราที่รุนแรง หรือตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและต้องการเลิกสุรา ผู้บำบัดควรให้ทางเลือกในการเลิกสุรา (menu) ในจำนวนที่ไม่มากเกินไปจนเกิดความสับสน

หรือมีน้อยเกินไปเหมือนถูกบังคับ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกได้อย่างอิสระและเน้นความรับผิดชอบในการเลือกของผู้ป่วยเอง

4. ขั้นลงมือปฏิบัติ (action stage) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยสนใจซักถามวิธีการแก้ปัญหา พยายามทำตามวิถีทางที่ตนเองได้เลือกเพื่อให้เลิกดื่มสุราได้ แต่อาจกระทำไม่ได้ไม่สม่ำเสมอในช่วง ช่วง ซึ่งมักอยู่ในช่วง 6 เดือนแรก ผู้บำบัดควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกอย่างต่อเนื่อง ช่วยจัดอุปสรรคที่อาจทำให้เลิกดื่มได้ไม่ต่อเนื่อง ตรวจสอบความเข้าใจในวิธีการ สอบถามวิธีการที่ใช้ได้ผลและไม่ได้ผล และให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้ ให้ความหวัง และกำลังใจ

5. ขั้นกระทำต่อเนื่อง (maintenance stage) ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยมักเลิกสุราได้ ประมาณ 6 เดือน อารมณ์ความคิดค่อนข้างมั่นคง กระทำตามวิธีการที่ตนเองได้เลือกอย่างต่อเนื่อง มีความมั่นใจว่าตนเองเลิกสุราได้ และอาจสอบถามถึงปัญหาอื่น ผู้บำบัดควรให้คำแนะนำด้านการ ป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ แนวทางการปฏิบัติตนให้มีชีวิตที่สมดุล มีคุณค่า เช่น การออกกำลังกาย การบริหารเวลา การผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพตนเอง การควบคุมสิ่งเร้าที่ทำให้เสี่ยง ต่อการดื่มซ้ำ การสังเกตสัญญาณเตือนของการกลับไปดื่มซ้ำ

6. ขั้นกลับไปมีปัญหาย้ำ (relapses stage) ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะเริ่มนำตนเองเข้าไปสู่ สถานการณ์ที่เสี่ยง ปล่อยให้ตนเองมีความประมาททางอารมณ์จิตใจ ไม่สามารถจัดการกับอาการ อยากรดื่มได้ มีความประมาทเดินเล่น การเปลืองใจกลับไปดื่มสุราอีก ปฏิกริยาทางจิตใจที่ตามมาคือ รู้สึกผิด ซ้ำเติมตนเอง ปฏิเสธความจริง ผู้บำบัดควรระมัดระวังประคองทางจิตใจ ให้กำลังใจ การยอมรับสิ่ง ที่เกิดขึ้น การสรุปบทเรียน และสนับสนุนให้เลิกสุราต่อไป

เทคนิคและวิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

มิลเลอร์, โซเวอเรน, และเครก (Miller, Sovereign, & Krege, 1988) กล่าวว่าลักษณะ ของผู้ให้การปรึกษาสามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมต่อต้านและการเกิดแรงจูงใจในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การหยุดดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยในช่วง 12 เดือนได้ โดยผลการศึกษา พบว่าผู้ให้การปรึกษาที่มีลักษณะการพูดแบบเผชิญหน้า (confronted) จะยิ่งส่งเสริมให้ผู้หยุดดื่ม แอลกอฮอล์มากขึ้นเพราะเกิดการต่อต้าน (resistance) คล้ายคลึงกับการรายงานของมิลเลอร์, เบนนิไฟด์, และโทนิแกน (Miller, Benefield, & Tonigan, 1993) ที่กล่าวว่าการใช้วิธีการเผชิญหน้า โดยตรง (direct confrontation) กับผู้ป่วยซึ่งเป็นลักษณะตรงกันข้ามกับการใช้ความเข้าใจเห็นใจ (empathic style) จะสามารถทำนายการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องในกลุ่มที่มีปัญหาการดื่ม หลังจากรับการบำบัดไปแล้ว 1 ปี มีผลการศึกษาหลายการศึกษาสนับสนุนว่าหัวใจสำคัญของการบำบัด

เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) คือลักษณะของผู้บำบัดที่ต้องให้ความเข้าใจเห็นใจผู้รับบริการอย่างเหมาะสมตามแนวทางของคาร์ล โรเจอร์ (Miller, Benefield, & Tonigan, 1993) ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาที่ใช้วิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจึงควรมีลักษณะเข้าใจเห็นใจผู้รับบริการมากกว่าที่จะพูดตำหนิหรือพูดถึงปัญหาที่พบในผู้ป่วยโดยตรงไปตรงมา

มิลเลอร์ และ โรลนิก (Miller & Rollnick, 1991) และมิลเลอร์ (Miller, 1995) อธิบายหลักการทั่วไป 5 ประการของการเสริมสร้างแรงจูงใจตามตัวอย่างของ DARES ไว้ดังนี้

1. แสดงความเข้าใจเห็นใจผู้ป่วย (express empathy) เนื่องจากการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) จะสื่อสารในลักษณะเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกและตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง การบำบัดโดยวิธีนี้จึงใช้ทักษะการฟังมากกว่าการบอกให้ทำ (listening rather than telling)

2. ค้นหาช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ในปัจจุบัน (develop discrepancy) แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นต่อเมื่อบุคคลรับรู้ถึงความขัดแย้งเกิดขึ้นระหว่างสิ่งที่เขาเป็นกับสิ่งที่ต้องการจะเป็น ผู้บำบัดจึงต้องช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่เป็นอย่างไรและสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะให้เกิดขึ้น (ในทางที่ดี) เป็นอย่างไร

3. หลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย (avoid argumentation) ผู้ที่ติดสุรามักจะมีความลังเลใจและเกิดความขัดแย้งในจิตใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มของตนเองเพราะอาจรับรู้ว่าคุณเองสามารถควบคุมการดื่มได้ ทำให้ผู้ป่วยใช้กลไกทางจิตชนิดหาเหตุผลเข้าข้างตนเองซึ่งผู้บำบัดไม่ควรทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้ป่วย

4. ยอมรับแรงต้านที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (roll with resistance) เพราะแรงต้านที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติ ผู้บำบัดควรแสดงท่าทีสอดคล้องกับระยะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย และตระหนักว่ามุมมองความคิดในการแก้ปัญหาต้องเกิดขึ้นจากตัวผู้ป่วยเองไม่ใช่เกิดจากผู้บำบัด

5. สนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองทำได้ (support self-efficacy) เนื่องจากบุคคลแม้จะรับรู้ว่าคุณเองมีปัญหาที่ควรรีบแก้ไขแต่ก็ยังคงไม่ดำเนินการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงตนเองจนกว่าจะมีความหวังในความสำเร็จเกิดขึ้น การรับรู้ประสิทธิผลแห่งตน (self-efficacy) จึงเป็นสิ่งที่กำหนดให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิดของแบนดูรา ผู้บำบัดจึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อว่าตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงปัญหาการดื่มสุราได้

หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจที่ผู้บำบัดควรสร้างให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยคือ 1) รับรู้ปัญหา (perceived problem) 2) ตระหนักในปัญหา (concern) 3) เกิดความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง (intent to change) 4) มีความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลง (ability to change) (Miller, 1998) โดยใช้เทคนิคการ

ปฏิสัมพันธ์ (interaction techniques) ในการเสริมสร้างแรงจูงใจตามด้วยย่อ “OARS” ที่มีรายละเอียดดังนี้ (Miller & Rollnick, 1991; Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1992; Rollnick, Heather, & Bell, 1992)

1. ใช้คำถามปลายเปิด (open-ended questions) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพูดหรือตอบได้อย่างอิสระ สามารถช่วยผู้ป่วยค้นหาระดับของการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย เช่นการถามผู้ป่วยว่า “อะไรที่ทำให้คุณมาโรงพยาบาลในวันนี้” “มีอะไรเกิดขึ้นบ้างหลังจากที่เราได้คุยกันไปครั้งก่อน” “คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อถึงเวลาที่ควรจะมีการเปลี่ยนแปลงตนเอง”

2. การรับรองยืนยัน (affirmations) เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยผู้บำบัดแสดงความจริงใจและสื่อทำให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถทำการเปลี่ยนแปลงตนเองได้ (ตามความรู้สึกของผู้บำบัด) (congruent and genuine)

3. การฟังอย่างสะท้อนคิด (reflective listening) เพื่อประเมินให้ได้ว่าผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงระดับใด หรือได้เปลี่ยนแปลงตนเองไปแล้วอย่างไรบ้าง รวมทั้งสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบเพื่อเป็นแนวทางในการบำบัดในขั้นตอนต่อไป

4. การสรุป (summaries) การสรุปสิ่งที่ผู้ป่วยได้บอกเล่ามาจะสื่อแสดงถึงความสนใจ ความตั้งใจฟังของผู้บำบัด ก่อให้เกิดความไว้วางใจต่อผู้บำบัด และยังช่วยให้การสนทนาเข้าสู่ประเด็นมากขึ้น

มิลเลอร์ และ โรลนิก (Miller & Rollnick, 2002) กล่าวถึงขั้นตอนของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจไว้ 10 ขั้นตอน ดังนี้

1. ค้นหาประเด็นการสนทนา (reviewing a typical day) เป็นขั้นตอนที่ผู้ให้การปรึกษาต้องสร้างความสัมพันธ์ความไว้วางใจ (builds rapport) ให้เกิดขึ้นก่อน และควรหลีกเลี่ยงการมุ่งค้นหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหา แต่ให้ความสนใจในประเด็นที่ว่า “บุคคลมีการคิดสุราได้อย่างไร” โรลนิกและคณะ (Rollnick & et al., 1992) เสนอแนะว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจควรเริ่มจากการตั้งคำถามกับผู้รับบริการก่อนว่า “เราสามารถใช้เวลา 5-10 นาทีเพื่อพูดถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวคุณในวันนี้ ว่าเกิดอะไรขึ้นกับคุณ? คุณรู้สึกอย่างไร? และคุณมักจะดื่มสุราที่ไหน? เริ่มจากคำถามแรกก่อน.....” วิธีการที่จะช่วยให้ผู้รับบริการบอกเล่าเรื่องราวของเขาในวันนี้ได้จึงมุ่งถามเกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรมก่อน เมื่อผู้รับบริการเริ่มเปิดเผยตนเองจึงทำการสรุปประเด็นนั้นก่อนจะเข้าสู่กลยุทธ์ต่อไป

2. มองย้อนกลับไปสู่ออดีต (looking back) โดยการถามเหตุการณ์ในชีวิตช่วงก่อนที่จะเกิดปัญหาจากการดื่มสุราว่าผู้รับบริการจำสิ่งที่ดีอะไรบ้าง มีความหวังอย่างไร มีอะไรบ้างที่เขาประสบความสำเร็จ เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับปัจจุบันที่ดื่มสุราว่ามีอะไรที่แตกต่างกันบ้าง เป็นการ

ช่วยผู้รับบริการค้นหาว่าเขาหลุดจากความคาดหวังหรือความฝันที่เคยมีไว้อย่างไร ซึ่งช่วยให้ผู้รับบริการสามารถมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะนี้ได้ (here and now) โดยอาจใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความใจตนเอง (SMS) ตามวิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยเฉพาะคำถามที่กระตุ้นให้แสดงถึงการตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา (problem recognition)

3. ทบทวนสิ่งที่ดีและสิ่งที่ไม่ดีของการดื่มและการไม่ดื่มสุรา (good things and less good thing) เป็นขั้นตอนของการช่วยให้ผู้รับบริการได้ทบทวนว่าอะไรคือสิ่งที่ดีและไม่ดีของการดื่มและไม่ดื่มสุรา เพื่อหลีกเลี่ยงการมองแต่พฤติกรรมที่เป็นปัญหาเท่านั้นเพราะจะทำให้ผู้รับบริการไม่ร่วมมือในการสนทนา ผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ตรวจสอบทุกๆ ด้านด้วยการใช้คำถามเจาะลงลึกในรายละเอียดให้ได้มากที่สุด โดยอาจเริ่มจากการถามสิ่งที่ดีที่เกิดขึ้นก่อน เมื่อได้ข้อมูลมากพอแล้วจึงทำการสรุปและบอกให้ผู้รับบริการทราบว่าการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นบ้างในช่วงที่ได้พูดกันไป

4. ประเมินการเปลี่ยนแปลงของตนเอง (discussing the stages of change) เพื่อให้ผู้รับบริการประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของตนเองรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เคยมีในอดีตที่ผ่านมา วิธีการที่ใช้ได้ผลและไม่ได้ผล ผู้บำบัดจะได้ทราบว่าขั้นตอนไหนที่ผู้รับบริการไม่สามารถไปถึงได้ เพราะเหตุใด ซึ่งสามารถนำมาอภิปรายประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ และควรพยายามพูดประเด็นการเปลี่ยนแปลงให้เป็นเรื่องปกติเช่นเดียวกับการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของร่างกาย การออกกำลังกาย หรืออื่นๆ

5. ให้ข้อมูลสะท้อนกลับสิ่งที่ประเมินได้ (assessment feedback) โดยแจ้งผลการประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมดื่มสุราของผู้รับบริการ ได้แก่ผลการประเมินด้วยแบบประเมินต่างๆ เช่น แบบประเมินระดับปัญหาของการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) แบบประเมินผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ดื่มสุรา (DrInC-2L) เครื่องชี้วัดความรุนแรงของการติดยา (Addiction Severity Index [ASI]) เพื่อให้ทราบความรุนแรงของปัญหาหรือของโรค ในขั้นตอนนี้อาจนำหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ในขั้นตอนของการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) มาใช้เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงหรือปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราของผู้ป่วย

6. สำรวจเป้าหมายในชีวิต (values exploration) โดยสำรวจสิ่งที่มีค่าในชีวิตของผู้รับบริการพร้อมกับชี้ให้เห็นความเจ็บป่วยหรือปัญหาในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจในการแก้ไขให้บรรลุเป้าหมายในชีวิต ซึ่งอาจใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความใจตนเอง (SMS) ตามวิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

7. การคาดการณ์ในอนาคต (looking forward) เป็นขั้นตอนที่ผู้บำบัดถามถึงความคาดหวังในอนาคตที่อาจเกิดขึ้น หากเลิกสุราหรือไม่เลิกสุรา เช่น “อะไรจะเกิดขึ้นหากคุณเลิกดื่มสุรา” “สุขภาพ

ของคุณจะเป็นอย่างไร หากไม่เลิกสูรา” โดยอาจใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความใจตนเอง (SMS) โดยเฉพาะคำถามที่กระตุ้นให้แสดงความกังวลกับปัญหาการดื่มสุรา (concern)

8. สำรวจสิ่งที่จะทำให้เกิดความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง (exploring importance and confidence) เป็นขั้นตอนของการสำรวจสิ่งที่จะช่วยให้การเปลี่ยนแปลงประสบความสำเร็จ หรือค้นหาว่าจะอะไรคือสิ่งที่จะทำให้เกิดความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ซึ่งอาจใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความใจตนเอง (SMS) โดยเฉพาะคำถามที่กระตุ้นให้แสดงถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา (intention to change) และคำถามที่กระตุ้นให้แสดงถึงทัศนคติที่ดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา (optimism for change)

9. ตรวจสอบข้อดี-ข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงและการไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง (decisional balance) เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้รับบริการเลือกที่จะมีชีวิตในการไปสู่เป้าหมายในอนาคต

10. คำเนิการตามแผนที่กำหนดไว้ (change planning) เป็นขั้นตอนของการลงมือปฏิบัติ ผู้บำบัดควรช่วยให้ผู้ป่วยมีแผนที่สามารถนำสู่การปฏิบัติได้จริงรวมทั้งให้มีการบันทึกกิจกรรมหรือความคิดที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดำเนินการตามแผนเพื่อนำมาสนทนากันในครั้งต่อไป

นอกจากนี้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจยังใช้หลักการของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing [MI]) ที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนตามคำย่อที่เรียกว่า “FRAMES” ดังนี้ (Miller, & Rollnick, 1995; Miller, 1995)

1. ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feed back) เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เสี่ยงหรือปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา
2. เน้นให้มีความรับผิดชอบ (responsibility) ต่อตนเองในการเปลี่ยนแปลงและมีอิสระในการเลือกและการตัดสินใจ
3. ให้คำแนะนำ (advice) และให้ข้อเท็จจริงเพื่อให้หยุดดื่มสุรา
4. เสนอทางเลือกในการปฏิบัติ (menu) เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราโดยช่วยผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะกลางในการลดการดื่มลง
5. แสดงความเข้าใจเห็นใจ (empathy) โดยการรับฟัง สะท้อนความรู้สึกที่สื่อถึงการเข้าใจผู้ป่วยช่วยผู้ป่วยค้นหาเหตุผลว่าทำไมต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มของตนเอง
6. ให้ความหวังและกำลังใจ (self-efficacy) เพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง

ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ประสิทธิผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรามีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอาโควิทซ์ และเมนโคลา (Arkowitz & Menchola, 2003) ได้ศึกษาแบบวิเคราะห์เมตา (Meta-Analysis) ของการวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมเพื่อดูประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจพบว่า การบำบัดโดยวิธีนี้สามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราได้ถึงร้อยละ 56 และผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปกลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจภายหลังจำหน่าย 6 เดือนแล้วพบว่าผู้ป่วยสามารถลดปริมาณและความถี่ในการดื่มสุราต่อสัปดาห์ได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด (Heather, Rollnick, Bell, & Richmond, 1996) ส่วนในโครงการเอ็ม เอ ที ซี เอช (project MATCH [Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity]) พบว่าการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) จำนวน 4 ครั้งให้ประสิทธิผลของการบำบัดไม่แตกต่างจากการบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน (twelve-step) และการบำบัดแบบเสริมสร้างทักษะการจัดการความคิดและพฤติกรรม (CBT) ที่ใช้เวลากการบำบัดจำนวน 12 ครั้ง แต่การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผลในการเพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราได้ประมาณร้อยละ 76.4 ในขณะที่การบำบัดอีก 2 วิธีให้ผลดังกล่าวได้ประมาณร้อยละ 66.0 (NIAAA, 2004 ; Peele, 2004)

นอกจากนี้ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจยังให้ผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ดังเช่นการศึกษาของเกรเบอร์ โมเยอร์ กริฟฟิท กวาจาโด และโทนิแกน (Graeber, Moyers, Griffith, Guajardo, & Tonigan, 2003) ที่พบว่าผู้ป่วยติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชคือ โรคจิตเภท กลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 3 ครั้ง มีการลดจำนวนวันที่ดื่มสุราลง และมีจำนวนวันที่หยุดดื่มเพิ่มขึ้น แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในต่างประเทศดังกล่าว จึงได้มีการนำแนวทางการบำบัดนี้มาใช้กับผู้ติดสุราในประเทศไทย ดังเช่นการศึกษาของอัจฉรา ฟองคำ, นิสานาถ โชคเกิด, ชไมพร ทวีศรี, และ ชัยนัครธร ปทุมมานนท์ (2547) พบว่าผู้ติดสุราที่ได้รับการปรึกษาโดยการสร้างแรงจูงใจสามารถหยุดหรือลดปริมาณการดื่มลงในระดับที่ปลอดภัยร้อยละ 58.5 และค่า GGT ลดลงชัดเจนในเดือนที่ 6 และ 12 เช่นเดียวกับการศึกษาของสุนทรี ศรีโกไสย, กัทธาภรณ์ ทุงปิ่นคำ, และชาลินี สุวรรณยศ. (2548) พบว่าผู้ติดสุราที่รับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจำนวน 7 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ ในแต่ละระยะของการบำบัดพบว่า มีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักลดลง มีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มเพิ่มขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมเพิ่มขึ้น และคะแนนผลลัพธ์ที่ตามมาจากการดื่ม

สุราในระยะสุดท้ายของการบำบัดมีความแตกต่างจากคะแนนในระยะแรกของการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาของมานิต ศรีสุรภานนท์ และคณะ (2549) พบว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษากการติดสุราแบบผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาโดยการสร้างแรงจูงใจมีจำนวนวันที่ดื่ม/สัปดาห์ และมีจำนวนแก้ว/วันที่ดื่มน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และดอกรัก พิทาคำ (2549) ศึกษาพบว่าผู้ติดสุราที่มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการติดสุราในด้านสุขภาพ ครอบครั และสังคม

จากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 ((Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition [DSM-IV]) และฉบับที่ 4 ทืออาร์ (DSM-IV-TR) ที่ระบุว่า การติดสุราคือการที่บุคคลมีรูปแบบการใช้สุราไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ซึ่งแสดงออก 3 อาการหรือมากกว่าในเวลาใดก็ตามในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คือ (American Psychiatric Association, 1994 ; Fauman, 2002)

1. มีการติดต่อสุรา (tolerance) ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - 1.1 มีความต้องการใช้สุราเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้เกิดฤทธิ์ หรือผลอื่นที่ต้องการ
 - 1.2 ได้รับผลจากสุราลดลงอย่างมากหากยังคงดื่มสุรานั้นในขนาดเท่าเดิม
2. มีอาการขาดสุรา (withdrawal) ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - 2.1 มีอาการขาดสุราที่เป็นลักษณะจำเพาะจากการหยุดสุรา
 - 2.2 การใช้สุราชนิดที่คล้ายคลึงกันสามารถลดหรือบรรเทาอาการขาดสุราได้
3. มีการดื่มในปริมาณมาก (taken in large amounts) หรือดื่มเป็นเวลายาวนานกว่าที่ตั้งใจไว้
4. มีความต้องการดื่มสุราต่อไป (persistent desire) หรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มสุราได้ (impaired control)
5. หมกมุ่นกับการดื่มหรือใช้เวลาอย่างมาก (time spent drinking) ในการกระทำเพื่อให้ได้สุรามาดื่มหรือการฟื้นจากฤทธิ์ของสุรา
6. ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงาน หรือกิจกรรมการหย่อนใจอื่นๆ (neglect of activity) เนื่องจากการดื่มสุรา
7. ยังคงมีการดื่มสุราอยู่ แม้จะทราบว่า มีผลเสียเกิดขึ้นแล้ว (continue used despite problems)

