

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
เกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดสุรา

สัมพันธ์ พัฒน

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
เกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดสุรา

นายสัมพันธ์ พัฒสร

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ จิตติวัตร ธรรมไพโรจน์

กศ.ม. (การแนะแนว)

ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โสภิตา แสงอ่อน

Ph.D. (Nursing)

กรรมการควบคุมสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ศักดิ์ พย.ค.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สารนิพนธ์

เรื่อง

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
เกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจในผู้ติดสุรา

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2551

.....

นายสัมพันธ์ พัฒสร

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ศักดิ์ พย.ค.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ จิตติวัลดุ์ ธรรมไพโรจน์

กศ.ม. (การแนะแนว)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ จารุวรรณ ต. สกุล

สสม.(การแพทย์จิตภาพ)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โสภณ แสงอ่อน

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวัน พ.บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ จิตติวัตร ธรรมไพโรจน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภณ แสงอ่อน ที่ให้ข้อเสนอแนะ ตรวจสอบ แก้ไขและปรับปรุง ขอบบพระองค์ในการทำสารนิพนธ์ จนสารนิพนธ์ฉบับนี้เรียบร้อยสมบูรณ์ ตลอดจนเป็นกำลังใจให้แก่ ผู้ศึกษามาโดยตลอด ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ คณะบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช เจ้าหน้าที่ห้องสมุด และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ซึ่งผู้ศึกษามีโอกาสล่วงนามได้ทั้งหมด ที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาของการศึกษาค้นคว้า ผู้ศึกษารู้สึกประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษาตลอดหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราช ในการสนับสนุนให้ผู้ศึกษาได้มีโอกาสศึกษาต่อ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่หน่วยคุณภาพสารสนเทศทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือในการปฏิบัติงานแทน ในเวลาที่ต้องมาศึกษาหรือพบอาจารย์ รวมทั้งคอยให้กำลังใจ ตลอดมาตั้งแต่เริ่มต้นจนสารนิพนธ์เล่มนี้สมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้ศึกษาขอขอบคุณเพื่อนๆ น้องๆ คุณภัทราภรณ์ วัฒนโพธิ์ธร และสมาชิกในครอบครัวทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือ ในทุกเรื่องที่สามารถช่วยได้ และเป็นกำลังใจที่ดีสม่ำเสมอ จนกระทั่งสารนิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สัมพันธ์ พัทธกร

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุรา
(A SYSTEMATIC REVIEW OF RESEARCH ON MOTIVATIONAL ENHANCEMENT
THERAPY IN ALCOHOL DEPENDENT PATIENTS)

สัมพันธุ์ พิศุร 4637628 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์: จิตติวัลค์ ธรรมไพโรจน์, กศ.ม. (การแนะแนว), โสภิตา แสงอ่อน,
Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุรา หลักฐานงานวิจัยที่นำมาศึกษามี 8 เรื่อง เป็นงานวิจัย Meta Analytic Review จำนวน 1 เรื่อง Randomized Controlled Trial จำนวน 2 เรื่อง และ Quasi Experimental จำนวน 5 เรื่อง สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้ 1) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Building Motivation for Change) ระยะที่ 2 การกระทำให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง (Strengthening Commitment to Change) และระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow Through) 2) ระยะเวลาในการบำบัด อยู่ระหว่าง 3-29 ครั้ง ครั้งละ 45 – 87 นาที 3) ผู้บำบัด เป็นบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ ในเรื่องการบริหาร เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและไม่จำกัดวิชาชีพ 4) ผู้รับการบำบัด คือ ผู้ป่วยติดสุรา หรือผู้ป่วยติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย โดยไม่อยู่ในระยะที่มีอาการทางจิตรุนแรง และ 5) ผลของการบำบัด พบว่า ผู้รับการบำบัดสามารถลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก เพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และประหยัดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาได้ ผลที่ได้จากการศึกษาหลักฐานงานวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการบำบัดผู้ติดสุราต่อไป

คำสำคัญ: การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ / การให้คำปรึกษา / ผู้ติดสุรา

A SYSTEMATIC REVIEW OF RESEARCH ON MOTIVATIONAL ENHANCEMENT
THERAPY IN ALCOHOL DEPENDENT PATIENTS

SAMPHAN PATSORN 4637628 RAMHM

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORS: TITIWONE THUMAPIROJ, M.Ed. (Guidance),
SOPIN SANGON, Ph.D. (Nursing)

ABSTRACT

This study aims to analyze research and evidence on Motivational Enhancement Therapy (MET) in alcohol dependent patients. There are eight research papers being investigated. The research study comprises one meta-analytic review, two randomized control trials and five set of quasi-experimental research. The results are as follows: 1) Motivational Enhancement Therapy can be divided into three phases: Building Motivation for Change, Strengthening Commitment to Change, and Follow Through. 2) Duration of therapy is between three to twenty-nine sessions. The session can range from 45-87 minutes. 3) Therapists are individuals who obtain knowledge and abilities in Motivational Enhancement Therapy and do not have to belong to any particular profession. 4) Clients are individuals who are alcohol dependent patients or alcohol dependent patients with co-morbid conditions and do not have severe psychiatric conditions, and 5) Results show that clients can significantly reduce heavy drinking per day and increase days of abstinence. Furthermore, it will improve quality of life and reduce the cost of therapy. The results of this study can be applied and implemented in the therapy of alcohol dependent patients.

KEY WORDS: MOTIVATIONAL ENHANCEMENT THERAPY /
MOTIVATIONAL INTERVIEWING / ALCOHOL DEPENDENT

137 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
นิยามศัพท์	6
2 บรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ผู้คิดสูตร	9
การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy- MET)	19
3 วิธีการดำเนินการศึกษา	33
4 ผลการศึกษา	81
5 อภิปรายผล	
คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานวิชาการ	97
การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้คิดสูตรและผู้คิดสูตรที่มีโรคทางจิตเวช อื่นร่วม	98
วิธีการบำบัดแบบอื่นที่นำมาเปรียบเทียบ	101

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
6	
สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา	103
ข้อเสนอแนะ	106
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	109
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	119
บรรณานุกรม	129
ประวัติผู้วิจัย	137

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงการเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการดื่มสุราและการหยุดดื่มสุรา	21
2	แสดงจำนวนงานวิจัยที่ค้นได้ และจำนวนงานวิจัยที่เลือกใช้ โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น	34
3	แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุรา	36
4	แสดงผลการวิเคราะห์ การศึกษาการใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุราและผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย	82

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการดื่มสุราในสังคมไทยนับเป็นหนึ่งในปัญหาที่สำคัญของชาติ เนื่องจากสุราได้แทรกซึมเข้าไปอยู่ในวิถีชีวิตของคนไทยมานานกว่า 5,000 ปี (คณะทำงานวิจัยและประเมินผลโครงการณรงค์เกี่ยวกับการขับขี่ยานพาหนะภายหลังการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, 2549) ดังที่พบเห็นกันทั่วไปว่ามีการดื่มสุราอย่างแพร่หลายในสังคมไทย คนไทยดื่มสุราจนเป็นความเคยชิน เช่น ดื่มสุราหลังเลิกงาน การต้อนรับแขกและการจัดงานเลี้ยงต่างๆ ต้องมีการเลี้ยงสุรา เป็นต้น จากวิถีชีวิตดังกล่าวเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนไทยดื่มสุราเพิ่มขึ้น ทั้งด้านจำนวนผู้ดื่มและปริมาณการดื่ม โดยมีจำนวนผู้ดื่มเพิ่มขึ้นถึงปีละประมาณ 260,000 คน ในส่วนของปริมาณการดื่มสุรานั้น มีการดื่มเพิ่มมากขึ้น โดยในปี 2536 คนไทยดื่มสุราทั้งหมด 18,538 ล้านดิลกริ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงปี 2546 มีปริมาณเพิ่มขึ้นเป็น 26,787 ล้านดิลกริ (เพิ่มขึ้น 44.5%) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกระบุว่า ปี 2543 คนไทยดื่มสุราเป็นอันดับ 5 ของโลก (หมอชาวบ้าน, 2547) ส่งผลให้ประเทศไทยต้องสูญเสียเงินตราไปกับการดื่มสุราถึงปีละ 100,000 – 280,000 ล้านบาท (หมอชาวบ้าน, 2547) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งราชการและเอกชนมองเห็นความสูญเสียดังกล่าว จึงมีการจัดทำโครงการเพื่อการลดหรือเลิกดื่มสุราหลายโครงการ เช่น โครงการเลิกเหล้าเข้าพรรษา โครงการเลิกเหล้าเลิกจน โครงการเมาไม่ขับ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แม้จะมีโครงการเหล่านี้แล้ว แต่ก็ยังมีผู้ดื่มสุราเป็นจำนวนมาก และในจำนวนผู้ดื่มสุรดังกล่าว จะมีผู้ที่ดื่มสุราจนถึงขั้นเสพยาอยู่ด้วย ซึ่งจากสถิติผู้ป่วยติดสุราในโรงพยาบาลศรีธัญญาพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มจาก 2,567 คน ในปีงบประมาณ 2545 เป็น 3,337 คน ในปีงบประมาณ 2549 (งานเวชสถิติโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2550)

พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่แพร่หลายในสังคมไทย เกิดมาจากหลายสาเหตุ ซึ่งจากประสบการณ์ในการทำงาน ผู้ดื่มสุราที่เข้ารับการบำบัดมักจะบอกว่า “ดื่มสุราเพื่อความสนุกสนาน” “แก้เหนื่อยจากการทำงาน” “คลายเครียด” “ทำให้หลับได้” “ดื่มเพื่อเข้าสังคม” “เพื่อนชักชวน” “และคิดว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องธรรมดาที่ใครๆ ก็ดื่มได้” “คนในครอบครัวก็ดื่มกัน”

“เพื่อลืมอดีตและความคับข้องใจ” “ไม่มีอะไรทำ” “การดื่มสุราของตนเองไม่ทำให้ใครเดือดร้อน” “สามารถดื่มได้หลังจากออกจากโรงพยาบาล” “การดื่มสุราของตนเองอาจเป็นปัญหาต่อครอบครัวบ้างแต่ถ้าดื่มแล้วทำงานก็น่าจะทำได้” ซึ่งจากเหตุผลดังกล่าวสามารถจำแนกปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการดื่มสุราได้เป็น 3 ปัจจัยด้วยกัน คือ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ และปัจจัยทางสังคม กล่าวคือ

ปัจจัยทางชีวภาพ ได้มีการศึกษาไปถึงปัจจัยสนับสนุน 2 ปัจจัยด้วยกัน คือ ปัจจัยสนับสนุนด้านพันธุกรรม โดย Prescott และ Kendler (1999) ได้ศึกษาในกลุ่มแฝดแท้และแฝดเทียม จำนวน 1,514 คู่ พบว่า มีกลุ่มแฝดแท้ที่ติดสุราเหมือนกัน ร้อยละ 48- 58 ในขณะที่แฝดเทียมมีการติดสุราเหมือนกันเพียง ร้อยละ 18-34 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มแฝดที่มีความใกล้ชิดทางพันธุกรรมมากก็จะมีโอกาสติดสุราเหมือนกันมากด้วยเช่นกัน จึงอธิบายได้ว่าพันธุกรรมมีผลต่อการติดสุรา และปัจจัยสนับสนุนด้านชีวเคมี โดยมีสมมุติฐานว่าเกิดจากระบบความพึงพอใจ (Reward System) ที่เกิดขึ้นจากการเพิ่มของโดปามีน (Dopamine) และซีโรโทนิน (Serotonin) ในสมองส่วนของ Ventral Tegmental Area (VTA) ทำให้ผู้ติดสุราพึงพอใจในความสุขที่ได้รับและเกิดการติดสุราขึ้น (Staley et al., 2005)

ปัจจัยด้านจิตใจและบุคลิกภาพ เกิดจากสุราสามารถทำให้ลืมเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจในอดีตได้ ความรู้สึกเศร้า ความเครียด หรือความรู้สึกผิดจะลดลงได้ชั่วขณะที่เมาสุรา ปัจจัยนี้เป็นสิ่งสำคัญที่จูงใจให้ผู้ติดสุรายังคงพฤติกรรมการดื่มสุรา หรือดื่มสุราเพิ่มขึ้น ส่วนปัจจัยด้านสังคม สภาพทางสังคมจัดว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุรา สภาพสังคมที่จัดเป็นแหล่งส่งเสริมให้บุคคลดื่มสุรา เช่น ครอบครัว กล่าวคือ สัมพันธภาพของบุคคลภายในครอบครัวมีผลต่อการดื่มสุรา รวมถึงกลุ่มเพื่อนและสภาพแวดล้อมในชุมชน จะเห็นได้ว่าสาเหตุของการดื่มสุรานั้นแตกต่างกันออกไป ตามปัจจัยสนับสนุนของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งที่จูงใจให้บุคคลเหล่านี้ยังคงการดื่มสุราอยู่ จนบางรายไม่สนใจผลกระทบที่ตามมาจากการดื่มสุรา

การดื่มสุรานั้นสามารถส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดื่ม ตั้งแต่เริ่มดื่ม หรือเริ่มเมาสุราน้อย ๆ จนถึงขั้นเมามาก ซึ่งจำแนกได้เป็น 4 ระยะ โดยเริ่มตั้งแต่ระยะร่าเริง (Jocose) คือ ผู้เมาสุราจะพูดมาก พูดแล้วไม่ได้ประโยชน์ เมื่อดื่มสุราต่อก็จะเข้าสู่ระยะก้าวร้าว (Bellicose) ทำให้เสียความสามารถในการตัดสินใจ พูดขวยขวาน มักมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย ฉุนเฉียว ก้าวร้าว สร้างความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้าง ทำดีทำต่อย อาจเกิดอุบัติเหตุ เช่น ตกจากที่สูง ขับรถชน อุบัติเหตุในที่ทำงาน เมื่อเมามากขึ้นก็จะเข้าสู่ระยะน้ำตาไหล (Lachrymose) คือ น้ำตาไหล ร้องไห้ไม่ยอมใคร และระยะสุดท้ายคือ ระยะหมดสติ (Comatose) ผู้ดื่มสุราจะเมามากจนถึงขั้นหมดสติ อาจพบเมามากสติได้ตามสถานที่ต่าง ๆ และอาจเมาสุราตาย (ปิยะรัตน์ โกวิทพรพงศ์, 2546) โดยผู้ดื่มสุราเหล่านี้บางส่วนจะดื่มสุราเป็นประจำจนเกิดการเมาสุราตามระยะต่าง ๆ บ่อย ๆ จนเป็นผู้ติดสุรา หรือก็คือ ผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำไม่สามารถควบคุมการดื่มสุราของตนเองได้ ถึงแม้ว่าจะได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมการดื่มสุราแล้วก็ตาม

การดื่มสุรานั้นส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยพบว่าในด้านร่างกายนั้น บุคคลที่ติดสุราเรื้อรังจะรู้สึกปวดเสียวปวดร้อน กล้ามเนื้ออ่อนแรง สติปัญญาเสื่อม หรือเกิดปัญหา โรคกระเพาะอาหาร มะเร็งหลอดอาหาร ตับอักเสบ ตับแข็ง ซึ่งโรคตับแข็งนี้ยังเป็นสาเหตุการตาย หนึ่งในสิบอันดับของสาเหตุการตายที่สำคัญ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ผู้ที่ติดสุราเรื้อรังจะมี อาการ Wernicky-Korsakoff's Syndrome คือ มีอาการสูญเสียความจำปัจจุบัน อาการสับสน การสร้างความจำเทียม (Confabulation) และอาการที่เกิดจากการขาด Vitamin B1 (thiamine) คือ สับสน ร่างกายโซเซ ประสาทตาเสีย (Cranial nerve VI palsy) (Oscar-Berman, Shagrin, Evert & Epstein, 1977)

ในด้านจิตใจ พบว่า ผู้ติดสุรามักมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ฉุนเฉียว ก้าวร้าว เสียความสามารถในการตัดสินใจ (อุษณีย์ กันน้อย, 2547) และการติดสุรายังอาจทำให้เกิดการนอนไม่หลับ Roehrs และ Roth (2001) พบว่าสาเหตุของการนอนไม่หลับ กว่าร้อยละ 30 เกิดจากการติดสุรา สุรายังทำให้เกิดอาการหวาดระแวง กลัว ประสาทหลอน มีความคิดอยากฆ่าผู้อื่นและมีการ ชี้มเสียวอยากฆ่าตัวตาย (ปริทรรศ ศิลปะกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, 2542) นอกจากนี้ ผู้ติดสุรายังมีความสามารถในการควบคุมตนเองลดลงอีกด้วย อาจทำไปตามความต้องการของจิตใต้สำนึกโดยไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การมีเพศสัมพันธ์แบบมีความเสี่ยงสูง ซึ่งนำไปสู่โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยพบว่ากว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคเอดส์ในวัดพระบาท น้ำพุ มีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2550)

สำหรับผลกระทบด้านสังคม เริ่มจากครอบครัวที่เป็นสังคมเล็ก ๆ การติดสุราเป็นสาเหตุหนึ่งของปัญหาครอบครัว เช่น เกิดความรุนแรงในครอบครัว การทำร้ายกัน เนื่องจากผู้ที่อยู่ในอาการเมาสุรา (Hangover) จะมีอารมณ์โกรธที่รุนแรง เกิดการล่อลวงละเมิดทางเพศ King, Flisher, Noubary, Reece, Marais และ Lombard (2004) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการล่อลวงละเมิดทางเพศในเด็กวัยรุ่นของแอฟริกาใต้ จำนวน 2,946 คน พบว่า เด็กในครอบครัวที่สามีภรรยาติดสุรามีโอกาสถูกข่มขืนได้สูง เด็กวัยรุ่นที่ดื่มสุราก็จะมีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงทางเพศ มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม และมีความรู้สึกลอยๆอยากฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การติดสุราอาจนำไปสู่ปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัวได้ เนื่องจากผู้ติดสุราจะไม่สามารถรับผิดชอบงาน ทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ผลที่สุดต้องออกจากงาน เป็นภาระของครอบครัวที่ต้องเลี้ยงดู จากนั้นผลกระทบจะขยายไปยังหน่วยของสังคมที่ใหญ่ขึ้น ตั้งแต่ชุมชน จนถึงระดับประเทศ เช่น เกิดการทะเลาะวิวาท เกิดความขัดแย้งในสังคม เกิดการทำร้ายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังมีผลให้สังคมต้องรับภาระในการดูแลบำบัดรักษาผู้ติดสุราเหล่านั้น ซึ่งส่งผลต่อเศรษฐกิจในภาพรวม กรณีที่เกิดอุบัติเหตุอาจส่งผลให้เกิดความเสียหายทั้งต่อชีวิตและทรัพย์สินของผู้อื่น จากสถิติผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนน

ในช่วงที่ไม่มีเทศกาล ร้อยละ 26 – 65 และเพิ่มเป็นร้อยละ 72- 85 ในช่วงมีเทศกาล ที่เกี่ยวข้องกับการเมาแล้วขับ เสียชีวิตราวปีละ 6,000 คน บาดเจ็บปีละ 56,250 คน มีความสูญเสียถึง 27,950 ล้านบาท (บัณฑิต ศรีไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, ศุภพงศ์ อัมสรพวงค์, กมล วัฒนพร, โสภิต นาสืบ และวิภาดา อันล้ำเลิศ, 2550) จากข้อมูลดังกล่าวเป็นความเสียหายที่เกิดจากการจราจรที่เกี่ยวข้องกับการเมาแล้วขับเพียงเรื่องเดียว ยังไม่ได้รวมความเสียหายจากด้านอื่นที่ยังไม่มีข้อมูลเด่นชัด เช่น อุบัติเหตุในที่ทำงาน อุบัติเหตุในครัวเรือน ความเสียหายที่เกิดจากการขาดงานของผู้ติดสุรา ผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการทำร้ายกันเมื่อเมาสุรา และค่ารักษาพยาบาล ทั้งการติดสุราและโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา เป็นต้น ถ้านำความเสียหายดังกล่าวมารวมกัน ก็จะเห็นได้ว่าประเทศได้รับความเสียหายอย่างมากจากการดื่มสุราและผลกระทบจากการติดสุรา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องช่วยเหลือนักติดสุราเหล่านี้อย่างเร่งด่วน

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัญหาการติดสุราของผู้ดื่มสุราเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงพบเห็นได้ทั่วไปในสังคมไทย และยังส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งต่อตนเองและสังคม ดังนั้นปัญหาการติดสุราจึงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข ให้ผู้ดื่มลดหรือเลิกดื่มสุราอย่างจริงจังและเร่งด่วน ซึ่งวิธีการแก้ไขต้องสามารถยืดหยุ่นและใช้กับผู้ดื่มสุราแต่ละรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากปัญหาการติดสุรานั้นเกิดขึ้นกับผู้ดื่มสุราแต่ละราย ซึ่งมีบริบทของปัญหา สาเหตุการติดสุรา และพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราที่แตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องให้การบำบัดผู้ดื่มสุราที่มีปัญหาติดสุราเป็นรายบุคคล โดยใช้วิธีที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ดื่มสุราแต่ละรายได้ ซึ่งวิธีบำบัดที่สามารถช่วยให้ผู้ดื่มสุราแก้ไขพฤติกรรมการณ์ดื่มสุราของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีการนำมาศึกษากันอย่างแพร่หลาย คือ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy หรือ MET) (สุนทรีย ศรีโกสย, 2548)

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ในผู้ติดสุรา เป็นการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยใช้เทคนิคสำคัญในการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing หรือ MI) ในการช่วยให้ผู้ติดสุราค้นหา (Explore) และแก้ไขความลังเลใจ (Resolve) ของตนเอง โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client Center) (พิชัย แสงชาญชัย, 2546a; Miller, 1995) ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งเป็นแนวทางการบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ติดสุรา เนื่องจากการณ์ดื่มสุราเป็นพฤติกรรมที่สังคมไทยยอมรับ ไม่ถูกต่อต้านเหมือนการเสพยาเสพติดประเภทอื่น เมื่อพิจารณาจากสาเหตุและผลกระทบของการติดสุรา ผู้ติดสุราแต่ละคนนั้นติดสุราด้วยสาเหตุที่หลากหลายและได้รับผลกระทบของปัญหาไม่เท่ากัน ประกอบกับรูปแบบของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) นี้ สามารถใช้ได้ในรูปแบบของการบำบัดรายบุคคล (Individual) ซึ่งในการช่วยเหลือนักติดสุรานั้น จำเป็นจะต้องคำนึงถึงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ติด

สุราแต่ละราย เพื่อช่วยเหลือผู้ติดสุราให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม และตรงตามเป้าหมายในการบำบัดของผู้ติดสุราเอง

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ในผู้ติดสุรามีการใช้กันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ เช่น ในโครงการ Project MATCH ของ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (Project Research Group, 1996) ได้นำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) มาศึกษาเปรียบเทียบกับวิธีการบำบัดมาตรฐานอื่นๆ คือ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy หรือ CBT) และ กลุ่ม 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation หรือ TSF) ในผู้ติดสุรา จำนวน 1,726 คน ในปี 1989 ผลการศึกษาพบว่าวิธีนี้ได้ผลดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ผลที่ได้ไม่แตกต่างกันกับวิธีการบำบัดแบบ Cognitive-Behavioral Therapy และ Twelve Steps Facilitation เช่นเดียวกับศึกษาของ United Kingdom Alcohol Treatment Trial Research Team (UKATT) ในปี 2005 ได้ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ กับการบำบัดแบบพฤติกรรมสังคมและเครือข่ายบำบัด (Social behavior and network therapy หรือ SBNT) ในผู้ติดสุรา 742 ราย ก็ให้ประสิทธิผลไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าการบำบัดทั้ง 4 วิธีดังกล่าวจะให้ผลการบำบัดที่ดีเท่าเทียมกันก็ตามแต่เมื่อพิจารณาถึงระยะเวลาในการบำบัดแล้ว พบว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ใช้เวลาน้อยที่สุดและจำนวนครั้งยังน้อยกว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กลุ่ม 12 ขั้นตอน การบำบัดแบบพฤติกรรมสังคมและเครือข่ายบำบัดอีกด้วย ซึ่งส่งผลให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีต้นทุนการบำบัดต่ำกว่าวิธีดังกล่าวด้วย (Project Research Group, 1996; UKATT, 2005)

นอกจากนี้ ยังมีการใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในประเทศไทย โดยพิชัย แสงชาญชัย นายแพทย์ประจำโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และนำมาวิจัยโดยสายรัตน์ นกน้อย, พิชัย แสงชาญชัย, อุษา ตันติแพทยากร, และราม รั้งสินธุ์ (2547) เรื่อง การศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษากับผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งผลปรากฏว่ากลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาโดยใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถลดปริมาณการดื่มให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) เช่นเดียวกับ สุนทรี ศรีโกไสย (2548) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถลดการดื่มและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

จากการปฏิบัติงานพบว่า มีผู้ติดสุราบางส่วนเมื่อสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาลแล้วก็กลับไปดื่มสุราจนต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลอีก ผู้ติดสุราหลายรายให้ข้อมูลว่าถูกบังคับมา รักษา ตนเองไม่ได้เป็นอะไร ญาติหรือผู้นำส่งวิตกกังวลเกี่ยวกับการดื่มสุราของตนเองมากเกินไป ซึ่ง

ผู้ติดยาเสพติดจะกลับไปดื่มสุราอีกหลังจากออกจากโรงพยาบาล ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษา เพื่อสืบค้นและหาวิธีการ โดยใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด ตามการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปเป็นแนวทางการช่วยเหลือผู้ติดยาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดยา
2. วิเคราะห์ประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดยา ได้แก่
 - 2.1 ผู้บำบัด
 - 2.2 ผู้รับการบำบัด
 - 2.3 ระยะเวลาในการบำบัด
 - 2.4 ระยะของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
 - 2.5 หลักการพื้นฐานในการบำบัด
 - 2.6 เทคนิคในการบำบัด
 - 2.7 ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
 - 2.8 วิธีการบำบัดแบบอื่นที่นำมาเปรียบเทียบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดยา เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยติดยา

นิยามศัพท์

ผู้ติดยา หมายถึง ผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำ และไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนได้ ซึ่งได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมการดื่มนั้น ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือสังคม และยังคงดื่มสุราต่อไปแม้กระทั่งได้รับรู้ถึงผลของการดื่มนั้นแล้ว และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดยา (Alcohol Dependence) ตามเกณฑ์วินิจัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, Text Revision หรือ DSM-IV TR) (American Psychiatric Association, 2000)

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) หมายถึง วิธีการบำบัดผู้ติดยาในด้านจิตใจ ด้วยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้

ลดหรือเลิกการดื่มสุราตามแนวคิดของมิลเลอร์ (Miller, 1995) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อาศัยวิธีการดังนี้ คือ การประเมินระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและให้การบำบัดตามระดับแรงจูงใจ การตั้งคำถามเพื่อให้ผู้ติดสุราได้พูดข้อความจูงใจตนเอง (Self-Motivational Statement หรือ SMS) และการใช้วิธีการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจตามตามเทคนิค FREAMS คือ 1) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed Back) 2) การเน้นให้มีความรับผิดชอบ (Responsibility) 3) การให้ความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในผู้ติดสุรา (Empathy) 4) การให้คำแนะนำ (Advice) 5) การเสนอทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) และ 6) การส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ติดสุรา (Self efficacy)