ดังนั้นผู้ที่ติดสุราจึงมีโอกาสประสบกับปัญหาทางด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านการทำหน้าที่หรือความรับผิดชอบตามบทบาท และยังส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นทั้งใน ครอบครัวและสังคมดังนี้

ผลกระทบของสุราด้านสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการติดสุรามักพบต่อระบบประสาท หัวใจ หลอดเลือด ตับ ตับอ่อน และไต ดังนี้ (อนุชิต จุฑะพุทธิ, 2550 ; ดิลก ภิกขุโยทัย, 2550 ; สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2550 ; ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์ และยิ่งยศ อวิหิงสานนท์, 2550) 1) เกิดภาวะเป็นพิษของแอลกอฮอล์ (alcohol intoxication) ได้แก่อาการพุดมากแต่ไม่ชัด พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เดินเซ ง่วง ซึม ไม่รู้สึกตัว ในช่วงเวลาที่เกิดภาวะเป็นพิษที่รุนแรงผู้ดื่มจะเสียความจำระยะสั้น จะไม่สามารถจดจำเหตุการณ์ขณะนั้นได้แม้จะมีสติรู้ตัวดี (black out) 2) เกิดภาวะขาดสุรา (alcohol withdrawal) ได้แก่อาการสั่น เหงื่อออกมาก คลื่นไส้ อาเจียน วิตกกังวล กระวนกระวาย อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม หากมีอาการประสาทหลอนทางตาและทางหูร่วมกับอาการสับสน ความรู้สึกตัวลดลงถือเป็นภาวะขาดสุราระดับรุนแรง (alcohol withdrawal delirium tremens) ที่มักเกิดใน 48-96 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม หรืออาจเกิดในวันที่ 1-5 หลังหยุดดื่ม บางรายมีอาการชักหลังจากหยุดดื่ม ภายใน 7-48 ชั่วโมงแรก (alcohol withdrawal seizure/Rum Fits) 3) เกิดภาวะหัวใจตีบตันจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ต่อการเพิ่มขึ้นของระดับ HDL-cholesterol และ apolipoprotein A1 ทำให้มีการลดลงของปัจจัยการแข็งตัวของเลือด 4) เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ 5) เกิดภาวะไขมันในตับสูงชัน (alcoholic fatty liver) ทำให้การทำงานของเซลล์ตับผิดปกติ 6) เกิดภาวะตับอักเสบ (alcoholic hepatitis) เนื่องจากดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องทั้งที่เกิดภาวะไขมันในตับสูงแล้ว การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบระดับของ Gamma GT เพิ่มขึ้น มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เจ็บที่ชายโครงขวาเนื่องจากตับมีขนาดใหญ่ขึ้น หากอาการรุนแรงจะมีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ตัวเหลือง ผอม น้ำหนักลด 7) เกิดภาวะตับแข็ง ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากการอักเสบของตับเป็นเวลานาน 8) เกิดโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (acute alcoholic pancreatitis) โดยมีอาการปวดตื้อๆ แน่นๆรุนแรงที่ลิ้นปี่ ช่องท้องด้านซ้ายตรงกลางท้อง อาจมีอาการปวดร้าวไปหลัง มักมีอาการท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย 9) เกิดโรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง (alcoholic chronic pancreatitis) ผู้ป่วยมักปวดท้องเป็นๆหายๆ บริเวณลิ้นปี่ ท้องส่วนบน ท้องด้านซ้าย หรือรอบสะดือ อาจพบปวดร้าวไปหลังหรือปวดมากขึ้นหลังกินอาหาร 10) เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน โดยมีปัจจัยเสริมคือระดับโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสในเลือดต่ำ 11) เกิดภาวะไม่สมดุลย์ของเกลือแร่ จากการเพิ่มขึ้นของแอลกอฮอล์ทำให้เพิ่มปริมาณของปัสสาวะโดยการกกดการหลั่งสาร anti-diuretic hormone (ADH) แต่เมื่อมีการลดลง

ของแอลกอฮอล์ปริมาณของปัสสาวะก็จะลดลง มีการดูโซเดียมกลับที่ tubular cell เพิ่มขึ้น ผลโดยรวมกลับพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก ๆ เป็นระยะเวลานาน ๆ มีผลให้ลดปริมาณปัสสาวะ และเพิ่มปริมาณน้ำของร่างกาย

รูม, บาร์เบอร์, และเรียม (Room, Babor, & Rehm, 2005) ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ ระบาดวิทยา ผลกระทบของสุราต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยซึ่งพบว่า การดื่มสุรามีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเรื้อรังที่สำคัญคือ 1) โรคมะเร็งในช่องปาก โดยร้อยละ 22 พบในเพศชาย ร้อยละ 9 พบในเพศหญิง มะเร็งในหลอดอาหารพบในเพศชายร้อยละ 37 เพศหญิงร้อยละ 15 มะเร็งตับพบในเพศชายร้อยละ 30 เพศหญิงร้อยละ 13 และพบมะเร็งเต้านมร้อยละ 7 ในเพศหญิงที่ดื่มสุรา 2) โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยพบภาวะเลือดออกผิดปกติในเพศชายและเพศหญิง ร้อยละ 18 และร้อยละ 1 ตามลำดับ 3) โรคระบบทางเดินอาหาร โดยเฉพาะโรคตับแข็ง พบทั้งในเพศชายและเพศหญิง ร้อยละ 39 และร้อยละ 18 ตามลำดับ 4) การบาดเจ็บที่เกิดจากความไม่ตั้งใจ ได้แก่ อุบัติเหตุจากรถมอเตอร์ไซด์ที่พบในเพศชายร้อยละ 25 และร้อยละ 8 ในเพศหญิง ภาวะจมน้ำพบร้อยละ 12 ในเพศชาย และร้อยละ 6 ในเพศหญิง ส่วนการตกจากที่สูงพบในเพศชายและเพศหญิง ร้อยละ 9 และร้อยละ 3 ตามลำดับ

ปัญหาสุขภาพจิตที่เป็นผลจากภาวะติดสุราเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระดับวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า เกิดอาการทางจิตเวช หรือการทำร้ายตนเอง ดังผลการศึกษาต่อไปนี้ ปิทธิรศ ศิลปกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบุลย์ (2542) พบว่า ผู้ติดสุราร้อยละ 51.2 มีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง ร้อยละ 48.6 มีอาการซึมเศร้าในระดับที่ควรไปพบแพทย์ ร้อยละ 11.9 มีความอยากฆ่าตัวตาย และร้อยละ 11.3 มีความคิดอยากฆ่าผู้อื่น สตรีที่เสพติดสุราได้รับผลกระทบที่สำคัญคือ การทำร้ายตนเอง การพยายามฆ่าตัวตาย การทำหน้าที่การงานบกพร่อง การสูญเสียทรัพย์สิน การมีภาระหนี้สิน การมีปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้าน การมีปัญหาเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส การมีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ (อวิสดา จันทรแสนตอ, 2541) นอกจากนี้ภาวะติดสุราและการดื่มสุราแบบอันตรายพบเกิดโรคลมชักได้ถึงร้อยละ 23 ในเพศชาย และร้อยละ 12 ในเพศหญิง ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ติดสุราพบเกิดโรคซึมเศร้าร้อยละ 3 และร้อยละ 1 ตามลำดับ (Room, Babor, & Rehm, 2005) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ติดสุราทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะถอนพิษสุรามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ถึงร้อยละ 15 (Trevisan, Boutros, Petrakis, & Krystal, 1998) โดยผู้ป่วยติดสุราจะมีความคิดฆ่าตัวตายในช่วงที่ดื่มสุราอย่างหนัก และในช่วงแรกของการถอนพิษสุรา (Cornelius, Clark, salloum, Bukstein, & Kelly, 2001) ผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูง และระดับสูงมาก ร้อยละ 15.3 และ 14.8 ตามลำดับ (ชลิพร แสนไชย, 2549)

เพทราคิส กอนเซลซ์ โรเซนเฮค และคริสทอล (Petrakis, Gonzalez, Rosenheck, & Krystal, 2002) รายงานว่าผู้ที่ติดสุรามักจะเกิดปัญหาทางจิตเวชได้บ่อย หรือเกิดปัญหาโรคร่วมของการติดสุราและความผิดปกติทางจิตเวชโดยพบว่า โรคร่วมทางจิตเวชในผู้ติดสุราประกอบด้วยโรคความผิดปกติทางอารมณ์ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวน โรควิตกกังวล และโรคจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของอรัญญา แพ้จู้ และคณะ (2549) ที่พบว่าผู้ติดสุรา มีความชุกของการเกิดโรคจิตเวชร่วมร้อยละ 60 โดยภาวะโรคจิตเวชร่วมที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ lifetime psychotic disorder, lifetime suicidality, lifetime manic episode, current major depressive disorder, current generalized anxiety disorder, และ lifetime antisocial personality disorder คิดเป็นร้อยละ 27.5, 18.3, 15.8, 15.0, 7.5, และ 7.5 ตามลำดับ เมื่อแยกตามกลุ่มการวินิจฉัยโรคพบว่า กลุ่มโรคจิตเวชร่วมที่พบบ่อยที่สุดคือ mood disorder, psychotic disorder, anxiety disorder, personality disorder, และ substance use disorder คิดเป็นร้อยละ 32.5, 27.5, 22.5, 7.5, และ 3.3 ตามลำดับ ซึ่งภาวะโรคร่วมทางจิตเวชที่เกิดขึ้นในผู้ติดสุราอาจทำให้ยากต่อการวินิจฉัยโรค และทำให้การรักษาที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังและยากต่อการเยียวยา (Shivani, Goldsmith, & Anthenelli, 2002 ; Petrakis, Gonzalez, Rosenheck, & Krystal, 2002)

ผลกระทบของสุราด้านครอบครัว

การเสพติดสุราไม่เพียงแต่ส่งผลเสียต่อผู้ดื่ม ยังกระทบต่อครอบครัวของผู้ดื่มอย่างชัดเจน โดยเฉพาะคู่สมรส ไซยา ตระกูลมุล (2546) ศึกษาพบว่าคู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดสุราร้อยละ 39.0 มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ครอบครัวที่สามีภรรยาติดสุราเป็นประจำ จะทำให้เกิดการทะเลาะวิวาทกับคนในครอบครัวมากที่สุด (ร้อยละ 67.7) ตั้งแต่การถูกทำร้ายร่างกาย เกิดภาวะดราม่า จิตใจ การหย่าร้าง จนถึงการเสียชีวิต (วิชัย โปษยะจินดา และ อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, 2545) เช่นเดียวกับการศึกษาของรณชัย คงสกนธ์ (2548) พบว่าสุรามีความสัมพันธ์กับปัญหาความรุนแรงในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยครอบครัวที่ใช้สุรามีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัวเป็น 3.8 เท่า เมื่อเทียบกับครอบครัวที่ไม่ได้ใช้สุรา

การศึกษาในชุมชนภาคเหนือของศรีดา ธีระวัฒน์สกุล จิราพร สุวรรณธีรางกูร และวราภรณ์ ปัญณวลี (2549) พบว่าประชาชนในชนบทได้รับผลกระทบจากสุรามากที่สุด 3 อันดับแรกคือ รายได้ลดลง ถูกตำรวจจับ/ตักเตือน และมีการทะเลาะหรือทำร้ายร่างกายคนในครอบครัว ร้อยละ 48.4, 47.1, และ 36.9 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่ดื่มสุราในชุมชนเมืองได้รับผลกระทบสูง 3 อันดับแรกคือ ไม่สามารถไปทำงานได้ ถูกตำรวจจับ/ตักเตือน และรายได้ในครอบครัวลดลง ร้อยละ 71.4, 33.3, และ 31.0 ตามลำดับ

ผลกระทบของสุราด้านสังคม

ภาวะติดสุราทำให้เกิดวงจร “ดื่มมากทำให้ติด ติดแล้วทำให้ดื่มมาก” เป็นวงจรไม่สิ้นสุด ซึ่งยิ่งดื่มมากผลกระทบก็จะมาก ผลจากการเมาสุรา (intoxication) ก่อให้เกิดปัญหาสังคมในหลายลักษณะได้แก่ เกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากมีความผิดปกติของการทำงานระหว่างจิตกับกาย (psychomotor impairment) เช่น การทรงตัว การเคลื่อนไหว หรือเวลาของปฏิกิริยาการตอบสนอง ยาวขึ้น การตัดสินใจไม่ดี ทำให้กล้าตัดสินใจขับรถแบบผาดโผน เสี่ยงอันตราย และการเมาสุรายังทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง ลดความรับผิดชอบต่อสังคม ทำให้เกิดการทะเลาะวิวาทได้ง่ายขึ้น (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2548)

จากการรายงานของคณะทำงานศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงในปี พ.ศ. 2542 และ 2547 พบว่าการดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงลำดับที่ 2 ในการก่อให้เกิดภาระโรคของประเทศไทย โดยเพิ่มจากร้อยละ 5.8 ในปี 2542 เป็นร้อยละ 8.1 ในปี 2547 หากคิดเป็นอัตราการเพิ่มของการก่อให้เกิดภาระโรคจะสูงถึงร้อยละ 45.5 ซึ่งสูงกว่าอัตราการเพิ่มของภาระโรคโดยรวมถึง 10.8 เท่า สะท้อนให้เห็นว่าอันตรายจากการบริโภคสุราของประเทศไทย สูงกว่าปัจจัยเสี่ยงอื่นๆทั้งหมด และจะเป็นเหตุที่ก่อให้เกิดผลเสียหายต่อประเทศอย่างใหญ่หลวง นอกจากนี้คนไทยยังมีพฤติกรรมดื่มสุรามากในเทศกาลต่างๆอย่างชัดเจนเป็นผลให้เกิดคดีอุบัติเหตุจราจรเพิ่มขึ้นตามมา โดยพบว่าจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกสูงที่สุดในเดือนเมษายน และเดือนธันวาคม (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2550)

การประเมินผลการบำบัดผู้ติดสุรา

การให้ความสำคัญของการประเมินผลที่ได้รับจากการบำบัดรักษาจะสะท้อนถึงการได้จำกัดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร (Rohsenow & Malley, 1999) เป้าหมายของการรักษาผู้ติดสุรามุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้หมายถึงการลดการดื่มลง (reduction) โดยเฉพาะการลดการดื่มแบบอันตราย (harm reduction) หรือหมายถึงการหยุดดื่ม (cessation) (Tonigan, 2003)

จากมติของที่ประชุมการประเมินผลการรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์และผู้ที่มีค่าดื่มแอลกอฮอล์ (NIDA/CPDD Meeting) ณ กรุงวอชิงตัน ดีซี ระหว่างวันที่ 23-24 เมษายน พ.ศ. 2542 สรุปได้ว่าการประเมินผลควรมี 2 ระยะดังนี้ (Rohsenow & Malley, 1999)

1. การประเมินผลในระยะที่ 1 (primary outcome measures)

การประเมินผลการรักษาที่ดีที่สุดคือการประเมินการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการตั้งสมมติฐานว่า “ผู้ป่วยจะหยุดดื่มในระยะเริ่มต้นของการรักษา” ดังนั้นวิธีการประเมินจึงประกอบด้วย

เปอร์เซ็นต์ของจำนวนวันที่ดื่มหนัก(percent heavy drinking days) โดยวันที่ดื่มหนัก หมายถึง วันที่บุคคลดื่มมากกว่าระดับของการดื่มมาตรฐาน

ระดับของการดื่มมาตรฐาน (standard drink) ในแต่ละประเทศกำหนดไว้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับขนาดของแก้วที่ใช้ดื่มทั่วไปในแต่ละประเทศ ดังเช่น “1 standard drink” หรือ “หนึ่งดื่มมาตรฐาน” ในประเทศสหราชอาณาจักร คือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 8 กรัม ในประเทศญี่ปุ่นคือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 19.75 กรัม ในประเทศแคนาดาคือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 13.60 กรัม และในประเทศสหรัฐอเมริกาคือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 14 กรัม (WHO, 2001) ซึ่งตรงกับการกำหนดของสถาบันแห่งชาติในเรื่องการฝาดื่มแอลกอฮอล์และโรคพิษสุรา (NIAAA, 2004) ที่กำหนดให้ของระดับการดื่มมาตรฐานว่า “1 drink” หรือหนึ่งดื่มมาตรฐาน คือการดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ 14 กรัม” (0.6 ออนซ์) ส่วนตามการกำหนดของประเทศออสเตรเลีย (Australian Alcohol Guidelines) (WHO, 2001; Shand & Gates, 2004) กำหนด “1 drink” หรือหนึ่งดื่มมาตรฐาน คือการดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ (pure alcohol) 10 กรัม” ซึ่งเทียบเคียงกับเครื่องดื่มประเภทต่างๆ ได้ดังนี้

ก. เบียร์ชนิดอ่อน (light beer) ที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ร้อยละ 2.00-2.90 ประมาณ 1.5 กระป๋อง

ข. เบียร์ชนิดปานกลาง (mid strength beer) ที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ร้อยละ 3.00-3.90 ประมาณ 1 กระป๋อง

ค. เบียร์ชนิดแรง (heavy beer) ที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ร้อยละ 4.00-5.00 ประมาณ 3/4 กระป๋อง

ง. ไวน์ธรรมดาที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ร้อยละ 12.50 ประมาณ 1 แก้ว ขนาด 100 cc.

จ. ไวน์ชนิดเข้ม (fortified wine) ที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ร้อยละ 20.50 ประมาณ 1 แก้วขนาด 60 cc.

ฉ. เหล้า (spirit) ที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ร้อยละ 40.00 ประมาณ 1 ถ้วยเล็ก ขนาด 30 cc.

โดยทั่วไปเกณฑ์ที่น้อยที่สุดที่จัดให้อยู่ในระดับของการดื่มหนักคือ 5-6 drinks/วัน สำหรับผู้ชาย และ 4-5 drinks/วัน สำหรับผู้หญิง (Rohsenow & Malley, 1999; Shand & Gates, 2004) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ระดับการดื่มมาตรฐานตามการกำหนดของประเทศออสเตรเลีย คือ

หนึ่งดื่มมาตรฐานมีแอลกอฮอล์ 10 กรัม (1 standard drink = alcohol 10 grammes) เนื่องจากสามารถเทียบเคียงกับเครื่องดื่มประเภทต่างๆที่มีจำหน่ายในประเทศไทยได้อย่างใกล้เคียง

วิธีการคำนวณปริมาณแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มแต่ละชนิด ทำได้โดยนำค่ามาตรฐานคือ 0.79 (1 มิลลิลิตร ประกอบด้วยเอ็ททานอล 0.79 กรัม) ไปคูณกับร้อยละของเอ็ททานอลและคูณกับปริมาณของเครื่องดื่มนั้นๆ (WHO, 2001) แล้วนำค่าที่ได้ไปเทียบกับ 1 drink มาตรฐานเพื่อพิจารณาว่าการดื่มครั้งนั้นเกิน 1 drink มาตรฐานหรือไม่ เช่น เบียร์ 1 กระป๋อง มีปริมาณ 330 ml ประกอบด้วยเอ็ททานอล 5% = $330 \times 0.05 \times 0.79 = 13$ กรัม

เปอร์เซ็นต์ของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) คำนวณได้จากจำนวนวันที่ดื่มหนักคูณด้วย 100 หารด้วยจำนวนวันทั้งหมดในช่วงเวลาที่ติดตาม (follow-up period) ซึ่งจะไม่รวมวันที่บุคคลนอนโรงพยาบาลหรือถูกจำกัดสถานที่ (incarcerated) (Sobell, Sobell, & Ward, 1980) บุคคลที่หยุดดื่มได้อย่างเด็ดขาด (completely abstinent day) จะมีเปอร์เซ็นต์ของจำนวนวันที่ดื่มหนักเท่ากับ 0 และคนที่สามารถหยุดดื่มได้เป็นส่วนใหญ่ หรือดื่มเพียงเล็กน้อยจะมีเปอร์เซ็นต์ของจำนวนวันที่ดื่มหนักอยู่ในระดับต่ำ การประเมินผลโดยใช้วิธีการคำนวณเปอร์เซ็นต์ของจำนวนวันที่ดื่มหนักนี้มีความเชื่อมั่นในระดับเอ (confidence: A) ซึ่งหมายถึงระดับที่บ่งชี้ถึงการมีความเชื่อมั่นในระดับสูงและการมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน (Hughes & Perkins as cited in Rohsenow & Malley, 1999)

1.2 เปอร์เซ็นต์ของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) หมายถึงจำนวนวันที่หยุดดื่ม คูณด้วย 100 หารด้วยจำนวนวันที่มีโอกาสจะดื่ม (possible drinking days) ในช่วงเวลาที่ติดตาม (follow-up period) ซึ่งการประเมินผลโดยวิธีนี้มีความเชื่อมั่นในระดับเอ (confidence: A)

1.3 จำนวนครั้งของการดื่มต่อวันที่ดื่ม (number of drinks per drinking day) หมายถึงจำนวนของการดื่มมาตรฐานในช่วงเวลาที่ติดตาม (follow-up period) หารด้วยจำนวนวันที่ดื่มในช่วงเวลานั้น การประเมินผลโดยวิธีนี้มีความเชื่อมั่นในระดับเอ (confidence: A)

1.4 จำนวนวันที่หยุดดื่มก่อนที่จะกลับมาดื่มหนักครั้งแรก (days to first heavy drinking days) หมายถึงจำนวนวันที่ไม่ได้ดื่มในระหว่างการรักษาก่อนที่จะกลับมาดื่มหนักอีกครั้งในวันแรก หารด้วยจำนวนวันทั้งหมดในช่วงเวลาที่ติดตาม วิธีกรนี้จะเป็นการวัดช่วงเวลาที่หยุดดื่มได้นานที่สุด ก่อนที่จะกลับมาดื่มหนักอีกในวันแรก การประเมินผลโดยวิธีนี้มีความเชื่อมั่นในระดับเอ (confidence: A)

2. การประเมินผลในระยะที่ 2 (secondary outcome measures) ประกอบด้วยการประเมิน 3 ด้าน ได้แก่

2.1 ความผิดปกติด้านชีวเคมีของร่างกาย (biochemical markers) โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูความไวและความถ่วงจำเพาะของ แคมมา กรูตามิล ทรานสเฟอเรส (gamma-glutamyl transferase [GGT]) และคาร์โบไฮเดรต ดีฟีเซียน ทรานสเฟอริน (carbohydrate deficient transferrin [CDT]) ซึ่งสามารถใช้วินิจฉัยอาการที่ดื้อขึ้นจากการลดการดื่มหนักลงเป็นดื่มปานกลาง หรือหยุดดื่มในเวลาต่อมา

2.2 ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol problems) ผลของการรักษาสามารถประเมินได้จากการลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ที่วัดโดยแบบวัดผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ดื่มสุรา (DrInC-2L) จำนวน 5 ด้านคือด้านร่างกาย (physical) ด้านความรับผิดชอบทางสังคม (social responsibility) ด้านความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง (impulse control) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal) และด้านภายในของบุคคล (intrapersonal) การประเมินผลโดยวิธีนี้มี ความไว้วางใจในระดับบี (confidence: B) ซึ่งหมายถึงระดับที่บ่งชี้ถึงการมีความเชื่อมั่นในระดับปานกลาง (Hughes & Perkins as cited in Rohsenow & Malley, 1999)

2.3 การวัดพฤติกรรมที่ดื่มหรือหยุดดื่ม (dichotomous measures of abstinence) เป็นการวัดความละเลยหรือความผิดพลาด (lapse) ในการหยุดดื่ม โดยบุคคลมักจะมีทั้งหยุดดื่มและกลับมาดื่มอีก แม้ว่าจะดื่มเพียงครั้งเดียวก็ตาม การประเมินผลโดยวิธีนี้มีความเชื่อมั่นในระดับบี (confidence: B)

โทนิแกน (Tonigan, 2003) กล่าวว่าเป้าหมายในการประเมินผลการบำบัดจะมุ่งเน้นที่ผลที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยหรือต่อผู้บำบัด และ/หรือประเมินเพื่อปรับปรุงบริการให้ดีขึ้น โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากแอลกอฮอล์ควรได้รับการพิจารณาถึงคุณสมบัติของเครื่องมือใน 3 ประเด็น ดังนี้ 1) เครื่องมือนั้นควรสร้างขึ้นจากการศึกษาในกลุ่มผู้ดื่มแอลกอฮอล์ 2) เข้าใจระดับค่าความเชื่อมั่นที่สามารถอธิบายความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ ซึ่งความน่าเชื่อถือของเครื่องมือที่อยู่ในระดับดีคือมีค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .80 ขึ้นไป 3) เครื่องมือควรมีความเฉพาะเจาะจงในการวัดสิ่งที่ต้องการศึกษาโดยมีการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้ และคำถามพื้นฐานที่ใช้ในการประเมินผลการบำบัดคือ “มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นหรือไม่?” เช่น ลดพฤติกรรมการดื่มที่เป็นอันตราย (harm reduction) ส่วนการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัด (summative evaluation) ควรใช้คำถามที่สื่อถึงประสิทธิผลของการบำบัด

สถาบันแห่งชาติในเรื่องการเฝ้าดื่มแอลกอฮอล์และโรคพิษสุรา (NIAAA, 2004) ได้เสนอตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการบำบัดที่มีลักษณะข้อคำถาม กลุ่มเป้าหมายที่จะประเมิน และมีวิธีการประเมินที่แตกต่างกัน เช่น เครื่องชี้วัดความรุนแรงของการติดยา (ASI) แบบประเมินระดับ

ปัญหาของการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) แบบวัดผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ดื่มสุรา (DrInC-2L) และแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A) เป็นต้น

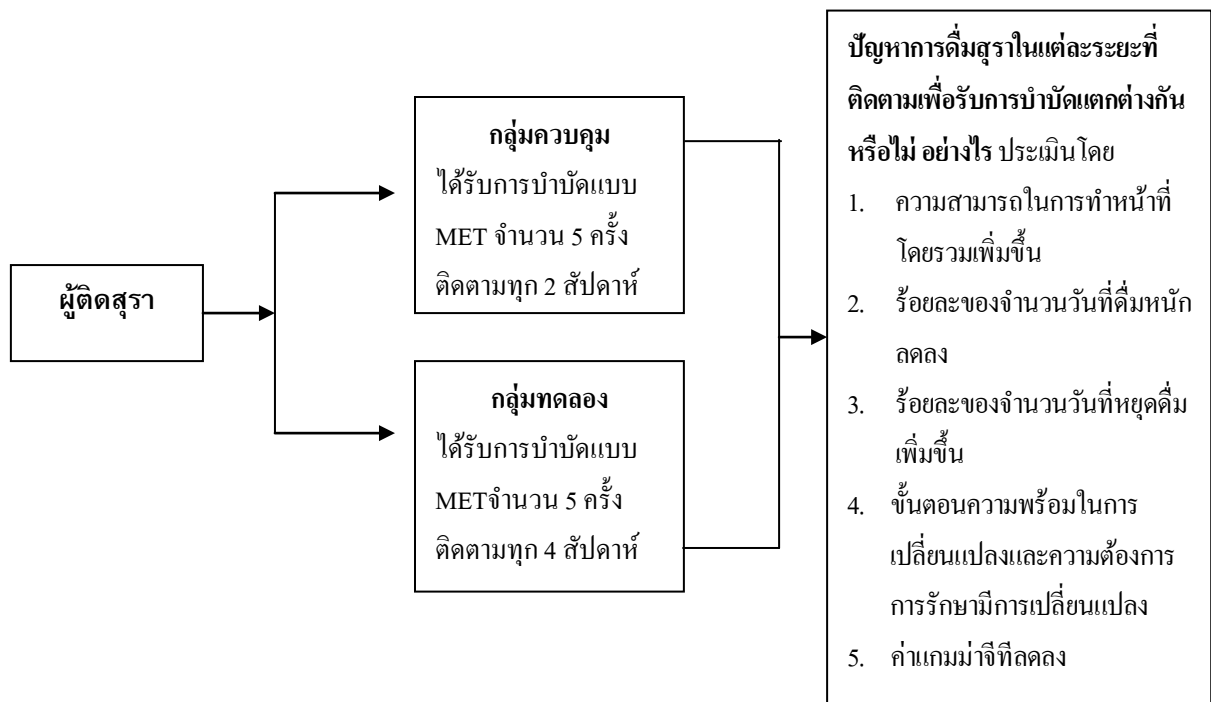
กล่าวโดยสรุปจะเห็นว่า การประเมินผลการรักษาผู้ติดสุรา 2 ระยะคือ การประเมินผลในระยะที่ 1 (primary outcome measures) และการประเมินผลในระยะที่ 2 (secondary outcome measures) ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินมีค่อนข้างหลากหลาย สามารถใช้หลายวิธีร่วมกันและต้องมีค่าความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้ ในการศึกษาคั้งนี้จะประเมินผลทั้ง 2 ระยะโดยการประเมินผลในระยะที่ 1 ได้แก่ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent abstinence days) ส่วนการประเมินผลในระยะที่ 2 ได้แก่การตรวจดูความไวและความถ่วงจำเพาะของ GGT และได้เพิ่มการใช้แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A) และใช้แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) ร่วมประเมินด้วยเพื่อให้การประเมินผลการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีความครอบคลุมทั้งการประเมินด้านแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา ด้านความผิดปกติของชีวเคมีในร่างกาย ด้านพฤติกรรมลดการดื่มหนัก ด้านพฤติกรรมหยุดดื่ม และด้านความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม ดังนี้

1. การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) เป็นการประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในเชิงจิตใจ สังคม และอาชีพ เพื่อวินิจฉัยโรคทางจิตเวชในแกนที่ 5 (Axis V) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV) (Kaplan, Sadock, & Grebb 1994)

2. การประเมินร้อยละ ของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days)
3. การประเมินร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent abstinence days)
4. การประเมินขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A) สำหรับผู้ดื่มสุรา
5. การประเมินการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับโดยตรวจหาค่าแกมมาจีที (GGT)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) ในผู้ติดสุราตามกรอบแนวคิดของมิลเลอร์และโรลนิก (Miller & Rollnick, 1995) เพื่อวัดผลของการบำบัดชนิดนี้ต่อการลดปัญหาการดื่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ และกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์ โดยแนวคิดของการเสริมสร้างแรงจูงใจดังกล่าวมีลักษณะเป็นการให้การปรึกษาที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้หลักการของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ในการช่วยผู้รับบริการได้สำรวจ ค้นหา และแก้ไขความลังเลใจของตนเอง สร้างความรู้สึกว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยท่าทีที่แสดงความเข้าใจ เห็นใจของผู้บำบัด โดยใช้ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 5 ครั้ง ดังแผนภูมิต่อไปนี้



รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงทดลองทางคลินิกแบบ single blinded clinical trials ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยสุ่มแบบจับฉลากแบบไม่แทนที่เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างว่าอยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองจนครบจำนวนในแต่ละกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ คลินิกบำบัดสุราแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนปรุง ระหว่างเดือนเมษายน 2549 ถึงตุลาคม 2550 และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM – IV) (American Psychiatric Association, 1994) โดยแพทย์ระบุการวินิจฉัยเป็น alcohol dependent (F10.2), alcohol dependent c alcohol withdrawal (F10.3), หรือ alcohol dependent c alcohol induced psychotic disorders (F10.5) ตามรหัสของโรคที่ยึดตามระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Disease and related Health problem [ICD – 10]) และไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยโรคก่อนที่จะถูกส่งมารับบริการ ณ คลินิกบำบัดสุราตามผังไหล (flow chart) ของบริการผู้ป่วยสุราแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนปรุงดังนี้ (1) ผู้ป่วยติดต่อห้องทำบัตร (2) ได้รับการคัดกรอง ชักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และพบนักสังคมสงเคราะห์ (กรณีรายใหม่) (3) พบจิตแพทย์เพื่อวินิจฉัยและให้การรักษแบบผู้ป่วยนอก (4) รับยา (5) รับบริการบำบัดทางจิตสังคม ณ คลินิกบำบัดสุราก่อนกลับบ้าน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การหาขนาดตัวอย่างของงานวิจัย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน คำนวณจากผลการศึกษาของมานิต ศรีสุรภานนท์ และคณะ (2549) ที่พบว่าจำนวนผู้ที่กลับไปดื่มสุราในช่วง 4 สัปดาห์ก่อนการประเมินติดตามผลระหว่างกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาโดยการสร้างแรงจูงใจ กับกลุ่มที่ได้รับสุขศึกษา มีค่าเท่ากับ 0.33: 0.66 ดังนั้นสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างมีดังนี้ (นิพนธ์ เสริมพานิชย์ และกิตติกา กาญจนรัตน์, 2540)

$$\text{ขนาดตัวอย่าง} = \frac{\{Z_{\alpha} \sqrt{2PQ} + Z_{\beta} \sqrt{P_c Q_c + P_t Q_t}\}^2}{(P_c - P_t)^2}$$

เมื่อ Z_α = ค่า Z ที่ได้จากรายการแจกแจงปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนด Type I error

ให้ $\alpha = 5\%$ ดังนั้น $Z_\alpha = 1.645$

Z_β = ค่า Z ที่ได้จากรายการแจกแจงปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนด Type II error

ให้ $\beta = 20\%$ ดังนั้น $Z_\beta = 0.84$

$$P_c = 0.66 \quad Q_c = 1 - P_c \quad P_t = 0.33 \quad Q_t = 1 - P_t$$

$$\bar{P} = \frac{P_c + P_t}{2} = \frac{0.66 + 0.33}{2} = 0.49$$

$$\bar{Q} = \frac{1 - P}{2} = 1 - 0.49 = 0.51$$

$$\begin{aligned} \text{ขนาดตัวอย่าง} &= \frac{\left\{ 1.645 \sqrt{2(.49)(.51)} + .84 \sqrt{(.66)(.34) + (.33)(.67)} \right\}^2}{(.66-.33)^2} \\ &= 27 \end{aligned}$$

ดังนั้นขนาดของตัวอย่างที่ต้องการในการวิจัยในแต่ละกลุ่มจะเท่ากับ 27 ราย และจากการคาดว่าอาจมีผู้หยุ่คร่วมวิจัยประมาณ 20 % ขนาดตัวอย่างของแต่ละกลุ่มจึงเท่ากับ 32 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยสุ่มแบบจับฉลากแบบไม่แทนที่เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองจนครบจำนวนในแต่ละกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุดในการวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา และชนิดของยาที่ได้รับ เพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าร่วม โครงการวิจัยครั้งนี้ได้ มีจำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 24 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 28 ราย

กลุ่มควบคุม จำนวน 24 ราย ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจำนวน 5 ครั้ง โดยนัดติดตามทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง (visit₁ week₀ ถึง visit₅ week₈)

กลุ่มทดลอง จำนวน 28 ราย ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจำนวน 5 ครั้ง โดยนัดติดตามทุก 4 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง (visit₁ week₀ ถึง visit₅ week₁₆)

เกณฑ์การรับอาสาสมัครวิจัย (inclusion criteria) มีดังนี้

1. มีพฤติกรรมการดื่มสุราในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา
2. ไม่มีอาการถอนพิษสุราที่เป็นปัญหาต่อการบำบัด ประเมินโดยแบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา(AWS) ที่มีคะแนน < 5
3. สามารถอ่านออก เขียนได้ และพูดคุยติดต่อดสื่อสารได้
4. สวมครใจในการให้ผู้ศึกษาติดตามต่อเนื่องได้จนครบ 2 เดือน หรือ 4 เดือน
5. สามารถมาตามนัดได้
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
7. ได้รับการวินิจฉัยเป็น alcohol dependent (F10.2), alcohol dependent c alcohol withdrawal (F10.3) หรือ alcohol dependent c alcohol induced psychotic disorders (F10.5)
8. ได้รับการรักษาด้วยยากลุ่ม benzodiazepine และ/หรือกลุ่ม antidepressant และ/หรือกลุ่มที่ใช้รักษาเพื่อลดการดื่มสุรา และยาวิตามินบางชนิดเช่น B_{1,6,12}

เกณฑ์การบอกละเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

อาสาสมัครวิจัยที่จะถูกบอกละเลิกจากการศึกษาคือ เป็นผู้มีอาการทางจิต ได้แก่ ประสาทหลอน หวาดระแวง หลงผิด ไม่สามารถควบคุมความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองได้ ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานที่ในชีวิตประจำวันและมีผลกระทบต่อผู้อื่น และ/หรือได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือการคัดเลือกอาสาสมัครวิจัย คือแบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (AWS) ของซอว์นเดอร์ส (Saunders) ซึ่งแปลโดยแพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพฑูลย์ เพื่อเป็นเอกสารที่ใช้ในงานประจำของโรงพยาบาลสวนปรุง
2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.1 แบบประเมินติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของโรงพยาบาลสวนปรุง (2547) ซึ่งเป็นแบบสอบถามปลายเปิด มีข้อความประกอบด้วย
 - 2.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครวิจัย ได้แก่
 - (1) เพศ (2) อายุ (3) การวินิจฉัยโรค (4) สถานะของการมารักษา (5) วิธีการ

ให้การบำบัด (6) ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ใช้ (7) ปริมาณในการดื่ม (8) ความถี่ในการดื่ม

2.1.2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของอาสาสมัครวิจัยที่ประเมินโดยผู้บำบัด ได้แก่ 1) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2) ความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) ซึ่งประเมินโดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างมาเทียบเคียงกับช่วงคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) ที่กำหนดไว้ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชในแกนที่ 5 (Axis V) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM – IV) (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1944) 3) ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) ประเมินโดยผู้วิจัยนำจำนวนวันที่กลุ่มตัวอย่างดื่มสุราเกิน 4 drinksมาตรฐานคูณด้วย 100หารจำนวนวันทั้งหมดที่มีโอกาส (ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ 14 วันหรือ 30 วันตามระยะเวลาการนัดหมายของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง) 4) ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) ประเมินโดยผู้วิจัยนำจำนวนวันที่กลุ่มตัวอย่างหยุดดื่มสุราคูณด้วย 100 หารจำนวนวันทั้งหมดที่มีโอกาส

เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) มีดังนี้

คะแนน 61 – 70 หมายถึง	มีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ใช้ได้ มีปัญหาในการเข้าสังคมหรือการประกอบอาชีพเป็นบางครั้ง
คะแนน 71 – 80 หมายถึง	มีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี อาการที่เกิดขึ้นเป็นแบบชั่วคราวซึ่งเกิดจากการตอบสนองต่อความเครียดทางจิตใจที่พบได้ทั่วไป สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพเพียงเล็กน้อย
คะแนน 81 – 90 หมายถึง	มีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ทุก ๆ ด้าน มีความสนใจและมีส่วนร่วมในกิจกรรมหลากหลาย เข้าสังคมได้ดี พอใจกับชีวิตโดยทั่วไป มีปัญหาในชีวิตประจำวันเป็นบางครั้ง
คะแนน 91 – 100 หมายถึง	มีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมได้อย่างดีเยี่ยม แก้ไขปัญหาชีวิตได้ เป็นที่พึ่งของคนอื่นได้

2.2 แบบวัดระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา

(SOCRATES – 8A) สำหรับผู้ดื่มสุรา แบบวัดนี้โรงพยาบาลสวนปรุงโดยแพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ ได้ปรับปรุงจากเอกสารประกอบการสอนของพันโท นายแพทย์พิชัย แสงชาญชัย กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งได้แปลจาก Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES – 8A) ของมิลเลอร์ และโทนิแกน (Miller & tonigan, 1996) เพื่อใช้ในงานประจำของ โรงพยาบาลสวนปรุง โดยอาสาสมัครวิจัยจะเป็นผู้ประเมินแบบวัดนี้ด้วยตนเอง (self report) ทุกครั้งที่มารับการบำบัด ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ แบ่งข้อคำถามเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการยอมรับ จำนวน 7 ข้อ ด้านความลังเล จำนวน 4 ข้อ และด้านกำลังลงมือทำ จำนวน 8 ข้อ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบตามความคิด ความรู้สึกของตนเองต่อข้อคำถามในแต่ละข้อได้ 5 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	คะแนน
เห็นด้วย	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนน

ด้านความตระหนัก (recognition)	7–28	หมายถึงต่ำมาก
	29–31	หมายถึงต่ำ
	32–34	หมายถึงปานกลาง
	35	หมายถึงสูง
ด้านความลังเลใจ (ambivalence)	4–11	หมายถึงต่ำมาก
	12–14	หมายถึงต่ำ
	15–16	หมายถึงปานกลาง
	17–18	หมายถึงสูง
	19–20	หมายถึงสูงมาก

ด้านกำลังมือทำ (taking steps)	8 – 29	หมายถึงต่ำมาก
	30 – 32	หมายถึงต่ำ
	33 – 35	หมายถึงปานกลาง
	36 – 38	หมายถึงสูง
	39 – 40	หมายถึงสูงมาก

2.3 การประเมินการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับ (Gamma-glutamyl transferase [GGT])
ซึ่งมีค่าปกติที่ 7-49 μL

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (validity)

แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A) สำหรับผู้ดื่มสุราซึ่งพัฒนาโดยมิลเลอร์ และ โทนิแกน (Miller & Tonigan, 1996) ได้รับการแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยพันโท นายแพทย์พิชัย แสงชาญชัย และ โรงพยาบาลสวนปรุง โดยแพทย์หญิงพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ ได้นำแบบวัดนี้มาปรับปรุงด้านภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และได้นำแบบวัดนี้ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้างจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดผู้ติดสุราจำนวน 2 ท่านก่อนนำมาใช้งานประจำของโรงพยาบาลสวนปรุง พ.ศ. 2547

ส่วนเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) ได้รับการแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยเภสัชกรหญิงภาวดี การเร็ว และได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นจิตแพทย์ของโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 2 ท่าน ก่อนนำมาใช้ในงานประจำของโรงพยาบาลสวนปรุง พ.ศ. 2545

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการศึกษาครั้งนี้ ผู้บำบัดแต่ละคนจะได้รับการสุ่มประเมินคุณภาพมาตรฐานการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามขั้นตอนการบำบัดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คนละ 1 ครั้ง โดยจิตแพทย์ที่เป็นที่ปรึกษาของโครงการวิจัย และโดยหัวหน้าโครงการวิจัย หากผลการประเมินไปเป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ในการศึกษา ข้อมูลครั้งนั้นจะไม่ถูกนำมาวิเคราะห์ นอกจากนี้ยังมีการควบคุมคุณภาพมาตรฐานการบำบัดโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การบำบัดของแต่ละคนภายในกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติการบำบัดทางจิตสังคมในผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุรา จำนวน 2 ครั้ง

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาสำหรับผู้มีสมาธิสั้น ไปหาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ติดยาที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนปรุงก่อนเริ่มดำเนินการศึกษา จำนวน 10 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Hunger, 1999)

ส่วนการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) ผู้วิจัยมีการหาค่าความสอดคล้องกันของการใช้เครื่องมือของผู้ประเมิน (inter-rater agreement) ของเกณฑ์การแบ่งระดับความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในลักษณะของ single blinded clinical trials โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ ตามรายละเอียดต่อไปนี้

1. ประชุมชี้แจงโครงการวิจัยให้ทีมบำบัดทางจิตสังคมในคลินิกบำบัดสุรารับทราบซึ่งมีทั้งหมด 9 คน ที่ได้ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์การให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ณ คลินิกบำบัดสุราตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป และสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมทีมวิจัย พบว่าทั้ง 9 คนสมัครใจเข้าร่วมทีมวิจัย โดยแบ่งเป็นนักวิจัยร่วมจำนวน 5 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 3 คน และนักอาชีวบำบัด 2 คน และเป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 4 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ โดยทีมวิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลในวันที่ตนเองต้องปฏิบัติงานคลินิกบำบัดสุราตามตารางการปฏิบัติงานปกติ

2. คัดเลือกอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติในการเข้าร่วมโครงการวิจัย (inclusion criteria) ซึ่งจะเข้ามารับการบำบัด ณ คลินิกบำบัดสุราเป็นรายบุคคล หากมีคุณสมบัติตามกำหนด ทีมผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในเวลานั้นทำการสุ่มอย่างง่ายโดยสุ่มแบบจับสลากแบบไม่แทนที่เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างว่าอยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง