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. ผู้ติดสุรา

- 1.1 ประวัติความเป็นมาของสุรา
- 1.2 ความหมายของสุรา
- 1.3 ประเภทของสุรา
- 1.4 สาเหตุการติดสุรา
- 1.5 ผลกระทบจากการติดสุรา
- 1.6 การวินิจฉัยโรคติดสุรา
- 1.7 การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา

2. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy- MET) ในผู้ติดสุรา

- 2.1 ความหมายของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
- 2.2 ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change)
- 2.3 การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing หรือ MI)
- 2.4 หลักการพื้นฐานของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Five Rationale and Basic Principles)
- 2.5 เทคนิคของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy)
- 2.6 ระยะของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Phase of Motivational Enhancement Therapy)

1. ผู้ติดสุรา

1.1 ประวัติความเป็นมาของสุรา

สุรามีประวัติการค้นพบที่ไม่แน่ชัดนัก บางตำรากล่าวว่า เมื่อราว ๆ พันปีมาแล้ว มนุษย์รู้จักการทำไวน์และดื่มไวน์ (ปิยะรัตน์ โกวิททรงพงศ์, 2546) แต่มีการบันทึกไว้มากว่า 2,800 ปี ก่อนคริสต์ศักราช เป็นเรื่องราวเกี่ยวกับแคว้นเมโสโปเตเมีย (Mesopotamia) ที่พูดถึงการแบ่งปัน เบียร์และขนมปังให้กับผู้ใช้แรงงานสมัยนั้น ในสมัยอียิปต์โบราณก็พบว่าการผลิตเบียร์และนิยมนำเบียร์กันอย่างกว้างขวาง โดยการพบภาพเขียนและภาพสลักเกี่ยวกับเรื่องราวของการผลิตเบียร์บนแผ่นหิน โดยผลิตจากข้าวบาเลย์ ในดินแดนของชาวอินเดียนแดงทวีปอเมริกาใต้ ก่อนที่ชาวยุโรปพิชชาวจะยึดครอง พบว่าชาวอินเดียนแดงรู้จักผลิตสุราโดยใช้แป้งข้าวโพด (โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน, 2540) นอกจากนี้ ยังพบว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นข้อห้ามของหลายศาสนา เช่น ศาสนาพุทธ ได้กำหนดไว้ในศีลข้อ 5 ที่ว่า “สุราเมรยมชชปมาทภูฐานา เวรมณี สิกขาปทสมายามิ” ซึ่งศาสนาพุทธได้ถือกำเนิดขึ้นในโลกมา 2551 ปีแล้ว ในศาสนาอิสลามก็ได้กล่าวถึง “ค็อมร” ที่หมายถึงสุรา ซึ่ง “ค็อมร” ทุกประเภทนั้นเป็นสิ่งต้องห้ามของศาสนาอิสลาม (ดำรงแวอาลี, 2547) ที่ได้เกิดขึ้นมานานแล้วเช่นกัน

สำหรับประวัติของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยนั้น มีความเป็นมาไม่แน่ชัด โดยมีการบันทึกไว้ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2473 กล่าวถึงการผลิตเบียร์ โดยพระยาภิรมย์ภักดี (บุญรอด เศรษฐบุตร) ได้ยื่นเรื่องขออนุญาตตั้งโรงงานผลิตเบียร์ขึ้นเป็นครั้งแรก (โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนโดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว, 2540) อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่าสุราเข้ามาอยู่ในวิถีชีวิตของคนไทยจนถึงปัจจุบัน เช่น การดื่มสุราในงานเทศกาล งานเลี้ยง งานแต่งงาน งานบวช หรืองานพบปะสังสรรค์อื่น แม้กระทั้งการดื่มสุราหลังจากเลิกงาน ในบางท้องถิ่นและบางประเพณีจะเห็นว่า สุรากลายเป็นเครื่องเซ่นไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่เคารพบูชา จึงอาจกล่าวได้ว่า สุรามีความผูกพันกับสังคมไทยมาช้านาน

1.2 ความหมายของสุรา

ตามพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 สุรา หมายถึง วัตถุทั้งหลายหรือของผสมที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับสุรา หรือดื่มกินไม่ได้ แต่เมื่อผสมกับน้ำหรือของเหลวชนิดอื่นแล้วสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับสุรา ยังมีคำที่มีความหมายเช่นเดียวกับคำว่า สุรา และนิยมนำใช้กันมาก คือคำว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (รังสิต กรมขุนชัยนาทนเรนทร, 2493)

ทวีพร วิสุทธีมรรค (2544) ได้ให้ความหมายของสุราไว้ว่า กลุ่มเครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ (Ethyl alcohol / Ethanol) เป็นส่วนผสม เช่น เหล้า เบียร์ กระแช่ ไวน์ ฯลฯ

1.3 ประเภทของสุรา

สุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

ประเภทที่ 1 สุราแช่หรือเมรัย คือผลที่ได้จากการหมักส่ำให้เกิดสุราที่มีความเข้มข้นแอลกอฮอล์มากน้อยตามความต้องการ ไม่เกิน 15 ดีกรี และไม่มีการกลั่น เช่น เบียร์ ไวน์ แชมเปญ หรือสุราหมักจากผลไม้ต่าง ๆ

ประเภทที่ 2 สุรากลั่น คือผลที่ได้จากการหมักส่ำให้เกิดมีแอลกอฮอล์แล้วกลั่น และบางชนิดต้องเก็บไว้นานเพื่อให้มีคุณภาพดี อาจปรุงแต่งให้มีความเข้มข้นแอลกอฮอล์ตามความต้องการ เช่น บรั่นดี วิสกี้ สุราขาว เชียงขุน (ทวีพร วิสุทธรรรค, 2544)

1.4 สาเหตุการติดสุรา

พฤติกรรมการดื่มสุรา เกิดจากสาเหตุหลายประการ ทั้งจากภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคล ที่ล้วนเป็นปัจจัยจูงใจให้ดื่มสุราและติดสุรา ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจและบุคลิกภาพ และปัจจัยทางสังคม

1.4.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Model) มีการศึกษาถึงปัจจัยสนับสนุนหลัก 2 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ติดสุรา คือ ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic Factor) และปัจจัยด้านชีวเคมี (Biological Factor)

ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic Factor) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลดื่มสุราและติดสุราง่ายหรือยากแตกต่างกัน และมีหลักฐานยืนยันว่าปัจจัยด้านพันธุกรรมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญปัจจัยหนึ่งของการติดสุรา (Dick et al., 2007) โดยการศึกษาถึงอัตราการติดสุราจากคู่แฝด เช่น Prescott และ Kendler (1999) ได้ศึกษาในคู่แฝดแท้และคู่แฝดเทียมเพศชาย จำนวน 1,514 คู่ พบว่า มีคู่แฝดแท้ที่ติดสุราเหมือนกัน ร้อยละ 48 - 58 ในขณะที่แฝดเทียมมีการติดสุราเหมือนกันเพียง ร้อยละ 18-34 โดยที่การติดสุราของคู่แฝดนั้นไม่ได้เกิดจากการชักชวนจากครอบครัว ซึ่งแสดงให้เห็นว่า คู่แฝดที่มีความใกล้ชิดทางพันธุกรรมมากก็จะมีโอกาสติดสุราเหมือนกันมากด้วยเช่นกัน จึงอธิบายได้ว่าพันธุกรรมมีผลต่อการติดสุรา

ปัจจัยด้านชีวเคมี (Biological Factor) มีสมมติฐานว่าการดื่มสุรามีผลต่อการเพิ่มของโดปามีน (Dopamine) และซีโรโตนิน (Serotonin) ในสมองส่วนของ Ventral tegmental area (VTA) ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข และเกิดการติดในความสุขที่ได้จากการดื่มสุรา ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้ผู้ติดสุราดื่มสุราต่อไป (World Health Organization, 2004)

1.4.2 ปัจจัยทางจิตใจและบุคลิกภาพ (Psychological Model) ปัญหาการดื่มสุราจัดว่าเป็นสาเหตุภายในตัวบุคคล บางคนใช้สุราเพื่อแก้ปัญหาวางอย่างของจิตใจและอารมณ์ เช่น ดื่มสุราเพื่อลดความเครียดในการทำงาน หรือการดำรงชีวิตประจำวัน (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536 ; สมภพ เรืองตระกูล, 2543) รวมทั้งบุคลิกภาพส่วนบุคคลที่เป็นผลมาจากการเลี้ยงดู ทำให้มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพที่บกพร่อง เช่น ปรับตัวยาก มีบุคลิกพึ่งพาผู้อื่นสูง ขาดวุฒิภาวะ มีความสามารถในการจัดการกับความเครียดต่ำ ไม่มีความพึงพอใจในชีวิต การติดสุรายังมีผลมาจากความวิตกกังวล ความขัดแย้งในจิตใจ ความรู้สึกกดดันในจิตใจ หรือมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Poikolainen, 2002) การติดสุราจากกระบวนการคิดบิดเบือน (Impair cognitive) และระดับสติปัญญา เช่น ดื่มสุราแก้เหนื่อย ดื่มหลังเลิกงาน (Kopera, Zmigrodzka & Wakarow, 2007) ตลอดจนภาวะทางอารมณ์ ความต้องการลดภาวะทางอารมณ์ที่ไม่สามารถทนทานได้ ความตึงเครียด ความก้าวร้าว ความรู้สึกซึมเศร้า รู้สึกคับข้องใจและโกรธ รู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ขาดแรงจูงใจ การดื่มสุรายังเกี่ยวข้องกับการรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ เช่น การศึกษาของคิงและคณะ (King et al., 2004) เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กวัยรุ่นของแอฟริกาใต้ จำนวน 2,946 คน พบว่าเด็กในครอบครัวที่สามีภรรยาติดสุรามีโอกาสถูกข่มขืนได้สูง เด็กวัยรุ่นที่ดื่มสุราก็จะมีความเกี่ยวข้องกับความรุนแรงทางเพศ พฤติกรรมต่อต้านสังคมและความรู้สึกอยากฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญด้วย

1.4.3 ปัจจัยทางสังคม (Social Model) สภาพทางสังคมจัดว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุรา สังคมที่จัดว่าเป็นแหล่งส่งเสริมให้บุคคลดื่มสุรา เช่น ครอบครัว กล่าวคือ สัมพันธภาพของบุคคลภายในครอบครัวมีผลต่อการดื่มสุรา การสื่อสารที่ไม่เหมาะสมภายในครอบครัว ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ความรัก ความเข้าใจต่อกันภายในครอบครัว (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) เด็กที่ได้รับความสนใจและความอบอุ่นจากพ่อแม่จะมีการดื่มสุราน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับความอบอุ่นจากพ่อแม่ (ภานุพงศ์ จิตะสมบัติ, 2535) และปัจจัยที่ทำให้สตรีดื่มสุรา คือ การขาดความอบอุ่นจากครอบครัวในวัยเด็กและมีแบบอย่างของบุคคลในครอบครัวติดสุรา (อวิสดา จันทรแสนตอ, 2541) นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มสุราของวัยรุ่นคือ เพื่อนที่ดื่มสุรา (Fowler et al., 2007) ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุรา นับตั้งแต่การจำหน่ายที่มีอยู่ทั่วไปตามท้องถนน หมู่บ้าน ชุมชน ร้านสะดวกซื้อต่าง ๆ ขาดกฎหมายที่เหมาะสม เพื่อใช้บังคับเกี่ยวกับการดื่มสุรา (ภานุพงศ์ จิตะสมบัติ, 2535) ในสังคมไทย สุราได้รับการยอมรับในฐานะเป็นสื่อในงานเลี้ยง เช่น การพบปะสังสรรค์ ในพิธี ประเพณี หรืองานสังคมต่าง ๆ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) หรือแม้การประกอบอาชีพก็อาจเป็นสาเหตุจูงใจให้ดื่มสุรา เช่น การทำงานกลางคืน การร้อง

เพลงเล่นดนตรี และการต้องพบปะจัดเลี้ยงลูกค้ำ เป็นต้น จึงอาจกล่าวได้ว่า การติดสุราเกิดจากสภาพแวดล้อมซึ่งเป็นบริบทของบุคคล แรงกดดันจากสังคม การเลี้ยงดู วัฒนธรรม เชื้อชาติ การว่างงาน ภาวะยากจน ความเครียดจากงาน การเลียนแบบพฤติกรรมของผู้ใหญ่ รวมถึงการหาสุรามาดื่มได้ง่ายและมีราคาถูก

1.5 ผลกระทบจากการติดสุรา

ผลกระทบจากการติดสุราสามารถจำแนกง่าย ๆ ด้วยกัน 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม กล่าวคือ

1.5.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

1) ระบบทางเดินอาหาร เมื่อดื่มสุรา สุราจะผ่านเข้าสู่ระบบทางเดินอาหารเป็นระบบแรก โดยไปรบกวนการทำงานของระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ระคายเคืองเยื่อหลอดอาหารตอนต้น กระเพาะอาหารอักเสบ และอาจจะเป็นแผลมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร มะเร็งหลอดอาหาร (Bode & Bode, 1997) สุรายังทำให้เกิดตับอักเสบ (Hepatitis) ตับแข็ง (Alcoholic Cirrhosis) (Maher, 1997) ผู้ที่ดื่มสุราจนเป็นโรคตับแข็ง อาจเกิดอาการตกเลือดในท่อทางเดินอาหารส่วนต้น (bleeding esophageal – gastric varices) หรืออาจดื่มจนเกิดมะเร็งตับ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (วิทย์ เทียงบุญธรรม, 2543)

2) ระบบประสาท ผู้ติดสุราอาจได้รับผลกระทบต่อระบบประสาทอย่างรุนแรงจนเกิดอาการ Wernicky-Korsakoff's Syndrome คือโรคกลุ่มอาการเวอร์นิกก็คอร์ดซาคอฟฟ์ จะมีอาการเดินโซซัดโซเซ แขนขาชา ระบบประสาทส่วนปลายเสียหาย (Peripheral Neuropathy) ประสาทตาเสีย (Cranial nerve VI palsy) การสร้างความจำเทียม (Confabulation) พบความเสียหายของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้เหมือนกับการเกิดอาการ Wernicky's Syndrome เพียงอย่างเดียว (Oscar-Berman et al., 1997) การศึกษาของ Malcolm, Myrick, Roberts, Wang, Anton และ Ballemger (2007) พบว่า การดื่มสุราอย่างหนักสามารถทำนายการเกิดโรคความจำเสื่อม (Dementia) ในเพศหญิงได้ สุรายังมีฤทธิ์กดระบบประสาท โดยจะกดศูนย์ควบคุมระบบต่าง ๆ เช่น กดศูนย์ควบคุมการหายใจและศูนย์ควบคุมการหมุนเวียน (Circulatory center) ในสมอง ทำให้ถึงตายได้ และถ้าดื่มปริมาณมากขึ้น ฤทธิ์ของสุราจะทำให้ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทอัตโนมัติ และสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) ทำงานผิดปกติ โดยทำให้เสียการควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ไม่สามารถควบคุมร่างกายของตนเองได้ เกิดอาการชักเกร็ง (Seizures) สมรรถภาพการเห็นและการได้ยินลดลง (Oscar-Berman et al., 1997)

3) ระบบไหลเวียนโลหิต การดื่มสุรามีผลกระทบต่อระบบหัวใจโดยตรง สุราทำให้หัวใจเต้นแรงขึ้น และการดื่มสุราอย่างหนักนำมาซึ่งโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac Arrhythmias) ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หัวใจวายตาย สุราจะกระตุ้นให้กล้ามเนื้อหัวใจสับจิตโลหิตเร็วขึ้น ทำงานหนักขึ้น เมื่อหัวใจทำงานหนักขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจจะหนาขึ้นเกิดโรคหัวใจโตหรือเกิดโรคของกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiomyopathy) อาจมีอาการหัวใจวายหรือหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ในที่สุด (Zakhari, 1997)

1.5.2 ผลกระทบด้านจิตใจ

การติดสุรา จะมีผลกระทบทางด้านจิตใจโดยตรง คนที่ติดสุราจะคิดถึงแต่เรื่องสุรา ความสนใจต่อกิจกรรมด้านอื่น ๆ ลดลง เช่น การงาน การเรียน หรือแม้กระทั่งกิจวัตรประจำวัน ผู้ติดสุราอาจใช้เวลากับการดื่มสุรา ไม่สนใจที่จะมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น แม้จะมีกิจกรรมที่ต้องทำร่วมกับผู้อื่นก็จะสนใจเรื่องของสุราก่อนกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ เช่น ไปทอดผ้าป่าก็ต้องถามว่างานนี้มีสุราให้ดื่มหรือไม่ ผู้ติดสุรามักจะสร้างเหตุผลส่วนตัวว่าการดื่มสุราของตนไม่ได้ผิดปกติอะไร เพราะในระบบจิตใจ ใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่ยอมรับว่าตัวเองมีปัญหาเกี่ยวกับการติดสุรา โยนความผิดให้ผู้อื่น มักชอบอวดอ้างว่าจะหยุดเมื่อใดก็หยุดได้ คนที่ติดสุรามักจะหลง ๆ ลืม ๆ เกิดอาการความจำขาดช่วง (Back-out) (ปิยะรัตน์ โกวิททรงศ์, 2546) เป็นต้น สุราเป็นสารที่ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง จึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง ส่งผลให้จิตใจและอารมณ์เปลี่ยนแปลงด้วย (Oscar-Berman et al., 1997) กล่าวคือ การดื่มสุราทำให้เกิดโรคอารมณ์แปรปรวน ซึมเศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ ซึ่งกว่าร้อยละ 30 เกิดจากการติดสุรา (Roehrs & Roth, 2001) สุรายังทำให้การยับยั้งชั่งใจลดลง ไม่สามารถควบคุมความต้องการที่อยู่ภายในได้ เช่น ความโกรธ อารมณ์และความต้องการทางเพศ (Szabo, 1997) ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความรุนแรงอื่น ๆ เช่น การศึกษาของ Mohler-Kuo, Dowdall, Koss และ Wechsler (2004) พบว่า นักศึกษาหญิง จำนวน 23,980 คน ที่ดื่มสุราบางครั้งหรือดื่มสุราเป็นประจำ เมื่อเมาสุราจนขาดสติ ไม่สามารถปกป้องตนเองได้ จะมีประวัติถูกล่วงละเมิดทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) นอกจากนี้ สุรายังทำให้เกิดอาการทางจิตในลักษณะต่าง ๆ เช่น (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2542) Acute Intoxication เป็นอาการเป็นพิษอย่างเฉียบพลัน Pathologic Intoxication (โรคแพ้พิษสุรา) Alcoholic Paranoid (โรคระแวงเพราะพิษสุรา) Alcoholic Hallucinoses (โรคจิตหลอน) และ Toxic psychosis or Delirium tremens (โรคคลั่งเพ้อ) เป็นต้น จากผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจข้างต้นแล้วยังส่งผลกระทบต่อเนื่องไปสู่ผลกระทบด้านสังคมต่อไป

1.5.3 ผลกระทบด้านสังคม

การดื่มสุราส่งผลกระทบตั้งแต่สังคมขนาดเล็กไปจนถึงสังคมขนาดใหญ่ กล่าวคือ ตั้งแต่ระดับครอบครัวไปจนถึงระดับประเทศชาติ ซึ่งครอบครัวเป็นหน่วยของสังคมที่ได้รับผลกระทบจากบุคคลที่เสพติดสุรา โดยมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งทางตรงและ

ทางอ้อม พบว่าผู้ที่ดื่มสุราจนขาดสติบางราย อาจมีพฤติกรรมรุนแรงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาทในครอบครัว การหย่าร้าง (วิทย์ เทียงบุญธรรม, 2531) การทารุณกรรมต่าง ๆ ในครอบครัว เช่น การทำร้ายกัน การล่วงละเมิดทางเพศในครอบครัว จากการศึกษาของคิงและคณะ (2004) เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กวัยรุ่นในแอฟริกาใต้ จำนวน 2,946 คน พบว่าเด็กในครอบครัวที่มีภรรยาติดสุรามีโอกาสถูกข่มขืนสูง เด็กวัยรุ่นที่ดื่มสุราก็จะมีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงทางเพศ พฤติกรรมต่อต้านสังคม และความรู้สึกอยากฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ จากฤทธิ์ของสุราที่ทำให้การยับยั้งชั่งใจลดลง อาจทำไปตามความต้องการของจิตใต้สำนึกโดยไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การมีเพศสัมพันธ์แบบมีความเสี่ยงสูง ซึ่งนำไปสู่โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยพบว่ากว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคเอดส์ในวัด พระบาทน้ำพุ มีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2550) การดื่มสุราอย่างหนักทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานแย่ลง ทำให้การดำเนินโรคของโรคเอดส์เกิดได้เร็วขึ้น แพร่กระจายเชื้อได้ง่ายขึ้น (Szabo, 1997) และผู้ติดสุราอาจนำเชื้อเอช ไอ วี (HIV) มาแพร่ให้กับ คู่สมรส นำมาสู่ปัญหาโรคเอดส์ในครอบครัวและส่งผลกระทบต่อปัญหาโรคเอดส์ในระดับชาติต่อไป การติดสุรายังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจในครอบครัว โดยผู้ติดสุราอาจไม่ทำงานหรือทำงานไม่ได้ ทำให้เป็นภาระของครอบครัวที่ต้องเลี้ยงดูต่อไป นอกจากนี้ การดื่มสุรายังเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ เพราะผู้ที่เมาสุราจะขาดสติ ควบคุมตนเองได้ลดลง ซึ่งอุบัติเหตุที่พบบ่อยคือ อุบัติเหตุจราจร จากการศึกษาพบว่าผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ทั้งที่บาดเจ็บและเสียชีวิต มากกว่าร้อยละ 60 เมื่อตรวจพิสูจน์แล้วจะพบแอลกอฮอล์ในเลือดสูงเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด (มากกว่า 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) (คณะทำงานวิจัยและประเมินผลโครงการณรงค์เกี่ยวกับการขับขี่ยานพาหนะภายหลังการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, 2549) ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียต่อประเทศชาติถึงราว 27,950 ล้านบาทต่อปี (หมอชาวบ้าน, 2547)

สรุปได้ว่า การดื่มสุราทำให้เกิดผลกระทบมาก ทั้งต่อร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งมีทั้งผลกระทบในระยะสั้นและระยะยาว และผลกระทบนั้นอาจส่งต่อกันไปเป็นลูกโซ่ขยายความเสี่ยงมากขึ้น หรือนำไปสู่ผลกระทบด้านอื่น ๆ เช่น ปัญหาโรคเอดส์ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น นอกจากนี้ การดื่มสุรายังสร้างความเครียดต่อตัวผู้ดื่มสุราและคนรอบข้าง และคนเหล่านี้ก็จะเพิ่มพฤติกรรมการดื่มมากขึ้นหรือมีสิ่งจูงใจการดื่มมากขึ้น ซึ่งก็คือความเครียดที่เพิ่มขึ้น เกิดปัญหามากขึ้นจากผลกระทบดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ติดสุราต้องได้รับการบำบัดและการช่วยเหลือที่เหมาะสม

1.6 การวินิจฉัยโรคติดสุรา

ในปี ค.ศ.1950 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) ได้ให้นิยามเกี่ยวกับการติดสุราว่าเป็นความผิดปกติของการดื่มสุรา มีลักษณะการดื่มสุราอย่างมากและนานเรื้อรัง จนทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและการทำหน้าที่ในสังคม ต่อมาในปี ค.ศ.1960 สมาคมอายุรแพทย์อเมริกัน (American Medical Association) ได้ให้นิยามการติดสุราในฐานะเป็นโรคชนิดหนึ่งคือ การติดสุราเป็นความเจ็บป่วยชนิดหนึ่ง ที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย จิตใจและบทบาทหน้าที่ในสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการดื่มสุราในปริมาณที่มาก และเป็นเวลานาน ๆ และได้ให้เกณฑ์การวินิจฉัยพฤติกรรมติดสุรา (Alcohol Dependence) ไว้ โดยให้ความสำคัญของอาการ 3 อาการหรือมากกว่า ในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (American Psychiatric Association, 2000) คือ

1.6.1 มีการดื้อต่อฤทธิ์ของสุรา (tolerance) โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

1) มีความต้องการใช้สุราเพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดความมึนเมา (intoxication) หรือให้ผลอื่นที่ต้องการ

2) ได้รับผลจากสารลดลงอย่างมากหากคงการใช้สารนั้นในขนาดเท่าเดิม

1.6.2 มีอาการขาดสุรา (withdrawal) ซึ่งมีอาการขาดสุราลักษณะใดลักษณะหนึ่งดังนี้

1) หลังการหยุดดื่มสุราจะมีอาการต่อไปนี้สองอาการหรือมากกว่า เกิดขึ้นภายในไม่กี่ชั่วโมงจนถึงเวลาสามวัน คือ เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็วกว่าปกติ มือสั่นมากขึ้น นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน เห็นภาพหลอน หูแว่ว สัมผัสหลอนหรือมองเห็นภาพผิดจากความจริง หนาว กระวน กระสับกระส่าย วิตกกังวล ชักทั้งตัว

2) อาการขาดสุราจะหายไปได้โดยการดื่มสุรา

1.6.3 มีการดื่มสุราในปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ (taken in larger amounts)

1.6.4 มีความต้องการดื่มสุราอยู่ตลอด (persistent desire) หรือไม่สามาถหยุดดื่มหรือควบคุมการดื่มสุราได้

1.6.5 ใช้เวลาอย่างมากหมดไปกับการดื่มสุรา (a great deal of time is spent in drinking) เช่น ดื่มไม่หยุดหย่อน หรือหมกมุ่นกับการหาสุรามาดื่ม

1.6.6 ไม่สนใจร่วมกิจกรรมใดๆ ทั้งด้านการงาน การเข้าสังคมกลุ่มเพื่อนหรือกิจกรรมทางสังคมอื่นๆ (neglect of activity)

1.6.7 มีการดื่มสุราอยู่อย่างต่อเนื่อง ถึงแม้จะรู้สึกว่าการดื่มสุราทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาก็ตาม เช่น ปัญหาทางสุขภาพ ปัญหาด้านการงาน ปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น (continue used despite problems)

จากเกณฑ์การวินิจฉัยข้างต้น จะเห็นว่าผู้ติดสุราเป็นผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนได้ จะดื่มมากขึ้นเพื่อให้ผลหรือฤทธิ์ของสุราเท่าเดิม และยังคงดื่มสุราต่อแม้จะทราบถึงผลเสียของการดื่มสุรา ผู้ติดสุราเหล่านี้จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม โดยได้สำรวจปัญหาของตนเองอย่างละเอียดรอบคอบ ได้แก่ ใจความลังเลใจของตนเองว่าจะปฏิบัติอย่างไรกับการดื่มสุรา เพื่อช่วยให้มีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเองอย่างมีลำดับขั้นตอน และเหมาะสมต่อไป