3. ให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคล ใช้เวลานาน 30-45 นาที จำนวน 5 ครั้ง ตามหลักการและขั้นตอนของมิลเลอร์และโรลนิก (Miller & Rollnick, 1991 ; 2002) และของมิลเลอร์ (Miller, 1995 ; 1998) ดังนี้

ก. แสดงความเข้าใจเห็นใจผู้ป่วย (express empathy) โดยการสื่อสารในลักษณะ

เคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกและตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง การใช้ทักษะการฟังมากกว่าการบอกให้ทำ (listening rather than telling)

ข. ค้นหาช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในปัจจุบัน (develop discrepancy) โดยช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่เป็นอย่างไรและสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะให้เกิดขึ้น (ในทางที่ดี) เป็นอย่างไร

ค. หลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย (avoid argumentation) โดยผู้บำบัดไม่ทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้ป่วย

ง. ยอมรับแรงต้านที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (roll with resistance) โดยผู้บำบัดแสดงท่าทีสอดคล้องกับระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยและตระหนักว่ามุมมองความคิดในการแก้ปัญหาต้องเกิดขึ้นจากตัวผู้ป่วยเองไม่ใช่เกิดจากผู้บำบัด

จ. สนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองทำได้ (support self-efficacy) โดยผู้บำบัดสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อว่าตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงปัญหาการดื่มสุราได้

และผู้บำบัดใช้เทคนิคการปฏิสัมพันธ์ (interaction techniques) ในการเสริมสร้างแรงจูงใจตามตัวย่อ “OARS” ที่มีรายละเอียดดังนี้

1) ใช้คำถามปลายเปิด (open-ended questions) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพูดหรือตอบได้อย่างอิสระ สามารถช่วยผู้ป่วยค้นหาระดับของการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย เช่นการถามผู้ป่วยว่า “อะไรที่ทำให้คุณมาโรงพยาบาลในวันนี้” “มีอะไรเกิดขึ้นบ้างหลังจากที่เราได้คุยกัน ไปครั้งก่อน” “คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อถึงเวลาที่ควรจะมีการเปลี่ยนแปลงตนเอง”

2) การรับรองยืนยัน (affirmations) เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยผู้บำบัดแสดงความจริงใจและสื่อท่าทีให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถทำการเปลี่ยนแปลงตนเองได้ (ตามความรู้สึกของผู้บำบัด) (congruent and genuine)

3) การฟังอย่างสะท้อนคิด (reflective listening) เพื่อประเมินให้ได้ว่าผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงระดับใด หรือได้เปลี่ยนแปลงตนเองไปแล้วอย่างไรบ้าง รวมทั้งสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบเพื่อเป็นแนวทางในการบำบัดในขั้นตอนต่อไป

4) การสรุป (summaries) การสรุปสิ่งที่ผู้ป่วยได้บอกเล่ามาจะสื่อแสดงถึงความสนใจ ความตั้งใจฟังของผู้บำบัด ก่อให้เกิดความไว้วางใจต่อผู้บำบัด และยังช่วยให้การสนทนาเข้าสู่ประเด็นมากขึ้น

ขั้นตอนของการบำบัดมีดังนี้

ครั้งที่ 1 (visit₁wk₀ หรือ visit₁mth₀)

วัตถุประสงค์

- 1) สร้างความไว้วางใจและความคุ้นเคย
- 2) ผู้รับการบำบัดได้เปิดเผยตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมและความรู้สึกต่อการดื่มสุราของตนเอง
- 3) เสริมสร้างแรงจูงใจในการลดหรือหยุดดื่มสุรา

วิธีการบำบัด

1. ค้นหาประเด็นการสนทนาโดยใช้เทคนิคการปฏิสัมพันธ์ (OARS) ได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้บริการบอกเล่าถึงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง เช่น เริ่มดื่มมาตั้งแต่เมื่อไร ลักษณะการดื่ม ปริมาณ ความถี่ ชนิดของสุราที่ดื่ม ช่วงเวลาที่ดื่ม สิ่งที่น่าชวนให้ดื่ม ความรู้สึกต่อการดื่ม เหตุผลที่มารับบริการในครั้งนี้ โดยผู้บำบัดแสดงความเข้าใจและยอมรับในสิ่งที่ผู้บริการเป็นอยู่ (empathy) รับฟังอย่างสะท้อนคิดเพื่อประเมินระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแสดงท่าทีตอบสนองต่อระดับของแรงจูงใจอย่างเหมาะสมดังนี้ (Prochaska & DiClemente, 1982)

- ก) **ขั้นประเมินเฉย** ให้ข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นปัญหา ทั้งจากผลการประเมินและการวินิจฉัย ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับบริการบำบัดรักษา
- ข) **ขั้นตั้งเล็งใจ** พุดคุยถึงข้อดี ข้อเสียของการดื่มและการไม่ดื่มสุรา เปิดโอกาสให้ได้ทบทวนอย่างอิสระพร้อมทั้งให้ข้อมูลที่ถูกต้อง
- ค) **ขั้นตัดสินใจ** ให้ทางเลือกในการเลิกสุรา เปิดโอกาสให้เลือกอย่างอิสระ และเน้นความรับผิดชอบในการเลือกของผู้บริการเอง
- ง) **ขั้นลงมือปฏิบัติ** ช่วยให้การทำได้ต่อเนื่อง เช่น ส่งเสริมให้ได้กระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกอย่างต่อเนื่อง ทบทวนวิธีการที่ใช้ได้ผลและไม่ได้ผล ขจัดปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น ให้ความมั่นใจ ให้ความหวังและกำลังใจ
- จ) **ขั้นกระทำต่อเนื่อง** ช่วยป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ เช่น ให้คำแนะนำ ให้แนวทางการปฏิบัติตนให้มีชีวิตที่สมดุล มีคุณค่า การสังเกตสัญญาณเตือนของการกลับไปดื่มซ้ำ
- ฉ) **ขั้นกลับไปดื่มซ้ำ** ช่วยให้ได้ตั้งหลักได้ โดยระคับระคองจิตใจ สรุบบทเรียนยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น และสนับสนุนให้เลิกสุราต่อไป

2. ค้นหาช่องว่างระหว่างเป้าหมายชีวิตกับสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (develop discrepancy) ว่าสุรามีส่วนทำให้ความขัดแย้งนี้เกิดขึ้นอย่างไร หลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้บริการ (avoid

argumentation) ในขณะเดียวกันให้ยอมรับแรงต้านที่เกิดขึ้น (roll with resistance) และแสดงท่าทีสอดคล้องกับระดับของแรงงูใจ

3. พุดคุยเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจตามตัวย่อของ FRAMES คือ

- 3.1 ให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงปัญหา สิ่งที่เหมาะสมได้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้รับบริการ หรือความรุนแรงของปัญหาการดื่มสุราที่ผู้รับบริการประสบอยู่
- 3.2 เน้นให้ผู้รับบริการรับผิดชอบต่อตนเองในการเปลี่ยนแปลงและการตัดสินใจว่าจะเลิกหรือจะลดการดื่มสุรา
- 3.3 ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และจำเป็นต่อการตัดสินใจเพื่อให้หยุดดื่มสุรา
- 3.4 เสนอทางเลือกในการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา
- 3.5 แสดงความเข้าใจ เห็นใจ
- 3.6 ส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวของผู้รับบริการ และให้เกิดความมั่นใจว่าสามารถเลิกสุราได้

4. ตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ติดสุราพูดข้อความที่งูใจตนเอง (self-motivational statement [SMS]) เช่น คำถามที่กระตุ้นให้แสดงถึงการตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา คำถามที่กระตุ้นให้แสดงความกังวลกับปัญหาการดื่ม คำถามที่กระตุ้นให้แสดงถึงความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม และคำถามที่กระตุ้นให้แสดงถึงทัศนคติที่ดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม ในขั้นตอนนี้ ผู้บำบัดจะใช้เทคนิคการปฏิสัมพันธ์ตามตัวย่อ OARS เพื่อเสริมสร้างแรงงูใจ คือ (1) ใช้คำถามปลายเปิด (open-ended questions) ให้สามารถได้พูดหรือตอบอย่างอิสระ (2) การรับรองยืนยัน (affirmations) เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในสิ่งที่ผู้รับบริการคิดหรือตัดสินใจในลักษณะที่เหมาะสม และเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง (3) การฟังอย่างสะท้อนคิด (reflective listening) เพื่อประเมินระดับแรงงูใจหรือประเมินสิ่งที่ผู้รับบริการได้เปลี่ยนแปลงตนเองไปแล้วอย่างไรบ้าง (4) การสรุปสิ่งที่ผู้รับบริการได้บอกเล่ามา (summaries)

5. ช่วยผู้รับบริการกำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะกลางในการลด/เลิกดื่ม และให้ความหวัง ให้กำลังใจในความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง และเกิดความรู้สึกว่าตนเองทำได้ หรือสามารถเปลี่ยนแปลงปัญหาการดื่มสุราได้ (support self-efficacy)

6. สอบถามประสบการณ์ที่เคยได้รับคำแนะนำ หรือเคยได้อ่านหนังสือ เอกสารเกี่ยวกับโทษของสุรามีหรือไม่ อย่างไร เพื่อการวิเคราะห์ contamination ที่ไม่สามารถควบคุมได้

7. สอบถามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหยุดดื่มสุราของอาสาสมัครวิจัยว่าเกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อใด เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูล

8. นัดหมายครั้งต่อไป และให้อาสาสมัครวิจัยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองรับใบประเมิน SOCRATES-8A จากพยาบาลที่ไม่ใช่ทีมวิจัย ซึ่งปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อให้ประเมินด้วยตนเอง ณ บริเวณที่สะดวกในการตอบแบบประเมิน แล้วส่งคืนพยาบาลที่แจกแบบประเมินตามรายละเอียดในตารางแสดงกิจกรรมที่ใช้แบบประเมินและแบบวัดดังนี้

visit ₁ wk ₀ (ควบคุม) visit ₁ wk ₀ (ทดลอง)	visit ₂ wk ₂ (ควบคุม) visit ₂ wk ₂ (ทดลอง)	visit ₃ wk ₄ (ควบคุม) visit ₃ wk ₄ (ทดลอง)	visit ₄ wk ₆ (ควบคุม) visit ₄ wk ₆ (ทดลอง)	visit ₅ wk ₈ (ควบคุม) visit ₅ wk ₈ (ทดลอง)	wk ₁₆ ของกลุ่มควบคุม
1. SOCRATES-8A 2.แบบประเมิน ติดตามการ บำบัดรักษาผู้ป่วย แอลกอฮอล์ 3. GGT	1. SOCRATES-8A 2.แบบประเมิน ติดตามการ บำบัดรักษาผู้ป่วย แอลกอฮอล์ 3. GGT	1. SOCRATES-8A 2.แบบประเมิน ติดตามการ บำบัดรักษาผู้ป่วย แอลกอฮอล์ 3. GGT	1. SOCRATES-8A 2.แบบประเมิน ติดตามการ บำบัดรักษาผู้ป่วย แอลกอฮอล์ 3. GGT	1. SOCRATES-8A 2.แบบประเมิน ติดตามการ บำบัดรักษาผู้ป่วย แอลกอฮอล์ 3. GGT	1.SOCRATES-8A 2.แบบประเมิน ติดตามการ บำบัดรักษาผู้ป่วย แอลกอฮอล์ 3. GGT

9. ให้อาสาสมัครวิจัยไปเจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับ GGT

10. บันทึกข้อมูลตามแบบประเมินติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์

11. รวบรวมแบบประเมิน SOCRATES-8A จากบุคลากรแผนกผู้ป่วยนอก

การบำบัดครั้งที่ 2 (Visit₂wk₂ หรือ visit₂wk₄), **ครั้งที่ 3** (visit₃wk₄ หรือ visit₃wk₈), **ครั้งที่ 4** (Visit₄wk₆ หรือ Visit₄wk₁₂), **และครั้งที่ 5** (visit₅wk₈ หรือ visit₅wk₁₆) มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดหรือหยุดดื่มสุรา

วิธีการบำบัด

1. สร้างสัมพันธภาพ
2. ทบทวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมา
3. ใช้คำถามปลายเปิดให้ได้พูดอย่างอิสระ รับฟังอย่างสะท้อนคิดเพื่อประเมินระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแสดงท่าที่ตอบสนองต่อระดับของแรงจูงใจ
4. ทบทวนเป้าหมายของการเลิกสุรา หลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้รับบริการ (avoid argumentation) ในขณะเดียวกันให้ยอมรับแรงต้านที่เกิดขึ้น (roll with resistance) และแสดงท่าที่สอดคล้องกับระดับของแรงจูงใจ
5. พุดคุยเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามตัวย่อของ FRAMES คือ

- 5.1 ให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงปัญหา สิ่งที่เหมาะสมได้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้รับบริการ หรือการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา
 - 5.2 เน้นให้ผู้รับบริการรับผิดชอบต่อตนเองในการเปลี่ยนแปลงและการ ตัดสินใจว่าจะเลิกหรือจะลดการดื่มสุรา
 - 5.3 ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และจำเป็นต่อการตัดสินใจเพื่อให้หยุด ดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง
 - 5.4 เสนอทางเลือกในการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา
 - 5.5 แสดงความเข้าใจ เห็นใจ
 - 5.6 ส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวของผู้รับบริการ และให้เกิดความ มั่นใจว่าสามารถเลิกสุราได้
6. ตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ติดสุราพูดข้อความที่จูงใจตนเอง (self-motivational statement[SMS]) เช่น คำถามที่กระตุ้นให้แสดงถึงการตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา คำถามที่ กระตุ้นให้แสดงความกังวลกับปัญหาการดื่มสุรา คำถามที่กระตุ้นให้แสดงถึงความตั้งใจที่จะ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และคำถามที่กระตุ้นให้แสดงถึงทัศนคติที่ดีต่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ในขั้นตอนนี้ผู้บำบัดจะใช้เทคนิคการปฏิสัมพันธ์ตามตัวย่อ OARS เพื่อ เสริมสร้างแรงจูงใจ คือ 1) ใช้คำถามปลายเปิด (open-ended questions) ให้สามารถได้พูดหรือตอบ อย่างอิสระ 2) การรับรองยืนยัน (affirmations) เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในสิ่งที่ผู้รับบริการคิดหรือ ตัดสินใจในลักษณะที่เหมาะสม และเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง 3) การฟังอย่างสะท้อนคิด (reflective listening) เพื่อประเมินระดับแรงจูงใจหรือประเมินสิ่งที่ ผู้รับบริการได้เปลี่ยนแปลงตนเองไปแล้วอย่างไรบ้าง 4) การสรุปสิ่งที่ผู้รับบริการได้บอกเล่ามา (summaries)
7. ช่วยผู้รับบริการกำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะกลางในการลด/เลิกดื่ม และ ให้ความหวัง ให้กำลังใจในความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง และเกิดความรู้สึกว่าตนเองทำได้ หรือสามารถเปลี่ยนแปลงปัญหาการดื่มสุราได้ (support self-efficacy)
 8. สอบถามประสบการณ์ที่เคยได้รับคำแนะนำ หรือเคยได้อ่านหนังสือ เอกสาร เกี่ยวกับโทษของสุรามีหรือไม่ อย่างไร เพื่อการวิเคราะห์ contamination ที่ไม่สามารถควบคุมได้
 9. สอบถามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการหยุดดื่มสุราของอาสาสมัครวิจัยว่า เกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อใด เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูล
 10. นัดหมายครั้งต่อไป และให้อาสาสมัครวิจัยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองรับ

ใบประเมิน SOCRATES-8A จากพยาบาลที่ไม่ใช่ทีมวิจัย ซึ่งปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อให้ประเมินด้วยตนเอง ณ บริเวณที่สะดวกในการตอบแบบประเมิน แล้วส่งคืนพยาบาลที่แจกแบบประเมิน ตามรายละเอียดในตารางแสดงกิจกรรมที่ใช้แบบประเมินและแบบวัด

11. ให้อาสาสมัครวิจัยไปเจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับ GGT
12. บันทึกข้อมูลตามแบบประเมินติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์
13. รวบรวมแบบประเมิน SOCRATES-8A จากบุคลากรแผนกผู้ป่วยนอก

เพื่อลดปัญหาด้านการไม่มาตามนัด (loss follow up) ผู้วิจัยจะให้บัตรนัด และแจ้งเดือนอาสาสมัครวิจัยเกี่ยวกับกำหนดนัด โดยการติดต่อทางโทรศัพท์ซึ่งจะสอบถามความสมัครใจทุกรายในการติดต่อดังวิธีนี้ ในช่วง 2 วันก่อนถึงวันนัด และในกรณีที่อาสาสมัครวิจัยผัดนัด ผู้วิจัยจะกำหนดนัดใหม่ภายใน 2 วันหลังการผัดนัด โดยแจ้งทางโทรศัพท์กับอาสาสมัครวิจัยโดยตรง ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาความลับของอาสาสมัครวิจัย

ตัวแปรที่จะใช้ระบุถึงประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจคือ

1. การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF)
2. ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days)
3. ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent)
4. การเปลี่ยนแปลงขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A)
5. การเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับ (GGT)

การป้องกัน contamination

การป้องกัน contamination มีหลักคิดคือ ไม่ให้อาสาสมัครวิจัยมีโอกาสได้พูดคุยกันและไม่ให้ทีมวิจัยปล่อยให้อาสาสมัครวิจัยได้รู้ว่าตนเองได้รับการนัดหมายไม่เหมือนคนอื่น ซึ่งกระทำโดย ผู้วิจัยนัดอาสาสมัครวิจัยมารับการบำบัดไม่เกินวันละ 4 ราย โดยแบ่งเป็นภาคเช้า 2 ราย และภาคบ่าย 2 ราย แต่ละรายนัดหมายเวลาห่างกัน 2 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังจัดเวรให้ทีมวิจัยแต่ละคนรับผิดชอบในการรวบรวมข้อมูลคนละ 1-2 วัน/สัปดาห์ ระหว่างเวลา 08.30-16.00 น.

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) ในแต่ละระยะของการบำบัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วิเคราะห์โดยสถิติ Two factors ANOVA
3. ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) ในแต่ละระยะของการบำบัดภายในกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลอง วิเคราะห์โดยสถิติ Repeated Measures ANOVA
4. ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking) ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) คะแนนขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A) และคะแนนการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับหรือค่าแกมมาจีที (GGT) ในแต่ละระยะของการบำบัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วิเคราะห์โดยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnoff test
5. ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม คะแนนขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา และคะแนนการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับหรือค่าแกมมาจีที (GGT) ในแต่ละระยะของการบำบัดภายในกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลอง วิเคราะห์โดยสถิติ Friedman test

การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์และทุก 4 สัปดาห์ ครั้งนี้ รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกบำบัดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดสุรา ระหว่างเดือนเมษายน 2549 ถึงตุลาคม 2550 จำนวน 52 ราย จัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยวิธีการสุ่มแบบจับฉลากแบบไม่แทนที่

ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของโรงพยาบาลสวนปรุงแบ่งได้เป็น 3 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าอาสาสมัครวิจัยทั้งหมดเป็นเพศชาย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 24 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 28 ราย อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อยคือ 43.46 ปี และ 40.38 ปี ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุมพบช่วงอายุ 25-34 ปี มีจำนวนใกล้เคียงกับช่วงอายุ 45-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 และ 33.4 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มทดลองร้อยละ 35.7 มีอายุอยู่ในช่วง 35-44 ปี การวินิจฉัยโรคที่พบทั้ง 2 กลุ่มคือ alcohol dependent (F10.2) มากที่สุด รองลงมาคือ alcohol dependent c alcohol induced psychotic disorders (F10.5) สถานะของการรักษาของทั้ง 2 กลุ่มคือมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกอย่างเดียว ชนิดของแอลกอฮอล์ที่อาสาสมัครวิจัยทั้ง 2 กลุ่มใช้มากเกินครึ่งของจำนวนทั้งหมดคือสุราขาว อาสาสมัครวิจัยทั้ง 2 กลุ่มดื่มสุราในปริมาณ ½ ถึง 1 ขวด โดยดื่มทุกวัน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ส่วนที่ 2) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของอาสาสมัครวิจัยในส่วนนี้คือแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่ประเมินโดยผู้บำบัดซึ่งพบว่าเป็นระยะแรกของการบำบัด (visit₁) ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับตัดสินใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.2 และ 64.3 ตามลำดับ ส่วนที่เหลืออยู่ในระดับลังเลใจและระดับลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มบ้างแล้ว

ในการบำบัดครั้งที่ 2 ซึ่งเป็นระยะของการติดตามครั้งที่ 1 (visit₂) พบว่าทั้งกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์และกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์ มีแรงจูงใจในระดับลงมือกระทำเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 64.8 และ 68.4 ตามลำดับ

ในการบำบัดครั้งที่ 3 ซึ่งเป็นระยะของการติดตามครั้งที่ 2 (visit₃) ทั้งกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์และกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์ มีแรงจูงใจในระดับลังเลใจ และระดับตัดสินใจลดลง แต่ระดับลงมือกระทำมีจำนวนเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 85.8 และ 80.0 ตามลำดับ

ในการบำบัดครั้งที่ 4 ซึ่งเป็นระยะของการติดตามครั้งที่ 3 (visit₄) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการ

ติดตามทุก 2 สัปดาห์มีจำนวนของแรงงูใจระดับลงมือกระทำลดลงเหลือร้อยละ 78.6 และจำนวนของผู้ที่มีแรงงูใจระดับตัดสินใจเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.4 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์ก็ยังมี การลดลงอย่างชัดเจนของแรงงูใจระดับลงมือกระทำ โดยเหลือเพียงร้อยละ 58.3 แต่แรงงูใจระดับตัดสินใจและระดับลังเลใจกลับมีจำนวนเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 8.4 ตามลำดับ

ในการบำบัดครั้งที่ 5 ซึ่งเป็นระยะของการติดตามครั้งที่ 4 (visit₅) พบว่าร้อยละ 90.9 ของกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์มีแรงงูใจอยู่ในระดับลงมือกระทำ ส่วนกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์ จำนวนของผู้มีแรงงูใจระดับลงมือกระทำมีใกล้เคียงกับระดับตัดสินใจ คิดเป็นร้อยละ 45.5 และ 54.5 ตามลำดับ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ส่วนที่ 3) ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับแรงงูใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติไคสแควร์พบว่า แรงงูใจในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .721$ และ $.200$ ตามลำดับ) จึงสรุปได้ว่าแรงงูใจในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=24)	จำนวน (คน)	ร้อยละ	กลุ่มทดลอง (n=28)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ	25-34 ปี	9	37.5	25-34 ปี	5	17.9
	35-44 ปี	5	20.8	35-44 ปี	10	35.7
	45-54 ปี	8	33.4	45-54 ปี	7	25.0
	55 ปีขึ้นไป	2	8.3	55 ปีขึ้นไป	6	21.4
	X = 40.38, SD = 9.92 Min = 25, Max = 60	รวม 24	100.0	X̄ = 43.46, SD = 10.19 Min = 26, Max = 60	รวม 28	100.0
การวินิจฉัยโรค	alcohol dependent (F10.2)	22	91.7	alcohol dependent (F10.2)	21	75.0
	alcohol dependent \bar{c} alcohol-induced psychotic disorders (F10.5)	2	8.3	alcohol dependent \bar{c} alcohol-induced psychotic disorder (F10.5)	5	17.9
				alcohol dependent \bar{c} alcohol withdrawal (F10.3)	2	7.1
สถานะของการมารับรักษา	ผู้ป่วยนอก	24	100.0	ผู้ป่วยนอก	27	96.4
				ผู้ป่วยหลังจำหน่าย	1	3.6
ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ใช้	สุราขาว	14	58.3	สุราขาว	15	53.6
	สุราแดง	4	16.7	สุราแดง	5	17.8
	สุราแดง/สุราขาว	4	16.7	สุราแดง/สุราขาว	4	14.3
	สุราขาว/เบียร์	2	8.3	สุราแดง/เบียร์	1	3.6
				สุราขาว/เบียร์	1	3.6
			เบียร์	2	7.1	

หมายเหตุ: สุราขาว หมายถึง สุราขาว 35 ดีกรี, สุราขาวเสรี, และสุราเซียงซุน
 สุราแดง หมายถึง สุราแดง โสม, แม่โขง, แสงทิพย์, และ 100 pepper
 เบียร์ หมายถึง เบียร์ช้าง, เบียร์สิงห์, และเบียร์ไฮเนเกน

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=24)	จำนวน (คน)	ร้อยละ	กลุ่มทดลอง (n=28)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปริมาณการ ดื่มใน visit ₁	1. สุรา			1. สุรา		
	จำนวน 2-3 ตอง	3	12.5	จำนวน 2-3 ตอง	4	14.2
	จำนวน 4-6 ตอง	5	20.8	จำนวน 4-6 ตอง	6	21.4
	จำนวน ½ ขวด	7	29.2	จำนวน ½ ขวด	8	28.6
	จำนวน > ½ ขวด ถึง 1 ขวด	7	29.2	จำนวน > ½ ขวด ถึง 1 ขวด	8	28.6
	2. เบียร์			2. เบียร์		
จำนวน 1-2 ขวด	2	8.3	จำนวน 1-2 ขวด	1	3.6	
			จำนวน 12 ขวด	1	3.6	
ความถี่ของ การดื่ม ใน visit ₁	ดื่มทุกวัน	18	75.0	ดื่มทุกวัน	20	71.4
	ดื่ม 3-4 วัน/สัปดาห์	2	8.3	ดื่ม 3-4 วัน/สัปดาห์	5	17.9
	ดื่ม 5-6 วัน/สัปดาห์	3	12.5	ดื่ม 5-6 วัน/สัปดาห์	3	10.7
	ดื่มวันเว้นวัน	1	4.2			

หมายเหตุ: 1 ตอง= 50 cc

ตารางที่ 2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของอาสาสมัครวิจัยในด้านระดับของแรงจูงใจที่ประเมิน
โดยผู้บำบัด

แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Stage of change)	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
(visit₁)	n=24		n=28	
2 = ลังเลใจ	6	25.0	5	17.9
3 = ตัดสินใจ	13	54.2	18	64.2
4 = ลงมือกระทำ	5	20.8	5	17.9
(visit₂)	n=17		n=19	
2 = ลังเลใจ	3	17.6	1	5.3
3 = ตัดสินใจ	3	17.6	5	26.3
4 = ลงมือกระทำ	11	64.8	13	68.4
(visit₃)	n=14		n=15	
2 = ลังเลใจ	1	7.1	0	-
3 = ตัดสินใจ	1	7.1	3	20.0
4 = ลงมือกระทำ	12	85.8	12	80.0
(visit₄)	n=14		n=12	
2 = ลังเลใจ	0	-	1	8.4
3 = ตัดสินใจ	3	21.4	4	33.3
4 = ลงมือกระทำ	11	78.6	7	58.3
(visit₅)	n=11		n=11	
2 = ลังเลใจ	0	-	0	-
3 = ตัดสินใจ	1	9.1	5	45.5
4 = ลงมือกระทำ	10	90.9	6	54.5

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา (Stage of change) ที่ประเมินโดยผู้บำบัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะที่ 1 และระยะที่ 2

Stage of change ของกลุ่มควบคุม ระยะที่ 1 (visit 1)	Stage of change ของกลุ่มทดลอง				χ^2	P
	2 (ลังเลใจ)	3 (ตัดสินใจ)	4 (ลงมือทำ)	รวม		
1 (เมินเฉย)	0	0	1	1	3.673	.721
2 (ลังเลใจ)	1	5	1	7		
3 (ตัดสินใจ)	1	8	5	14		
4 (ลงมือทำ)	0	1	1	2		
รวม	2	14	8	24		

Stage of change ของกลุ่มควบคุม ระยะที่ 2 (visit 2)	Stage of change ของกลุ่มทดลอง				χ^2	P
	2 (ลังเลใจ)	3 (ตัดสินใจ)	4 (ลงมือทำ)	รวม		
2 (ลังเลใจ)	0	2	0	2	3.221	.200
3 (ตัดสินใจ)	0	1	1	2		
4 (ลงมือทำ)	0	2	5	7		
รวม	0	5	6	11		

ตารางที่ 3 เป็นผลของการทดสอบโดยใช้สถิติไคสแควร์ เนื่องจากข้อมูลอยู่ในระดับเรียงลำดับ (ordinal scale) พบว่าในระยะที่ 1 (visit 1) stage of change ส่วนใหญ่อยู่ในระดับตัดสินใจ ซึ่งมีจำนวนสูงสุด 8 ราย และเมื่อหาค่าความสัมพันธ์พบว่า stage of change ในระยะที่ 1 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .721$) จึงสรุปได้ว่า stage of change ในระยะที่ 1 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ส่วนในระยะที่ 2 (visit 2) stage of change ส่วนใหญ่อยู่ในระดับลงมือทำ (5 ราย) และเมื่อหาค่าความสัมพันธ์พบว่า stage of change ในระยะที่ 2 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มี

ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .200$) จึงสรุปได้ว่า stage of change ในระยะที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ข้อมูลของอาสาสมัครวิจัยที่ไม่มาตามนัดและถูกบอกยกเลิกจากการศึกษา

อาสาสมัครวิจัยทั้งกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์ และกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ ขาดการมาตามนัดและถูกบอกยกเลิกจากการศึกษามีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1	กลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์	28	ราย ($visit_1, week_0$)
	กลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์	24	ราย ($visit_1, week_0$)
ระยะที่ 2	กลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์	19	ราย ($visit_2, week_0$)
	ไม่มาตามนัด	9	ราย โดยมีสาเหตุดังนี้
	ไม่ดื่มสุราและมั่นใจจะไม่ดื่มอีก	2	ราย
	กลับไปดื่มสุรามากขึ้น	2	ราย
	ไปรับการรักษาใน รพช.	4	ราย
	เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน	1	ราย
	กลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์	17	ราย ($visit_2, week_2$)
	ไม่มาตามนัด	7	ราย โดยมีสาเหตุดังนี้
	ไม่ดื่มสุราและมั่นใจจะไม่ดื่มอีก	2	ราย
	กลับไปดื่มสุรามากขึ้น	1	ราย
	ไปรับการรักษาใน รพช.	3	ราย
	เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน	1	ราย

ระยะที่ 3	กลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์	15	ราย (visit ₃ week ₈)
	ไม่มาตามนัด	4	ราย โดยมีสาเหตุดังนี้
	ไม่ดื่มสุราและมั่นใจจะไม่ดื่มอีก	3	ราย
	กลับไปดื่มสุราอีก	1	ราย
	กลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์	14	ราย (visit ₃ week ₄)
	ไม่มาตามนัด	3	ราย โดยมีสาเหตุดังนี้
	ไม่ดื่มสุราและมั่นใจจะไม่ดื่มอีก	1	ราย
	เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน	1	ราย
	กลับไปดื่มสุราอีก	1	ราย
ระยะที่ 4	กลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์	12	ราย (visit ₄ week ₁₂)
	ไม่มาตามนัด	3	ราย โดยมีสาเหตุดังนี้
	ไม่ดื่มสุราและมั่นใจจะไม่ดื่มอีก	2	ราย
	กลับไปดื่มสุรามากขึ้น	1	ราย
	กลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์	14	ราย (visit ₄ week ₆)
ระยะที่ 5	กลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์	11	ราย (visit ₅ week ₁₆)
	ไม่มาตามนัด	1	ราย โดยมีสาเหตุดังนี้
	กลับไปดื่มสุราอีก	1	ราย
	กลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์	11	ราย (visit ₅ week ₈)
	ไม่มาตามนัด	3	ราย โดยมีสาเหตุดังนี้
	ไม่ดื่มสุราและมั่นใจจะไม่ดื่มอีก	2	ราย
	กลับไปดื่มสุรามากขึ้น	1	ราย
ระยะที่ 6	กลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์	8	ราย (visit ₆ week ₁₆)
	ไม่มาตามนัด	3	ราย โดยมีสาเหตุดังนี้
	กลับไปดื่มสุรามากขึ้น	2	ราย
	ไม่ดื่มสุราและมั่นใจจะไม่ดื่มอีก	1	ราย

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยได้นำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุรา (percent days abstinent)

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (SOCRATES- 8A)

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับ (GGT)

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) ในแต่ละระยะของการบำบัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Source	Type III		
	Wald Chi-Square	df	Sig.
(Intercept)	4352.574	1	.000
ระยะของการบำบัด	27.308	1	.000
กลุ่ม	.027	1	.870

Dependent Variable: GAF

Model: (Intercept), Time, group

ตารางที่ 4 เป็นผลของการทดสอบโดยใช้สถิติ Two factors ANOVA พบว่า ในภาพรวมปัจจัยด้านระยะของการบำบัดมีค่านัยสำคัญ = .000 ซึ่งน้อยกว่าแอลฟา = .05 จึงปฏิเสธ H_0 สรุปได้ว่ามีความแตกต่างกันของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมในแต่ละระยะของการบำบัดทั้งภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม

แต่ปัจจัยด้านกลุ่มมีค่านัยสำคัญ = .870 ซึ่งมากกว่าแอลฟา = .05 จึงไม่ปฏิเสธ H_0 สรุปได้ว่า คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมไม่มีความแตกต่างกันในระหว่างกลุ่ม

ตารางที่ 5 ความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) ในแต่ละระยะของการบำบัดภายในกลุ่มควบคุม

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Factor 1	Sphericity Assumed	5.66.109	4	141.527	10.089	.000
	Greenhouse-Geisser	566.109	1.982	285.602	10.089	.001
	Huynh-Feldt	566.109	2.470	229.198	10.089	.000
	Lower-bound	566.109	1.000	566.109	10.089	.010
Error (factor 1)	Sphericity Assumed	5.61.091	40	14.027		
	Greenhouse-Geisser	561.091	19.822	28.307		

ตารางที่ 5 เป็นผลของการทดสอบโดยใช้สถิติ Repeated ANOVA เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบปกติพบว่าค่าสถิติ F (Sphericity Assumed) = 10.089 และมีค่านัยสำคัญ = .000 ซึ่งน้อยกว่าแอลฟา = .05 จึงปฏิเสธ H_0 สรุปได้ว่าความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมภายในกลุ่มควบคุมที่วัดทั้ง 5 ครั้งแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่

ตารางที่ 6 ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ โดยรวม (GAF) ภายในกลุ่มควบคุม ทดสอบโดยวิธี Bonferroni

	Visit 1	Visit 2	Visit 3	Visit 4	Visit 5
Visit	X = 79.64 SD= .98	X = 83.46 SD= 1.60	X = 85.27 SD= 1.80	X = 88.18 SD= 1.82	X = 88.18 SD= 2.26
1					
2	.244				
3	.099	.666			
4	.008*	.027*	.029*		
5	.068	.293	.620	1.000	

* $p < .05$

ตารางที่ 6 เป็นผลของการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) ภายในกลุ่มควบคุมทั้ง 5 ระยะของการบำบัดพบว่า ระยะที่ 1 กับระยะที่ 4, ระยะที่ 2 กับระยะที่ 4, และระยะที่ 3 กับระยะที่ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 7 ความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) ในแต่ละระยะของการบำบัดภายในกลุ่มทดลอง

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
GAF	Sphericity Assumed	546.473	4	136.618	5.287	.002
	Greenhouse-Geisser	546.473	2.316	235.961	5.287	.010
	Huynh-Feldt	546.473	3.055	178.874	5.287	.005
	Lower-bound	546.473	1.000	546.473	5.287	.044
Error (factor 1)	Sphericity Assumed	1033.527	40	25.838		
	Greenhouse-Geisser	1033.527	23.159	44.627		

ตารางที่ 7 เป็นผลของการทดสอบโดยใช้สถิติ Repeated ANOVA เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบปกติพบว่าค่าสถิติ F (Sphericity Assumed) = 5.287 และมีค่านัยสำคัญ = .002 ซึ่งน้อยกว่าแอลฟา = .05 จึงปฏิเสธ H_0 สรุปได้ว่าความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมภายในกลุ่มทดลองที่วัดทั้ง 5 ครั้งแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่

ตารางที่ 8 ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ โดยรวม (GAF) ภายในกลุ่มทดลอง ทดสอบโดยวิธี Bonferroni

	Visit 1	Visit 2	Visit 3	Visit 4	Visit 5
Visit	X = 78.55	X = 86.36	X = 85.46	X = 86.36	X = 87.09
	SD= 1.91	SD= 2.03	SD= 2.07	SD= 1.91	SD=1.96
1					
2	.032*				
3	.245	1.000			
4	.141	1.000	1.000		
5	.189	1.000	1.000	1.000	

* p< .05

ตารางที่ 8 เป็นผลของการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) ภายในกลุ่มทดลองทั้ง 5 ระยะของการบำบัด พบว่า ระยะที่ 1 กับระยะที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05)

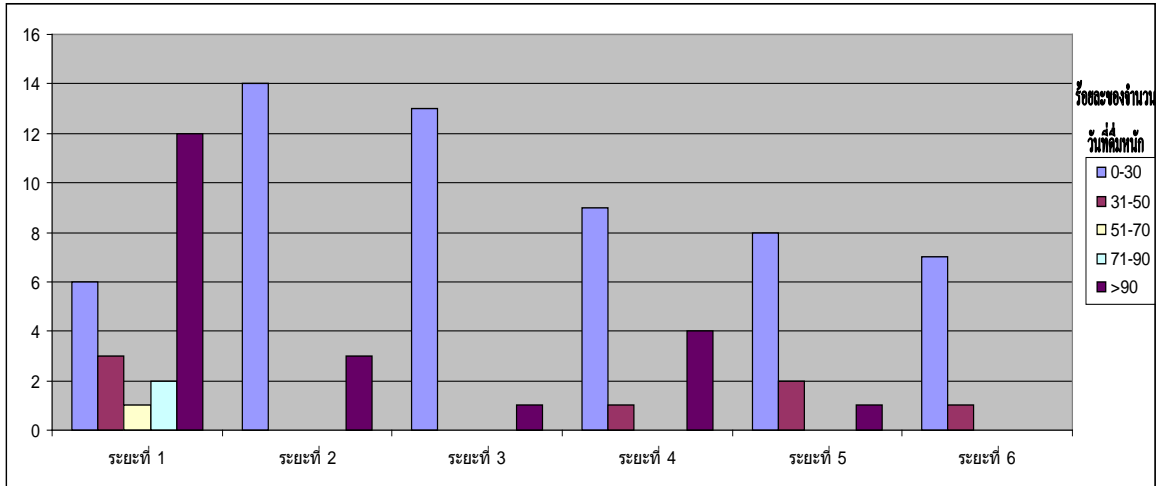
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) ในแต่ละระยะของการบำบัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

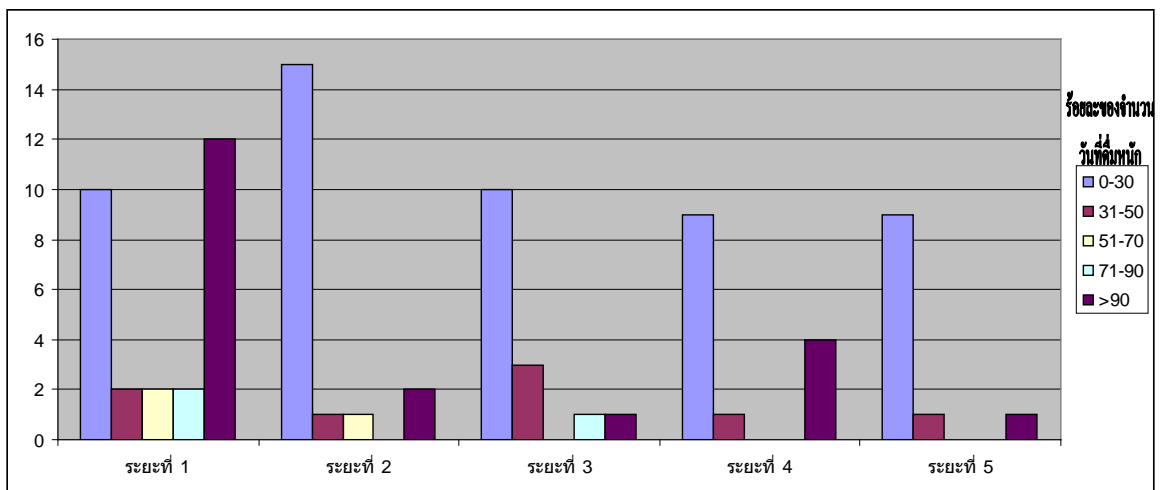
ระยะของการบำบัด	Mean Rank		Mann-Whitney U	P
Week ₀	กลุ่มควบคุม (n=24)	กลุ่มทดลอง (n=28)		
	28.2	25	294.5	0.209
Week ₄	กลุ่มควบคุม (n=14)	กลุ่มทดลอง (n=19)		
	16.9	17.9	131	0.348
Week ₈	กลุ่มควบคุม (n=11)	กลุ่มทดลอง (n=15)		
	13.5	13.5	82.5	0.500
Week ₁₆	กลุ่มควบคุม (n=8)	กลุ่มทดลอง (n=11)		
	8.9	10.8	35.5	0.208

ตารางที่ 9 เป็นผลของการทดสอบโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ พบว่าค่านัยสำคัญของร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักทั้ง 4 ครั้ง = .209, .348, .500, และ .208 ตามลำดับซึ่งมากกว่าแอลฟา = .05 จึงไม่ปฏิเสธ H_0 สรุปได้ว่า ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) ณ Week₀, Week₄, Week₈ และ Week₁₆ ของการบำบัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) ในแต่ละระยะของการบำบัดภายในกลุ่มควบคุม



แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) ในแต่ละระยะของการบำบัดภายในกลุ่มทดลอง



ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของมัธยฐานของร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) ในแต่ละระยะของการบำบัดภายในกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลอง

	ค่ามัธยฐาน (Median)					χ^2	P
	ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3	ระยะที่ 4	ระยะที่ 5		
กลุ่มควบคุม	90.0	.0	.0	.0	.0	14.1	.015
กลุ่มทดลอง	71.7	.0	.0	.0	.0	18.7	.001

ตารางที่ 10 เป็นผลของการทดสอบโดยใช้สถิติ Friedman เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติพบว่าค่านัยสำคัญของมัธยฐานของร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักทั้ง 5 ระยะของการบำบัดภายในกลุ่มควบคุม = .015 ซึ่งน้อยกว่าแอลฟา = .05 จึงปฏิเสธ H_0 สรุปได้ว่า ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) ทั้ง 5 ระยะภายในกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่านัยสำคัญของมัธยฐานของร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักทั้ง 5 ระยะของการบำบัดภายในกลุ่มทดลอง = .001 ซึ่งน้อยกว่าแอลฟา = .05 จึงปฏิเสธ H_0 สรุปได้ว่า ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) ทั้ง 5 ระยะภายในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 11 ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของมัธยฐานของร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) ในแต่ละระยะของการบำบัดภายในกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลอง ทดสอบโดยวิธี Wilcoxon Signed Ranks Test

มัธยฐานของร้อยละ ของจำนวนวันที่ดื่ม หนัก ระหว่าง visit	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	Range	Z	P	Range	Z	P
Visit ₁ -visit ₂	2.0-8.4	-3.1	.00*			
Visit ₁ -visit ₃	0.0-6.5	-3.1	.00*	5.7-6.1	-1.9	.05*
Visit ₁ -visit ₄	3.5-6.0	-2.1	.03*	1.0-5.0	-2.4	.02*
Visit ₁ -visit ₅	2.3-5.8	-2.2	.03*			

* p < .05

ตารางที่ 11 เป็นผลของการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของมัธยฐานของร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ภายในกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลองทั้ง 5 ระยะของการบำบัด พบว่าภายในกลุ่มควบคุม ระยะที่ 1 กับระยะที่ 2 ระยะที่ 1 กับระยะที่ 3 ระยะที่ 1 กับระยะที่ 4 และระยะที่ 1 กับระยะที่ 5 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนภายในกลุ่มทดลอง พบว่าระยะที่ 1 กับระยะที่ 3 และระยะที่ 1 กับระยะที่ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