1.7 การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา

การบำบัดรักษาผู้ติดสุราประกอบด้วย การบำบัดด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (นิชนันท์ คำถ่าน, 2547)

1.7.1 การบำบัดรักษาด้วยยา (Medication Therapy) จากแนวคิดด้านชีววิทยา (Biological Model) เชื่อว่าการดื่มสุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท โดยเฉพาะ dopamine ที่มีการหลั่งออกมามากและมีการดูดกลับช้าลง จึงทำให้ผู้ดื่มสุราเรื้อรังมากกว่าปกติ บางครั้งมีอาการทางจิต ประสาทหลอน แผลภาพผิด จึงใช้ยาเข้าไปปรับความสมดุลของสารสื่อประสาท ซึ่งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การใช้ยา เช่น เพื่อลดอาการขาดสุรา เพื่อรักษาอาการโรคทางจิตเวชที่เกิดขึ้น เพื่อลดการดื่มสุรา และเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ มีรายละเอียดดังนี้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2544b)

1) เพื่อลดอาการขาดสุรา

หลักการสำคัญคือ ช่วยให้ผู้ป่วยผ่านช่วง Alcohol Withdrawal ได้อย่างปลอดภัย เป็นการให้ยาชดเชย เพื่อระงับอาการ Withdrawal และให้การเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่ตามมา ยาที่นิยมใช้ ได้แก่ Benzodiazepine เพราะมี Cross-tolerant กับ Alcohol (Staley, 2007) ในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยโรคตับ อาจใช้ยาที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้น ได้แก่ Lorazepam (Malcolm, 2002) ซึ่งการให้ยาอาจทำได้ 2 วิธี คือ วิธีการให้ยาชดเชยตามอาการการขาดสุราของผู้ป่วย (Symptoms Trigger) ซึ่งต้องมีผู้ชำนาญการประเมินผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง ส่วนอีกวิธีคือ การให้ยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด (Fix Dose) ตามความเหมาะสมของความรู้แรงของการขาดสุราและภาวะของโรคของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ (Bayard, McIntyre, Hill & Woodside, 2004)

2) เพื่อรักษาอาการทางจิตเวช

ผู้ป่วยที่หยุดดื่มสุรา หรือดื่มสุราติดต่อกันมานาน อาจมีอาการทางจิต เช่น อาการประสาทหลอน การแผลภาพผิด และอาการหลงผิด เป็นต้น จึงอาจต้องให้ยาเพื่อบำบัดอาการทาง

จิตที่เป็นยากลุ่มยาต้านโรคจิต (Antipsychotic) เช่น Haloperidol, Perphenazine เป็นต้น ซึ่งในการใช้ยากลุ่มนี้ต้องระวังผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดตามมาได้ (Johnson & Ait-Daoud, 1999)

3) เพื่อลดการอยากสุรา

จากการศึกษาพบว่ามีสารสื่อประสาทหลายตัวที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ Reinforcing effects ของ Alcohol ได้แก่ endogenous opioid, serotonin, glutamate เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้คือ Naltrexone และ Acamprosate ซึ่ง Naltrexone เป็นยากลุ่ม Opioid antagonist จะช่วยลด craving และ reinforcing effects ของ Alcohol จากการทดลองพบว่าสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราในสัตว์ทดลองได้ และจากการรับรองของ FDA ของสหรัฐอเมริกาให้ใช้ในการรักษาผู้ป่วยติดสุราเรื้อรังได้ ในขนาด 50 mg/day (Streeton & Whelan, 2001)

4) เพื่อให้เกิดผลไม่พึงประสงค์เมื่อดื่มสุรา

ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Disulfiram (Antabuse) โดย Disulfiram จะเข้ายับยั้งเอนไซม์ aldehyde dehydrogenase (ALDH) หากผู้ป่วยดื่มสุราจะทำให้ Alcohol ไม่สามารถถูกย่อยได้ตามวงจรปกติตามที่กล่าวไว้ข้างต้น ทำให้มีระดับ Aldehyde ในเลือดสูง ผู้ป่วยจะมีอาการร้อนวูบวาบที่ผิวหนัง ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตลดต่ำลง คลื่นไส้อาเจียน หายใจขัด เหงื่อแตก มึนงงวิงเวียน ตาพร่ามัว สับสน ยากลุ่มนี้ไม่เป็นที่นิยมใช้ เนื่องจากมีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ติดสุราได้สูง หากผู้ติดสุราไม่สามารถควบคุมการกลับไปดื่มได้ (Streeton & Whelan, 2001)

นอกจากการรักษาด้วยยากลุ่มดังกล่าวแล้ว การให้ยากับผู้ติดสุราเรื้อรังยังอาจต้องให้ Thiamine เพื่อให้การรักษาอาการสูญเสียความจำในระยะสั้น หรือ Wernicke-Korsakoff's Syndrome (Oscar-Berman et al., 1997)

1.7.2 การบำบัดแบบไม่ใช้ยา รูปแบบการบำบัดแบบไม่ใช้ยานี้ มีหลายรูปแบบ ได้แก่ การบำบัดเข้มข้นทางสายใหม่ กลุ่มสุรานิรนาม การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กลุ่มสมรสบำบัด และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

1) การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) แนวความคิดนี้ใช้กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดให้กลับคืนสภาพร่างกายและจิตใจ สามารถกลับสู่ครอบครัวอย่างปกติสุข มีประสิทธิภาพที่เหมาะสม โดยครอบครัวมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มการบำบัดรักษาและรับผิดชอบดูแลควบคู่ไปกับทีมบำบัดรักษาและชุมชน การบำบัดในรูปแบบนี้ต้องใช้ความร่วมมือของครอบครัวอย่างมาก และผู้ป่วยต้องสมัครใจในการบำบัดรักษา การบำบัดในรูปแบบของ FAST Model มีข้อจำกัดสำหรับการบำบัดในสถานบำบัดรักษาลักษณะปิด เนื่องจากการบำบัดรักษาแบบ FAST Model ต้องมีการให้ครอบครัวเข้ามาในที่อยู่ของผู้ติดสุราที่ได้รับการบำบัด

2) กลุ่มสุรานินนาม (Alcoholics' Anonymous หรือ AA) กลุ่มสุรานินนาม กำเนิดจากกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self-help group) ในหมู่ผู้ติดสุราที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน โดยเริ่มก่อตั้งขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วง ค.ศ.1930 ซึ่งพบว่าในปัจจุบันมีกลุ่มนี้มากกว่า 1,000 กลุ่ม กลุ่มนี้มีความเชื่อว่าผู้เลิกสุราจะช่วยผู้เลิกสุราด้วยกันได้ดีที่สุด และการดำเนินชีวิตของกลุ่มนี้จะอาศัยหลักการ 12 ข้อ (Twelve steps) และประเพณี 12 ข้อ (Twelve Traditions) มาเป็นหลักการพื้นฐาน ซึ่งหลักการของกลุ่มนี้จะมุ่งเน้นที่ความเชื่อและความศรัทธา กลุ่ม AA สามารถใช้ได้ผลกับผู้ติดสุราและผู้ติดยาเสพติดประเภทอื่น แต่ในการก่อตั้งกลุ่ม AA ต้องมีผู้นำที่มีความสามารถในการเป็นผู้นำกลุ่ม ทั้งนี้ อาจเกิดข้อจำกัด ในกรณีที่ผู้รับการช่วยเหลือมีอาการทางจิต รากฐานของกลุ่ม AA ที่ดีต้องมีกลุ่ม Self-help group ที่มั่นคงแข็งแรงและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นข้อจำกัดสำหรับสถานบำบัดที่เริ่มต้นในการบำบัดผู้ติดสุรา

3) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy หรือ CBT) การบำบัดประเภทนี้ เกิดจากการพัฒนาแนวคิดการทำความเข้าใจและอธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคล และกลุ่มพฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) ให้ความสำคัญกับสิ่งกระตุ้นจากภายนอก (External Antecedent) และผลกรรม (Consequences) ที่บุคคลได้รับภายหลังการกระทำพฤติกรรมนั้น นักวิทยาศาสตร์กลุ่ม Cognitive Behavior Therapy จึงเชื่อว่าต้องให้ความสำคัญทั้งปัจจัยกระตุ้นภายนอกและปัจจัยกระตุ้นภายใน ผลการบำบัดด้วยวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนี้ พบว่าใช้ได้ทั้งในรูปแบบกลุ่มและในรูปแบบรายบุคคล แต่ผู้ให้การบำบัดต้องเป็นผู้ชำนาญและสามารถให้การบำบัดผู้ป่วยในรูปแบบกลุ่มปิดได้ (Marques & Formigoni, 2001)

4) คู่สมรสบำบัด (Behavioral marital therapy หรือ BMT) เกิดจากพื้นฐานทางความคิดที่ว่า คู่สมรสเป็นปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล และมีผลต่อการดื่มสุราของผู้ติดสุราอย่างมีนัยสำคัญ การบำบัดด้วยวิธีนี้จึงให้คู่สมรสได้มีส่วนร่วมในการบำบัด โดยการพัฒนาคู่สมรสในเรื่องของสัมพันธภาพ การสื่อสาร และบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว แต่การบำบัดด้วยวิธีนี้ต้องใช้ผู้ที่ชำนาญการ ใช้ระยะเวลาบำบัดนาน ต้องการความร่วมมือจากคู่สมรส และต้องการคู่สมรสที่ไม่ดื่มสุรา (Moos, 2007)

5) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement therapy : MET) เป็นการบำบัดวิธีหนึ่งที่นำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transtheoretical Model) ของ Prochaska & DiClemente (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรามาใช้ โดยผู้ติดสุราจะต้องผ่านขั้นตอนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมติดสุรา ในทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านนี้ บุคคลหรือผู้ติดสุราจะต้องผ่านขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงที่จะนำไปสู่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา แนวคิดที่สำคัญของแต่ละขั้นตอนที่จะทำให้เข้าใจถึงการ

เปลี่ยนแปลงในแต่ละขั้นตอนคือ ในแต่ละขั้นตอนบุคคลจะต้องทำกิจกรรมให้สำเร็จลุล่วงไปได้ที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบไปด้วยขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งหมด 6 ขั้นตอน ร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) (Moos, 2007; Miller, 1995) ซึ่งสามารถใช้ได้กับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การติดบุหรี่ การลดความอ้วน เป็นต้น ในปี 1989 Miller ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาศึกษาวิจัยในโครงการ Project MATCH ของ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (Project Research Group, 1996) โดยการเปรียบเทียบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) กับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy) และกลุ่ม 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation) ในผู้ติดสุรา จำนวน 1,726 คน ผลการศึกษาพบว่า MET ได้ผลดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและไม่แตกต่างจากวิธีการบำบัดแบบ Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) และ Twelve Steps Facilitation (TSF) โดยในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาสนใจศึกษาค้นคว้างานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุราซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) ในผู้ติดสุรา

2.1 ความหมายของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

สถาบันแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา เรื่องการติดสุราและโรคพิษสุรา (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism หรือ NIAAA) (Project Research Group, 2003) ให้ความหมายของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy หรือ MET) ว่าเป็นวิธีการบำบัดแบบย่อ ใช้เวลาการบำบัด 2-4 ครั้ง ประกอบด้วยการประเมิน (assessment) และการสะท้อนกลับ (feedback) โดยใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

พิชัย แสงชาญชัย (2546a) ให้ความหมายว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy หรือ MET) เป็นแนวทางการบำบัดทางจิตวิทยาที่เน้นในการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of Change) ซึ่งได้รับการคิดค้นขึ้นมาโดย Miller & Rollnick แนวทางของ MET อิงทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska & DiClemente

มิลเลอร์ (Miller, 1995) ให้ความหมายว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy หรือ MET) เป็นรูปแบบการบำบัดอย่างเป็นระบบ โดยใช้หลักการทางจิตวิทยาการเสริมแรงจูงใจจากปัจจัยสนับสนุนภายในตน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างรวดเร็ว

สไควร์และโมเยอร์ (Squires & Moyers, 2007) ให้ความหมายของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy หรือ MET) ไว้ว่า เป็นการบำบัดช่วยเหลือโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client-centered) 3-5 ครั้ง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจให้สามารถเลือกและตัดสินใจพฤติกรรมของตนเองให้เป็นไปตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) ของ Prochaska & Diclemente ด้วยวิธีการให้บุคคลได้สำรวจ ค้นหา และแก้ไขความลังเลของตนเอง ซึ่งใช้แนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI)

จึงอาจสรุปได้ว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ หมายถึง วิธีการบำบัดวิธีหนึ่ง โดยการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามรูปแบบของการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อช่วยให้ผู้ติดสุราได้สำรวจ ค้นหา และแก้ไขความลังเลใจในพฤติกรรม การดื่มสุราที่เป็นปัญหา พร้อมทั้งใช้หลักการทางจิตวิทยาการเสริมแรงจูงใจจากปัจจัยสนับสนุนภายในตน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างรวดเร็ว และเป็นไปตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของ Prochaska & Diclemente

2.2 ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) (Prochaska et al, 1992) มีลักษณะเป็นวงจร (cycle) ที่ผู้บำบัดต้องเข้าใจถึงสภาพความพร้อมของผู้รับการบำบัดว่าอยู่ในระยะใด เพื่อเป็นพื้นฐานในการให้ความช่วยเหลือ ถ้าผู้ติดสุราเฝ้านเฉยไม่รับรู้ถึงความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง หรือยังไม่มีแรงจูงใจถึงขั้นเตรียมความพร้อม (Preparation) ก็อาจทำให้การบำบัดไม่ เป็นไปตามเป้าหมาย ไม่สามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้ ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska & Diclemente แบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นไม่สนใจต่อปัญหา (Pre Contemplation) ขั้นลังเลใจ (Contemplation) ขั้นเตรียมพร้อม (Preparation) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) และการกลับไปเสพยา (Relapse)

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นไม่สนใจต่อปัญหา (Pre Contemplation) ในขั้นนี้ เป็นขั้นที่ผู้ติดสุราไม่สนใจที่จะปรับพฤติกรรมการดื่มของตนเอง โดยผู้ติดสุราจะไม่ตระหนักถึงปัญหา ไม่รับรู้ถึงผลกระทบจากภายนอก ไม่สนใจผลกระทบทั้งที่มีต่อร่างกาย จิตใจและครอบครัว เพื่อนร่วมงาน โดยเฉพาะผู้ติดสุรามักจะคิดว่าตนควบคุมการดื่มของตนเองได้ รู้สึกชื่นชอบความสุขที่ได้จากการดื่มสุรา มักจะโทษบุคคลรอบข้างหรือสิ่งแวดล้อมว่าทำให้ตนเผลอ จึงต้องใช้สุราเป็นทางระบาย อย่างไรก็ตาม ในขั้นนี้ ผู้ติดสุราอาจกล่าวถึงปัญหาของตนเองเมื่อได้รับการบำบัดที่เหมาะสม เพราะปัญหาเหล่านั้นเป็นสิ่งที่กดดันที่อยู่ภายในจิตใจของตนเอง

แนวทางการตอบสนองของผู้บำบัด เนื่องจากผู้ติดสุรายังไม่สนใจต่อปัญหาของตนเอง ผู้บำบัดจึงต้องรับฟังข้อมูลของผู้ป่วยและให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed Back) ให้ความรู้ความเข้าใจ (Information) ให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา เป็นกลาง ไม่ครอบงำ ไม่ชี้นำ หรือมุ่งให้กลัว

ระยะที่ 2 ขั้นลังเลใจ (Contemplation) ในขั้นนี้ ผู้ติดสุราจะเริ่มตระหนักถึงผลเสียของการดื่มสุรา มักประสบกับผลลบจากการดื่มสุราบ้างแล้ว แต่อาจยังไม่รุนแรงมาก เช่น มีปัญหาสุขภาพ มีปัญหากับญาติ เกิดอุบัติเหตุ ถูกหัวหน้างานหรือเพื่อนร่วมงานดักเตือน ผู้ติดสุราเริ่มตระหนักถึงปัญหาที่กำลังเกิดขึ้น หรือที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะเวลาอันใกล้ แต่ในขณะเดียวกัน ผู้ติดสุราก็ยังรู้สึกว่าสุรามีคุณมากกว่ามีโทษ ยังรู้สึกว่าตนสามารถควบคุมการดื่มได้ และยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มของตนเอง

แนวทางการตอบสนองของผู้บำบัด ในขั้นตอนนี้อาจมีคำถามหลายคำถามเกิดขึ้นในตัวผู้ติดสุรา ผู้บำบัดจึงควรให้ผู้ติดสุราได้ตอบคำถามของตนเองอย่างยุติธรรม เช่น การพูดคุยถึงข้อดีข้อเสียของการเลือกที่จะหยุดดื่มสุรา หรือดื่มสุราต่อ อาจสร้างตารางเปรียบเทียบร่วมกับผู้ป่วย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการดื่มสุราและการหยุดดื่มสุรา

	การดื่มสุราต่อ	การหยุดดื่มสุรา
ข้อดี	ดื่มทุกซ์ คลายเครียด สนุก มีเพื่อน ฯลฯ	แข็งแรง ประหยัด ครอบครัวยุติธรรม ฯลฯ
ข้อเสีย	สุขภาพแย่ลง เปลืองเงิน ขาดงาน ถูกจับกุม ฯลฯ	เสียเพื่อน ไม่สนุก เครียด เบื่อ ฯลฯ

ถ้าไม่สำเร็จ อาจยื่นข้อเสนอในการลดการดื่มลง

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นเตรียมพร้อม (Determination) ในขั้นนี้ ผู้ติดสุราจะรู้สึกผสมผสานระหว่างความตั้งใจที่จะลงมือปฏิบัติเพื่อการปรับพฤติกรรมกรรมการดื่มของตนเอง และการได้รับรู้ผลกระทบที่รุนแรงขึ้นจากการดื่มสุรา ผู้ติดสุราอาจมีการวางแผน หาข้อมูล ขอคำปรึกษาและเริ่มลงมือกระทำพฤติกรรมบางอย่างที่จะเปลี่ยนแปลงการดื่มสุราของตนเอง

แนวทางการตอบสนองของผู้บำบัด ในขั้นตอนนี้ผู้ติดสุราตัดสินใจที่จะเลิกสุราหรือลดการดื่มลง ผู้บำบัดควรแสดงความยินดีอย่างจริงใจและหยิบยื่นทางเลือก (Menu) ซึ่งไม่ควรมีหลายแนวทางมากเกินไป เพราะผู้ติดสุราอาจสับสน และไม่ควรมีน้อยเกินไป เพราะผู้ติดสุราอาจรู้สึกเหมือนถูกบังคับ จากนั้นให้ผู้ติดสุราได้เลือกอย่างอิสระ เน้นความรับผิดชอบในการเลือกของตนเอง (Responsibility) และส่งเสริมศักยภาพในการกระทำได้ของตัวผู้ติดสุรา (Self-efficacy)

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ในขั้นนี้ ผู้ติดสุราจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองตามวิธิต่างที่ได้วางแผนไว้ ทั้งการจัดการกับตัวเองหรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้ติดสุราจะถูกท้าทายจากปัจจัยกระตุ้นต่างๆ ที่ทำให้การควบคุมการดื่มของตนเองอาจทำได้ไม่สม่ำเสมอ

ในบางช่วง ขึ้นนี้อาจจะใช้ระยะเวลาอยู่ในช่วง 6 เดือนแรก ซึ่งผู้ติดสุราต้องการทั้งเทคนิคและการสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยกระตุ้นต่างๆ รวมทั้งการจัดการกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝัน เช่น ความเศร้า ความรู้สึกขัดแย้งทางอารมณ์ ที่อาจนำไปสู่การกลับไปดื่มบ้าง แต่ถ้าไม่สามารถจัดการได้อาจนำไปสู่การกลับไปติดซ้ำ

แนวทางการตอบสนองของผู้บำบัด ในขั้นตอนนี้ผู้ติดสุราเลือกวิธีการของตนเองแล้ว ผู้บำบัดควรสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ติดสุราได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สร้างความเข้าใจและความชำนาญในวิธีการทำ ร่วมกับผู้ป่วยในการจัดการกับสิ่งขัดขวาง อุปสรรคปัญหาที่ทำให้กระทำไม่ต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) ในขั้นนี้ ผู้ติดสุรามักเลิกดื่มสุรามาได้ประมาณ 6 เดือน อารมณ์ ความคิดค่อนข้างมั่นคง กระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกได้อย่างต่อเนื่อง มีความมั่นใจว่าตนเองเลิกแอลกอฮอล์และสารเสพติดได้

แนวทางการตอบสนองของผู้บำบัด เป็นการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (Relapse Prevention) ในระยะนี้ ผู้บำบัดควรส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สะท้อนกลับถึงชีวิตที่มีคุณค่า รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวในทางที่ดีขึ้น และสังเกตสัญญาณที่อาจนำไปสู่การดื่มสุราซ้ำ

ขั้นตอนที่ 6 การกลับไปเสพยา (Relapse) ในขั้นนี้ ผู้ติดสุราอาจเริ่มปล่อยให้ตนเองเข้าสู่เหตุการณ์หรือเผชิญกับสิ่งที่กระตุ้นให้กลับไปดื่มสุรา เช่น การกลับไปหาเพื่อนร่วมกลุ่มการดื่มสุรา หรือการปล่อยให้ตนเองมีความประมาททางอารมณ์ จิตใจ การไม่สามารถจัดการกับอาการอยากสุรา การไม่ดูแลตนเอง และกลับไปดื่มสุราอีก จากการดื่มสุราเพียงเล็กน้อยสู่การดื่มสุราที่มากขึ้น จนกลับไปมีปัญหาติดสุราอีกครั้ง ผู้ติดสุราอาจมีปฏิกิริยาทางจิตใจ เช่น รู้สึกผิด ซ้ำเติมตนเอง ไม่เคารพนับถือตนเอง ปฏิเสธความจริง เป็นต้น ซึ่งทำให้การช่วยเหลือเป็นไปได้ยากขึ้น

แนวทางการตอบสนองของผู้บำบัด ในระยะนี้ผู้ติดสุราอาจสูญเสียความมั่นใจ ผู้บำบัดจึงควรให้การประคับประคอง ให้กำลังใจ เห็นอกเห็นใจ (Empathy) ยอมรับในตัวผู้ติดสุรา ผู้บำบัดควรแสดงความจริงใจในการช่วยเหลือและช่วยให้ผู้ติดสุรากลับไปหยุดดื่มสุราให้เร็วที่สุด (Recovery Process)

จะเห็นได้ว่าผู้ติดสุรามีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ ขั้นตอน มีทัศนคติ การรับรู้ถึงปัญหา ความตั้งใจที่แตกต่างกันออกไป ในการบำบัดผู้ติดสุราจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าว เพื่อให้การบำบัดแก่ผู้ติดสุราได้อย่างเหมาะสมในแต่ละราย เช่น ผู้ติดสุราที่อยู่ในขั้นลงเลา จะต้องการข้อมูลเกี่ยวกับข้อดีข้อเสียของการดื่มสุรา ผู้ติดสุราที่อยู่ในขั้นเตรียมพร้อม จะต้องการข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการหรือแผนการในการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มของตนเอง และเนื่องจากขั้นตอนการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้มีลักษณะเป็นวงจร (Cycle) ซึ่งสามารถเปลี่ยนกลับไปได้ตลอด ถึงแม้ว่าผู้ติดสุราจะสามารถปรับพฤติกรรมของตนเองจนเข้าสู่ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) แล้ว ก็ยังสามารถกลับไปเสพยาซ้ำ (Relapse) ได้ ซึ่งอาจทำให้ผู้ติดสุราสูญเสียความมั่นใจ การเคารพในตนเอง หรือรู้สึกผิด เป็นต้น ดังนั้น การเข้าใจถึงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้บำบัด เพื่อให้เกิดความเข้าใจในผู้ติดสุราและสามารถวางแผนการช่วยเหลือผู้ติดสุราได้อย่างเหมาะสม

2.3 การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing หรือ MI)

มิลเลอร์และโรว์นิก (Miller & Rollnick, 2002) ได้พัฒนาเทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาตั้งแต่ปี 1991 โดยอาศัยทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) ของ Prochaska & DiClemente การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจัดได้ว่าเป็นแนวทางการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client-centered counseling) เพื่อช่วยให้ผู้ติดสุราได้ค้นหา (Explore) และแก้ไขความลังเลใจ (Resolve their ambivalence) ของตนเอง มุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางการเรียนรู้จากภายในตน (Self Perception Theory) ในกระบวนการให้คำปรึกษา ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเสมือนหนึ่งคุยกับตนเอง โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา OARS ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening) และการสรุปความ (Summarization) (พิชัย แสงชาญชัย, 2546a) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยินสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึก สิ่ง que ผู้บำบัดควมให้ผู้ป่วยกล่าวออกมาในการสนทนาตามแนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ หรือเรียกว่า ข้อความที่จูงใจตนเอง (Self-Motivational Statement - SMS) โดยกระบวนการของการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้น ผู้บำบัดจะต้องตั้งคำถามเพื่อเร้าให้ผู้ป่วยพูดข้อความที่จูงใจตนเอง ยืนยันรับรองในข้อความที่ดึงมและสะท้อนความให้ผู้ป่วยรับทราบในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดหรือคิด เมื่อการสนทนาผ่านไป ข้อความที่จูงใจตนเองจากผู้ป่วยจะออกมามากขึ้น ในขณะที่เดียวกันแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงก็มากขึ้นตาม (Miller, Zweben, DiClemente & Rychtarik, 2004) ผู้บำบัดจะการใช้การยืนยันรับรอง สะท้อนความและการสรุปความ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยินได้รับทราบข้อความที่จูงใจของตนเองซ้ำ ๆ แรงจูงใจของผู้ป่วยก็จะมากขึ้น

ข้อความที่จูงใจตนเอง (Self-Motivational Statement หรือ SMS) ข้อความจูงใจตนเองมีหลากหลายข้อความ ตามแนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้น สามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเภท ดังต่อไปนี้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2546a)

- 1) การยอมรับปัญหา (Problem Recognition) เป็นข้อความที่มุ่งใจตนเองที่แสดงถึงการยอมรับในปัญหา เช่น “ผมเพิ่งจะรู้ว่าผมมีปัญหามากกว่าที่คิดไว้” และ “ผมไม่คิดมาก่อนเลยว่าผมดื่มแล้วจะเป็นปัญหานานานี้” เป็นต้น
- 2) ความกังวล (Concern) เป็นข้อความที่มุ่งใจตนเองที่แสดงถึงความกังวลกับปัญหาการติดสุรา เช่น “ผมจะเป็นอะไรไหม” และ “ผมกังวลกับมันจริง ๆ” เป็นต้น
- 3) ความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง (Intention to change) เป็นข้อความที่มุ่งใจตนเองที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะเลิกสุรา เช่น “ผมเอาจริงแล้วไม่ดื่มอีกแล้ว” “ผมต้องทำอะไรซักอย่าง” และ “ผมมั่นใจร้อยเปอร์เซ็นต์เลยไม่เอาอีกแล้ว” เป็นต้น
- 4) มีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง (Optimism for change) เป็นข้อความที่มุ่งใจตนเองที่แสดงถึงความรู้สึก หรือทัศนคติในทางบวกที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุรา เช่น “ผมว่าผมแข็งแรงขึ้น” “ผมน่าจะสอนลูกได้เต็มปากขึ้น” และ “ผมเก็บเงินได้มากขึ้น” เป็นต้น