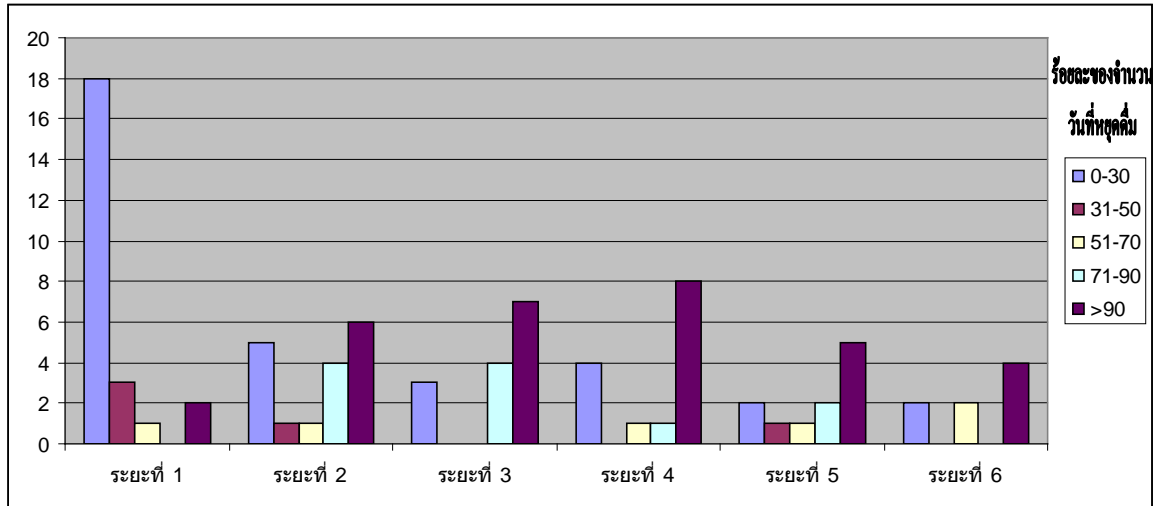
ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุรา (percent days abstinent) ในแต่ละระยะของการบำบัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในแต่ละระยะของการบำบัด

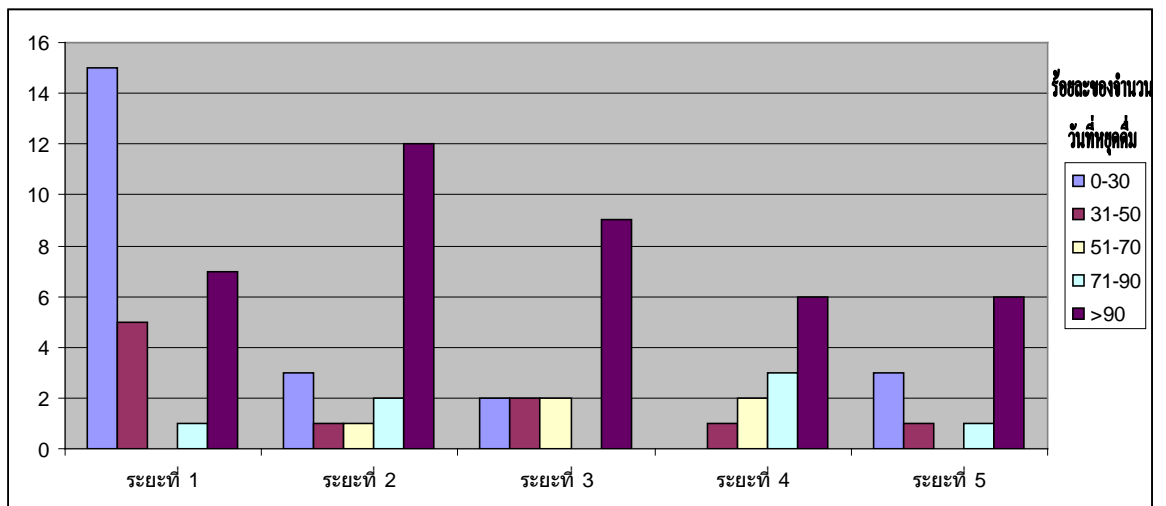
ระยะของการบำบัด	Mean Rank		Mann-Whitney U	P
Week ₀	กลุ่มควบคุม (n=24) 23.3	กลุ่มทดลอง (n=28) 29.2	259.5	0.064
Week ₄	กลุ่มควบคุม (n=14) 16.6	กลุ่มทดลอง (n=19) 17.3	128	0.422
Week ₈	กลุ่มควบคุม (n=11) 13	กลุ่มทดลอง (n=15) 13.9	77	0.380
Week ₁₆	กลุ่มควบคุม (n=8) 10	กลุ่มทดลอง (n=11) 10	44	0.500

ตารางที่ 12 เป็นผลของการทดสอบโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ พบว่าค่านัยสำคัญของร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักทั้ง 4 ครั้ง = .064, .422, .380, และ .500 ตามลำดับซึ่งมากกว่าแอลฟา = .05 จึงไม่ปฏิเสธ H_0 สรุปได้ว่า ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) ณ Week₀ Week₄ Week₈ และ Week₁₆ ของการบำบัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

แผนภูมิที่ 3 ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุรา (percent days abstinent) ในแต่ละระยะของการบำบัดภายในกลุ่มควบคุม



แผนภูมิที่ 4 ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุรา (percent days abstinent) ในแต่ละระยะของการบำบัดภายในกลุ่มทดลอง



ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความแตกต่างของมัธยฐานของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) ในแต่ละระยะของการบำบัดภายในกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลอง

	ค่ามัธยฐาน (Median)					χ^2	P
	ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3	ระยะที่ 4	ระยะที่ 5		
กลุ่มควบคุม	.0	78.6	92.8	96.6	85.7	16.3	.006 *
กลุ่มทดลอง	14.9	100.0	100.0	86.7	92.0	12.2	.016*

*P< .05

ตารางที่ 13 เป็นผลของการทดสอบโดยใช้สถิติ Friedman เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติพบว่าคุณค่าสำคัญของร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มทั้ง 5 ระยะของการบำบัดภายในกลุ่มควบคุม = .006 ซึ่งน้อยกว่าแอลฟา = .05 จึงปฏิเสธ H_0 สรุปได้ว่า ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) ทั้ง 5 ระยะภายในกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่ามัธยฐานของร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มในระยะที่ 2, 3, 4 มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และลดลงชัดเจนในระยะที่ 5 ของการบำบัด

และค่าสำคัญของร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มทั้ง 5 ระยะของการบำบัดภายในกลุ่มทดลอง = .016 ซึ่งน้อยกว่าแอลฟา = .05 จึงปฏิเสธ H_0 สรุปได้ว่าค่ามัธยฐานของร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) ทั้ง 5 ระยะภายในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่ามัธยฐานของร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มในระยะที่ 2 มีการเพิ่มขึ้นจากระยะที่ 1 อย่างชัดเจน

ตารางที่ 14 ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของมัธยฐานของร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) ในแต่ละระยะของการบำบัดภายในกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลอง ทดสอบโดยวิธี Wilcoxon Signed Ranks Test

มัธยฐานของร้อยละ ของจำนวนวันที่หยุด ดื่ม ระหว่าง visit	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	Range	Z	P	Range	Z	P
Visit ₁ -visit ₂	4.0-7.6	-2.6	.01*	2.0-8.0	-2.6	.01*
Visit ₁ -visit ₃	3.5-7.6	-2.7	.01*	5.9-7.0	-2.3	.02*
Visit ₁ -visit ₄	2.5-6.8	-2.5	.01*	1.0-5.0	-2.4	.02*
Visit ₁ -visit ₅	3.8-6.0	-2.0	.04*			

* $p < .05$

ตารางที่ 14 เป็นผลของการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของมัธยฐานของร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มภายในกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลองทั้ง 5 ระยะของการบำบัด พบว่าภายในกลุ่มควบคุม ระยะที่ 1 กับระยะที่ 2 ระยะที่ 1 กับระยะที่ 3 ระยะที่ 1 กับระยะที่ 4 และระยะที่ 1 กับระยะที่ 5 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนภายในกลุ่มทดลอง พบว่าระยะที่ 1 กับระยะที่ 2 ระยะที่ 1 กับระยะที่ 3 และระยะที่ 1 กับระยะที่ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

หมายเหตุ: นำเสนอเฉพาะรายคู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES- 8A)

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาในด้านความตระหนัก ด้านความลังเลใจ และด้านการลงมือทำในแต่ละระยะของการบำบัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระยะของการบำบัด	Mean Rank		Mann-Whitney U	P
Week ₀	กลุ่มควบคุม (n=24)	กลุ่มทดลอง (n=28)		
ด้านความตระหนัก	28	25.2	300	0.25
ด้านลังเลใจ	27.7	25.5	308.5	0.30
ด้านลงมือทำ	22.1	30.3	229.5	0.02*
Week ₄	กลุ่มควบคุม (n=14)	กลุ่มทดลอง (n=19)		
ด้านความตระหนัก	19.7	15.9	109	0.13
ด้านลังเลใจ	18.6	16.7	124	0.28
ด้านลงมือทำ	14.5	19.6	98	0.07
Week ₈	กลุ่มควบคุม (n=11)	กลุ่มทดลอง (n=15)		
ด้านความตระหนัก	12.3	14.4	69	0.24
ด้านลังเลใจ	14.1	13.1	76.5	0.37
ด้านลงมือทำ	14.1	13.9	87.5	0.49
Week ₁₆	กลุ่มควบคุม (n= 8)	กลุ่มทดลอง (n=11)		
ด้านความตระหนัก	8.8	10.9	34	0.20
ด้านลังเลใจ	9.4	10.4	39.5	0.35
ด้านลงมือทำ	8.8	10.9	34.5	0.21

ตารางที่ 15 เป็นผลของการทดสอบโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ พบว่าค่านัยสำคัญของขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES- 8A) ด้านการลงมือทำ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ณ Week₀ของการบำบัด = .02 ซึ่งน้อยกว่าแอลฟา = .05 จึงปฏิเสธ H₀ สรุปได้ว่า ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาด้านการลงมือทำ ณ Week₀ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านความตระหนัก ด้านความตั้งใจ และด้านลงมือทำ ณ Week₄ Week₈ และ Week₁₆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของมัธยฐานของขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และความต้องการการรักษา (SOCRATES- 8A) ในแต่ละระยะของการบำบัดภายใน กลุ่มควบคุมและภายในกลุ่มทดลอง

	ค่ามัธยฐาน (Median)					χ^2	P
	ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3	ระยะที่ 4	ระยะที่ 5		
ด้านการยอมรับ							
กลุ่มควบคุม	28.0 (ต่ำมาก)	28.0 (ต่ำมาก)	29.0 (ต่ำ)	25.0 (ต่ำมาก)	27.0 (ต่ำมาก)	1.165	.88
กลุ่มทดลอง	28.0 (ต่ำมาก)	27.5 (ต่ำมาก)	28.0 (ต่ำมาก)	27.0 (ต่ำมาก)	31.0 (ต่ำ)	4.78	.31
ด้านความตั้งใจ							
กลุ่มควบคุม	14.5 (ต่ำ)	14.0 (ต่ำ)	14.5 (ต่ำ)	12.5 (ต่ำ)	15.0 (ปานกลาง)	6.39	.17
กลุ่มทดลอง	14.0 (ต่ำ)	14.0 (ต่ำ)	15.0 (ปานกลาง)	12.0 (ต่ำ)	17.0 (สูง)	11.84	.02*
ด้านการลงมือทำ							
กลุ่มควบคุม	32.0 (ต่ำ)	32.0 (ต่ำ)	32.5 (ต่ำ)	33.0 (ปานกลาง)	34.0 (ปานกลาง)	4.42	.35
กลุ่มทดลอง	34.5 (ปานกลาง)	35.0 (ปานกลาง)	34.0 (ปานกลาง)	34.0 (ปานกลาง)	38.0 (สูง)	4.04	.40

*P < .05

ตารางที่ 16 เป็นผลของการทดสอบโดยใช้สถิติ Friedman เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติพบว่าค่ามัธยฐานของค่ามัธยฐานของขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES- 8A) ด้านความตั้งใจภายในกลุ่มทดลองทั้ง 5 ระยะ = .02 ซึ่งน้อยกว่าแอลฟา = .05 จึงปฏิเสธ H_0 สรุปได้ว่า ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา ด้านความตั้งใจ ทั้ง 5 ระยะภายในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่ามัธยฐานของค่ามัธยฐานของคะแนนขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES- 8A) ด้านการยอมรับและด้านการลงมือทำทั้ง 5 ระยะของการบำบัดภายในกลุ่มควบคุมและภายในกลุ่มทดลอง มากกว่าแอลฟา = .05 จึงยอมรับ H_0 สรุปได้ว่าความพร้อมใน

การเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES- 8A) ด้านการยอมรับและด้านการลงมือทำภายในกลุ่มควบคุมและภายในกลุ่มทดลองทั้ง 5 ระยะของการบำบัดไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับ (GGT)

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าแกมมาจีทีระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระยะของการบำบัด	Mean Rank		Mann-Whitney U	p
Week ₀	กลุ่มควบคุม (n=24)	กลุ่มทดลอง (n=28)		
	26.8	26.2	328	0.44
Week ₄	กลุ่มควบคุม (n=14)	กลุ่มทดลอง (n=19)		
	17	16.2	117	0.40
Week ₈	กลุ่มควบคุม (n=11)	กลุ่มทดลอง (n=15)		
	11.2	15.2	57.5	0.09
Week ₁₆	กลุ่มควบคุม (n= 8)	กลุ่มทดลอง (n=11)		
	8.3	11.3	30	0.13

ตารางที่ 17 เป็นผลของการทดสอบโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ พบว่าค่านัยสำคัญของค่าแกมมาจีทีทั้ง 4 ครั้ง = .44, .40, .09, และ .13 ตามลำดับซึ่งมากกว่าแอลฟา = .05 จึงไม่ปฏิเสธ H₀ สรุปได้ว่า ค่าแกมมาจีทีระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ณ Week₀ Week₄ Week₈ และ Week₁₆ ของการบำบัดไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 18 ค่ามัธยฐานของค่าแกมมาจีทีในแต่ละระยะภายในกลุ่มควบคุมและภายในกลุ่มทดลอง

	ค่ามัธยฐาน (Median)					χ^2	P
	ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3	ระยะที่ 4	ระยะที่ 5		
กลุ่มควบคุม (N= 8)	130.0	99.0	100.0	66.0	62.0	17.3	.004*
กลุ่มทดลอง (N= 11)	125.0	67.0	77.0	126.5	144.0	2.2	.695

*P< .05

ตารางที่ 18 เป็นผลของการทดสอบโดยใช้สถิติ Friedman เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ พบว่าค่านัยสำคัญของค่ามัธยฐานของแกมมาจีที (GGT) ทั้ง 5 ระยะภายในกลุ่มควบคุม = .004 ซึ่งน้อยกว่าแอลฟา = .05 จึงปฏิเสธ H_0 สรุปได้ว่าค่าแกมมาจีทีทั้ง 5 ระยะภายในกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และค่านัยสำคัญของค่ามัธยฐานของแกมมาจีทีทั้ง 5 ระยะภายในกลุ่มทดลอง = .695 ซึ่งมากกว่าแอลฟา = .05 จึงยอมรับ H_0 สรุปได้ว่าค่าแกมมาจีทีทั้ง 5 ระยะภายในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 19 ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของค่าแกมมาจีที ในแต่ละระยะของการบำบัดภายใน
กลุ่มควบคุม ทดสอบโดยวิธี Wilcoxon Signed Ranks Test

มัธยฐานของค่าแกมมาจีที ระหว่าง visit	กลุ่มควบคุม		
	Range	Z	P
Visit ₁ -visit ₄	4.5-8.0	-2.7	.01*
Visit ₁ -visit ₅	2.0-6.4	-2.8	.01*
Visit ₂ -visit ₄	6.5-7.7	-2.5	.01*
Visit ₂ -visit ₅	4.0-6.2	-2.6	.01*
Visit ₃ -visit ₄	4.5-8.1	-1.9	.05*
Visit ₃ -visit ₅	0.0-5.0	-2.7	.01*
Visit ₄ -visit ₅	2.3-6.8	-2.5	.01*

* p< .05

ตารางที่ 19 เป็นผลของการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของมัธยฐานของค่าแกมมาจีทีภายใน
กลุ่มควบคุม ทั้ง 5 ระยะของการบำบัด พบว่า ระยะที่ 1 กับระยะที่ 4 ระยะที่ 1 กับระยะที่ 5 ระยะที่ 2
กับระยะที่ 4 ระยะที่ 2 กับระยะที่ 5 ระยะที่ 3 กับระยะที่ 4 ระยะที่ 3 กับระยะที่ 5 และ ระยะที่ 4 กับ
ระยะที่ 5 ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05)

ตารางที่ 20 ผลการตรวจวัดค่าแกมมาจีทีของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการครบกำหนดของ
กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุม (n=8)					กลุ่มทดลอง (n=11)				
รายที่	GGT Week ₀	GGT Week ₄	GGT Week ₈	GGT Week ₁₆	รายที่	GGT Week ₀	GGT Week ₄	GGT Week ₈	GGT Week ₁₆
1	122	103	67	52	1	679	596	853	1469
2	827	1,242	346	1,934	2	243	67	72	44
3	536	388	355	350	3	109	63	52	31
4	90	66	52	70	4	22	23	23	22
5	233	28	21	11	5	72	65	72	85
6	78	131	84	53	6	228	579	140	266
7	19	16	16	15	7	136	104	77	144
8	56	51	35	42	8	107	48	82	169
					9	3,153	1,464	1,645	1,338
					10	688	216	102	81
					11	114	106	118	512

หมายเหตุ: ค่าปกติของแกมมาจีที คือ 7 – 49 μ / L

ตารางที่ 20 เป็นผลของการตรวจวัดค่าแกมมาจีทีของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการครบตามกำหนด พบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีเพียงกลุ่มละ 3 รายเท่านั้นที่มีค่าแกมมาจีทีลดลงอยู่ในช่วงปกติในสัปดาห์ที่ 16 ของการนัดติดตาม แต่ในภาพรวมพบว่ากลุ่มควบคุมมีแนวโน้มการลดลงของค่าแกมมาจีทีมากกว่ากลุ่มทดลอง

ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ติดสุราในกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการติดตามทุก 4 สัปดาห์มีการลดปัญหาการดื่มสุราไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการติดตามทุก 2 สัปดาห์ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย และสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment of Function [GAF]) ภายหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ณ Week₀ Week₄ Week₈ และ Week₁₆ ในภาพรวมคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมไม่มีความแตกต่างกันในระหว่างกลุ่ม ($P = .870$) (ตารางที่ 4) แสดงให้เห็นว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทุก 4 สัปดาห์ และทุก 2 สัปดาห์จำนวน 4 ครั้ง ต่างก็มีผลช่วยให้ผู้ติดสุราสามารถปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดีทั้งด้านการเข้าสังคม การประกอบอาชีพ การจัดการปัญหาชีวิต การเป็นที่พึ่งของผู้อื่น และการพอใจกับชีวิตโดยทั่วไป ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลยุทธ์ของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงด้วยตัวของตัวเอง (Miller, 1995) ดังจะเห็นได้จากกลุ่มอาสาสมัครวิจัยมีการเปลี่ยนแปลงระดับแรงจูงใจตามปรากฏในตารางที่ 2 โดยทั้งกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์ (กลุ่มทดลอง) มีแรงจูงใจในระดับลงมือกระทำเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 64.8 และ 70.0 ตามลำดับในการติดตามครั้งที่ 1 (visit₂) และในการติดตามครั้งที่ 2 (visit₃) ทั้ง 2 กลุ่ม มีแรงจูงใจในระดับตั้งใจ และระดับตัดสินใจลดลง แต่ระดับลงมือกระทำมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิมถึงร้อยละ 85.8 และ 80.0 ตามลำดับ ซึ่งหมายถึงอาสาสมัครวิจัยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราเกิดขึ้น สอดคล้องกับตารางที่ 13 ที่ค่ามัธยฐานของร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มของทั้งสองกลุ่มมีค่ามากกว่า 75.0 ในการบำบัดระยะที่ 2-5 ดังนั้นเมื่อมีจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้นย่อมส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินชีวิต นอกจากนี้การที่ผู้ติดสุราทั้งสองกลุ่มได้รับการติดตามติดต่อกันถึง 4 ครั้ง แม้ว่าจะต่างกันที่ช่วงเวลาของการติดตาม แต่ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่คล้ายคลึงกันอย่างต่อเนื่อง จึงอาจส่งผลให้ทั้งสองกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมไม่แตกต่างกัน จากผลการศึกษานี้หากผู้ให้บริการมีเป้าหมายของการบำบัดเพื่อเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม และคำนึงถึงความสะดวกในการเดินทางของผู้รับบริการ การนัดหมายให้มารับการบำบัดทุก 4 สัปดาห์ น่าจะเป็นทางเลือกที่เหมาะสมวิธีหนึ่ง

ผลการศึกษายังพบว่า ในภาพรวมมีความแตกต่างกันของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ยุติธรรมในแต่ละระยะของการบำบัดทั้งภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ($P = .000$) (ตารางที่ 4) โดยกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ยุติธรรมระหว่างการบำบัดในระยะที่ 1 กับระยะที่ 4, ระยะที่ 2 กับระยะที่ 4, และระยะที่ 3 กับระยะที่ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .008, .027, \text{ และ } .029$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 6) ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์ พบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ยุติธรรมระหว่างการบำบัดระยะที่ 1 กับระยะที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .032$) (ตารางที่ 8) สะท้อนให้เห็นว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ประสิทธิผลของการบำบัดในช่วงเวลาสั้นๆ และการบำบัดต่อเนื่องประมาณ 2-3 ครั้งโดยระยะเวลาห่างกันไม่นานจะให้ประสิทธิผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ยุติธรรมได้ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง stage of change ของอาสาสมัครวิจัยตามตารางที่ 2 ที่พบว่าระดับการลงมือกระทำของกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในการบำบัดครั้งที่ 2 และในกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ จะมีระดับการลงมือกระทำเพิ่มขึ้นในระยะที่ 2 และ 3 แล้วลดลงในระยะที่ 4 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถช่วยให้ผู้ติดสุราเกิดความตระหนักในปัญหาการดื่มของตนเอง นำไปสู่การมีความคิดและพฤติกรรมในการเปลี่ยนแปลงตนเองหลังจากได้รับการบำบัดช่วงแรก เนื่องจากการบำบัดโดยวิธีนี้ได้ใช้หลักการของ DARES ซึ่งเป็นประสบการณ์ครั้งแรกของกลุ่มอาสาสมัครวิจัยที่มีคนยอมรับ เข้าใจ เห็นใจ ไม่มีการต่อว่าซ้ำเติมหรือถกเถียงเพื่อเอาชนะเหมือนที่เขาเคยมีประสบการณ์มาก่อน อีกทั้งยังได้กำลังใจและมองเห็นช่องทางที่ตนเองควรดำเนินการแก้ไข จึงส่งผลต่อความร่วมมือและเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจของผู้รับการบำบัด