2.4 หลักการพื้นฐานของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Five Basic Motivational Principles)

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต้องใช้แรงกระตุ้นจากภายในของผู้ที่ได้รับการบำบัด ซึ่งมาจากความรับผิดชอบในหน้าที่และความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของผู้รับการบำบัด โดยผู้ให้การบำบัดต้องนำแรงจูงใจที่เกิดขึ้นนี้ มาส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดได้ปรับเปลี่ยนเข้าสู่ขั้นตอนต่าง ๆ ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) และสามารถทำตามข้อตกลงที่กระทำร่วมกันไว้ ซึ่งการช่วยเหลือจะกระทำโดยการกระตุ้นจากภายใน ที่มิลเลอร์และ โรลนิก (Miller & Rollnick, 2002) ได้กล่าวไว้ คือ การแสดงความเข้าใจและเห็นใจ การช่วยให้เห็นความขัดแย้ง การหลีกเลี่ยงการเถียงเอาชนะ การโอนอ่อนตามแรงด้านและการสนับสนุนความเชื่อมั่นในความสามารถของตน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (Miller, 1995; Miller et al, 2004; Miller & Rollnick, 2002)

2.4.1 การแสดงความเข้าใจและเห็นใจ (Express Empathy)

ผู้ให้การบำบัดรักษาจะต้องเข้าใจ เคารพในการตัดสินใจของผู้รับการบำบัด ไม่วิจารณ์หรือตำหนิผู้รับการบำบัด กระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดได้ประเมินตนเองอย่างตรงไปตรงมาจากประสบการณ์ของผู้รับการบำบัดเอง ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจความรู้สึกของผู้รับการบำบัดได้อย่างถูกต้อง ทำให้เกิดการยอมรับผู้บำบัดและเพิ่มแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง ผู้ให้การบำบัดต้องเข้าใจว่าการลงเอยเป็นเรื่องปกติของผู้รับการบำบัด

2.4.2 การช่วยให้เห็นความคิดเห็นที่ขัดแย้งกัน (Develop Discrepancy)

การช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้รับรู้ถึงความขัดแย้งของตนเอง ระหว่างสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ กับสิ่งที่ตนเองต้องการจะเป็น ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการที่จะช่วยให้ผู้คิดสุราได้รับรู้และเปลี่ยนแปลงระดับของแรงจูงใจ ในรายชื่อที่อยู่ในระยะไม่สนใจต่อปัญหา ผู้บำบัดควรเลือกที่จะให้ข้อมูลอย่างยุติธรรม เพื่อให้เกิดความสมดุลในการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในกรณีที่ผู้รับการบำบัดอยู่ในขั้นลังเลใจ จะใช้เวลาและความพยายามน้อยกว่าในการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา

2.4.3 การหลีกเลี่ยงการโต้แย้งถกเถียง (Avoid Argumentation)

การโต้แย้งถกเถียงกับผู้รับการบำบัด เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้รับการบำบัดพยายามจะยืนยันความคิดของตนเองมากขึ้น จดจำความคิดที่ตนเองยืนยันนั้นเพิ่มขึ้น และเกิดการต่อต้านการบำบัด

2.4.4 การโอนอ่อนตามแรงต้าน (Roll with Resistance)

ผู้บำบัดควรตระหนักว่าในระหว่างการบำบัดรักษาอาจเกิดการต่อต้านจากผู้รับการบำบัดได้ และเมื่อเกิดแรงต้านขึ้นระหว่างการบำบัด ข้อสมมติฐานที่สำคัญของการบำบัดคือการที่ผู้บำบัดเลือกวิธีการบำบัดไม่เหมาะสมกับขั้นตอนและความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดจึงควรกลับมาประเมินความพร้อมในการบำบัดและทบทวนวิธีการที่ใช้ว่าเหมาะสมกับขั้นตอนนั้น ๆ หรือไม่ รวมถึงจัดการกับแรงต้านในทางบวก โดยนำคำพูดมาตีความในแง่มุมต่าง ๆ เพื่อเลือกการตอบสนองอย่างเหมาะสม เสนอมุมมองใหม่ ๆ แก่ผู้รับการบำบัด ไม่ควรบังคับหรือโน้มน้าวให้ผู้รับการบำบัดคล้อยตาม พยายามให้ผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มากกว่าจะเสนอแนวทางการแก้ปัญหาให้ผู้รับการบำบัดเสียเอง มิลเลอร์และโรลนิก (Miller, 1995; Miller et al., 2004; Miller & Rollnick, 2002) ได้เสนอวิธีการจัดการกับแรงต้าน 5 แนวทางดังนี้

1) การสะท้อนอย่างง่าย (Simple Reflection) การสะท้อนข้อความจากคำพูดของตัวผู้รับการบำบัดเอง เช่น

ผู้รับการบำบัด : ผมไม่ได้ติดเหล้า แต่มีปัญหาจากการดื่มเหล้า

ผู้บำบัด : เกิดปัญหาอะไรบ้างจากการดื่มเหล้า

2) การสะท้อนแบบทำท่าย (Amplified Reflection) เป็นการสะท้อนโดยใช้คำพูดที่ทำท่ายเพื่อให้ผู้รับการบำบัดโต้แย้ง เช่น

ผู้รับการบำบัด : ผมไม่ได้ติดเหล้า

ผู้บำบัด : คุณ ไม่ต้องการถูกเรียกว่า “จี้เมา”

3) การสะท้อนแบบ 2 ด้าน (Double-sided Reflection) เป็นการสะท้อนที่ทำให้เห็นความขัดแย้งในตัวผู้รับการบำบัด เช่น

ผู้รับการบำบัด : ผมไม่ได้คิดเหล้า

ผู้บำบัด : คุณดื่มเหล้าประจำ แต่ไม่คิดเหล้า

4) การเปลี่ยนจุดสนใจ (Shifting Focus) เป็นการเปลี่ยนจุดสนใจของเรื่องไปสู่ต้นเหตุของปัญหา แต่ยังคงอยู่ในประเด็นของการให้คำปรึกษานั้น ๆ อยู่ เช่น

ผู้รับการบำบัด : ผมยังไม่เลิกเหล้าหรอก เพื่อนผมยังดื่มกันอยู่

ผู้บำบัด : เรายังไม่คุยกันถึงขั้นเลิกเหล้าหรอก เรามาคุยกันว่าเกิดอะไรขึ้นบ้างจากการดื่มสุรา

5) การโอนอ่อนผ่อนตาม (Rolling With) ในกรณีที่เกิดการต่อต้านอย่างมาก ผู้ให้การบำบัดจำเป็นต้องโอนอ่อนผ่อนตามแรงต้านนั้นๆ แต่ยังคงต้องแสดงความจริงใจในการช่วยเหลืออยู่ และต้องสนับสนุนความเชื่อมั่นในศักยภาพผู้รับการบำบัด อาจเลือกที่จะสะท้อนถึงความรู้สึกชอบต่อสิ่งที่ผู้รับการบำบัดเลือกด้วย เช่น

ผู้รับการบำบัด : ผมยังไม่เลิกเหล้าหรอก

ผู้บำบัด : เป็นการดีมากที่คุณบอกถึงสิ่งที่คุณคิดอย่างเปิดเผย ผมเข้าใจถึงความยากลำบากของคุณในขณะนี้ และอยากให้คุณเก็บสิ่งที่เราคุยกันมา ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ต่อคุณบ้าง

2.4.5 การสนับสนุนความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (Support Self-Efficacy)

การสนับสนุนความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้รับการบำบัด เป็นการช่วยให้ผู้รับการบำบัดเชื่อมั่นว่าสามารถปรับเปลี่ยนการดื่มได้ โดยผู้รับการบำบัดเป็นผู้รับผิดชอบต่อการเลือกแนวทางและทำให้เกิดผลสำเร็จได้ด้วยตนเอง

2.5 เทคนิคของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy-MET)

เทคนิคที่สำคัญในวิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ หรือ Motivational Enhancement Therapy เพื่อให้ผู้ติดสุราได้สำรวจ ค้นหา และแก้ไขความลังเลใจในพฤติกรรมติดสุราของตนเองให้เป็นไปตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของ Prochaska & Diclemente สรุปได้ดังนี้ คือ **FRAMES** (Miller, 1995)

2.5.1 การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed Back)

ให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของปัญหาติดสุราที่ประสบอยู่ ได้แก่ ประวัติการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มาสะท้อนถึงความรุนแรงของโรค การอธิบาย

วิธีการแปลผลการตรวจ สำหรับกรณีของสุรา การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของการติดสุรา ได้แก่ SGOT/SGPT, GGT, Bilirubin, MCV เป็นต้น

2.5.2 การเน้นความรับผิดชอบ (Responsibility)

เน้นถึงความรับผิดชอบของผู้ติดสุราเองในการตัดสินใจว่าจะเลิกสุราหรือไม่ ผู้บำบัดไม่สามารถบังคับ เป็นสิทธิของผู้รับการบำบัดอย่างเต็มที่ ผู้บำบัดมีหน้าที่เพียงแนะนำสิ่งดี ๆ ให้

2.5.3 การแนะนำ (Advice)

หมายถึง คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และจำเป็นต่อการตัดสินใจ เช่น สุรามีผลต่อสุขภาพอย่างไรบ้าง ในกรณีที่เสพติดแล้ว (Substance Dependence) การหยุดโดยเด็ดขาด (Abstinence) มีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลิกสุรามากกว่าค่อย ๆ ลดปริมาณลง (Moderation) หากเลือกหนทางการ ค่อย ๆ ลดปริมาณลง ก็ควรมีการเฝ้าติดตาม (Monitoring) ปริมาณที่ใช้หรือเสพว่าลดลงจริงหรือไม่ (Moderation) เช่น การบันทึกปริมาณสุราที่ดื่มในแต่ละวัน เป็นต้น

2.5.4 การให้ทางเลือก (Menu)

ทางเลือกในการปฏิบัติ ไม่ควรมีมากเกินไป หรือน้อยจนเกินไป ได้แก่ การเลิกด้วยวิธีการหักดิบ การมีกิจกรรมทดแทนต่าง ๆ การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-Help group) การปฏิบัติธรรม การเข้ารับการรักษาด้วยวิธีบำบัดต่าง ๆ เป็นต้น

2.5.5 ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy)

ความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในตัวผู้รับการบำบัด ว่าการติดสุราเป็นโรค ไม่ใช่นิสัยไม่ดี ยอมรับการที่ผู้รับการบำบัดอาจจะยังไม่ตระหนักกับปัญหาการติดสุรา เพราะยังไม่มีอาการถอนจากสุรา หรือยังมองไม่เห็นข้อเสียจากการเสพ เข้าใจว่าโดยแท้จริงผู้รับการบำบัดรู้สึกว่าการดื่มสุรามีข้อดีอยู่มาก หรืออาจเสียความสุขที่เกิดจากสุรา

2.5.6 การส่งเสริมศักยภาพ (Self efficacy)

ส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้รับการบำบัด และให้ผู้รับการบำบัดเกิดความมั่นใจว่าสามารถเลิกสุราได้ ให้ความหวังและกำลังใจ

2.6 ระยะเวลาของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Phase of Motivational Enhancement Therapy)

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการบำบัดเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska & DiClemente ซึ่งมิลเลอร์ (Miller, 1995; Miller et al, 2004) ได้เสนอไว้และให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Building Motivation for Change) ระยะที่ 2 การกระทำให้เกิดความ

ตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง (Strengthening Commitment to Change) และระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow Through) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Building Motivation for Change)

ระยะนี้เป็นระยะแรกของการเริ่มสัมพันธภาพ การให้สุศึกษาและข้อมูลสะท้อนกลับ (Health Education & Feed Back) เพื่อให้ข้อมูลถึงความรุนแรงของการดื่มสุราว่าถึงขั้นเสพติดหรือไม่ มีผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคมอย่างไร รุนแรงแค่ไหน ผู้บำบัดสรุปข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้รับการบำบัด เช่น แบบฟอร์มการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น บทบาทของผู้บำบัดในขั้นนี้ คือ การกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดได้พูดข้อความจูงใจตนเองซ้ำ ๆ การรับฟังผู้รับการบำบัดด้วยความเข้าใจ ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้แก้ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการดื่มสุรา โดยผู้บำบัดต้องมีความเป็นกลาง เน้นข้อเท็จจริง ไม่ชักจูงหรือครอบงำ ไม่ข่มขู่ให้กลัว แต่กระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดถาม เพื่อตรวจสอบความเข้าใจ เมื่อผู้รับการบำบัดได้เข้าใจตนเองดีขึ้น มีข้อมูลเพียงพอที่จะตัดสินใจ ผู้บำบัดต้องช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้สรุปข้อความในการจูงใจที่เกิดขึ้นและช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง (Strengthening Commitment to Change) มีกลยุทธ์ 8 กลยุทธ์ ได้แก่ การช่วยให้พูดข้อความจูงใจตนเอง การฟังด้วยความเห็นใจและเข้าใจ การตั้งคำถาม การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ การยืนยันรับรอง การจัดการกับแรงต้าน การเปลี่ยนมุมมอง และการสรุปความ

1. การช่วยให้พูดข้อความจูงใจตนเอง (Eliciting Self-motivational Statements) จากแนวคิดที่ว่า คำพูดสะท้อนความคิดและความเชื่อของตนเอง “As I hear myself talk, I learn what I believe” (Miller, 1995; Miller et al, 2004; Miller & Rollnick, 2002) ดังนั้น คำพูดที่ออกมาจากภายในตน โดยไม่ได้บังคับ จะสะท้อนถึงสิ่งที่ผู้รับการบำบัดคิดและเชื่อ รวมถึงชักจูงตนเองได้มากกว่าคำพูดของผู้อื่น ซึ่งจากการบำบัดโดยการเผชิญหน้า (Confrontations) จะก่อให้เกิดการต่อต้านการบำบัด การโต้แย้ง และทำให้ผู้รับการบำบัดพูดข้อความจูงใจที่ไม่ก่อประโยชน์ เช่น เมื่อผู้บำบัดกล่าวว่า “คุณเป็นผู้ติดสุรา คุณต้องเลิก” ผู้รับการบำบัดจะเถียงว่า “ผมไม่ติด ผมไม่เลิก” การช่วยให้ผู้ติดสุราได้กล่าวข้อความจูงใจของตนเอง คือการใช้คำถามปลายเปิดใน 4 หัวข้อหลัก คือ

- 1) การกระตุ้นให้ตระหนักถึงปัญหาในการดื่มสุรา เช่น “การดื่มสุรามีผลกระทบกับคุณหรือคนในครอบครัวอย่างไรบ้าง”
- 2) การกระตุ้นให้แสดงความกังวลต่อปัญหา เช่น “คุณคิดว่าจะเกิดอะไรขึ้น ถ้าคุณยังดื่มสุราต่อ”
- 3) การกระตุ้นให้เกิดความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง เช่น “อะไรที่ทำให้คุณอยากหยุดดื่มสุรา”

4) การกระตุ้นให้แสดงถึงทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง เช่น “อะไรที่จะช่วยให้คุณเลิกดื่มได้”

2. การฟังด้วยความเห็นใจและเข้าใจ (Listening with Empathy) การรับฟังและการสะท้อนกลับด้วยความเข้าใจเป็นสิ่งจำเป็นในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งจะช่วยลดการต่อต้าน เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดได้พูดต่อไป ช่วยให้ผู้บำบัดเข้าใจความรู้สึกของผู้รับการบำบัด เป็นการแสดงความเคารพในความรู้สึกของผู้รับการบำบัด ตลอดจนใช้ในการสนับสนุนความคิดของผู้รับการบำบัด

3. การตั้งคำถาม (Questioning) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการบำบัดโดยการตั้งคำถามให้ผู้รับการบำบัดตอบ แทนการสอน โดยคำถามที่ใช้จะเป็นคำถามปลายเปิดและเป็นคำถามที่เกี่ยวกับความรู้สึก ความคิด ความตระหนักและการวางแผนของผู้รับการบำบัด

4. การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Presenting Personal Feedback) การให้ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องทดลอง การแปลผลการตรวจต่าง ๆ โดยการอธิบายให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจ เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดได้ซักถาม สังเกตและตอบสนองต่อปฏิกิริยาของผู้รับการบำบัด โดยการแสดงความเข้าใจ เห็นใจและซักถามความรู้สึก

5. การยืนยันรับรอง (Affirming the client) ผู้บำบัดต้องหาโอกาสในการชมเชย ยืนยันรับรองในตัวผู้รับการบำบัด ซึ่งจะก่อให้เกิดความมั่นคงของสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองของผู้รับการบำบัด เสริมแรงในการจูงใจตนเอง และส่งเสริมคุณค่าในตนเอง

6. การจัดการกับแรงต้าน (Handling Resistance) ใช้การจัดการกับแรงต้านตามหลักการพื้นฐานของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

7. การเปลี่ยนมุมมอง (Reframing) เป็นการแก้ไขมุมมองในการมองปัญหาของผู้รับการบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้มองปัญหาของตนเองในทางบวกและมองเห็นทางออกของปัญหา เช่น ผู้รับการบำบัด: ผมดื่มเหล้าเพื่อเข้าสังคม

ผู้บำบัด : มีใครบ้างที่คุณพูดด้วยได้โดยไม่ต้องดื่มเหล้า

8. การสรุปความ (Summarizing) การสรุปความควรกระทำเป็นช่วง ๆ และหลังการบำบัด ซึ่งต้องสรุปทั้งปฏิกิริยาสะท้อนกลับของผู้ป่วย เนื้อหาที่พูดคุยกัน และข้อความจูงใจที่ผู้รับการบำบัดพูดออกมา ที่เกิดขึ้นในระหว่างการบำบัด

แนวปฏิบัติที่สำคัญ ในระยะการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (พิชัย แสงชาญชัย, 2546a) ได้แก่ 1) รวบรวมข้อมูล การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องทดลอง และจากการซักประวัติ 2) แจ้งข้อมูล ผลการตรวจที่ได้จากการประเมินผู้ติดสุรา เพื่อสะท้อนความรุนแรงของปัญหา 3) ประเมิน

แรงจูงใจและกระบวนการในการกระทำ เพื่อหยุดดื่มสุรา 4) เปิดโอกาสให้ผู้ติดสุราได้ระบายความรู้สึกและปัญหาของตนเอง หรือถามข้อสงสัยของผลการตรวจ ร่วมกับการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed Back) 5) แนะนำ (Advice) และให้ความรู้พื้นฐานที่ผู้ติดสุราควรทราบ เพื่อประกอบการตัดสินใจ ได้แก่ ผลเสียของสุราต่อสุขภาพ (ใช้ข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ติดสุราย่อยอื่นประกอบได้) ผลเสียของการติดสุราที่เกิดขึ้น แม้กระทั่งในขณะที่ยังไม่รู้สีกว่าติดสุราแล้ว เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาการเงิน ปัญหาในการทำงาน เวลาที่ใช้ไปกับการติดสุรา และนำเสนอการหยุดดื่ม (Abstinent) มีโอกาสสำเร็จมากกว่า อาจเสนอเทคนิคในการปฏิเสธสุราแล้วเร็วกว่าทำได้ยากกว่าที่จะดื่มเพราะเกรงใจ แล้วปฏิเสธสุราแล้วที่สอง 6) แสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และความจริงใจในการช่วยเหลือ 7) ร่วมกับผู้ป่วยพูดคุยเรื่องข้อดีข้อเสียในการดื่มสุราหรือหยุดดื่ม อาจใช้วิธีสร้างตารางเปรียบเทียบร่วมกับผู้ป่วย 8) สรุป (Summary) ประเด็นในการสนทนาและ SMS ที่เกิดขึ้น รวมทั้งความรุนแรงของปัญหา และ 9) นัดพบในครั้งต่อไป

ระยะที่ 2 การกระทำให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง (Strengthening Commitment to Change)

การทำให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลงที่จะหยุดหรือลดการดื่มสุรามีความหนักแน่นมั่นคง บทบาทของผู้บำบัดในขณะนี้คือ การตรวจสอบความคิดเห็นของผู้รับการบำบัดต่อปัญหาตนเองว่าเป็นปัญหาหรือไม่ หรือลังเลไม่แน่ใจ หรือเห็นว่าเป็นปัญหายังมาก ต้องการแก้ไขอย่างจริงจัง หากคิดว่าเป็นปัญหา ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดได้ประกาศคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดสนับสนุนให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงแก้ไข เสนอทางเลือกในการแก้ไข ซึ่งควรมีหลายทางเลือกและให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ตัดสินใจเอง อย่างไรก็ตาม ผู้รับการบำบัดยังอาจเกิดการต่อต้านการบำบัดได้ในระยะนี้ ดังนั้น ผู้บำบัดจึงอาจต้องใช้วิธีกับการต่อต้านในระยะการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงด้วยเช่นกัน ในระยะนี้ผู้บำบัดควรร่วมกับผู้รับการบำบัดในการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง และสรุปข้อมูลรวมถึงคำมั่นสัญญา ร่วมกับผู้รับการบำบัด เพื่อวางแผนในการติดตามต่อเนื่องต่อไป (Follow Through) มีกลยุทธ์ 11 กลยุทธ์ ได้แก่ การยอมรับในความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง การสอบถามการตัดสินใจ วางแผนร่วมกัน อิสระในการเลือก ผลลัพธ์ของการปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ การให้ข้อมูลและการแนะนำการหยุดดื่มและการลดการดื่มสุรา การจัดการกับแรงต้าน แผนงานการเปลี่ยนแปลง สรุป และย้ำซ้ำคำสัญญา

1. การยอมรับในความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (Recognizing Change Readiness) เป็นกลยุทธ์ที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดสมดุลในการเปลี่ยนแปลง โดยผู้บำบัดต้องยอมรับการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้รับการบำบัด ซึ่งผู้รับการบำบัดบางรายอาจไม่พร้อมที่จะหยุดดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง (Maintenance)

2. การสอบถามการตัดสินใจ (Asking Key Questions) เป็นการถามคำถามเพื่อตรวจสอบการตัดสินใจของผู้รับการบำบัดว่ายังมีความลังเลใจหรือไม่ ตัวอย่างคำถามคือ “คุณวางแผนการดื่มสุราของคุณไว้อย่างไร”

3. วางแผนร่วมกัน (Discussing a Plan) ผู้บำบัดควรสรุปข้อมูลที่ได้จากครั้งแรกของการบำบัดและการตัดสินใจที่ผู้รับการบำบัดเลือก ร่วมกับผู้รับการบำบัดในการวางแผนเป้าหมายและให้ข้อมูลหรือทักษะที่ต้องใช้ในการทำให้ถึงเป้าหมาย

4. อิสระในการเลือก (Communicating Free Choice) ผู้บำบัดต้องเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดเลือกการตัดสินใจได้อย่างอิสระ เช่น “ไม่มีใครเปลี่ยนแปลงการดื่มสุราของคุณได้ นอกจากคุณคนเดียว” “มันขึ้นอยู่กับคุณว่าจะทำอะไรต่อไป”

5. ผลลัพธ์ของการปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ (Consequences of Action and Inaction) ผู้บำบัดต้องแสดงถึงผลดีผลเสียของการเลือกที่จะดื่มสุรา เลิกดื่มสุราและลดการดื่มสุรา อย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่ข่มขู่ให้กลัว

6. การให้ข้อมูลและการแนะนำ (Information and advice) ควรให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของผู้รับการบำบัดอย่างถูกต้อง เหมาะสม ถึงผลกระทบในแง่มุมต่าง ๆ ที่ผู้รับการบำบัดเลือก

7. การหยุดดื่มและการลดการดื่มสุรา (Abstinent and harm Reduction) ถึงแม้การเลิกดื่มสุราจะเป็นความต้องการของผู้บำบัด แต่ผู้รับการบำบัดก็มีอิสระในการเลือกที่จะลดการดื่มสุราได้ ซึ่งผู้บำบัดอาจเสนอเหตุผลจูงใจให้ผู้เลือกลดการดื่มสุรา ดังนี้

- จะประสบความสำเร็จมากกว่า ถ้าหยุดดื่มสุรา
- นำเสนอสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงที่ทดลองหยุดดื่มสุรา
- ไม่สามารถรับประกันความปลอดภัยจากการดื่มสุราได้

8. การจัดการกับแรงต้าน (Handling Resistance) ใช้การจัดการกับแรงต้านตามหลักการพื้นฐานของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

9. แผนงานการเปลี่ยนแปลง (The Change Plan Worksheet) เมื่อผู้รับการบำบัดตัดสินใจเลือกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนแล้ว ควรวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ โดยมีหัวข้อต่อไปนี้

- ความเปลี่ยนแปลงที่ฉันต้องการ
- เหตุผลสำคัญที่ทำให้ฉันต้องการเปลี่ยนแปลง
- ขั้นตอนที่ฉันจะดำเนินการเปลี่ยนแปลง
- มีหนทางใดที่ผู้อื่นจะช่วยฉันให้เปลี่ยนแปลงได้บ้าง
- ฉันจะรู้ได้อย่างไรว่าฉันทำสำเร็จแล้ว
- อะไรบ้างที่เป็นอุปสรรค

10. สรุป (Recapitulating) เป็นขั้นสุดท้ายของการตัดสินใจ เป็นการเน้นย้ำการตัดสินใจของผู้รับการบำบัด ซึ่งเป็นการสรุปความแบบกว้าง ๆ ถึงข้อตกลงที่ทำร่วมกัน ใช้วิธีการสรุปเช่นเดียวกับการสรุปความ (Summarizing)

11. ย้ำคำสัญญา (Ask for Commitment) หลังจากสรุปแล้ว ผู้บำบัดควรย้ำในคำสัญญาที่ตกลงร่วมกันถึงจุดยืนของผู้รับการบำบัดที่มีต่อการดื่มสุรา

แนวปฏิบัติที่สำคัญ ในระยะการกระทำให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง (พิชัย แสงชาญชัย, 2546a) ได้แก่ 1) ตรวจสอบแรงจูงใจและขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมว่าอยู่ในขั้นตัดสินใจหรือไม่ มีปัญหาหรือความลังเลใจหรือไม่ และมีความต้องการการแก้ปัญหาอย่างจริงจังหรือไม่ 2) ทบทวนข้อสรุปจากขั้นตอนก่อนหน้านี้ 3) เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในการบำบัด 4) สอบถามการตัดสินใจในการหยุดดื่ม โดยให้ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ตัดสินใจเลือก ในกรณีผู้ติดสุราลงเอยในการหยุดดื่มสุรา ข้อควรปฏิบัติของผู้บำบัด คือ การเห็นอกเห็นใจ (Empathy) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed Back) การแนะนำ (Advice) การเน้นความรับผิดชอบ (Responsibility) การพูดคุยถึงข้อดีข้อเสียใช้วิธีการจัดการกับแรงต้าน (Roll with Resistance) การเสนอวิธีทดลองหยุดดื่มสุรา สำหรับกรณีผู้ติดสุราตัดสินใจหยุดดื่มสุรา ข้อควรปฏิบัติของผู้บำบัด คือ การนำเสนอทางเลือก (Menu) วิธีในการหยุดดื่ม เช่น หักดิบ มีกิจกรรมทดแทน การเข้าบำบัดรักษา เป็นต้น ทั้งนี้หากผู้ติดสุราตัดสินใจค่อย ๆ ลดการดื่มสุราลง ควรยอมรับการตัดสินใจของผู้ติดสุรา (Empathy) เน้นความรับผิดชอบ (Responsibility) และติดตามปริมาณการดื่ม เช่น จดบันทึก และร่วมกับผู้ติดสุราทำข้อตกลงร่วมกันในการหยุดดื่มสุรา และในกรณีที่ผู้ติดสุรากลับไปตัดสินใจที่จะดื่มสุราเหมือนเดิม ผู้ให้การบำบัดควรยอมรับการตัดสินใจของผู้ติดสุรา (Empathy) แสดงความเข้าใจถึงความไม่พร้อมที่จะหยุดดื่มสุรา เน้นความรับผิดชอบ (Responsibility) และกลับไปใช้วิธีการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง 5) สรุป (Summary) ในเรื่องของข้อตกลงร่วมกัน SMS ที่เกิดขึ้นเสริมแรงทางบวกในพฤติกรรมที่ผู้ติดสุราพัฒนาได้ดีขึ้น และ 6) นัดพบครั้งต่อไป แสดงความห่วงใยและให้กำลังใจ

ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow Through)

เป็นระยะที่ทำให้แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงมั่นคงต่อไป บทบาทของผู้บำบัดในขั้นนี้ ได้แก่ การติดตามความก้าวหน้า (Reviewing Progress) ทบทวนเป้าหมาย อุปสรรคที่เกิดขึ้น ตรวจสอบและเสริมสร้างแรงจูงใจให้มั่นคง (Renewing Motivation) และรวมถึงการเฝ้าระวังการกลับไปดื่มสุราซ้ำ

จากข้อมูลการบำบัดเบื้องต้น จะเห็นได้ว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนี้เหมาะสมกับผู้ติดสุราเป็นอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตาม วิธีการบำบัดดังกล่าวยังมีแนวทางการปฏิบัติไม่ชัดเจนนัก และยังไม่เคยมีการนำมาใช้ในโรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้ศึกษาจึงได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการนำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในโรงพยาบาลโดยมีวิธีการดังต่อไปนี้

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา วิเคราะห์ผลและประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดยาเป็นรายบุคคล นำมาเป็นแนวคิดในการประยุกต์ใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดยาโดยวิธีดำเนินการ ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรม และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดยา จากตำรา วารสารทางการแพทย์ วิทยานิพนธ์ วารสารจากห้องสมุด และแหล่งข้อมูลของหน่วยงานสถาบันที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ยังใช้การยังสืบค้นข้อมูลสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) จากฐานข้อมูลต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ Pub med, ICN, NIAAA, Ovid, Researchpractice, Medline plus และ APA ซึ่งฐานข้อมูลดังกล่าวเป็นฐานข้อมูลทางสุขภาพและทางการแพทย์ โดยสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลทาง ผ่าน website ของห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล <http://www.li.mahidol.ac.th> และสื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศิริสัญญา และมีการระบุคำสำคัญ (key word) เป็นตัวกำหนดในการสืบค้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำการศึกษา ได้แก่

- Alcohol dependent
- Alcoholism
- Drinker
- Motivation
- Motivational Enhancement
- Alcohol dependent and therapy
- Alcoholic

2. การคัดเลือกงานวิจัย คัดเลือกจากการอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อ ก่อน โดยเลือกตามเกณฑ์ในการเลือกงานวิจัย คือ เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบชนิดสุ่มเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองและรวมทั้งงานวิจัยที่เป็น meta-analysis (ระดับ A) หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ออกแบบรัดกุม (ระดับ B) ที่อยู่ในช่วงปี ค.ศ. 2000 – 2007 และเป็นงานวิจัยที่เป็นการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดยาตามเกณฑ์ DSM-IV โดยสามารถสืบค้นฉบับเต็มได้ ซึ่งได้แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนงานวิจัยที่ค้นได้ และจำนวนงานวิจัยที่เลือกใช้ โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนการศึกษาวิจัย ที่สืบค้นได้	จำนวนการศึกษาวิจัย ที่เลือกใช้
Pub med	“Alcohol dependent and Motivational therapy”	57	1
	"drinker and motivational and therapy"	3	0
	“Alcohol dependent and motivation and therapy"	209	0
	" alcoholism and motivational therapy"	265	2
NIAAA	Alcohol dependent and motivation and therapy	122	1
Ovid	alcoholism therapy	8	0
Mulinet	alcoholism therapy	13	0
	Alcohol dependent and Motivational therapy	12	0
APA	“Alcohol dependent and Motivational therapy”	100	1
Medline plus	Alcohol dependent and motivation and therapy	10	0
ICN	Alcohol dependent and motivation and therapy	4	0
Researchpractice	Alcohol dependent and motivation and therapy	8	1
	" alcoholism and motivational therapy"	10	1
ห้องสมุด กรมสุขภาพจิต	“Alcohol dependent and Motivational therapy”	2	1
รวมทั้งสิ้น		823	8

จากตารางที่ 2 พบการศึกษาวิจัยทั้งหมด 823 เรื่อง นำงานวิจัยที่สืบค้นได้นี้มาพิจารณาตามหลักเกณฑ์การเลือกเข้า และคัดเลือกรื่องที่ไม่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลซึ่งเป็นงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์ และเป็นฉบับสมบูรณ์ที่จะนำไปประเมินคุณภาพและสังเคราะห์งานวิจัยต่อไป พบว่างานวิจัยที่ได้จำนวน 823 เรื่องมีงานวิจัยที่เข้ากับหลักเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด มีจำนวน 8 เรื่อง

3. การสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัย

ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบทั้ง 8 เรื่อง ได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะสังเคราะห์ออกมาจากงานวิจัยดังนี้

- 1) ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย
- 2) แบบการวิจัย
- 3) กลุ่มตัวอย่าง
- 4) เครื่องมือในการวิจัย
- 5) สถานที่หรือแหล่งที่วิจัย
- 6) การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 7) การจัดกระทำ
- 8) ผลการวิจัย
- 9) ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

โดยผลของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจ จะนำเสนอในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดสุรา

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
เรื่อง ที่ 1 Authors Holder, D. W., Cislser, A. R., Longgabaugh, R., Stout, L. R., Treno J. A., & Zweben, A. Year 2000 Title Alcoholism treatment and medical care costs from Project MATCH Objective เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพและค่าใช้จ่ายก่อนและหลังการบำบัด ผู้ติดสุราใน Project	Sample กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 279 ราย Inclusion Criteria - เป็นผู้ที่อยู่ในศูนย์บำบัด 2 แห่ง จาก 9 แห่ง ที่อยู่ในโครงการ Project Match - สามารถติดตามเรื่องของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ได้ครบเป็นเวลา 3 ปี - สามารถอ่านหนังสือได้ - เป็นผู้ติดสุราหรือ เสพผิด (Abuse) ตามเกณฑ์ของ DSM-III-R Exclusion Criteria - อายุต่ำกว่า 18 ปี - ไม่มีที่อยู่อาศัยแน่นอน - เป็นผู้ติดสารเสพติดอื่น ยกเว้นกัญชา	Intervention การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ (Motivational Enhancement Therapy : MET) ในงานวิจัยนี้ไม่ได้แสดงรายละเอียดของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจไว้ แต่แสดงข้อมูลว่า ผู้บำบัด จะได้รับการฝึกอบรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจจากผู้ชำนาญการและให้การบำบัดตามคู่มือการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจใน Project MATCH (Miller et al., 2004) เมื่อสืบค้นตามข้อมูลอ้างอิงพบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในงานวิจัยนี้ ให้การบำบัดโดยใช้หลักการพื้นฐาน 5 ประการ (Five Basic Motivational Principles) ซึ่งเป็นหลักการที่ประกอบไปด้วย การแสดงความเข้าใจและเห็นใจ (Express empathy) การช่วยให้เห็นความขัดแย้ง (Develop discrepancy) การหลีกเลี่ยงการถกเถียงเอาชนะ (Avoid argumentation) การโอนอ่อนตามแรงดัน (Roll with resistance) และการสนับสนุนความเชื่อมั่นในความสามารถ

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
match จากการทำบำบัดด้วย 3 วิธีการที่ แตกต่างกัน คือ MET, CBT และ TSF Design Quasi Experiment Level B	- มีอาการทางจิตรุนแรง (เป็นอันตราย ต่อตัวเองและผู้อื่น) - มีความสูญเสียทางสมองอย่างรุนแรง - "ไม่สามารถติดตามหลังการบำบัดได้" Setting Rhode Island และ Milwaukee Wisconsin Method คัดเลือกสถานบำบัดในโครงการ Project match 2 หน่วย ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 279 ราย นำผู้ติดสุรามาสุ่ม เพื่อเข้ารับ การบำบัดด้วยวิธีที่แตกต่างกัน 3 วิธี คือ - การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy : MET) จำนวน 94 ราย - การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy : CBT) จำนวน 89 ราย	ของตน (Support Self-Efficacy) โดยให้รูปแบบการบำบัดแบบ 4 ครั้ง (Four sessions) ระยะเวลาในการบำบัด "ไม่ได้รับเวลาที่ใช้ใน การบำบัดแต่ละครั้ง"ไว้แต่ระบุวันในการนัดผู้รับการบำบัดไว้ คือ ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 6 และ 12 ระยะเวลาของการบำบัด แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Building Motivation for Change) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของผู้ติดสุราในระยะนี้ยังอยู่ในขั้นของ Pre- Contemplation Contemplation หรือ Determination ซึ่งใช้เวลาใน การบำบัด 1- 2 ครั้งแรก ในระยะนี้ผู้ให้การบำบัดต้องใช้เทคนิค การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การช่วยให้ผู้ติดข้อความ ใจตนเอง การฟังด้วยความเห็นใจและเข้าใจ การตั้งคำถามแบบ OARS การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ การยืนยันรับรอง การจัดการกับ แรงต้าน การเปลี่ยนมุมมอง และการสรุปความ ระยะที่ 2 การกระทำให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ใน การเปลี่ยนแปลง (Strengthening Commitment to Change) ใน ระยะนี้เป็นการบำบัดครั้งที่ 2 หรือ 3 ผู้บำบัดควรร่วมกับผู้รับการ

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	- กลุ่ม 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation : TSF) จำนวน 196 ราย หลังจากนั้นติดตามเรื่องค่าใช้จ่าย สุขภาพเป็นระยะเวลา 3 ปี Outcomes/Instruments 1. ค่าใช้จ่าย ประกอบไปด้วย - ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน (Inpatient care costs) - ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก (Outpatient care cost) - ค่าใช้จ่ายในบำบัดรักษา รวม (Total medical costs) โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ค่าใช้จ่าย คือ แบบเก็บข้อมูลค่าใช้จ่าย ซึ่งทำการเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลโดยตรง 3 แหล่ง ได้แก่ 1) โรงพยาบาล 2) ประกันภัย และ 3) ค่าใช้จ่ายของผู้ดูแลผู้ติดยา โดยเก็บข้อมูล	บำบัดในการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง และสรุปข้อมูลรวมถึง คำแนะนำเกี่ยวกับการบำบัด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจซึ่ง แรงจูงใจและพฤติกรรมการดื่มสุราที่ตั้งเป้าหมายไว้ หลังจากนั้น จะเข้าสู่ ระยะที่ 3 ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow Through) ซึ่งเป็นระยะสุดท้าย และครั้งสุดท้ายของการบำบัด คือ การช่วยให้ ผู้รับการบำบัดคงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นไว้ และเป็นการ ป้องกันการกลับเป็นติดยาอีก การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy : CBT) เป็นการบำบัดที่ยึดหลักการเรียนรู้ ทางสังคม การทำหน้าที่ และปัญหาในการดำรงชีวิต ซึ่ง CBT จะ ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้เตรียมตัวและฝึกทักษะในการหยุดดื่มสุรา เช่น ต้องเผชิญอารมณ์โกรธ หรือความรู้สึกลึบซึมเศร้า กลุ่ม 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation : TSF) เป็น การให้การบำบัดที่ผสมผสานความเชื่อทางจิตวิญญาณและการ บำบัดรักษาเข้าด้วยกัน ซึ่งยึดตามหลัก 12 ขั้นตอนของ Alcoholics Anonymous (AA) เป้าหมายหลักของการบำบัด คือการให้สมาชิก

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	ย้อนหลัง 90 วัน 2. การดื่มสุรา ใช้แบบบันทึกการดื่มสุรา โดยเก็บข้อมูลการดื่มเป็นดื่มมาตรฐาน (Drink) ร้อยละของวันที่หยุดดื่ม (Percentage Days Abstinent : PDA) ความถี่ในการดื่มสุรา วัดจากปริมาณการดื่มในวันดื่มสุรา (Drinks per drinking day : DDD) โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง 90 วัน ในช่วงก่อนการบำบัดรักษา และหลังจากบำบัดรักษาเก็บทุก 3 เดือน จนครบ 1 ปี	ได้พบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การตั้งเป้าหมายร่วมกันของสมาชิก Results ด้านประสิทธิภาพในการลดการดื่มสุรา ในงานวิจัยนี้ ไม่ได้แสดงรายละเอียดไว้ แต่สรุปเป็นภาพรวมไว้ คือ ผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดในโครงการ Project MATCH ที่ได้รับการบำบัดด้วย MET, CBT และ TSF มีการลดการดื่มสุราลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านค่าใช้จ่ายจำแนกตามประเภทการบำบัด เปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัด ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างหลังการบำบัดรักษาด้วย MET, CBT และ TSF ต่ำกว่าก่อนการบำบัด 468 ดอลลาร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) เมื่อแยกตามชนิดการบำบัดแต่ละประเภทได้ผลดังนี้ - ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายของกลุ่มตัวอย่าง หลังการบำบัดรักษาด้วย MET ต่ำกว่าก่อนการบำบัด 651 ดอลลาร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		- ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายของกลุ่มตัวอย่าง หลังการบำบัดรักษาด้วย CBT ต่ำกว่าก่อนการบำบัด 585 ดอลลาร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) - ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายของกลุ่มตัวอย่าง หลังการบำบัดรักษาด้วย TSF ต่ำกว่าก่อนการบำบัด 278 ดอลลาร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ค่าใช้จ่ายจำแนกตามกลุ่มผู้ติดสุรา จากงานวิจัย ได้แบ่งเรื่องของค่าใช้จ่ายจากปัจจัย 3 ด้าน คือ ด้านการติดสุรา (Alcohol Dependence) ด้านความรุนแรงของอาการทางจิต (Psychiatric Severity) และด้านปัจจัยสนับสนุนในการดื่มสุรา (Network Support for drinking) พบว่า 1. ผู้ป่วยที่มีการติดสุรา (Alcohol Dependence) ในระดับน้อยนั้น ให้การบำบัดด้วย MET แล้วสามารถลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา รวมได้มากกว่าการบำบัดด้วย TSF และ CBT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .03$) แต่ในขณะที่เดียวกันผู้ที่มีการติดสุรารุนแรงนั้น ส่งผลไม่แตกต่างกัน

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		2. ด้านความรุนแรงของอาการทางจิต (Psychiatric Severity) พบว่า ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงนั้น เมื่อได้รับการบำบัดด้วย CBT แล้ว ลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษารวมได้มากกว่า MET อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .03$) ในกลุ่มที่บำบัดด้วย MET นั้น ลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษารวมได้มากกว่าเมื่อกลุ่มผู้รับบำบัดมีอาการทางจิตไม่รุนแรง และค่าใช้จ่ายจะสูงขึ้นเรื่อยๆ เมื่ออาการทางจิตรุนแรงมากขึ้น ซึ่งแปรผกผันกับการบำบัดด้วย CBT 3. ด้านปัจจัยสนับสนุนในการดื่มสุรา (Network Support for drinking) ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยสนับสนุนในการดื่มสุรานั้น จะพบว่าเมื่อบำบัดด้วย MET แล้ว ก่อให้เกิดพฤติกรรมการเป็นผู้ป่วยในลดลง ซึ่งทำให้ค่าใช้จ่ายการบำบัดรักษาดำเนินการบำบัดด้วย CBT อยู่ 1,457 ดอลลาร์ แต่ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยที่มีปัจจัยสนับสนุนในการดื่มสุรา เมื่อบำบัดด้วย CBT แล้ว ลดค่าใช้จ่ายได้มากกว่าการบำบัดด้วย MET เพียง 614 ดอลลาร์ แต่

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		ความแตกต่างดังกล่าวไม่มากพอที่จะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Implication การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีผลในการลดการดื่มสุราได้เทียบเท่ากับการบำบัดด้วย CBT และ TSF แต่มีความแตกต่างในเรื่องค่าใช้จ่าย คือ ในกลุ่มผู้ติดสุราที่มีการติดสุราน้อย มีอาการทางจิตไม่รุนแรง และมีปัจจัยสนับสนุนในการดื่มสุราน้อยนั้น การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถลดค่าใช้จ่ายได้มากกว่าการบำบัดด้วย CBT และ TSF โดยมีส่วนประกอบในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ดังนี้ 1. ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ติดสุราที่มีการทางจิตไม่รุนแรง มีการติดน้อย และมีปัจจัยสนับสนุนการดื่มสุราน้อย 2. ผู้บำบัด ไม่ได้ระบุสาขาวิชาชีพและความรู้ขั้นต้นของผู้บำบัดไว้ แต่ต้องได้รับการฝึกอบรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจากผู้ชำนาญการ 3. ระยะเวลาในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 3 ระยะ บำบัด 4 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 6 และ 12 ไม่ได้กำหนดเวลาในการบำบัดแต่ละครั้งไว้

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		4. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 4.1 ใช้รูปแบบของ Project MATCH แบ่งการบำบัดเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง ระยะที่ 2 การกระทำให้เกิดความตั้งใจ แน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง และระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง 4.2 ใช้หลักการขั้นพื้นฐาน 5 ประการ 4.3 เทคนิคที่ใช้ คือ การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การตั้งคำถามแบบ OARS
เรื่องที่ 2 Authors Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, W. S., Moring, J., & O'Brien, R., et al. Year 2001	Sample กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 36 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติเสพยาเสพติดและดื่มสุรา Inclusion Criteria 1. ไม่อยู่ในช่วงอาการทางจิตกำเริบ (ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทตามเกณฑ์ของ ICD-10 และ DSM-	Intervention การบำบัดรักษาแบบผสมผสาน (Integrated intervention program) เป็นการผสมผสานการบำบัดระหว่าง การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบรายบุคคล (Individual cognitive behavior therapy) และการให้การช่วยเหลือทางครอบครัวหรือผู้ดูแล (Family or caregiver intervention) ผู้บำบัด

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
Title Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing, Cognitive Behavior Therapy, and Family Intervention for Patients with Co morbid Schizophrenia and Substance Use Disorder Objective เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง การบำบัดรักษาแบบผสมผสาน (Integrated intervention program) กับการดูแลทั่วไป (Routine care) ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการเสพ สารเสพติด Design RCT	 IV) 2. มีประวัติติดยาเสพติดและดื่มสุรา ตามเกณฑ์ DSM-IV 3. กำลังบำบัดรักษาในหน่วยบริการจิตเวช 4. อายุ 18-65 ปี 5. อยู่กับญาติอย่างน้อย 10 ชั่วโมงต่อ สัปดาห์ 6. ไม่มีประวัติโรคทางระบบประสาท และการเรียนรู้ Exclusion Criteria การวินิจฉัยไม่ได้แสดงไว้ Setting ผู้ป่วยที่มารับการบำบัดที่ National Health Service Hospital in Northwest of England โดยผู้ให้การบำบัดจะไปทำการบำบัดที่บ้าน ของผู้ป่วย	 เป็นนักจิตวิทยาคลินิก หรือพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกเทคนิค การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ชำนาญการและ ตรวจสอบความสามารถการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดย The British Association for Behavioral and Cognitive Psychotherapy ระยะเวลาในการบำบัด ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 9 เดือน (36 สัปดาห์) ให้การบำบัด 29 ครั้ง ไม่ได้แสดงเวลาที่ใช้ในการ การบำบัดแต่ละครั้งไว้ ระยะของการบำบัด แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 ใช้การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 5 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง มุ่งเน้นการประเมินแรงจูงใจและการเพิ่ม แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะที่ 2 ใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบ รายบุคคลร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยใน สัปดาห์ที่ 6 เริ่มนำเข้าสู่การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบ รายบุคคล ด้วยการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ สัปดาห์ที่ 7-23 ใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบรายบุคคล ร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 18 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง และพบกัน 3 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง (รวม 6 ครั้ง)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
Level A	Method นำกลุ่มตัวอย่างทั้ง 36 ราย มาสุ่มเข้ากลุ่ม ด้วยวิธีทางคอมพิวเตอร์ โดยจัดให้มีความเท่าเทียมกัน ทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งเรื่องการดื่มสุร่าอย่าง เดียว ผู้ที่ติดสารเสพติดเพียงอย่างเดียว และผู้ที่ ดื่มสุร่าและเสพติดสารเสพติด เพื่อเข้ารับรักษา แบบผสมผสาน (Integrated intervention program) จำนวน 18 ราย และการดูแลทั่วไป (Routine care) จำนวน 18 ราย Outcomes/Instruments การเก็บข้อมูลจะกระทำ 3 ครั้ง คือ ก่อนสุ่มเข้ากลุ่ม หลังการทดลองทันที (เดือนที่ 9 หลังเริ่มทดลอง) และหลังการทดลอง 3 เดือน (เดือนที่ 12 หลังเริ่มทดลอง) ยกเว้นผล ด้านการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยที่เก็บข้อมูล ทุก 3 เดือนจนครบ 12 เดือน หลังการเริ่ม ทดลอง	ระยะที่ 3 การช่วยเหลือทางครอบครัวหรือผู้ดูแล 10-16 ครั้ง กระทำหลังการประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลแล้วให้การช่วยเหลือ โดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้รับการบำบัดและผู้บำบัด การดูแลทั่วไป (Routine care) เป็นการดูแลในรูปแบบของ National Health Service of Great Britain ซึ่งประกอบด้วยทีม สหวิชาชีพใน โรงพยาบาล การบริหารจัดการแบบเจ้าของ ใช้ การ ให้อา การบริหารแบบผู้ป่วยนอก และการดูแลติดตามด้วยหน่วย ชุมชน หรือการบริการ โรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ไม่พร้อมจะเป็น ผู้ป่วยใน โรงพยาบาล Results อาการทางจิตเวช (Positive and Negative Symptoms) ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย Integrated Intervention Program มีคะแนนอาการทางจิตเวชไม่แตกต่างจาก Routine care อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 3 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย Integrated Intervention Program มี คะแนนอาการทางจิตเวชแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	1. อาการทางจิตเวช (Positive and Negative Symptoms) ใช้แบบประเมินอาการทางบวกและอาการทางลบ (Positive and Negative Syndrome Scale score) 2. การทำหน้าที่ (Functioning) ใช้แบบประเมินอาการและการทำหน้าที่โดยรวม (The Global Assessment of Functioning Scale : GAFS) ซึ่งเป็นแบบประเมินการทำหน้าที่ตามแบบของ DSM-IV 3. การทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) ใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning Scale score) 4. การกลับเป็นซ้ำ (Patient relapse) แบ่งเก็บข้อมูลจากเพิ่มประวัติผู้ป่วย	Routine care อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$) อาการทางบวก หลังการทดลองทันที พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย Integrated Intervention Program มีคะแนนอาการทางบวกแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ Routine care อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$) หลังการทดลอง 3 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย Integrated Intervention Program มีคะแนนอาการทางบวกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ Routine care อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) อาการทางลบ หลังการทดลองทันที พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย Integrated Intervention Program มีคะแนนอาการทางลบน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ Routine care อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) หลังการทดลอง 3 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย Integrated Intervention Program มีคะแนนอาการทางลบแตกต่าง

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	ของโรงพยาบาล แบ่งเป็น 2 อย่างด้วยกัน คือ - จำนวนครั้งและจำนวนวันในการรับเป็นผู้ป่วยใน จากบันทึกของโรงพยาบาล - จำนวนครั้งและระยะเวลาที่เกิดอาการเกิน 2 สัปดาห์ และต้องการการเปลี่ยนแปลงในการรักษาผู้ป่วย (ต้องเพิ่มการดูแลหรือเพิ่มยาในการบำบัดรักษา) 5. การเสพยาเสพติดของผู้ป่วย (Patients' substance use) การเก็บข้อมูลทุก 3 เดือน จนครบ 12 เดือน หลังเริ่มทดลอง โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินความรุนแรงในการเสพติด(Addiction Severity Index) แบ่งเป็น 2 หัวข้อหลัก คือ ร้อยละของ	จากกลุ่มที่รับการบำบัดแบบ Routine care อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$) การทำหน้าที่ (Functioning) ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย Integrated Intervention Program มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ไม่แตกต่างจาก Routine care อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 3 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย Integrated Intervention Program มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่สูงขึ้น กว่า Routine care อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$) การทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย Integrated Intervention Program และ Routine care มีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 3 เดือน พบว่ากลุ่ม Integrated Intervention Program และ Routine care มีคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	จำนวนวันของการหยุดเสพยาที่เสพ บ่อยที่สุด และร้อยละของจำนวนวัน ของการหยุดเสพยาเสพติดทั้งหมด	ทางสถิติ ($P>.05$) การกลับเป็นซ้ำ (Patient Relapse) หลังการทดลองทันที พบว่าผู้ป่วย 10 คน (55.5%) จาก 18 คน ในกลุ่ม Routine care group กลับเป็นซ้ำ และผู้ป่วย 5 คน (27.8%) จากผู้ป่วย 18 คน ในกลุ่ม Integrated Intervention Program กลับเป็นซ้ำ ซึ่งสรุปได้ว่า หลังการทดลอง จำนวนครั้ง และจำนวนวันในการรับเป็นผู้ป่วยในของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย Integrated Intervention Program และ Routine care group แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) หลังการทดลอง 3 เดือน พบว่าผู้ป่วย 6 คน (33.3%) ในกลุ่ม Integrated Intervention Program กลับเป็นซ้ำ และผู้ป่วย 12 คน (66.7%) ในกลุ่ม Routine care กลับเป็นซ้ำ ซึ่งสรุปได้ว่า หลังการทดลอง 3 เดือน จำนวนครั้งและจำนวนวันในการรับเป็นผู้ป่วยในของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย Integrated Intervention Program น้อยกว่ากลุ่ม Routine care อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 3 เดือน พบว่า ในกลุ่ม Integrated Intervention Program มีจำนวนครั้งและระยะเวลา