อย่างไรก็ตามผู้รับบริการที่มี stage of change อยู่ในระดับ 4 ซึ่งจัดอยู่ในช่วง 6 เดือนแรกของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีโอกาสกลับไปดื่มซ้ำได้ เพราะธรรมชาติของแรงจูงใจสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลาและสถานการณ์รอบข้าง ถึงแม้จะมีการตื่นตัวต่อการเปลี่ยนแปลงตนเองแต่ก็ยังสามารถย้อนกลับไปสู่ขั้นลึกลงใจได้อีก (Miller & Rollnick, 1991) ดังนั้นการบำบัดในระยะที่ผู้รับบริการมีแรงจูงใจอยู่ในขั้นลงมือทำนั้นผู้บำบัดควรรักษาบรรยากาศอื่นเข้ามาเสริม นอกเหนือจากการสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อส่งเสริมการคงอยู่ของพฤติกรรมที่ได้ปรับเปลี่ยนไปบ้างแล้ว

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (Percent heavy drinking days) ภายหลังจากได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ณ Week₀, Week₄, Week₈, Week₁₆ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($P = .209, .348, .500,$ และ $.208$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 9) แต่ภายในกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์ และภายในกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ ภายหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทั้ง 5 ระยะ พบมีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .015$ และ $.001$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 10) โดยช่วงเวลาที่แตกต่างกันคือระหว่าง $Week_0$ กับ $Week_8$ และระหว่าง $Week_0$ กับ $Week_{12}$ ของกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์ และระหว่าง $Week_0$ กับ $Week_2, Week_4, Week_6$ และ $Week_8$ ของกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ (ตารางที่ 11) แสดงให้เห็นว่าการได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องทั้งแบบทุก 4 สัปดาห์ และแบบทุก 2 สัปดาห์ มีประสิทธิผลให้อาสาสมัครวิจัยลดพฤติกรรมการดื่มหนักลงได้อย่างมีนัยสำคัญ คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของสุนทรี ศรีโกไสย, ภัทรภรณ์ ทุ่งปั้นคำ, และชาลินี สุวรรณยศ (2549) ที่พบว่าผู้ติดสุราที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทุก 2 สัปดาห์จะมีการลดลงของร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักทุกระยะของการบำบัด และยังคล้ายคลึงกับผลการศึกษาในโครงการเอ็ม เอ ที ซี เอช (project MATCH) ที่พบว่าผู้ติดสุรากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจจำนวน 4 ครั้ง โดยครั้งที่หนึ่งกับครั้งที่สองห่างกัน 1 สัปดาห์ ครั้งที่สามบำบัด ณ สัปดาห์ที่ 6 ส่วนครั้งที่สี่บำบัด ณ สัปดาห์ที่ 12 ให้ประสิทธิผลในการบำบัดได้ใกล้เคียงกับผลการบำบัดแบบ 12 ขั้นตอนและการบำบัดทางความคิด-พฤติกรรมที่ใช้เวลาการบำบัดนานกว่าถึง 3 เท่า (Miller, 1996) ผลการศึกษานี้ยังคล้ายคลึงกับการศึกษาของอูเบร (Aubrey as cited in Miller, 1995) ที่พบว่าการบำบัดรักษาผู้ติดสุราแผนกผู้ป่วยนอกด้วยวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นระยะๆจะมีร้อยละของการลดการดื่มแบบ อันตรายลงเกือบครึ่ง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่ว่าเป็นการบำบัดที่ใช้ได้ผลอย่างรวดเร็ว เพราะมีความเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง บทบาทของผู้ให้การปรึกษาคือช่วยให้ผู้รับบริการมีโอกาสใช้ศักยภาพนั้นพัฒนากระบวนการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้น ผู้รับบริการจึงถูกมองอย่างให้เกียรติและได้รับการช่วยเหลือให้หลุดพ้นจากความล้มเหลวที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง (Miller, 1995)

นอกจากนี้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจยังมีการใช้ทักษะเฉพาะในการปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการคือ OARS เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้วยตัวของตัวเอง (Miller & Rollnick, 1991 ; Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1992 ; Rollnick, Heather, & Bell, 1992) ได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิด (open-ended questions) ผู้ป่วยจึงมีโอกาสได้เปิดเผยและทำความเข้าใจในปัญหาของตนเอง คำถามเปิดที่เป็นกลางจะช่วยให้ผู้รับบริการไม่รู้สึกถูกตำหนิ ไม่รู้สึกถูกบีบคั้น หรือไม่รู้สึกถูกบังคับจิตใจให้ทำสิ่งต่างๆ ในทำนองกลับกัน เขาได้พูดในสิ่งที่อยากพูด ซึ่งช่วยให้ผู้บำบัดประเมินระดับแรงจูงใจหรืออุปสรรคของการปรับเปลี่ยนแรงจูงใจได้ ส่งผลต่อความเหมาะสมในการเลือกใช้วิธีพูดคุยของผู้บำบัดการได้รับการรับรองยืนยันในสิ่งที่ถูกต้อง (affirmations) ว่าสิ่งที่

ผู้รับบริการคิด/พูดเป็นทางเลือกที่น่าทดลองปฏิบัติ เป็นสิ่งที่ดีงาม หรือควรลงมือทำในสิ่งที่ได้กล่าวมา ย่อมเพิ่มน้ำหนักต่อการตัดสินใจลงมือปฏิบัติของผู้รับบริการ การสะท้อนการฟัง (reflective listening) โดยสื่อความหมายที่ผู้ให้การบำบัดได้ยินหรือเข้าใจให้ผู้รับบริการได้ยินซ้ำ จะช่วยให้เขาได้ยินในสิ่งที่ตนเองพูดซึ่งจะก่อให้เกิดการงูใจได้มากกว่า และจะนำไปสู่การเชื่อในสิ่งที่ตนเองพูด

การบำบัดดังกล่าวยังช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเองมากขึ้นจากการได้ยินการแปลความหมายที่ชัดเจนของผู้บำบัดเพราะบ่อยครั้งที่ตัวเองก็ไม่เข้าใจในบางสิ่งบางอย่างของตนเอง การสรุปความ (summarize) ของผู้บำบัดนอกจากจะช่วยย้ำประเด็นการพูดคุยแล้ว ยังช่วยเชื่อมโยงข้อมูลและความคิดเห็นต่างๆเข้าด้วยกันซึ่งเป็นการช่วยผู้รับบริการได้กล่าวข้อความที่งูใจตนเอง (self-motivation statement) มากขึ้น แรงงูใจที่เกิดขึ้นจากแรงกระตุ้นภายในตัวของบุคคลจะเป็นพลังขับเคลื่อนให้บุคคลนั้นมีความตั้งใจพัฒนาและเปลี่ยนแปลงตนเองได้ต่อเนื่อง ดังนั้นอาสาสมัครวิจัยกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงงูใจทุก 4 สัปดาห์จึงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มหนักลดลงอย่างได้ผลเช่นเดียวกับกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ อีกทั้งยังอาจเกิดจากอาสาสมัครวิจัยมีความต้องการลดปริมาณการดื่มสุราลงอย่างจริงจังจากการได้รับผลกระทบของสุราที่ผ่านมา

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (Percent days abstinent) ภายหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจ ณ Week₀ Week₄ Week₈ Week₁₆ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P= .064, .422, .380, และ .500 ตามลำดับ) (ตารางที่ 12) แต่ภายในกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์ และภายในกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ ภายหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจ ทั้ง 5 ระยะ พบมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P= .006 และ .016 ตามลำดับ) (ตารางที่ 13) โดยช่วงเวลาที่แตกต่างกันคือระหว่าง Week₀ กับ Week₄ Week₈ และ Week₁₂ ของกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์ และระหว่าง Week₀ กับ Week₂ Week₄ Week₆ และ Week₈ ของกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ (ตารางที่ 14) สะท้อนถึงประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจที่มีต่อพฤติกรรมหยุดดื่มสุราทั้งกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์ และทุก 2 สัปดาห์ คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของสุนทรี ศรีโกไสย และคณะ (2549) ที่พบว่าผู้ติดสุราที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจทุก 2 สัปดาห์จะมีการเพิ่มขึ้นของร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มทุกระยะของการบำบัด และคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของอัจฉรา ฟองคำ และคณะ (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มารับการบำบัดเพื่อเลิกดื่มสุรา เมื่อประเมินที่ระยะ 1 เดือนผู้คงบำบัดสามารถหยุดดื่มสุราลงได้มากกว่าผู้ขาดการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้คงบำบัดร้อยละ 65.9 สามารถหยุดดื่มสุราได้ในระยะเวลา 1 เดือน เช่นเดียวกับผลการศึกษาของมานิต ศรีสุรภานนท์ (2549) ที่พบว่าผู้ติดสุรากลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจจำนวน 3 ครั้งภายใน

3 เดือน ณ เดือนที่ 3 ของการบำบัด จะมีจำนวนวันที่ดื่มสุรา/สัปดาห์ และจำนวนแก้วที่ดื่ม/วันที่ดื่มน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษานี้ยังคล้ายคลึงกับผลการศึกษาในต่างประเทศ ได้แก่การศึกษาของเบน และคณะ (Bien & et al., 1993) ที่พบว่าการบำบัดผู้ติดสุราแบบผู้ป่วยนอกกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นระยะจะมีอัตราการหยุดดื่มสุราสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ ส่วนการศึกษาของเกรเบอร์ และคณะ (Graeber & et al., 2003) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราภายหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจำนวน 3 ครั้ง เมื่อติดตาม ณ สัปดาห์ที่ 4, 8, และ 24 พบว่าผู้ป่วยสามารถลดจำนวนวันที่ดื่มและเพิ่มอัตราการหยุดดื่มได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของบราว และมิลเลอร์ (Brown & Miller, 1993) ที่พบว่าผู้ติดสุรากลุ่มที่เข้ารับการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจทุกครั้งที่มาใช้บริการจะมีอัตราการหยุดดื่มสุราสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดถึงสองเท่า รวมทั้งคล้ายคลึงกับการศึกษาของอาโควิทส์ และเมนโคลา (Arkowitz & Menchola, 2003) ที่พบว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราได้ถึงร้อยละ 56

และผลการศึกษาของกลุ่มนักวิจัยโครงการเอ็มเอทีซีเอช (Project MATCH Research Group, 1997b) ได้สนับสนุนผลการศึกษาครั้งนี้เช่นกัน โดยพบว่าวิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจำนวน 4 ครั้ง ให้ผลในการเพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราได้ประมาณร้อยละ 76.4 การที่การบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจทุก 4 สัปดาห์ให้ประสิทธิผลต่อการหยุดดื่มสุราได้ไม่แตกต่างจากการบำบัดทุก 2 สัปดาห์นั้นอาจเนื่องมาจากกลุ่มอาสาสมัครวิจัยที่เข้ารับการบำบัดในระยะแรกมีแรงจูงใจอยู่ในระดับตัดสินใจเป็นส่วนใหญ่ (ตารางที่ 2) ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ติดสุราประสบกับผลกระทบของสุราอย่างรุนแรง ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ต้องการเลิกสุราอย่างจริงจัง หรือมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกสุราได้สำเร็จ เมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการเลิกสุราที่สามารถปฏิบัติได้ร่วมกับการเห็นความเสี่ยงและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการสะท้อนของผู้บำบัด มองเห็นความสำคัญของตนเองที่ต้องรับผิดชอบเปลี่ยนแปลงตนเอง ประกอบกับได้รับคำแนะนำวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราในหลายรูปแบบ ภายใต้อาสาสมัครวิจัยที่ได้รับความเข้าใจและการสนับสนุนกำลังใจของผู้ให้การบำบัดตามรูปแบบของ FRAMES ซึ่งใช้เป็นหลักในการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Miller & Rollnick, 1991 ; NIAAA, 2004) จึงก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราอย่างชัดเจนในการติดตามครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 (ตารางที่ 14) นอกจากนี้ยังพบว่า ณ การบำบัดระยะที่ 1 อาสาสมัครวิจัยส่วนหนึ่งได้มีการลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราของตนเองบ้างแล้ว (ตารางที่ 2) เมื่อได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องทุก 4 สัปดาห์ย่อมส่งผลต่อการคงอยู่ของระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการณ์ของอาสาสมัครวิจัย

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness [SOCRATES-8A]) ภายหลังจากได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ณ Week₀ Week₄ Week₈ Week₁₆ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าด้านการลงมือทำ ณ Week₀ ของการบำบัดทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .02$) เมื่อพิจารณาระดับคะแนนในส่วนนี้จะเห็นได้ว่ากลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์มีการลงมือทำอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์มีการลงมือทำอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งไม่สอดคล้องกับระดับแรงจูงใจที่ประเมินโดยผู้บำบัด (ตารางที่ 3) ทั้งนี้อาจเกิดจากความเป็นอัตวิสัย (subjective) ที่ตัวของอาสาสมัครวิจัยเป็นผู้ประเมินตัวเองโดยอาจให้ระดับความคิดเห็นในหัวข้อการลงมือทำต่ำกว่าความเป็นจริงหรือสูงเกินความเป็นจริงได้ เนื่องจากจิตใจของผู้ติดสุราไม่รู้สึกว่าตนเองไม่ดีพอ ขาดความเชื่อถือตนเอง ปฏิเสธตนเอง บางครั้งโอ้อวดตัวเอง ขาดความไว้วางใจ และรู้สึกผิดแต่ไม่แสดงออก (Banmen, 2007) แต่ผลการศึกษาของกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์ดังกล่าวคล้ายคลึงกับการศึกษาของพุนทรัพย์ อินตะสาร (2549) ที่พบว่าผู้ติดสุราแผนกผู้ป่วยนอกมีความพร้อมในการรับการรักษาด้านลงมือทำอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุนทร ศรีโกไสยและคณะ (2549) ที่พบว่าผู้ติดสุราแผนกผู้ป่วยนอกมีความพร้อมในการรับการรักษาด้านลงมือทำอยู่ในระดับต่ำซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับจำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการบำบัดรักษา โดยผู้ติดสุราที่เคยเข้ารับการบำบัดรักษาหลายครั้งจะมีความพร้อมในการรับรักษาลดลงเนื่องจากหมดกำลังใจเพราะไม่รู้วิธีการแก้ไขปัญหาของตนเองให้หายจากอารมณ์หงุดหงิด เบื่อหน่ายกับพฤติกรรมการดื่มสุราและความล้าใจของตนเอง (Isenhardt & Van, 1998)

อย่างไรก็ตามขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาในด้านการยอมรับและด้านความล้าใจ ณ Week₀ Week₄ Week₈ Week₁₆ และด้านการลงมือทำ ณ Week₄ Week₈ Week₁₆ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 15) สะท้อนให้เห็นว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทุก 4 สัปดาห์ในภาพรวมให้ผลต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทุก 2 สัปดาห์ ทั้งนี้ อาจเกิดจากความต่อเนื่องของการได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจแม้ว่าระยะเวลาของการได้รับการบำบัดของทั้ง 2 กลุ่มจะแตกต่างกันถึง 2 สัปดาห์ก็ตาม เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงคะแนนขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาทั้ง 3 ด้านใน 5 ระยะของการบำบัด (ภาคผนวก) จะพบว่าในการบำบัดครั้งที่ 4 (visit₄) ซึ่งเป็นระยะของการติดตามครั้งที่ 3 กลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์มีคะแนนแรงจูงใจระดับลงมือกระทำลดลงเหลือร้อยละ 78.6 และจำนวน

ของผู้ที่มีแรงจูงใจระดับตัดสินใจเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.4 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์ ก็ยังมีการลดลงอย่างชัดเจนของแรงจูงใจระดับลงมือกระทำ โดยเหลือเพียงร้อยละ 58.3 แต่แรงจูงใจระดับตัดสินใจและระดับตั้งใจกลับมีจำนวนเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 8.4 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ประสิทธิผลของการบำบัดในช่วงเวลาสั้นๆ ระหว่างการบำบัดครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3 คล้ายคลึงกับผลการศึกษามากานิต ศรีสุรภานนท์ และคณะ (2549) ที่พบว่าในระยะสั้น (12 สัปดาห์) การรักษาโดยสร้างแรงจูงใจ จำนวน 3 ครั้ง มีประสิทธิผล ในการทำให้หยุดหรือลดปริมาณการดื่มสุราลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษายังพบว่ากลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์ ภายหลังจากได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทั้ง 5 ระยะ มีคะแนนขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาในด้านความตั้งใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .02$) โดยเฉพาะในระยะที่ 5 ที่ค่ามัธยฐานเพิ่มสูงขึ้นถึง 17.0 สอดคล้องกับค่ามัธยฐานของด้านความตระหนักที่อยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 16) แสดงถึงกลุ่มอาสาสมัครวิจัยที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์ จะมีความตั้งใจเพิ่มขึ้นเมื่อระยะเวลาเข้าสู่เดือนที่ 4 ของการบำบัด แม้ว่าจะยังคงพยายามควบคุมพฤติกรรมการดื่ม อยู่ก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับที่ค่า GGT มีจำนวนเพิ่มขึ้นในระยะที่ 4 และ 5 (ตารางที่ 18 และ 20) โดยผลที่พบครั้งนี้ใกล้เคียงกับผลการศึกษาลุนันทา ปลั่งกลาง, สุจิตตา สิงคะกุล, และสิริกุล วาปี (2550) ที่ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการบำบัด โดยการสร้างแรงจูงใจผู้ติดสุราที่หยุดดื่มได้ร้อยละ 60 เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 1 จะมีจำนวนหยุดดื่มสุรา ลดลงเหลือร้อยละ 37.5 เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 แสดงให้เห็นถึงการมีโอกาสกลับมาดื่มสุราได้อีกของผู้ เข้ารับการบำบัดแม้ว่าจะยังอยู่ในช่วงของการบำบัดก็ตาม เมื่ออธิบายด้วยหลักการของขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) ระยะของการบำบัดที่ 3-5 ของกลุ่มอาสาสมัครวิจัยที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์ จะอยู่ในขั้นลงมือทำตามขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากยังอยู่ในช่วง 6 เดือนแรกของการหยุดดื่มสุราที่อาจกระทำไม่ได้ไม่สม่ำเสมอในบางช่วง (NIAAA, 2004) และการกลับไปดื่มสุราซ้ำของผู้ติดสุรายังสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ประเภท การวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (classical conditioning) คือพฤติกรรมการดื่มสุราเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมี ภาวะอารมณ์เครียด หงุดหงิด ไม่สบายใจ หรือดีใจ บางรายมีการดื่มร่วมกับมิตรสหายกลุ่มเดียวกัน บ่อยๆ และมีสถานที่ที่ดื่มเป็นประจำ ทำให้ผู้ติดสุราเมื่อเผชิญกับตัวกระตุ้น ได้แก่ คน สิ่งของ สถานที่ หรืออารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราในอดีต จะกระตุ้น brain circuit ในส่วนของ reward system ทำให้คิดถึงความรู้สึกสุขในขณะดื่มสุรา และนำไปสู่อาการอยาก (craving) และอาการขาด สุรา (withdrawal symptoms) ทำให้ต้องหวนกลับไปติดสุราซ้ำ (เชิรชัย งามทิพย์วัฒนา, มาลัย เณิมชัยนุกูล, และ วิลาสินี ชัยสิทธิ์, 2545) อัจฉราพร นัคสาสาร (2548) สรุปผลการศึกษาไว้ว่า

ปัจจัยสำคัญอันดับแรกของการกลับมาดื่มสุราซ้ำของผู้ติดสุราคืออาการอยากสุรา รองลงมาคือการขาดแรงจูงใจ การขาดทักษะในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยง และการมีแหล่งสุราขายในชุมชน ดังนั้นการบำบัดทางจิตสังคมในระยะกลางและระยะยาวสำหรับผู้ติดสุรานั้นควรใช้แนวทางการบำบัดโดยวิธีอื่นร่วมด้วย ได้แก่ การบำบัดตามแนวเซทเทียร์ การบำบัดทางความคิด-พฤติกรรม การบำบัดแบบ 12 ขั้นตอนของกลุ่มเลิกสุรานิรนาม (Alcohol Anonymous [AA]) หรือการบำบัดแบบกลุ่ม เป็นต้น เพื่อส่งเสริมการคงอยู่ของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปให้ยาวนานที่สุด

5. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับ (Gamma-glutamyl transferase [GGT]) ภายหลังจากได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ณ Week₀, Week₄, Week₈, Week₁₆ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .44, .40, .09$, และ $.13$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 17) แต่ภายในกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ มีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของตับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .004$) (ตารางที่ 18) โดยพบค่ามัธยฐานของ GGT มีการลดลงในระยะที่ 2 (จาก 130.0 ลดเหลือ 99.0) แล้วมีค่าเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในระยะที่ 3 (จาก 99.0 เพิ่มขึ้นเป็น 100.0) หลังจากนั้นมียาลดลงอย่างต่อเนื่องในระยะที่ 4 และระยะที่ 5 (66.0 และ 62.0 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับตารางที่ 22 สะท้อนให้เห็นว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาที่ห่างกันไม่นานจะให้ประสิทธิผลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับอย่างชัดเจน โดยค่า GGT จะค่อยๆลดลงเมื่อผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของสาวิตริ อัยณรงค์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, และจิรวัดน์ มูลศาสตร์ (มปป.) ที่ระบุว่าเมื่อผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา ค่า GGT จะค่อยๆลดลงอย่างช้าๆโดยจะลดลงเหลือประมาณครึ่งหนึ่งในสองสัปดาห์ และจะลดลงสู่ระดับปกติภายใน 6-8 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะคงอยู่ในระดับปกติอย่างต่อเนื่องหากไม่มีการดื่มสุรา อธิบายได้ว่าอาสาสมัครวิจัยที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์จะได้รับการเรียนรู้และจัดการอุปสรรคปัญหาที่เกิดจากความลังเลใจของตนเองจนเกิดแรงจูงใจมากขึ้นเรื่อยๆอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาที่ห่างกันไม่นาน ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองอย่างต่อเนื่องทุก 2 สัปดาห์ การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากผลการศึกษาของวิวัฒน์ เหวงชัยขยง และคณะ (2543) ที่พบว่าผู้ติดสุรภายหลังจากได้รับการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจจะมีค่า GGT ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 6 และยังให้ผลแตกต่างจากการศึกษาของอัจฉรา ฟองคำ และคณะ (2547) ที่พบว่าค่า GGT ของผู้ติดสุราที่ได้รับการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจจะมีค่าลดลงอย่างชัดเจน ณ เดือนที่ 6 และเดือนที่ 12