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		ที่เกิดอาการเกิน 2 สัปดาห์ของการกลับเป็นซ้ำ แตกต่างจาก Routine care อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) การเสพยาเสพติดของผู้ป่วย (Patients' substance use) ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย Integrated Intervention Program มีการใช้สารเสพติดและสูราไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการเก็บข้อมูลที่ 3, 6, 9 และ 12 เดือน พบว่าร้อยละของ จำนวนวันของการหยุดเสพยาที่เสพยาบ่อยที่สุด และร้อยละของ จำนวนวันของการหยุดเสพยาเสพติดทั้งหมดในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย Integrated Intervention Program มากกว่า ก่อนการบำบัดรักษา และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ Routine care แต่ไม่เพียงพอที่จะพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Implication การบำบัดรักษาแบบผสมผสาน (Integrated intervention program) ในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่อยู่ในช่วงโรคกำเริบและมีพฤติกรรมติดสุราหรือสารเสพติด มีผลในการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ ลดอาการทางลบทันทีหลังการบำบัด ลดอาการ

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		ทางบวกหลังการบำบัด 3 เดือน ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ และเพิ่มจำนวนวันของการหยุดดื่มสุราและการเสพสารเสพติด โดยมีส่วนประกอบในการบำบัดรักษาแบบผสมผสาน ดังนี้ 1. ผู้รับการบำบัด อายุ 18-65 ปี เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคจิตเภท (schizophrenia or schizoaffective disorder) ตามเกณฑ์ของ ICD-10 และ DSM-IV และมีการเสพสารเสพติดร่วมด้วย ทั้งผู้เสพผิด (abuse) และเสพติด (dependence) ตามเกณฑ์ของ DSM-IV "ไม่มีความผิดปกติทางประสาทวิทยาร่วมด้วย (Organic brain disease)" 2. ผู้บำบัด เป็นนักจิตวิทยาคลินิก หรือพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกเทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยผู้ชำนาญการและตรวจสอบความสามารถการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดย The British Association for Behavioral and Cognitive Psychotherapy 3. ระยะเวลาในการบำบัด Integrated intervention program ไม่ได้ระบุเวลาที่ใช้ในการบำบัดแต่ละครั้ง แต่ให้รายละเอียดในเรื่องระยะเวลาในการบำบัดไว้คือ การบำบัด

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ให้การบำบัดด้วยการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 6-23 ใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบรายบุคคลร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ระยะที่ 3 ใช้การให้การช่วยเหลือทางครอบครัวหรือผู้ดูแล 10-16 ครั้ง โดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้รับการบำบัดและผู้บำบัด 4. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยแสดงเป้าหมายสำคัญไว้ คือ เพื่อแก้ไขความลังเลใจและกระตุ้นให้รับรู้ปัญหา นำไปสู่การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
เรื่องที่ 3 Authors Sellman, D. J., Sullivan, F. P., Dore, M. G., Adamson J. S., & MacEwan, I.	Sample กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 122 ราย คัดเลือกจากผู้ติดตาม จำนวน 194 ราย Inclusion Criteria	Intervention MET ที่นำมาใช้รูปแบบเหมือนกับ Project Match คือ ประกอบด้วยหลักการขั้นพื้นฐาน 5 ประการ ได้แก่ Expressing

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
Year 2001	ผู้ป่วยติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV และมารับบริการที่หน่วยบำบัดการติดสุราและสารเสพติด	empathy, Deploying discrepancy, Avoiding argumentation, Rolling with resistance และ Supporting self-efficacy ระยะของการบำบัด แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Building Motivation for change) และระยะที่ 2 การกระทำให้เกิดความตั้งใจที่แน่วแน่นในการเปลี่ยนแปลง (Strengthening commitment to change) ใช้เทคนิค
Title A randomized control trial of Motivational Enhancement Therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence	Exclusion Criteria 1. มีอาการขาดสุราตามเกณฑ์ DSM-IV ยานานกว่า 24 ชั่วโมง 2. มีปัญหาตับอักเสบ 25 ราย 3. มีปัญหาทางจิตเป็นหลัก 9 ราย 4. "ไม่เป็นผู้ติดสุรา 6 ราย 5. มีการใช้ยา disulfiram 2 ราย 6. "ไม่ผ่านการประเมินเบื้องต้น 15 ราย 7. บอกละเลิกการบำบัด 12 ราย 8. ติดตามไม่ได้ 3 ราย	การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และเพิ่มกลยุทธ์ 6 กลยุทธ์เข้าไปในกระบวนการบำบัด เพื่อช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ การตระหนักในปัญหา (Problems and concerns) รู้ดี-รู้ชอบ (Good things-less good things) ความขัดแย้งในตน (Personal dissonance) ในระยะที่ 1 และความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ค่าใช้จ่ายและผลประโยชน์ (Costs and benefits) และความสมดุลของการตัดสินใจ (Construction of decisional balances) ในระยะที่ 2 สำหรับ ระยะเวลาในการบำบัด ให้การบำบัดด้วย MET 4 ครั้ง ในระยะเวลาที่มากกว่า 6 สัปดาห์ แต่น้อยกว่า 12 สัปดาห์ โดย ผู้บำบัด จะได้รับการฝึก 15 ชั่วโมง
Objective เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการบำบัดรักษา ด้วยวิธี MET, NDRL และ NFC ในผู้ป่วยติดสุราระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง	Setting The Community Alcohol and Drug Service of Christchurch, New Zealand.	
Design randomized control trial (RCT)	Method	
Level A		

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	ผู้ติดสุรา จำนวน 122 ราย ได้รับการประเมินอาการติดสุราและได้รับความรู้เกี่ยวกับสุรา 1 ครั้ง สุ่มแบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่มเพื่อรับการบำบัดด้วยวิธีการที่ต่างกัน คือ 1. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 42 ราย 2. การบำบัดแบบฟังและสะท้อนกลับ (Nondirective reflective listening, NDRL) จำนวน 40 ราย 3. การติดตามการรักษาเพียงอย่างเดียว (No Further Counseling, NFC) จำนวน 40 ราย หลังจากนั้นพบทวนการรักษา และติดตามการรักษาที่ 6 เดือน Outcomes/Instruments 1. การดื่มหนัก หมายถึง การดื่มหนักมากกว่า 10 ดื่มมาตรฐาน (10	การบำบัด ทั้งนี้ ผู้บำบัด 1 คน จะได้รับการฝึกอบรมการบำบัด 15 ชั่วโมง (ทั้ง MET และ NDRL) และต้องให้การบำบัดผู้ติดสุรา 2 ราย เพื่อพิสูจน์ว่าสามารถปฏิบัติได้ตามมาตรฐานการบำบัด NDRL เป็นการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Rogerian counseling) โดยผู้บำบัดที่ได้รับการฝึกทักษะ MET และ NDRL 15 ชั่วโมง ซึ่งการบำบัด NDRL จะแตกต่างจาก MET ตรงที่ NDRL จะเป็นการให้ข้อมูลสะท้อนกลับแบบไม่ใช้เทคนิค และกลยุทธ์ตาม MET มีการกำหนดหัวข้อการสนทนาโดยผู้ป่วยและผู้บำบัด NFC ไม่ให้การบำบัดรักษาใด ๆ ใช้การติดตามการรักษาเพียงอย่างเดียว Results ข้อมูลทั่วไปก่อนการทดลอง 1. กลุ่มตัวอย่างมีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย คือ Depression, Anxiety, Substance use disorder, Antisocial personality disorder (ASPD) มีรายละเอียดดังนี้ Depression / Anxiety disorder (17.2%), Social phobia (5.6%), Major

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	Drinking) มากกว่า 6 ครั้ง ใน 6 เดือน โดยเก็บข้อมูลเป็นร้อยละของผู้ดื่ม คือ จำนวนผู้ดื่มหนัก หากร้อยละจำนวนผู้รับการบำบัดทั้งหมด แบ่งตามชนิดการบำบัด ทำการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือ ก่อนการบำบัดรักษา (ใช้ข้อมูลช่วง 6 เดือนก่อนเข้ารับการทดลอง) และในระยะติดตามหลังการทดลอง (ใช้ข้อมูลช่วง 6 เดือน คือ ในช่วงหลังการบำบัดถึงช่วงติดตาม)	depression (0.7%), Generalized anxiety disorder (3.3%), Posttraumatic stress disorder (2.5%), Specific phobia (1.6%), Panic disorder (0.8%), Agoraphobia (0.8%), Marijuana use (9.0%), Cannabis dependence (4.9%), Substance use Disorder (10.6%) และ ASPD (1.6%)
	2. การทำหน้าที่โดยทั่วไป ใช้ Global Assessment Scale (GAS) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ประเมินผู้ติดสุรา มีค่าคะแนน 0-100 ทำการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลองและในช่วงติดตามหลังการทดลอง (หลังการทดลอง 6 เดือน)	2. พบความแตกต่างในเรื่องของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) การทำหน้าที่โดยทั่วไป ก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ติดสุรากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย MET มีค่าคะแนน GAS เท่ากับ 62.3 และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย NFC มีค่าคะแนน GAS เท่ากับ 66.5 หรือกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดด้วย MET มีคะแนน GAS ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดด้วย NFC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) หลังการทดลอง 6 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดด้วย MET (70.2), NDRL (69.9) และ NFC (67.7) มีคะแนน GAS ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		การดื่มหนัก ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ MET (88.1%) มีการดื่มหนักแตกต่างจาก NDRL (92.5%) และ NFC (90%) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$) ในระหว่างการติดตามการทดลองที่ 6 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วย MET (42.9%) มีการดื่มหนักลดลงกว่าการบำบัดแบบ NDRL (62.5%) และ NFC (65.0%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) Implication การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วม แต่ไม่อยู่ระยะแสดงอาการจนเป็นปัญหาหลัก มีผลในการลดการดื่มหนัก มีส่วนประกอบในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจดังนี้ 1. ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ติดสุราในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย แต่ไม่อยู่ในระยะรุนแรงที่เป็นปัญหาหลัก ไม่มีปัญหาโรคจิตเป็นปัญหาหลัก แต่กลุ่มตัวอย่างอาจมีโรคอื่นร่วมด้วยได้ เช่น Depression, Anxiety,

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		Substance use disorder, Conduct disorder, Antisocial personality disorder, Posttraumatic stress disorder และ Panic disorder 2. ผู้บำบัด ได้รับการฝึกอบรม 15 ชั่วโมง (ทั้ง MET และ NDRL) ผู้บำบัดต้องผ่านการทดสอบการบำบัดในผู้ติดสุราจริง 2 ครั้ง 3. ระยะเวลาในการบำบัด ใช้ระยะเวลาในการบำบัดอยู่ในช่วง 6-12 สัปดาห์ โดยให้การบำบัด 4 ครั้ง ไม่ระบุเวลาที่ใช้ในการบำบัดแต่ละครั้ง 4. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 4.1 ใช้วิธีการของ MET ตาม แบ่งการบำบัดเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ ระยะที่ 2 การกระทำให้เกิดความตั้งใจที่แน่นอนในการเปลี่ยนแปลง 4.2 ใช้หลักการขั้นพื้นฐาน 5 ประการ 4.3 ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 4.4 เพิ่มกลยุทธ์ 6 กลยุทธ์ในการบำบัด ดังนี้ ระยะที่ 1

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		ระยะการสร้างความตั้งใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง เพิ่มกลยุทธ 3 กลยุทธ คือ การตระหนักในปัญหา ภูมิ-รัฐขอบและความขัดแย้งในตน ระยะที่ 2 ระยะการกระทำให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง เพิ่มกลยุทธ 3 กลยุทธ คือ ความพึงพอใจในชีวิต ค่าใช้จ่ายและผลประโยชน์ และความสมดุลของการตัดสินใจ 4.5 ให้ข้อมูลสะท้อนกลับและสุทธศึกษากับกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มก่อนสนทนากลุ่ม
เรื่องที่ 4 Authors สุนทร ศรีโกไสย Year 2548 Title ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับ	Sample เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 29 ราย โดยคัดจากผู้ติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุราตามเกณฑ์ DSM-IV จำนวน 156 ราย Inclusion criteria 1. มีพฤติกรรมการดื่มสุราในช่วง 3 เดือน 2. ประเมินความรุนแรงการถอนพิษสุรา	Intervention การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational enhancement therapy , MET) โดย ผู้ให้การบำบัด เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกบำบัดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง มีรูปแบบเป็นการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ติดสุราเพื่อเสริมแรงจูงใจ ตามแนวคิดของ มิลเลอร์และโรลนิก ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลง

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
บริการโรงพยาบาลสวนปรุง Objective เพื่อศึกษาประสิทธิภาพในแต่ละ ครั้งของการบำบัดเพื่อเสริมสร้าง แรงงใจในการลดปัญหาการดื่ม สุราของผู้ติดสุราที่รับบริการ โรงพยาบาลสวนปรุง Design Quasi Experimental Level B	(AWS) ได้คะแนนน้อยกว่า 5 3. สามารถอ่าน เขียนและพูดคุยสื่อสาร ได้ 4. สัมครใจในการติดตามต่อเนื่องทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง 5. มาตามนัดได้ 6. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย Exclusion criteria การวิจัยนี้ไม่ได้กำหนดเกณฑ์ในการคัด ออกไว้ Setting คลินิกบำบัดสุราแผนกผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลสวนปรุง Method กลุ่มตัวอย่างทุกราย จะได้รับการบำบัด ด้วยการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ (MET) ทุกราย และวัดข้อมูลเปรียบเทียบกับก่อนและหลัง	พฤติกรรม ได้แก่ การช่วยให้ผู้ติดสุราได้สำรวจค้นหาและแก้ไข ความลังเลใจของตนเอง เทคนิคที่ใช้ในการบำบัด คือ การตั้ง คำถามกระตุ้นให้ผู้ติดสุราได้พูดข้อความงใจตนเอง (SMS) ใช้วิธี ให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ (MI) และเทคนิค FRAMES ได้แก่ Feed back, Responsibility, Advice, Menu, Empathy และ Self-efficacy ระยะเวลาในการบำบัด ให้การบำบัดจำนวน 7 ครั้ง ห่างกัน ทุก 2 สัปดาห์ ใช้เวลารวมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ Results ความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มขึ้นในแต่ละครั้งของการบำบัด มีรายละเอียดดังนี้ คือ การ บำบัดในครั้งที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 54.54 มีคะแนน ความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (GAF) อยู่ระหว่าง 71-80 และไม่มียังกลุ่มตัวอย่างใดที่มีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ โดยรวม อยู่ในระหว่าง 91-100 และคะแนนความสามารถในการ ทำหน้าที่โดยรวม (GAF) เพิ่มขึ้นในการบำบัดครั้งที่ 2, 3, 4, 5, 6 และ 7 โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	การบำบัดทุกครั้ง Outcomes/Instruments การกระทำหน้าที่โดยรวม โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment of Function Scale : GAF) ฉบับภาษาไทย วัดครั้งแรกและทุก 2 สัปดาห์ จนถึงสัปดาห์ที่ 12 การดื่มสุรา วัดโดย - ร้อยละของวันที่ดื่มหนัก (percent heavy drinking days) โดยการนับจำนวนวันที่กลุ่มตัวอย่างดื่มสุราเกิน 4 drink/วัน ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา คูณด้วย 100หารด้วย 14 วัดครั้งแรกและทุก 2 สัปดาห์ จนถึงสัปดาห์ที่ 12 - ร้อยละของวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) โดยการนับจำนวนวันที่กลุ่มตัวอย่างหยุดดื่มสุรา ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา คูณด้วย 100หารด้วย 14 วัดครั้งแรกและทุก 2	โดยรวม (GAF) อยู่ระหว่าง 91-100 มีจำนวนมากขึ้นเป็น ร้อยละ 31.80, 59.10, 81.80, 77.30, 81.80 และ 95.50 ตามลำดับ ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักของกลุ่มบำบัด ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนลดลงในแต่ละครั้งของการบำบัด โดยมีรายละเอียดดังนี้ - การบำบัดครั้งที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 18.2 มีจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละ 91.00 ขึ้นไป และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.65 มีจำนวนวันที่ดื่มหนัก อยู่ระหว่างร้อยละ 70.00-90.00 - การบำบัดครั้งที่ 2 พบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 4.5 มีจำนวนวันที่ดื่มหนัก อยู่ระหว่าง ร้อยละ 70.00-90.00 และร้อยละ 91.00 ขึ้นไป - การบำบัดครั้งที่ 3, 4 และ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 4.5 มีจำนวนวันที่ดื่มหนัก เท่ากับ ร้อยละ 91.00 ขึ้นไป - ในครั้งที่ 6-7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวนวันที่ดื่มหนักอยู่ในช่วง 0-30.00 และมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 6.36 มีจำนวนวันที่ดื่มหนักเท่ากับ 0

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	สัปดาห์ จนถึงสัปดาห์ที่ 12 ความพร้อมของการเปลี่ยนแปลงและ ความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A) วัดโดยใช้แบบวัดขั้นตอนความพร้อมใน การเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (SOCRATES-8A) สำหรับผู้ดื่มสุรา แบบวัดนี้ โรงพยาบาลสวนปรุง โดยแพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ ปรับปรุงจากเอกสาร ประกอบการสอนของพันโท นายแพทย์พิชัย แสงชาญชัย กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งแปลจาก Assessing drinkers' motivation for change : The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES-8A) ของมิลเลอร์และโทนิแกน (Miller & Tonigan, 1996) วัดครั้งแรกและทุก 2 สัปดาห์ จนถึง สัปดาห์ที่ 12	ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน เพิ่มขึ้นในแต่ละครั้งของการบำบัด โดยมีรายละเอียดดังนี้ - การบำบัดครั้งที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.90 มี จำนวนวันที่หยุดดื่ม อยู่ในช่วงร้อยละ 81.00-100.00 - การบำบัดครั้งที่ 2, 3, 4 และ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.81 มีจำนวนวันที่หยุดดื่ม อยู่ในช่วงร้อยละ 81.00- 100.00 - ในครั้งที่ 6 และ 7 มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.35 มีจำนวน วันที่หยุดดื่ม อยู่ในช่วงร้อยละ 81.00-100.00 โดยที่มีกลุ่ม ตัวอย่างร้อยละ 72.72 สามารถหยุดดื่มสุราได้ หรือมี จำนวนวันที่หยุดดื่มสุรา เท่ากับร้อยละ 100.00 ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา ของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความ ต้องการรักษาของกลุ่มตัวอย่างในการบำบัดระยะที่ 1 ถึงระยะ ที่ 7 พบมีระดับการยอมรับ (Recognition) อยู่ในระดับต่ำถึงต่ำมาก

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	ผลลัพธ์ที่ตามมา วัดโดยแบบวัดผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ดื่มสุรา (Drinker Inventory of Consequence : DrInC-2L) เป็นแบบวัดที่ใช้วัดผลลัพธ์หรือผลกระทบที่ตามมาจากการดื่มสุรา ประกอบด้วยคำถาม 5 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย (physical) 2) ด้านความรับผิดชอบต่อสังคม (social responsibility) 3) ด้านความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง (impulse control) 4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal) และ 5) ด้านภายในของบุคคล (intrapersonal) โดยเก็บในวันในกลุ่มตัวอย่างมา นำปัดครั้งแรกและครั้งสุดท้ายหลังการบำบัด	และระดับความดังเด (Ambivalence) อยู่ในระดับต่ำ ส่วนระดับลงมือกระทำ (Taking steps) ในการบำบัดครั้งที่ 1-2 พบอยู่ในระดับต่ำและเพิ่มสูงในระยยะที่ 3-7 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ดื่มสุราในด้านร่างกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสังคม ด้านความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านภายในของบุคคล ในการบำบัดครั้งที่ 7 มีค่าน้อยกว่าการบำบัดครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งหมายความว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพกาย มีความรับผิดชอบต่อสังคม สามารถควบคุมอารมณ์ มีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นดีขึ้นและมีการเคารพนับถือในตนเองมากขึ้นด้วย Implication การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุราที่ไม่มีอาการทางจิต มีผลในการลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก เพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่ม เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม และลดผลลัพธ์ที่

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		ตามจากการดื่มสุรา มีส่วนประกอบในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ดังนี้ 1. ผู้รับการบำบัด คือ ผู้ติดสุราตามเกณฑ์ DSM-IV หรือ ICD-10 ที่ยังคงมีพฤติกรรมดื่มสุร่ายู่ในช่วง 3 เดือนก่อนเข้ารับการบำบัด มีอาการถอนพิษสุรา (AWS) น้อยกว่า 5 (ไม่มีหรือมีอาการถอนสุรา ระดับน้อย) 2. ผู้ให้การบำบัด เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกบำบัดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง 3. ระยะเวลาในการบำบัด เป็นการให้คำปรึกษารายบุคคลทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 7 ครั้ง ไม่ได้จำกัดเวลาในการบำบัดแต่ละครั้งไว้ 4. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 4.1 ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 4.2 ใช้เทคนิคของ FRAMES 4.3 ใช้เทคนิคการกระตุ้นให้ผู้ติดสุราได้พูดข้อความจูงใจตนเอง (SMS)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		ข้อจำกัด ในการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งขาดการติดตามผลหลังการบำบัด
เรื่องที่ 5 Authors UKATT Research Team Year 2005a Title Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomized UK alcohol treatment trial (UKATT) Objective เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของพฤติกรรมสังคมและเครือข่าย	Sample กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 742 ราย Inclusion Criteria ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มสุรา ที่เข้ารับบริการจากสถานบำบัด ทั้ง 7 แห่ง ในเมือง Birmingham, Cardiff และ Leeds Exclusion Criteria 1. อายุต่ำกว่า 16 ปี 2. อ่าน เขียน ไม่ได้ 3. ไม่มีสถานที่ติดต่อชัดเจน 4. ออกนอกพื้นที่ระหว่างการวิจัย 5. มีอาการทางจิตจนควบคุมไม่ได้	Intervention พฤติกรรมสังคมและเครือข่ายบำบัด (Social behavior and network therapy, SBNT) เป็นการบำบัดแบบผสมผสานระหว่างการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยอาศัยรูปแบบเครือข่ายทางสังคม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระยะเวลาที่ใช้ ให้การบำบัด SBNT ในช่วงระยะเวลา 8-12 สัปดาห์ ให้การบำบัด 8 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที MET ใช้วิธีการของ MET ตาม Project MATCH โดยนำการบำบัดรักษาทั้ง 3 ระยะมาใช้และให้ญาติของผู้รับการบำบัดเข้าสังเกตการณ์ในช่วงของการบำบัดครั้งแรก เทคนิคที่ใช้ คือ การให้คำปรึกษาในรูปแบบการกระตุ้นแรงจูงใจ (MI) มีวัตถุประสงค์

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
บำบัด (social behavior and network therapy, SBNT) ซึ่งเป็นวิธีการรักษาผู้ติดสุราแบบใหม่กับการบำบัดเพื่อเสริมแรงใจ (motivational enhancement therapy, MET)	6. มีความเสียหายด้านระบบการคิดอย่างรุนแรง (Severe cognitive impairment) 7. ไม่มีปัญหาการดื่มสุราเป็นปัญหาหลัก 8. ได้รับการบำบัดด้านการดื่มสุราอื่น ๆ	เพื่อให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) ระยะเวลาในการบำบัด ให้การบำบัด MET 3 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที ในช่วง 8 – 12 สัปดาห์ ผู้บำบัด ทั้ง SBNT และ MET ได้คัดเลือกผู้บำบัด 76 คน เหลือ 72 คน โดยคัดเลือกผู้ที่สามารถทำงานร่วมกับผู้ติดสุรา ครอบครัวและเพื่อนของผู้ติดสุราได้ และจะต้องมีทักษะในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจ หลังจากนั้นนำนักบำบัดดังกล่าวมาฝึกการบำบัดรักษาทั้ง SBNT และ MET (ผู้บำบัด 1 คน ต้องสามารถให้การบำบัดได้ทั้ง 2 แบบ) ใช้การสุ่มผู้ให้การบำบัดในการเลือกวิธีการบำบัดผู้ติดสุรา
Design Quasi Experimental Level B	Setting สถานบำบัดทั้ง 7 แห่งที่ตั้งอยู่ในเมือง Birmingham, Cardiff และ Leeds Method กลุ่มตัวอย่างทั้ง 742 ราย สุ่มเข้ากลุ่ม MET จำนวน 422 ราย และ SBNT จำนวน 320 ราย และติดตามผลการรักษาด้วยการเยี่ยมบ้านหลังการบำบัด 3 เดือน และ 12 เดือน Outcomes/Instruments การศึกษานี้ได้แบ่งการวัด outcomes 3 ครั้ง คือ ก่อนการบำบัด หลังการบำบัด 3 เดือน และ 12 เดือน โดยแบ่ง outcomes ออกเป็น 2 ประการหลัก คือ	Results ด้านการดื่มสุรา - กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม สามารถเพิ่มวันที่หยุดดื่ม จากร้อยละ 29 เป็นร้อยละ 43 ในช่วง 3 เดือน และเป็นร้อยละ 46 ในช่วง 12 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) - กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม สามารถลดปริมาณการดื่มในวันที่ดื่มลง จาก 26.8 ดัชนีมาตรฐาน เป็น 17.9 ดัชนีมาตรฐาน ในช่วง 3 เดือน และเป็น 19.2 ดัชนีมาตรฐาน ในช่วง 12

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	การดื่มสุรา - การดื่มสุรา วัดโดย Form 90 ซึ่งมีหัวข้อดังนี้ ปริมาณการดื่มในวันที่ยืม และร้อยละของวันที่หยุดดื่ม - การติดสุรา วัดโดยแบบสอบถามการติดสุรา Leeds dependence questionnaire - ปัญหาการดื่มสุรา วัดโดยแบบสอบถามปัญหาจากการดื่มสุรา - ข้อบกพร่อง 3 เดือน (alcohol problems questionnaire) - ระดับของ γ-glutamyl transferase ใช้ Liver function test measure โดย Reflotron ด้านคุณภาพของชีวิต - ดัชนีภาวะสุขภาพ ใช้แบบวัดดัชนีภาวะสุขภาพ (SF-36) แบ่งเป็น 2 ด้าน	เดือน - กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม สามารถลดคะแนนเฉลี่ยการติดสุราลงจาก 17 คะแนน เป็น 11.9 คะแนน ในช่วง 3 เดือน และเป็น 10.9 คะแนน ในช่วง 12 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) - กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม สามารถลดคะแนนเฉลี่ยปัญหาจากการดื่มสุราลงจาก 12.3 คะแนน เป็น 6.8 คะแนน ในช่วง 3 เดือน และเป็น 6.1 คะแนน ในช่วง 12 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) - ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน และ 12 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีระดับ γ-glutamyl transferase แตกต่างจากก่อนการบำบัดรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) - กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีการดื่มสุราแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ทั้งในระยะเวลา 3 เดือน และ 12 เดือน ทั้งในเรื่องของปริมาณการดื่ม ร้อยละของวันที่หยุดดื่ม ภาวะการติดสุรา ปัญหาของการดื่มสุรา และ

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	คือ สุขภาพจิตและสุขภาพกาย - แบบวัดคุณภาพชีวิต (Quality adjusted life year : QALYs) ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต (EQ-5D) ซึ่งออกแบบและทดลองโดย Brook (1996) - ภาวะสุขภาพ ใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพ (General health questionnaire 28) ของ Goldberg (1972)	ระดับของ γ-glutamyl transferase ด้านคุณภาพของชีวิต - กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยดัชนีภาวะสุขภาพด้านสุขภาพจิตสูงขึ้น จาก 29.7 คะแนน เป็น 36.6 คะแนน ในช่วง 3 เดือน และ 38.7 คะแนน ในช่วง 12 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$) - กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยดัชนีภาวะสุขภาพด้านสุขภาพกายสูงขึ้น จาก 45.4 คะแนน เป็น 48 คะแนน ในช่วง 3 เดือน และ 47.6 คะแนน ในช่วง 12 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$) - กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงขึ้น จาก 0.57 คะแนน เป็น 0.63 คะแนน ในช่วง 3 เดือน และ 0.61 คะแนน ในช่วง 12 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$) - กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนภาวะสุขภาพสูงขึ้น ก่อนการบำบัดรักษา ทั้งในช่วง 3 เดือน และ 12 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		- กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณภาพของชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ทั้งด้านดัชนีภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพ Implication การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดสุราที่ไม่มีอาการทางจิตจนควบคุมไม่ได้ มีผลในการลดปริมาณการดื่มเพิ่มร้อยละวันที่ยอดดื่ม ลดการติดสุรา ลดปัญหาจากการดื่มสุราและทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ทั้งด้านสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบพฤติกรรมสังคมและเครือข่ายบำบัด ซึ่งมีสิ่งที่เกี่ยวข้องสำคัญในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ ดังนี้ 1. ผู้รับการบำบัด คือ ผู้ที่ประสบปัญหาจากสุราที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดสุรา ตามเกณฑ์ DSM-IV โดยต้องไม่มีอาการทางจิตจนควบคุมไม่ได้ และอายุมากกว่า 16 ปี ยังคงดื่มสุราอยู่ โดยไม่มีความเสียหายทางกระบวนการคิดอย่างรุนแรง จากรายงานการวิจัย พบว่า มีผู้ช่วยว่า 211 คน (28.4%) ที่ต้องเข้ารับการถอนพิษสุราขณะบำบัด

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		2. ผู้บำบัด ไม่ได้รับอนุญาตวิชาชีพ แต่เป็นผู้ที่มีทักษะในการเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นผู้ที่สามารถทำงานกับผู้ติดสุรา ยาเสพติด ครอบครัวและเพื่อนของผู้ติดสุราได้ โดยต้องได้รับการอบรมและฝึกฝนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 3. ระยะเวลาในการบำบัด บำบัด 3 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที ใช้ระยะเวลามากกว่า 8 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 12 สัปดาห์ 4. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 4.1 ใช้วิธีการของ MET ตาม Project MATCH แบ่งการบำบัดเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจ เพื่อการเปลี่ยนแปลง ระยะที่ 2 การกระทำให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง และระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง 4.2 ใช้หลักการขั้นพื้นฐาน 5 ประการ 4.3 ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยมุ่งเน้นการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) 5. กำหนดให้ในการบำบัดครั้งแรก ต้องนำผู้ที่มีอิทธิพลต่อผู้รับการบำบัดรักษาเข้าร่วมในช่วงของการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
เรื่องที่ 6 Authors UKATT Research Team Year 2005b Title Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomized UK alcohol treatment trial (UKATT) Objective เพื่อเปรียบเทียบความคุ้มค่าระหว่าง SBNT และ MET Design Quasi Experimental Level B	Sample กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 608 ราย คัดจาก ผู้ประสบปัญหาจากสุรา 742 ราย Inclusion Criteria ผู้ประสบปัญหาจากการดื่มสุรา ที่เข้ารับ บริการจากสถานบำบัด ทั้ง 7 แห่ง ในเมือง Birmingham, Cardiff และ Leeds Exclusion Criteria 1. อายุต่ำกว่า 16 ปี 2. อ่าน เขียน ไม่ได้ 3. ไม่มีสถานที่ติดต่อชัดเจน 4. ออกนอกพื้นที่ระหว่างศึกษา 5. มีอาการทางจิตจนควบคุมไม่ได้ 6. มีความเสียหายด้านระบบการคิด อย่างรุนแรง (Severe cognitive	Intervention ใช้รูปแบบเดียวกับ Intervention เรื่องที่ 2 Results ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา - ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการบำบัดด้วยวิธีพฤติกรรมสังคมและ เครื่องช่วยบำบัด 221 ปอนด์ สูงกว่าการบำบัดเพื่อ เสริมสร้างแรงจูงใจ 129 ปอนด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) การใช้บริการของรัฐด้านอื่น ๆ - การใช้บริการของรัฐด้านอื่น ๆ ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีการใช้บริการของรัฐด้านอื่น ๆ ลดลงกว่าก่อนการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) - กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีการใช้บริการของรัฐด้านอื่น แตกต่างจากการบำบัดด้วย วิธีพฤติกรรมสังคมและเครื่องช่วยบำบัด อย่างไม่มี

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	impairment) 7. ไม่มีปัญหาการดื่มสุราเป็นปัญหาหลัก 8. ได้รับการบำบัดด้านการดื่มสุราอื่น ๆ 9. ไม่สามารถเก็บข้อมูลด้านค่าใช้จ่ายได้สมบูรณ์ Setting สถานบำบัดทั้ง 7 แห่งในเมือง Birmingham, Cardiff และ Leeds Method กลุ่มตัวอย่างทั้ง 608 ราย สุ่มเข้ากลุ่ม MET จำนวน 347 ราย และ SBNT จำนวน 261 ราย และติดตามเก็บข้อมูลด้านค่าใช้จ่าย ตลอด 12 เดือน Outcome/Instruments ค่าใช้จ่ายในการบำบัด - ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา	นัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ค่าใช้จ่ายในการบำบัด คำแนะนำตามพื้นที่ให้การบำบัด - ในพื้นที่ที่ทำการบำบัดด้วยวิธีพฤติกรรมสังคมและเครือข่ายบำบัดมีอิทธิพลเหนือการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจพบว่า ตัวอย่าง จำนวน 233 ราย ที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีพฤติกรรมสังคมและเครือข่ายบำบัด จะมีค่าใช้จ่ายในการบำบัดสูงกว่าการได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) - ในพื้นที่ที่ทำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีอิทธิพลเหนือการบำบัดด้วยวิธีพฤติกรรมสังคมและเครือข่ายบำบัด พบว่าตัวอย่าง จำนวน 193 ราย ที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีพฤติกรรมสังคมและเครือข่ายบำบัด มีค่าใช้จ่ายในการบำบัดน้อยกว่าการได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) อย่างไรก็ตาม การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีความน่าจะเป็น 57.6% ที่จะมีการใช้จ่ายในการบำบัดน้อยกว่าการบำบัดด้วยวิธีพฤติกรรมสังคมและเครือข่ายบำบัด

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	(Treatment costs) โดยใช้เวลาที่ผู้ฝึกสอนและผู้บำบัดใช้ในการฝึกและควบคุมดูแล โดยประเมินจากเงินเดือนค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ค่าใช้จ่ายในการฝึกการบำบัด และค่าแรง ซึ่งใช้ฐานเงินเดือน คิดเป็นค่าแรงต่อหน้าที่คูณกับจำนวนนาฬิกาของการบำบัด - การใช้บริการของรัฐด้านอื่น ๆ (Public sector resource use) เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการด้านสุขภาพอื่น ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง เช่น การเข้าเป็นผู้ป่วยใน การรับบริการรู้ป่วยนอก การรับบริการในแผนกอุบัติเหตุและการใช้บริการจากระบบยุติธรรม และนำมาประเมินค่าใช้จ่ายในการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือ ช่วงเวลา 6 เดือน ก่อนสุ่มเข้ากลุ่ม และ 6 เดือนในช่วงติดตามผล	Implication การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุราที่ไม่มีอาการทางจิตจนควบคุมไม่ได้ มีผลในการลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดและมีการใช้บริการของรัฐด้านอื่น ๆ มากกว่าการบำบัดด้วยวิธีพฤติกรรมสังคมและเครือข่ายบำบัด มีส่วนประกอบสำคัญในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ดังนี้ 1. ผู้รับการบำบัด มีรายละเอียดเช่นเดียวกับในเรื่องที่ 2 (UKATT Research Team, 2005a) 2. ผู้บำบัด มีรายละเอียดเช่นเดียวกับในเรื่องที่ 2 (UKATT Research Team, 2005a) โดยมีข้อเสนอแนะในงานวิจัยว่าถ้ามีการนำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้อย่างแพร่หลายแล้ว จะทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา 3. ระยะเวลาในการบำบัด มีรายละเอียดเช่นเดียวกับในเรื่องที่ 2 (UKATT Research Team, 2005a) 4. การบำบัดที่ใช้ มีรายละเอียดเช่นเดียวกับในเรื่องที่ 2 (UKATT Research Team, 2005a)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
เรื่องที่ 7 Authors Vasilaki, I. E., Hosier G. S., & Cox M. W. Year 2006 Title The Efficacy of Motivational Interviewing as a brief intervention for excessive drinking : a meta-analytic review Objectives เพื่อศึกษาว่า 1. MI มีประสิทธิภาพในการลดการดื่มสุรามากกว่าการใช้ intervention ใดเลยหรือไม่	Sample งานวิจัยแบบ RCT 15 งานวิจัย จาก รายงานการวิจัย 22 งานวิจัย ที่สืบค้นได้ Inclusion Criteria 1. เป็นการศึกษา เพื่อทดลอง ประสิทธิภาพของ MI ในระยะสั้น 2. เป็นการบำบัดแบบเผชิญหน้า (ไม่ใช่ โดยผ่าน โทรศัพท์ หรือ Internet) 3. เป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม 4. เป็นการศึกษาแบบเปรียบเทียบ 5. ต้องเป็นการบำบัดการติดสุราเพียง อย่างเดียว 6. ต้องเคยเผยแพร่หรือตีพิมพ์ Exclusion Criteria 1. มีการติดตามผลการบำบัดระยะสั้น 2. มีความลำเอียงในวิธีการวิจัยเบื้องต้น	Result คุณภาพของงานวิจัย รายงานการวิจัยแบบ RCT จำนวน 15 งานวิจัย สามารถแบ่ง ได้ 2 กลุ่ม คือ 1. การเปรียบเทียบระหว่าง MI กับกลุ่มควบคุม (no treatment) จำนวน 9 งานวิจัย 2. การเปรียบเทียบระหว่าง MI กับการบำบัดรูปแบบอื่น จำนวน 9 งานวิจัย * มีรายงานการวิจัยบางฉบับถูกนับซ้ำ เนื่องจากเป็นการ เปรียบเทียบแบบ 3 กลุ่ม ข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย 15 รายงานการวิจัย มีกลุ่มตัวอย่างรวมกัน 2,767 ราย มี 13 งานวิจัย รายงานค่าเฉลี่ยอายุรวมกันคือ 31.7 ปี (SD = 10.26) มี 12 งานวิจัย รายงานเรื่องเพศไว้คือ เพศชาย 1,265 ราย เพศหญิง 565 ราย และพบว่า เป็นผู้ติดสุรา 996 ราย เป็นผู้ที่มีผู้ดื่มหนัก 1,771 ราย ติดตามผลการบำบัดที่ 3, 6, 12 และ 45 เดือน

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
2. MI มีประสิทธิภาพเท่ากับ intervention อื่น หรือไม่ Design a meta-analytic review Level A	เช่น ไม่มีการสุ่มอย่างเท่าเทียมกัน non-blind ผลการวิจัยที่ได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ Setting เป็น Literature Search ซึ่งไม่ได้รับไว้ในเอกสาร Method เป็นการศึกษาแบบ Meta-analysis ค้นหาข้อมูลโดยใช้คำว่า “Motivational Interviewing” “Brief Intervention” และ “Motivational Enhancement Therapy” ค้นหาจากฐานข้อมูลดังนี้ MEDLINE, PsychInfo, Science Direct และ Ingenta โดยในการศึกษา Meta analytic review นี้ ได้ให้ความหมายของ Brief Intervention และ Motivational Interviewing ดังต่อไปนี้ Brief Intervention (การบำบัดแบบย่อ)	การเปรียบเทียบระหว่าง Brief MI และ No treatment จาก 9 รายงานการวิจัย พบว่า MI มีประสิทธิภาพในการลดการดื่มสูงกว่าการไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) และพบว่า การใช้ MI อย่างมีประสิทธิภาพในการลดการดื่ม คือ ใช้เวลาในการบำบัด 87 นาที ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา (Hazardous drinker) ไม่เกิน 3 เดือน การเปรียบเทียบระหว่าง Brief MI กับการรักษาอื่น จาก 9 รายงานการวิจัยที่มีการเปรียบเทียบระหว่าง Brief MI กับ Treatment as usual, brief advice, standard care, directive-confrontational counseling, educational intervention, skill-based counseling และ cognitive behavioral treatment พบว่า MI มีประสิทธิภาพสูงกว่าและใช้ค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการบำบัดรักษาในรูปแบบอื่น โดยใช้เวลาในการบำบัดเฉลี่ย 53 นาที แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา แบบประเมินที่ใช้ในงานวิจัยทั้ง 15 เรื่อง ที่อยู่ใน Meta analytic review ใช้แบบวัดคือ 1. แบบบันทึกการดื่มสุราอย่างย่อ (Brief Drinker Profile)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	หมายถึงการบำบัดแบบย่อ ๆ ที่ให้การบำบัดโดยผู้ชำนาญการทางวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการทั่วไป หรือพยาบาล โดยมีช่วงระยะเวลาในการบำบัด ไม่เกิน 5 ครั้ง มีเป้าหมายเพื่อลดการดื่มสุรา และประกอบด้วยการประเมิน การให้การบำบัด ขั้นตอนการบำบัดมี 5 ขั้นตอน คือ การประเมิน (Assessment) การสะท้อนกลับ (Feedback) การให้ข้อมูล (Information) การแนะนำ (Advice) และการส่งเสริมศักยภาพ (Providing self-help) Motivational Interviewing, MI (การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ) หมายถึงการบำบัดในการเพิ่มแรงจูงใจ โดยการให้คำปรึกษาแบบเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อสำรวจและแก้ไขความลังเลใจ โดยใช้หลักพื้นฐานในการบำบัดคือ หลักพื้นฐาน 5 ประการ ประกอบด้วย การแสดงความเข้าใจ	2. แบบบันทึกการดื่มสุรา (Drinking diaries) Implication การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุราที่มีประสิทธิภาพในการลดการดื่มสูงกว่าการไม่ได้รับการบำบัดรักษา และมีประสิทธิภาพเทียบเท่าหรือสูงกว่าการบำบัดรูปแบบอื่น มีส่วนประกอบในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจดังนี้ 1. ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ติดสุรา หรือผู้ที่ดื่มหนัก มีอายุเฉลี่ย 31.77 ปี (SD = 10.26) 2. ผู้บำบัด จากรายงานการศึกษาไม่ได้แสดงถึงสาขาวิชาชีพ และการฝึกการบำบัดของผู้รับบำบัดที่จะนำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้ 3. ระยะเวลาในการบำบัด การบำบัดแบบ MI ที่มีประสิทธิภาพ แบ่งการใช้ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 3.1 การบำบัด MI ให้มีประสิทธิภาพในการลดการดื่ม ระยะเวลาในการบำบัด 87 นาที 3.2 การบำบัด MI ให้มีประสิทธิภาพสูงกว่าและใช้ค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการบำบัดรูปแบบอื่น ระยะเวลา 53 นาที

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	และเห็นใจ (Express empathy) การช่วยให้เห็น ความขัดแย้ง (Develop discrepancy) การ หลีกเลี่ยงการถกเถียงเอาชนะ (Avoid argumentation) การอ่อนน้อมตามแรงต้าน (Roll with resistance) และการสนับสนุนความ เชื่อมั่นในความสามารถของตน (Support Self- Efficacy)	4. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 4.1 ทบทวนวิจัยที่อยู่ใน Meta analysis นี้ ใช้หลักการขั้น พื้นฐาน 5 ประการ 4.2 ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 4.3 กลยุทธ์ที่นำมาใช้หลายครั้ง ได้แก่ eliciting motivation statement, advice, emphasizing responsibility for change
เรื่องที่ 8 Authors Ball, A. S., Martino, S., Nich, C., Frankforter, L. T., Horn, V. D., & Crits-Christoph, P., et al. Year 2007 Title Site Matters: Multisite Randomized Trial of Motivational	Sample กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 461 ราย แบ่งเป็น ผู้ติดสุรา 62% ที่เหลือเป็น โทเคน ก็ยู่ซา ฟีน และสารเสพติดอื่น ๆ คัดจากผู้รับการบำบัด จำนวน 683 ราย Inclusion Criteria ผู้ติดสุรา และหรือผู้ติดสารเสพติดที่เข้า รับการบำบัดในศูนย์บำบัดใน 5 เมือง Exclusion Criteria	Intervention MET บำบัดโดยผู้บำบัดที่ได้รับการฝึกทักษะการให้คำปรึกษา เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จากผู้ชำนาญการ คือ Dr. William Miller และ Theresa Moyers ผู้ที่เป็นต้นแบบเรื่อง MET หลังจากนั้นจะให้ฟัง ประสบการณ์ในแผนกผู้ป่วยนอก ภายใต้อาการดูแลของผู้ชำนาญการ ต่อ และได้รับการยืนยันตรวจสอบตามแนวปฏิบัติ manual guideline อีก จนได้รับการรับรองจากผู้ชำนาญการว่าสามารถปฏิบัติตาม หลักการของ MET ได้อย่างถูกต้อง ได้รูปแบบที่ใกล้เคียงกับ

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
Enhancement Therapy in Community Drug Abuse Clinics. Objectives	1. ไม่ได้ใช้สารเสพติด 136 ราย 2. ต้องการการบำบัดรักษาที่เข้มข้นกว่า MET 6 ราย 3. ไม่อยู่ที่นั่นคง 3 ราย 4. ถูกจำคุก 6 ราย 5. มีปัญหาทางจิตเวช 33 ราย 6. อายุน้อยกว่า 18 ปี 2 ราย 7. พูดภาษาอังกฤษไม่ได้ 1 ราย 8. ไม่สามารถประเมินอาการเบื้องต้นได้ 35 ราย Setting แผนกผู้ป่วยสารเสพติดใน 5 เมือง คือ New England, Philadelphia, Pennsylvania, Tarzana และ Los Angeles Method นำผู้ติดสุราหรือสารเสพติด (กลุ่มตัวอย่าง) จำนวน 461 ราย มาสุ่มแบ่งกลุ่ม โดย	รูปแบบของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่ใช้ในโครงการ Project MATCH โดยมีระยะเวลาในการบำบัด คือ ให้การบำบัด 3 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที ในระยะเวลา 28 วัน ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) โดยให้มีการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client-centered counseling) เพื่อการช่วยให้ผู้ติดสุราได้ค้นหา (Explore) และแก้ไขความลังเลใจ (Resolve their ambivalence) ของตนเอง มุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้วยการสนับสนุนศักยภาพส่วนบุคคล (self-efficacy) โดยมีระยะของการบำบัดแบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 ระยะการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Building Motivation for Change) ได้มุ่งเน้นการแก้ไขความลังเลใจ โดยใช้เทคนิคการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดได้พูดข้อความจูงใจตนเอง (Self-Motivational Statements) ระยะที่ 2 ระยะการกระทำให้เกิดความตั้งใจที่แน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง (Commitment to Change) ใช้เทคนิคการจัดการกับแรงต้าน (Rolling with resistance) การให้คำปรึกษา การตั้งคำถาม

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
Design Quasi Experiment Level B	ใช้วิธี CONSORT diagram เป็น 2 กลุ่ม คือ 245 ราย รับการบำบัดรักษาแบบการให้คำปรึกษาทั่วไป (Counseling as Usual : CAU) และ 216 ราย รับการบำบัดรักษาด้วยวิธี MET หลังจากนั้น จะวัดผลหลังการทดลอง Outcomes/Instruments พฤติกรรมการใช้สารเสพติด 1. แบบรายงานตัวเองเรื่องการเสพติด - เสพติด (Substance Use Calendar (SUC)) เป็นแบบรายงานการใช้สารเสพติดด้วยตนเอง โดยมีลักษณะคล้ายปฏิทิน ให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกการใช้สารเสพติดเป็นรายวัน ตลอดการศึกษา 16 สัปดาห์ 2. ผลการตรวจปัสสาวะ เป็นการตรวจทางห้องทดลอง เพื่อประเมินการเสพติดสารเสพติดแต่ละชนิด โดยตรวจ	“Microskill” หรือ OARS ซึ่งประกอบไปด้วย open questions, affirmations, reflections, summary statements ระยะที่ 3 เป็นการติดตามต่อเนื่อง ซึ่งได้มีการออกแบบคู่มือที่ก่อให้เกิดความร่วมมือในการบำบัด และแผนการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม CAU เป็นการให้คำปรึกษาทั่วไปเกี่ยวกับการเสพติด ในแผนกผู้ป่วยนอก 3 ครั้ง ๆ ละ 45-55 นาที ภายใน 28 วัน โดยให้ผู้ป่วยได้อธิบายถึงวิธีการบำบัด ได้ตกลงเป้าหมายการบำบัดร่วมกัน และกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดเข้าร่วมกลุ่ม 12 ขั้นตอน ส่งเสริมการหยุดเสพติดและติดตามการรักษาที่คลินิก Results การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของ MET กับ CAU ด้านพฤติกรรมกรมการเสพติด ก่อนการบำบัดรักษา พบว่า การเสพติดและดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัด ทั้ง MET และ CAU มีการเสพติดและดื่มสุราแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ - จากแบบรายงานการใช้สารเสพติดด้วยตัวเองพบว่า

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	- ก่อนบำบัด - หลังบำบัดทันที (สัปดาห์ที่ 4) - สัปดาห์ที่ 8 หลังเริ่มการทดลอง - สัปดาห์ที่ 16 หลังเริ่มการทดลอง	หลังจากบำบัดทันที กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดทั้ง MET และ CAU มีการลดการเสพติดลง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - ช่วงสัปดาห์ที่ 8 และ 16 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดด้วย CAU กลับไปได้มสุราและเสพติดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย MET อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ผลต่อการใช้สารเสพติดแยกตามกลุ่มสุราและสารเสพติดอื่น - พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่ติดสารเสพติดอื่นๆ เช่น กัญชา โคเคน และฝิ่น เมื่อได้รับการบำบัดด้วย MET แล้ว ให้ผลการตรวจปัสสาวะแตกต่างกันกับการบำบัดด้วย CAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - กลุ่มตัวอย่างที่ติดสุรา พบว่า ในช่วงสัปดาห์ที่ 8 และ 16 กลุ่มตัวอย่างที่บำบัดด้วย MET แล้ว ลดการดื่มสุราลง มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่บำบัดด้วย CAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		Implication การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดสุราและสารเสพติด มีผลในการลดการเสพติดและลดการดื่มสุรา ในระยะติดตามการบำบัดรักษาได้มากกว่าการให้คำปรึกษาแบบ CAU มีส่วนประกอบในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจดังนี้ 1. ผู้รับการบำบัด อายุมากกว่า 18 ปี เป็นผู้ติดสุราหรือสารเสพติดประเภทอื่น เช่น กัญชา โคเคน หรือฝิ่น เป็นต้น 2. ผู้บำบัด ไม่ได้ระบุสาขาวิชาชีพไว้ แต่ต้องได้รับการฝึกทักษะการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ จากผู้ชำนาญการ คือ Dr. William Miller และ Theresa Moyers ผู้ที่เริ่มต้นแบบเรื่อง MET หลังจากนั้นจะให้ฟังประสบการณ์ในแผนกผู้ป่วยนอก ภายใต้การดูแลของผู้ชำนาญการต่อ และได้รับการยืนยันตรงจสอบตามแนวปฏิบัติ manual guideline อีก จนได้รับการรับรองจากผู้ชำนาญการว่าสามารถปฏิบัติตามหลักการของ MET ได้ อย่างถูกต้อง 3. ระยะเวลาในการบำบัด จัดเป็น ชั่วโมงการบำบัด 3 ครั้ง ะยะเวลา 45-55 นาที ในช่วงระยะเวลา 28 วัน ไม่ได้ระบุความถี่

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		ในการนัดผู้รับการบำบัด 4. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 4.1 ใช้วิธีการของ MET ตาม Project MATCH แบ่งการบำบัดเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจ เพื่อการเปลี่ยนแปลง ระยะที่ 2 การกระทำให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง และระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง 4.2 หลักการขั้นพื้นฐาน 5 ประการ 4.3 การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 4.4 หลักการตั้งคำถามแบบ OARS

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ผลทางการศึกษาเกี่ยวกับการใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดยาพบว่า จากงานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง ผู้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจมี 2 กลุ่ม คือ ผู้ติดยา และผู้ติดยาที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วม ดังนั้นผลการศึกษาจึงแยกออกเป็น 2 แนวทาง คือ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดยา และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดยาที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย ตามสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. คุณภาพของงานวิจัย
 2. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดยาและผู้ติดยาที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วม
 - 2.1 ผู้บำบัด
 - 2.2 ผู้รับการบำบัด
 - 2.3 ระยะเวลาในการบำบัด
 - 2.4 ระยะเวลาของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ
 - 2.5 หลักการพื้นฐานในการบำบัด
 - 2.6 เทคนิคในการบำบัด
 - 2.7 ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ
 3. วิธีการบำบัดแบบอื่นที่นำมาเปรียบเทียบ
- ซึ่งได้แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ การศึกษาการใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดเชื้อและผู้ที่ติดเชื้อที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย

หัวข้อการศึกษา การใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดเชื้อ	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดเชื้อที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย
1. คุณภาพงานวิจัย	จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง เพื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่ามีระดับหลักฐานงานวิจัย ดังนี้ - Meta-analytic review อยู่ในระดับ A จำนวน 1 เรื่อง (Vasilaki et al., 2006) - Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 2 เรื่อง (สุนทร ศรีโกไสย, 2548; Ball et al., 2007)	จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 5 เรื่อง เพื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่ามีระดับหลักฐานงานวิจัย ดังนี้ - Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 2 เรื่อง (Sellman et al., 2001; Barrowclough et al., 2001) - Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 3 เรื่อง (Holder et al., 2000; UKATT Research Team, 2005a; UKATT Research Team, 2005b)
2. สิ่งเกี่ยวข้องสำคัญในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ 2.1 ผู้รับการบำบัด	จากการวิเคราะห์งานวิจัย จำนวน 3 เรื่อง (สุนทร ศรีโกไสย, 2548; Ball et al., 2007; Vasilaki et al., 2006) พบว่าผู้รับการบำบัด เป็นผู้ติดเชื้อที่ไม่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย มีรายละเอียดดังนี้ - มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (สุนทร ศรีโกไสย, 2548;) ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ติดเชื้อหรือผู้ที่ติดเชื้อ	จากการวิเคราะห์งานวิจัย จำนวน 5 เรื่อง (Holder et al., 2000; Barrowclough et al., 2001; Sellman et al., 2001; UKATT Research Team, 2005a; UKATT Research Team, 2005b) พบว่าผู้รับการบำบัด มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย นอกจากโรคติดเชื้อ รายละเอียดดังนี้ - มีงานวิจัย จำนวน 2 เรื่อง (UKATT Research Team,