ผลการศึกษาครั้งนี้จึงชี้ชัดว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทุก 2 สัปดาห์จำนวน 4 ครั้งเป็นทางเลือกที่ช่วยให้ตับได้ทำงานลดลง เนื่องจากมีการลดหรือหยุดดื่มสุราอย่างต่อเนื่องอันเป็นผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย

และยังพบว่าค่า GGT ของกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 4 สัปดาห์มีค่าเพิ่มขึ้นในการบำบัดระยะที่ 4 และ 5 และค่า GGT ทั้ง 5 ระยะของการบำบัดภายในกลุ่มนี้ไม่มีความแตกต่างกัน ($P = .695$) (ตารางที่ 18) โดยค่ามัธยฐานของ GGT มีการลดลงในระยะที่ 2 (จาก 125.0 ลดเหลือ 67.0) แล้วมีค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะที่ 3, 4, และ 5 (77.0, 126.5, และ 144.0 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับตารางที่ 22 แสดงถึงการมีพฤติกรรมดื่มสุราของกลุ่มทดลองเมื่อเข้าสู่เดือนที่ 2, 3, และ 4 ของการบำบัดโดยปริมาณและจำนวนครั้งของการดื่มอาจอยู่ในระดับไม่อันตราย เพราะผลการวิเคราะห์ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักและที่หยุดดื่มได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 10 และ 13) คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของสุนันทา ปลั่งกลาง และคณะ (2549) ที่พบว่าผู้ติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการสร้างแรงจูงใจในสถานบริการ จะมีการกลับไปดื่มซ้ำในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 ร้อยละ 27.5 และ 42.5 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากช่วงระยะเวลาของการติดตามของกลุ่มทดลองมีระยะห่างจากกลุ่มควบคุมถึง 2 สัปดาห์ ประกอบกับกลุ่มอาสาสมัครวิจัยยังอยู่ในช่วงของการลงมือทำ จึงทำให้มีโอกาสที่จะกลับไปดื่มได้เป็นครั้งคราวในปริมาณที่ไม่มาก นอกจากนี้ หากพิจารณารายละเอียดในตารางที่ 20 จะพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 1 ราย (รายที่ 9) ที่มีค่า GGT อยู่ในระดับสูงมากที่สุดตั้งแต่ระยะที่ 1 ของการบำบัด แม้จะมีการลดลงในบางช่วงแต่ก็ยังจัดเป็นค่า GGT ที่อยู่ในระดับสูงมากที่สุดอยู่ ซึ่งอาจมีผลต่อค่ามัธยฐานในภาพรวมได้ ประเด็นสำคัญคือผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับหรือ GGT จัดเป็นข้อมูลความผิดปกติด้านชีวเคมีของร่างกาย (biochemical markers) ที่บ่งชี้ถึงการมีพฤติกรรมดื่มสุราที่ตรงตามความเป็นจริง ดังนั้นในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจควรมีการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการบำบัดครั้งที่ 2 อีก เพราะค่า GGT มีการลดลงในระยะที่ 2 ของการบำบัดอย่างชัดเจน

สรุป

ผู้ป่วยโรคติดสุราในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยติดตามทุก 4 สัปดาห์ ให้ประสิทธิผลต่อการลดปัญหาการดื่มสุราในด้านการเปลี่ยนแปลงคะแนนความสามารถในการทำงานหน้าทีโดยรวม (GAF) การเปลี่ยนแปลงร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก การเปลี่ยนแปลงร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม การเปลี่ยนแปลงคะแนนขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A) และการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับ (GGT) ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

ผลการศึกษายังพบว่าการลดปัญหาการดื่มสุราทั้ง 5 ด้านในแต่ละระยะของการบำบัดภายในกลุ่มควบคุมพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับการลดปัญหาการดื่มสุราภายในกลุ่มทดลองในแต่ละระยะของการบำบัด พบว่ามีจำนวน 4 ด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนในด้านการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา ณ คลินิกบำบัดสุรา ผู้ให้การบำบัดควรนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการบำบัดทุก 4 สัปดาห์อย่างน้อย 1 ครั้ง

1.2 ผู้ติดสุราที่มีพฤติกรรมดื่มสุราอย่างหนักควรได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องทุก 2 สัปดาห์จำนวน 4 ครั้ง เพื่อช่วยให้พฤติกรรมลดหรือหยุดดื่มสุรามีความต่อเนื่อง

1.3 ในช่วงระยะกลางหรือระยะท้ายของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้บำบัดควรใช้เทคนิคหรือวิธีการบำบัดตามแนวคิดทฤษฎีอื่นร่วมด้วย เพื่อส่งเสริมการคงอยู่ของพฤติกรรมหยุดดื่มสุรา

2. ด้านการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเรื่องนี้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อความเหมาะสมของการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล และเพื่อนำผลวิจัยไปใช้ได้สถานบริการทางจิตเวชแห่งอื่น

2.2 ควรศึกษาเรื่องนี้ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อราที่มารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไป/
โรงพยาบาลชุมชน ว่าจะให้ผลแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้อย่างไร

2.3 ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจระหว่าง
กลุ่มที่มีแรงจูงใจในระดับตัดสินใจ กับกลุ่มที่มีแรงจูงใจในระดับลงมือทำ

ข้อจำกัดการวิจัย รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบ single blinded clinical trial เพราะผู้บำบัดทราบว่า
อาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัยอยู่ในกลุ่มใด จึงไม่สามารถทำเป็น double blinded clinical trial ได้

SOCRATES- 8A ในแต่ละด้าน	กลุ่มตัวอย่าง	Mean Rank	Mann-Whitney U	Sig
ความตระหนัก ระยะที่ 1	กลุ่มควบคุม (n=24)	27.90	302.50	.49
	กลุ่มทดลอง (n=28)	25.30		
ความตระหนัก ระยะที่ 2	กลุ่มควบคุม (n=17)	19.53	161.00	.75
	กลุ่มทดลอง (n=20)	18.55		
ความตระหนัก ระยะที่ 3	กลุ่มควบคุม (n=14)	15.54	84.00	.49
	กลุ่มทดลอง (n=15)	13.60		
ความตระหนัก ระยะที่ 4	กลุ่มควบคุม (n=14)	13.18	79.50	.47
	กลุ่มทดลอง (n=12)	14.88		
ความตระหนัก ระยะที่ 5	กลุ่มควบคุม (n=11)	9.64	40.00	.15
	กลุ่มทดลอง (n=11)	13.36		
ความตั้งใจ ระยะที่ 1	กลุ่มควบคุม (n=24)	27.33	316.00	.70
	กลุ่มทดลอง (n=28)	25.79		
ความตั้งใจ ระยะที่ 2	กลุ่มควบคุม (n=17)	20.06	152.00	.57
	กลุ่มทดลอง (n=20)	18.55		
ความตั้งใจ ระยะที่ 3	กลุ่มควบคุม (n=14)	14.18	93.50	.59
	กลุ่มทดลอง (n=15)	15.79		
ความตั้งใจ ระยะที่ 4	กลุ่มควบคุม (n=14)	14.43	85.00	.76
	กลุ่มทดลอง (n=12)	13.54		
ความตั้งใจ ระยะที่ 5	กลุ่มควบคุม (n=11)	10.09	45.00	.30
	กลุ่มทดลอง (n=11)	12.91		
ลงมือทำ ระยะที่ 1	กลุ่มควบคุม (n=24)	21.31	211.50	.02*
	กลุ่มทดลอง (n=28)	30.95		
ลงมือทำ ระยะที่ 2	กลุ่มควบคุม (n=17)	16.56	128.50	.28
	กลุ่มทดลอง (n=20)	20.24		
ลงมือทำ ระยะที่ 3	กลุ่มควบคุม (n=14)	13.75	87.50	.43
	กลุ่มทดลอง (n=15)	16.17		
ลงมือทำ ระยะที่ 4	กลุ่มควบคุม (n=14)	13.18	79.50	.81
	กลุ่มทดลอง (n=12)	13.88		
ลงมือทำ ระยะที่ 5	กลุ่มควบคุม (n=11)	9.95	43.50	.25
	กลุ่มทดลอง (n=11)	13.05		

*P< .05

ภาคผนวก

เอกสารอ้างอิง

- จิรววัฒน์ มุลศาสตร์ และสาวิตรี อัยฉางกรชัย. (2548). การบำบัดแบบย่นย่อสำหรับผู้ดื่มแอลกอฮอล์. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 14(3), 413-422.
- ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์ และยิ่งยศ อวิหิงสานนท์. (2550). แอลกอฮอล์กับปัญหาทางไตและเกลือแร่ผิดปกติ". **สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา: ผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลรักษา.** ในสมบัติ ตรีประเสริฐสุข (บรรณาธิการ) หน้า 96-106. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- ดิลก กิโยทัย. (2550). “แอลกอฮอล์กับโรคหัวใจและหลอดเลือด”. **สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา: ผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลรักษา.** ในสมบัติ ตรีประเสริฐสุข (บรรณาธิการ) หน้า 51-58. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2547). การประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ณ โรงพยาบาลสวนปรุง. (เอกสารอัดสำเนา).
- ปริทรรศ ศิลปกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และพันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2542). ความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา. รายงานการวิจัย.
- รณชัย คงสกนธ์. (2548). ความสัมพันธ์สุรากับปัญหาความรุนแรงในครอบครัว. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุราระดับชาติครั้งที่ 1 (13-15 กรกฎาคม 2548) ณ โรงแรมปรีณส์พาเลซ กรุงเทพมหานคร. (หน้า 49-50).
- วิชัย โปษยะจินดา และ อาภา ศิริวงศ์ ณ อุซุชา (บรรณาธิการ). (2545). **สุราในสังคมไทย.** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิวัฒน์ เขวงชัยขง, อัจฉรา ฟองคำ, และนิศานาด โชคเกิด. (2543). การศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยในที่ติดสุราในระดับผิดปกติ โรงพยาบาลลำพูน. วารสารกรมการแพทย์, 25, 87-95.
- เชิรชัย งามทิพย์วัฒนา, มาลัย เฉลิมชัยนุกูล, และ วิลาสินี ชัยสิทธิ์. (2545). Substance use disorder: ความคิดเห็นต่อแนวคิดในการบำบัดในปัจจุบัน. วารสารจิตวิทยาคลินิก, 33(2), 70-92.
- นิพนธ์ เสริมพานิชย์ และ กิตติกา กาญจนรัตนกร. (2540). สถิติและงานวิจัยทางการแพทย์คลินิก. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: พิวอาร์คอมพิวเตอร์.

- พลทรัพย์ อินต๊ะสาร. (2549). **ความพร้อมในการรับการรักษาของผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่**. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิต ศรีสุรภานนท์, อรัญญา แพ้จ้อย, ลลิตา ศรีธรรมชาติ, มณฑิรา เมธา, บังอร สุปรีดา, สัจจพร สมบัติใหม่, และธีรรัตน์ บริพันธ์กุล. (2549). **การให้คำปรึกษาโดยการสร้างแรงจูงใจในการรักษาผู้ติดเชื้อ**. รายงานการวิจัย.
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2548). **ธุรกิจสุรากับตลาดหลักทรัพย์**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มปท.
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2550). **รายงานสถานการณ์สุราประจำปี 2550**. กรุงเทพฯ: โชคดา สตูดิโอ ศรีเอชเอ็น แอนด์ พลับลิชชิง.
- สรีตา ธีระวัฒน์สกุล, จิราพร สุวรรณธีรราษฎร์, และวราภรณ์ ปัญญาวลี. (2549). **การดื่มและมาตรการเพื่อลดการดื่มสุรา กรณีศึกษา 2 ชุมชนภาคเหนือ**. รายงานการวิจัย.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2550). “แอลกอฮอล์และระบบประสาท”. **สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา: ผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลรักษา**. ในสมบัติ ศรีประเสริฐสุข (บรรณาธิการ) หน้า 59-80. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สายรัตน์ นกน้อย, พิชัย แสงชาญชัย, อุษา ตันติแพทยราษฎร์, และราม รั้งสินธุ์. (2547). **ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษากับผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ**. รายงานการวิจัย.
- สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2543). **รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่องมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากแอลกอฮอล์**. มปท.
- สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, และจิรวัฒน์ มูลศาสตร์. (มปป.). **การทบทวนองค์ความรู้เรื่องแนวทางและเทคโนโลยีในการป้องกันและลดภาระโรคจากการดื่มแอลกอฮอล์**. มปท.
- สุนันทา ปลั่งกลาง, สุจิตตา สิงคะกุล, และสิริกุล วาปี. (2549). **รายงานการวิจัยเรื่องผลการบำบัดโดยการสร้างแรงจูงใจในการรักษาผู้ติดเชื้อ**. ขอนแก่น: ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น.
- สุพจน์ พงศ์ประสพชัย. (2550). “ผลของแอลกอฮอล์ต่อตับ”. **สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา: ผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลรักษา**. ในสมบัติ ศรีประเสริฐสุข (บรรณาธิการ) หน้า 81-95. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

- สถาบันสุขภาพจิต. (2536). **คู่มือประกอบการใช้ ICD-10**. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- ไสยา ตรีภุมมุล. (2546). **สุขภาพจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา**. การค้นคว้าอิสระหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนทรี ศรีโกไสย. (2548). **ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้
ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง**. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนทรี ศรีโกไสย, ภัทรภรณ์ ท่งปิ่นคำ, และชาลินี สุวรรณยศ. (2549). **ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้าง
แรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง**. **วารสาร
สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 51(3), 25-35.
- อัญญา ฟองคำ, นิสานาด โชคเกิด, ชไมพร ทวีขศรี, และชยันต์ธร ปทุมมานนท์. (2547). **ผลของการให้
การปรึกษาแบบสั้นในการบำบัดผู้ติดสุราและลักษณะที่มีผลต่อความสำเร็จในการบำบัดรักษา
ที่คลินิกสารเสพติดโรงพยาบาลลำพูน**. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 49, 15-25.
- อัญญาพร นัคสาสาร. (2548). **สาเหตุของการกลับไปเสพติดสุร่าซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาจากศูนย์
บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่**. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรัญญา แพ้ขุย, ลลิตา ศรีธรรมชาติ, ชนิษฐา ใหม่แปลง, นรัญชญา ศรีบูรพา, เสาวพร เจือกุดขมิ้น,
กฤษฎา ใสธากุล, ศิโรรัตน์ ศรีหมอก, และชั้นยชนก นามวงศ์. (2549). **ภาวะโรคจิตเวชร่วมใน
ผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่**. รายงานการ
วิจัย.
- อนุชิต จุฑาทุทธิ. (2550). **“โรคตับจากการดื่มแอลกอฮอล์”**. **สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา: ผลกระทบ
ต่อสุขภาพและการดูแลรักษา**. ในสมบัติ ตรีประเสริฐสุข (บรรณาธิการ) หน้า 33-50. กรุงเทพฯ:
พิมพ์ดี.
- อวิศดา จันทร์แสนตอ. (2541). **ปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการเสพติดสุราของสตรี**. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 71(5), 843-861.
- Babor, T. F., Higgins-biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). **AUDIT, The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care** (2nd ed.). World Health Organization. Department of mental health and substance dependence.
- Banmen, J. (2007). **Treating addiction with the Satir Model**. เอกสารประกอบการประชุมโครงการอบรมหลักสูตร Satir's systemic transformational therapy. (หลักสูตร 3 ปีครึ่ง) ณ โรงแรม บางกอกกอล์ฟแอนด์สปา ปทุมธานี.
- Bien, T. H., Miller, W. R., & Boroughs, J. M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. **Behavioral and Cognitive Psychotherapy**, 21, 347-356. Retrieved November, 23, 2004, from <http://casaa.unm.edu/projects/mimet.htm>
- Brown, J. M., & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. **Psychology of Addictive Behaviors**, 7, 211-218. Retrived November, 23, 2004, from <http://casaa.unm.edu/projects/mimet.htm>
- Barry, K. L. (1999). **Brief interventions and brief therapies for substance abuse: treatment improvement protocol (TIP) series**. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Cornelius, J. R., Clark, D. B., salloum, I.M., Bukstein, O. G., & Kelly, T. M. (2001). Management of suicidal behavior in alcoholism. **Clinical Neuroscience Research**, 1(5), 381-386.
- DiClemente, C.C. (1991). Motivational interviewing and the stages of change. In W.R. Miller & S. Rollnick, **Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior** (pp. 191-202). New York: Guilford Press.
- Fauman, M. A. (2002). **Study guide to DSM-IV-TR**. Washington, DC: American Psychiatric publishing.

- Gelder, M., Mayou, R., & Cowen, P. (2001). The misuse of alcohol and drugs. In G. Michale, M. Richard, & C. Philip (Eds.), **Textbook of psychiatry**, (4th ed.). (pp. 536-579). Arthens: Oxford University Press.
- Graeber, D. A., Moyers, T.B., Griffith, G., Guajardo, E., Tonigan, S. (2003). Addictions services a pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. **Community Mental Health Journal**, 39(3), 189-202.
- Heather, N., Rollnick, S., Bell, A., & Richmond, R. (1996). Effects of brief counseling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. **Drug and Alcohol Review**, 15(1), 29-38.
- Holder, H. D., Cisler, R. A., Longabaugh, R., Stout, R. L., Treno, A. J., & Zweben, A. (2000). Alcoholism treatment and medical care costs and benefits from Project MATCH. **Addiction**, 95, 999-1013.
- Isenhart, C. E., & Van, K. S. (1998). **Relationship between readiness and process of change in sample of alcohol dependence males**. Retrieved November 18, 2007, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd>
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1994). **Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry**. (7th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Miller, W. R. (1995). **Motivational enhancement therapy with drug abusers**. Department of psychology and center on alcoholism, substance abuse, and addictions (CASAA). The University of New Mexico.
- . (1996). Motivational interviewing: Research, Practice, and Puzzles. **Addictive Behaviors**, 21(6), 835-842.
- . (1998). Toward a motivational definition and understanding of addiction. **Motivational Interviewing Newsletter for trainers**, 5(3), 2-6.

- _____. (2001). **Enhancing motivation for change in substance abuse treatment: treatment improvement protocol (TIP) series**. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991a). **Motivational interviewing: Preparing people for change**. New York: Guilford Press.
- _____. (1991b). **Motivational interviewing: Preparing people for change**. Addictive behavior. New York: Guilford Press.
- _____. (1995). **Motivational interviewing: What is MI? Behavioral and Cognitive Psychotherapy**, **23**, 325-334. [Online] Available <http://motivationalinterview.org/clinical/whatismi.html>
- _____. (2002). **Motivational interviewing: Preparing people for change**. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. & Tonigan, J. S. (1996). **Negative consequences, substance use, and motivation for change: a predictor model of drug abuser motivation to change behavior**. Retrieved November, 23, 2004, from <http://casaa.unm.edu/projects/mimet.htm>
- Miller, W. R., Sovereign, R. G., & Kregge, B. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-up as a preventive intervention. **Behavioural Psychotherapy**, **16**, 251-268.
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R.G. (1992). **Motivational Enhancement Therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence**. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **61**, 455-461. Retrieved November, 23, 2004, from <http://casaa.unm.edu/projects/mimet.htm>

- Morgenstern, J., & Longabaugh, R. (2000). **Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: a review of evidence for its hypothesized mechanisms of action.** *Addiction*, 95(10), 1475-1490.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. (2003). **Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers.** (2nd ed.) In J. P. Allen, & V. B. Wilson (Eds.), NIH Publication.
- _____. (2004). **Helping patients with alcohol problems: A health practitioner's guide.** NIH Publication.
- Peele, S. (2004). **Project MATCH: What It Was and What It Found.** Retrieved November, 23, 2004, from <http://www.peele.net/debate/match.html>.
- Petrakis, I. L., Gonzalez, G., Rosenheck, R., & Krystal, J. H. (2002). Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders: an overview. *Alcohol Res Health*, 26, 81-9.
- Polit, D. F., & Hunger, B. P. (1999). **Nursing research: Principles and methods** (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 19, 276-288.
- Rollnick, S., Heather, N., & Bell, A. (1992). Negotiating behavior change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental health*, 1, 25-37.
- Rohsenow, D. & Malley, S. O. (1999). Outcome measures for alcohol abuse and dependence. In **Consensus statement on evaluation of outcome of pharmacotherapy for substance abuse/dependence.** (pp. 6-12). Report from a NIDA/CPDD Meeting. Held in Washington, DC. April 23-24, 1999.
- Room, R., Babor, T. F., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365, 519-30.
(Book Review)
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). **Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry.** (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Shand, F. & Gates, J. (2004). **Drinking decisions: A guide for drinkers**. The National Drug and Alcohol research Centre. Australia.
- Shivani, R., Goldsmith, J., & Anthenelli, R. M. (2002). Alcoholism and psychiatric disorders diagnostic challenges. **Alcohol Res Health**, **26**, 90-8.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Ward, E. (Eds.). (1980). **Evaluating alcohol and drug abuse effectiveness**. New York: Pergamon Press.
- Tonigan, J. S. (2003). Applied Issues in treatment outcome assessment. In J. P. Allen, & V. B. Wilson (Eds.), **Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers** (2nd ed.). U.S. Department of health and human services, public health service national institutes of health.
- Trevisan, L. A., Boutros, N. B., Petrakis, I. L., & Krystal, J. H. (1998). Complication of Alcohol Withdraw: Pathological Insights. **Alcohol Health & Research**, **22**, 61-66.
- World Health Organization. (2001). Why screen for alcohol use?. In B. F. Thomas, H-B. C. John, S. B. John & N. G. Maristela (Eds.), **AUDIT, The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care** (2nd ed.). (pp. 5-9). Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Westermeyer, R. (n.d.). **A user-friendly model of change**. Retrieved January, 24, 2005, from <http://www.habitsmart.com/motivate.htm>