หัวข้อการศึกษา การให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ ในผู้ติดสุรา	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ ในผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย
	ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV หรือ ICD 10 ที่ไม่มีการถอนพิษสุรา หรือมีอาการถอนพิษสุราในระดับน้อย (AWS<5) - มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Vasilaki et al., 2006) เป็นการศึกษาแบบ meta analytic review ของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดสุรา หรือผู้ที่ดื่มหนัก - มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Ball et al., 2007) ที่ได้รับการบำบัด เป็นผู้ติดสุราที่ติดสารเสพติดอื่นร่วมด้วย	2005a; UKATT Research Team, 2005b) ผู้รับการบำบัดที่ไม่มีอาการทางจิตจนควบคุมไม่ได้ มีอาการขาดสุราในระหว่างการบำบัด MET - มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Sellman et al., 2001) ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ติดสุราเล็กน้อยถึงปานกลาง มีโรคทางจิตเวชอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น Depression, Anxiety, Substance use disorder, Conduct disorder, Antisocial personality disorder, Posttraumatic stress disorder และ Panic disorder โดยที่ต้องไม่มีปัญหาโรคจิตเวชเป็นปัญหาหลัก - มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Barrowclough et al., 2001) ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ติดสุราหรือสารเสพติดที่เป็นโรคจิตเภทร่วมด้วย แต่ต้องไม่มีการทางประสาทวิทยา (Organic Brain Disease) - มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Holder et al., 2000) ผู้รับการบำบัดมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย แต่ไม่มีการทางจิตรุนแรง

หัวข้อการศึกษา การให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุรา	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย
2.1.1 อายุ	การวิจัยทั้ง 3 เรื่อง ไม่ได้ระบุอายุของผู้รับการบำบัดไว้	- มีการวิจัย จำนวน 2 เรื่อง (UKATT Research Team, 2005a; UKATT Research Team, 2005b) กำหนดอายุผู้รับการบำบัด ไว้มากกว่า 16 ปี - มีการวิจัย จำนวน 2 เรื่อง (Holder et al., 2000; Barrowclough et al., 2001) กำหนดอายุผู้รับการบำบัด ไว้มากกว่า 18 ปี - มีการวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Sellman et al., 2001) ไม่ได้ระบุอายุของผู้รับการบำบัดไว้
2.2 ผู้บำบัด (Therapist)	- มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548) ผู้บำบัดเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกบำบัดสุรา โดยไม่ระบุสาขาวิชาชีพ "ได้รับการฝึกอบรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจากผู้ชำนาญการ" - มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Ball et al., 2007) ผู้บำบัดต้องได้รับการฝึกทักษะการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจากผู้ชำนาญการ คือ Dr. William Miller และ Theresa Moyers และได้รับการรับรองจากผู้ชำนาญการว่าสามารถปฏิบัติตาม	- มีงานวิจัย จำนวน 2 เรื่อง (UKATT Research Team, 2005a; UKATT Research Team, 2005b) ผู้บำบัดเป็นผู้ที่มีความสามารถในการทำงานกับผู้ติดสุรา ญาติ ครอบครัวและเพื่อนของผู้ติดสุรา โดยไม่กำหนดสาขาวิชาชีพ แต่ต้องได้รับการฝึกฝน สหิทธิการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ - มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Sellman et al., 2001) ผู้บำบัดเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนและสะท้อนกลับ

หัวข้อการศึกษา การให้การ บำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุรา	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย
	หลักการของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจได้ถูกต้อง โดยบุคคลดังกล่าวไม่ได้กำหนดสาขาวิชาชีพไว้ - มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Vasilakiet et al., 2006) ไม่ได้กำหนดสาขาวิชาชีพของผู้บำบัดและไม่ได้แสดงข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกการบำบัดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจไว้	เป็นระยะเวลา 15 ชั่วโมง และต้องผ่านการทดสอบการบำบัดในผู้ติดสุราจริง 2 ครั้ง - มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Barrowclough et al., 2001) ผู้บำบัดเป็นนักจิตวิทยาหรือพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกเทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ชำนาญการ - มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Holder et al., 2000) ไม่ได้กำหนดสาขาวิชาชีพของผู้บำบัด แต่ต้องได้รับการฝึกอบรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจากผู้ชำนาญการ
2.3 ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด	- มีการวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548) ใช้เวลาในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 7 ครั้ง แต่ละครั้ง นัดห่างกัน 2 สัปดาห์ ไม่ระบุเวลาที่ใช้ในการบำบัดแต่ละครั้ง - มีการวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Ball et al., 2007) บำบัด 3 ครั้ง ๆ ละ 45-55 นาที ในช่วงเวลา 28 วัน - มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Vasilakiet et al., 2006) ให้	- มีการวิจัย จำนวน 2 เรื่อง (UKATT Research Team, 2005a; UKATT Research Team, 2005b) ให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 3 ครั้ง ๆ 50 นาที ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 8-12 สัปดาห์ - มีการวิจัย จำนวน 2 เรื่อง (Holder et al., 2000; Sellman et al., 2001) บำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 4 ครั้ง โดยมีรายละเอียดแตกต่างกันคือ การวิจัยของ Sellman และ

หัวข้อการศึกษา การให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุรา	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย
	การบำบัด MI ไม่เกิน 5 ครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ แบ่งการให้เวลาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ การบำบัด MI ให้มีประสิทธิภาพในการลดการดื่ม ใช้เวลาในการบำบัด 87 นาที ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา (Hazardous drinker) ไม่เกิน 3 เดือนและการบำบัด MI ให้มีประสิทธิภาพสูงกว่าและใช้ค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการบำบัดรูปแบบอื่น ใช้เวลา 53 นาที	คณะ (2001) ใช้ระยะเวลามากกว่า 6 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 12 สัปดาห์ โดยให้อิสระกับผู้บำบัดในการตกลงร่วมกับผู้รับการบำบัด การวิจัยของ Holder และคณะ (2000) ให้บำบัดผู้ติดสุราเสร็จสิ้นในช่วง 12 สัปดาห์เช่นกัน แต่ระบุความถี่ในการนัดไว้คือ สัปดาห์ที่ 1, 2, 6 และ 12 - มีการวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Barrowclough et al., 2001) บำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 5 ครั้ง 5 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้งร่วมกับ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอีก 24 สัปดาห์ โดยแบ่งเป็นการแนะนำสู่การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมใช้เวลา 6 สัปดาห์ และที่เหลือ 18 สัปดาห์ เป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
2.4 รูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 2.4.1 ระยะของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Phase of MET)	จากการวิเคราะห์งานวิจัย 3 เรื่อง พบรูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุรามีรายละเอียดดังนี้ - มีการวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Ball et al., 2007) แบ่งการบำบัดเป็น 3 ระยะ - มีงานวิจัย จำนวน 2 เรื่อง (สุนทร ศรีโกไสย, 2548;	จากการวิเคราะห์งานวิจัย 5 เรื่อง พบรูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วยมีรายละเอียดดังนี้ - มีการวิจัย จำนวน 3 เรื่อง (Holder et al., 2000; UKATT Research Team, 2005a, UKATT Research Team, 2005b) แบ่งการบำบัดเป็น 3 ระยะ

หัวข้อการศึกษา การใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุรา	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย
ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Building Motivation for Change) ระยะที่ 2 การกระทำให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง (Strengthening Commitment to Change) ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow Through)	Vasilaki et al., 2006) ไม่ระบุระยะของการบำบัด	- มีการวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Sellman et al., 2001;) แบ่งการบำบัดเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 - มีการวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Barrowclough et al., 2001) ไม่แสดงการแบ่งระยะของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ แต่แสดงระยะของการบำบัด Integrated intervention program คือ ระยะที่ 1 ให้การบำบัดด้วยการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะที่ 2 การบำบัดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบรายบุคคลร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ สัปดาห์ที่ 6-23 ใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบรายบุคคลร่วมกับการให้คำปรึกษาให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 18 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง และพบกัน 3 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง (รวมการใช้การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 29 ครั้ง) ระยะที่ 3 การให้การช่วยเหลือทางครอบครัวหรือผู้ดูแล 10-16 ครั้ง โดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้รับการบำบัดและผู้บำบัด

หัวข้อการศึกษา การให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุรา	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย
2.4.2 หลักการในการบำบัด	- หลักการขั้นพื้นฐาน 5 ประการ จำนวน 2 เรื่อง (Vasilakiet et al., 2006; Ball et al., 2007) - ไม่แสดงหลักการพื้นฐานในการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548)	- หลักการขั้นพื้นฐาน 5 ประการ จำนวน 4 เรื่อง (Holder et al., 2000; Sellman et al., 2001; UKATT Research Team, 2005a; UKATT Research Team, 2005b) - ไม่แสดงหลักการพื้นฐานในการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (Barrowclough et al., 2001)
2.4.3 เทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	- การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 2 เรื่อง (Vasilaki et al., 2006; Ball et al., 2007) - เทคนิคของ FRAMES จำนวน 1 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548) - การตั้งคำถามแบบ OARS จำนวน 1 เรื่อง (Ball et al., 2007)	- การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 5 เรื่อง - การตั้งคำถามแบบ OARS จำนวน 1 เรื่อง (Holder et al., 2000)
3. ผลลัพธ์ด้านต่างๆ ในผู้ติดสุราที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 3.1 พฤติกรรมการเสพสารเสพติดและสุรา	จากการวิเคราะห์งานวิจัย จำนวน 3 เรื่อง ใช้การวัดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการเสพสารเสพติดและสุราแล้ว พบว่าหลังการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้รับการบำบัดมี	จากการวิเคราะห์งานวิจัย จำนวน 5 เรื่อง พบว่ามีการวัดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการดื่มสุราและเสพสารเสพติด จำนวน 4 เรื่อง (Holder et al., 2000; Barrowclough et al.,

หัวข้อการศึกษา การให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุรา	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย
	พฤติกรรมในการดื่มสุราในทางที่ผิดขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยใช้เครื่องมือในการวัด คือ 1. ร้อยละวันที่ดื่มหนัก (Percentage Heavy Drinking Days) (สุนทร ศรีโกไสย, 2548) 2. ร้อยละวันที่หยุดดื่ม (Percentage Days Abstinent) (สุนทร ศรีโกไสย, 2548) 3. แบบประเมินการดื่มสุรา (Brief Drink Profile) (Vasilaki et al., 2006) 4. แบบบันทึกการดื่มประจำวัน (Drinking Diaries) (Vasilaki et al., 2006) 5. แบบรายงานตัวเองเรื่องการเสพสารเสพติด (Substance Use Calendar (SUC) (Ball et al., 2007) 6. ผลการตรวจปัสสาวะ (Ball et al., 2007)	2001; Sellman et al., 2001; UKATT Research Team, 2005a) ซึ่งหลังการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้รับการบำบัดมีพฤติกรรมในการดื่มสุราในทางที่ผิดขึ้น โดยใช้เครื่องมือในการวัด คือ 1. ร้อยละของการดื่มหนัก (Sellman et al., 2001) 2. ร้อยละวันที่หยุดดื่ม (Percentage Days Abstinent) (UKATT Research Team, 2005a; Holder et al., 2000) 3. แบบสอบถามการติดสุรา (Leeds dependence questionnaire) (UKATT Research Team, 2005a) 4. แบบสอบถามปัญหาจากการดื่มสุรา (Alcohol Problems Questionnaire) (UKATT Research Team, 2005a) 5. ตรวจวัดระดับของ γ-glutamyl transferase (UKATT Research Team, 2005a) 6. วัดปริมาณดื่มในวันที่ยื่นใบ (Drinks Per Drinking Day) (Holder et al., 2000 ; UKATT Research Team, 2005a)

หัวข้อการศึกษา การใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุรา	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย
		7.แบบประเมินความรุนแรงในการเสพติด (Addiction Severity Index) (Barrowclough et al., 2001)
3.2 การทำหน้าที่ย (Functioning)	มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (สุนทรศรี ศรีโกไสย, 2548) วัตถุประสงค์เรื่องการทำหน้าที่โดยทั่วไป โดยพบว่าหลังการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้รับการบำบัดมีค่าคะแนนการทำหน้าที่โดยรวมสูงขึ้น โดยใช้เครื่องมือในการวัด คือ การทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale : GAFS)	มีงานวิจัย จำนวน 2 เรื่อง (Sellman et al., 2001; Barrowclough et al., 2001) พบว่าหลังการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้รับการบำบัดมีค่าคะแนนการทำหน้าที่โดยรวมสูงขึ้น โดยใช้เครื่องมือในการวัด คือ 1.การทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale : GAFS) (Sellman et al., 2001) 2.การทำหน้าที่โดยทั่วไป (Global Assessment Scale : GAS) (Barrowclough et al., 2001) 3.การทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) (Barrowclough et al., 2001)
3.3 คุณภาพชีวิต		มีงานวิจัย จำนวน 2 เรื่อง (UKATT Research Team, 2005; UKATT Research Team, 2005b) พบว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีคุณภาพของชีวิตดีขึ้น ทั้งในเรื่องของภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต โดยใช้เครื่องมือในการวัด คือ 1. แบบวัดดัชนีภาวะสุขภาพ (SF-36) (UKATT Research

หัวข้อการศึกษา การให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุรา	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย Team, 2005a)
		2. แบบวัดคุณภาพชีวิต (Quality adjusted life year : QALYs) (EQ-5D) (UKATT Research Team, 2005a) 3. แบบสอบถามภาวะสุขภาพ (General health questionnaire 28) ของ Goldberg (1972) (UKATT Research Team, 2005a)
3.4 ความพร้อมของการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา	มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกสย, 2548) พบว่า ผู้รับการบำบัดมีระดับการลงมือกระทำ (Taking steps) อยู่ในระดับสูง เมื่อได้รับการบำบัดในครั้งที่ 3 ถึง 7 โดยใช้แบบวัดความพร้อมของการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A) ของ มิลเลอร์และโทนิแกน (Miller & Tonigan, 1996)	
3.5 การป้องกันกำเริบเป็นซ้ำ (Relapse outcome)		มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Barrowclough et al., 2001) พบว่าผู้ที่รับการบำบัดด้วย Integrated intervention program ที่มีส่วนประกอบของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจอยู่

หัวข้อการศึกษา การใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ ในผู้ติดสุรา	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ ในผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย
		29 สัปดาห์ พบว่ามีอัตราการกลับเป็นซ้ำลดลง โดยใช้แบบบันทึกการรับเป็นผู้ป่วยในของ โรงพยาบาล
3.6 อาการทางจิตเวช (Positive and Negative Symptoms)		มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (Barrowclough et al., 2001) พบว่า ผู้ที่รับการบำบัดด้วย Integrated intervention program มีอาการทางลบลดลงหลังการบำบัด 3 เดือน โดยใช้เครื่องมือในทางบวกลดลงหลังการบำบัด 3 เดือน โดยใช้เครื่องมือในการวัด คือ แบบวัดอาการทางบวกและอาการทางลบ (Positive and Negative Syndrome Scale score)
3.7 ผลลัพธ์ที่ตามมาจากการดื่มสุรา	มีงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (สุนทร ศรี โกสย, 2548) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจมีคะแนนเฉลี่ยแบบวัดผลลัพธ์ที่ตามมาจากการดื่มสุรา ลดลง($p < .05$) จากค่าคะแนนดังกล่าวหมายความว่า สุขภาพด้านร่างกายดีขึ้น มีความรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น และมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเหมาะสมมากขึ้น นอกจากนี้ ทำให้เกิดการเคารพนับถือตนเองมากขึ้น ซึ่งใช้เครื่องมือคือ แบบวัดผลลัพธ์ที่ตามมาในผู้ดื่มสุรา (Drinker Inventory	

หัวข้อการศึกษา การให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุรา	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย
3.8 ด้านค่าใช้จ่าย	of Consequence : DrInC-2L)	มีงานวิจัย จำนวน 2 เรื่อง (UKATT Research Team, 2005b; Holder et al., 2000) พบว่า ผลลัพธ์ของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในด้านของค่าใช้จ่าย แบ่งออกเป็น 2 ด้านด้วยกัน คือ ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา (Treatment cost) และการใช้บริการของรัฐด้านอื่น ๆ (Public sector resource use) - ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา (Holder et al., 2000; UKATT Research Team, 2005b) พบว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาน้อยกว่าการบำบัดรูปแบบอื่น คือ CBT, TSF และ SBNT ภายใต้งบประมาณต่าง ๆ เช่น ความรุนแรงของอาการทางจิตระดับการติดสุราและปัจจัยสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แบบเก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายจากเงินเดือนของผู้บำบัด ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมต้นทุนผู้ป่วยใน ต้นทุนในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ข้อมูลจากการประกันภัย และ ค่าใช้จ่ายของผู้ดูแลผู้ติดสุรา

หัวข้อการศึกษา การให้การ บำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุรา	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย
		- การใช้บริการของรัฐด้านอื่น ๆ (Public sector resource use) จากงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง (UKATT Research Team, 2005b) พบว่า การใช้บริการของรัฐด้านอื่น ๆ ลดลงกว่าก่อนการบำบัดด้วยการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
4. วิธีการบำบัดแบบอื่นที่น่าสนใจ เปรียบเทียบ	จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง พบว่า เป็นการเปรียบเทียบกับการบำบัดรูปแบบอื่น จำนวน 2 เรื่อง (Ball et al., 2007; Vasilaki et al., 2006) มีรายละเอียดดังนี้ - MET เปรียบเทียบกับการให้คำปรึกษาทั่วไป จำนวน 1 เรื่อง (Ball et al., 2007) พบว่า มีผลทำให้ลดการเสพยาเสพติดหลังการบำบัด แตกต่างจากการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การให้คำปรึกษาทั่วไปไม่สามารถลงประสิทธิภาพได้ถึง 12 สัปดาห์หลังการบำบัด - จากการศึกษาแบบ a meta-analytic review จำนวน 1 เรื่อง (Vasilaki et al., 2006) พบว่า รายงานการวิจัยทั้ง 9 เรื่องในงานวิจัยนี้ เป็นการเปรียบเทียบ MET	จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 5 เรื่อง พบว่า เป็นการเปรียบเทียบกับการบำบัดรูปแบบอื่น มีรายละเอียดดังนี้ - MET เปรียบเทียบกับการบำบัดแบบพฤติกรรมสังคมและเครือข่ายบำบัด จำนวน 2 เรื่อง (UKATT Research Team, 2005a; UKATT Research Team, 2005b) พบว่า มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น แตกต่างจากการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การบำบัดแบบพฤติกรรมสังคมและเครือข่ายบำบัดมีประสิทธิภาพด้านการลดการดื่มหนัก การเพิ่มร้อยละวันที่หยุดดื่ม และความคุ้มทุน น้อยกว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

หัวข้อการศึกษา การให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุรา	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย
	กับการรักษาอื่น ได้แสดงข้อมูลไว้ว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิภาพสูงกว่าการบำบัดรักษาในรูปแบบอื่น โดยการบำบัดที่นำมาเปรียบเทียบได้แก่ Treatment as usual, brief advice, standard care, directive-confrontational counseling, educational intervention, skill-based counseling และ cognitive behavioral treatment	- MET เปรียบเทียบกับการบำบัดแบบรับฟังและสะท้อนกลับ จำนวน 1 เรื่อง (Sellman et al., 2001) พบว่า มีผลทำให้การทำหน้าที่โดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นแตกต่างจากการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ อย่างไรก็ตามมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การบำบัดแบบรับฟังและสะท้อนกลับสามารถลดการดื่มหนักได้น้อยกว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ - MET เปรียบเทียบกับการดูแลทั่วไป จำนวน 1 เรื่อง (Barrowclough et al., 2001) จากการวิเคราะห์การวิจัยพบว่า สามารถลดโอกาสการกลืนเป็นซ้ำได้แตกต่างจากการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การดูแลทั่วไปไม่สามารถเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ได้เทียบเท่ากับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ - MET เปรียบเทียบกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จำนวน 1 เรื่อง (Holder et al., 2000) จากการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่า สามารถลดการดื่มสุราได้

หัวข้อการศึกษา การให้การ บำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุรา	การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย
		แตกต่างจากการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ อย่างไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ และการใช้ค่าใช้จ่ายในการ บำบัดรักษาพบว่าทั้ง 2 วิธี ใช้ค่าใช้จ่ายเท่ากันเฉพาะในผู้ ที่มีการติดสุรารุนแรง ส่วนในรายที่มีอาการทางจิต รุนแรงนั้น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมี ประสิทธิภาพดีกว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - MET เปรียบเทียบกับกลุ่ม 12 ขั้นตอน จำนวน 1 เรื่อง (Holder et al., 2000) จากการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่า สามารถลดการดื่มสุราได้ แตกต่างจากการบำบัดเพื่อ เสริมสร้างแรงจูงใจ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และใช้ ต้นทุนการบำบัดรักษาเทียบเท่ากับการบำบัดเพื่อ เสริมสร้างแรงจูงใจ ในรายที่มีการติดสุรารุนแรง

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์สังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดยาเสพติด โดยผู้ศึกษาได้แบ่งการอภิปราย ดังนี้

1. คุณภาพของงานวิจัย
2. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดยาเสพติดและผู้ติดยาเสพติดที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วม
 - 2.1 ผู้บำบัด
 - 2.2 ผู้รับการบำบัด
 - 2.3 ระยะเวลาในการบำบัด
 - 2.4 ระยะของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ
 - 2.5 หลักการพื้นฐานในการบำบัด
 - 2.6 เทคนิคในการบำบัด
 - 2.7 ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ
3. วิธีการบำบัดแบบอื่นที่นำมาเปรียบเทียบ

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานวิชาการ

จากการศึกษานี้ มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมด 8 เรื่อง เมื่อนำผลการวิจัยและหลักฐานอ้างอิงที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่า เป็นงานวิจัยระดับ A จำนวน 3 เรื่อง ระดับ B จำนวน 5 เรื่อง ซึ่งทั้ง 8 เรื่อง พบว่าเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย จำนวน 1 เรื่อง และเป็นงานวิจัยที่ต่างประเทศ จำนวน 7 เรื่อง จะเห็นได้ว่างานวิจัยที่ศึกษามีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำผลการวิจัยไปวิเคราะห์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ ดังนั้น องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดยาเสพติด ทั้ง 8 เรื่อง นับว่าเป็นองค์ความรู้ที่มีคุณภาพ

2. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุราและผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วม

จากการวิเคราะห์ผลงานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง พบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีการนำไปใช้กับกลุ่มผู้รับการบำบัดที่แตกต่างกันคือ ใช้ในกลุ่มผู้ติดสุราและกลุ่มผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ผู้บำบัด จากการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่า ผู้บำบัดส่วนใหญ่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงว่าต้องเป็นวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งในทีมสุขภาพ แต่สิ่งที่สำคัญ คือ บุคคลที่จะเป็นผู้บำบัดต้องได้รับการฝึกอบรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นอย่างดี จนสามารถทำการบำบัดได้อย่างเป็น ทั้งนี้ ผู้บำบัดอาจเป็นพยาบาล นักจิตวิทยา หรือนักวิชาการที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดผู้ติดสุรา

2.2 ผู้รับการบำบัด จากการวิเคราะห์งานวิจัย จะเห็นได้ว่า ผู้รับการบำบัดจะมีข้อจำกัดในการเข้ารับการบำบัดค่อนข้างน้อย กล่าวคือ เมื่อพิจารณาในเรื่องของอายุ พบว่า ผู้รับการบำบัดมีอายุมากกว่า 16 ปีขึ้นไป ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในช่วงอายุดังกล่าวเป็นช่วงที่มีพัฒนาการด้านการรับรู้ การรู้คิด ความมีเหตุผลได้ดี ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการบำบัด ในเรื่องของเพศนั้น สามารถบำบัดได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย นอกจากนี้ ผู้รับการบำบัดนอกจากจะเป็นผู้ติดสุราเพียงอย่างเดียวแล้ว ยังเป็นผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วยได้ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล บุคลิกภาพแปรปรวน หรือเป็นผู้ป่วยจิตเภท แต่ต้องไม่อยู่ในระยะที่มีอาการทางจิตรุนแรง เนื่องจากการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต้องใช้การรับฟัง รับรู้ ตัดสินใจและแก้ไขความลังเลใจของตนเอง ซึ่งการตัดสินใจดังกล่าวต้องอยู่บนเหตุผลของความเป็นจริง ซึ่งในรายที่มีอาการทางจิตที่รุนแรงอาจมีการตัดสินใจไม่สมเหตุผล

2.3 ระยะเวลาในการบำบัด จากการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุรา ใช้การบำบัด 3-7 ครั้ง ๆ ละ 45-87 นาที โดยสามารถนัดผู้รับการบำบัดทุกสัปดาห์ หรือสัปดาห์เว้นสัปดาห์ ทั้งนี้ จากการวิจัยแบบ Meta-analytic review ของ Vasilaki และคณะ (2006) แสดงให้เห็นว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีประสิทธิภาพในการลดการดื่มในผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา (Hazardous drinker) ไม่เกิน 3 เดือน ใช้เวลา 87 นาที และการบำบัดเพื่อลดการดื่มสุรา ซึ่งมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการบำบัดรูปแบบอื่น ใช้เวลา 53 นาที

สำหรับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย ใช้การบำบัด 3-4 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที ภายในระยะเวลา 6-12 สัปดาห์ มีผลในการลดการดื่มสุรา เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่และเพิ่มคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตาม ในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราหรือสารเสพติด ต้องใช้เวลาในการบำบัดมากขึ้น จากการวิจัยของ Barrowclough และคณะ (2001) ซึ่งได้นำการบำบัดรักษาแบบผสมผสาน (Integrated intervention program) ไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราหรือสารเสพติด โดยการบำบัดดังกล่าวประกอบด้วย การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้าง

แรงจูงใจร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอีก 24 ครั้ง และการช่วยเหลือทางครอบครัว หรือผู้ดูแล 10-16 ครั้ง มีผลให้ผู้ป่วยดังกล่าวลดการดื่มสุราและการเสพยาเสพติดลง รวมถึงลดอาการทางจิต และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสารเสพติดหรือสุรา

จะเห็นได้ว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุรา หรือผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวช อื่นร่วมด้วย มีจำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัดใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตาม ในรายที่เป็นโรคทางจิตเภทต้องมีการบำบัดที่มากกว่าและใช้ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่น ๆ ด้วย เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการช่วยเหลือทางครอบครัวหรือผู้ดูแล

2.4 **ระยะของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Phase of Motivational Enhancement Therapy)** จากการวิเคราะห์งานวิจัย ทั้ง 8 เรื่อง พบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ทั้งในกลุ่มในผู้ติดสุราและในผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย สามารถแบ่งได้ 3 ระยะด้วยกัน คือ **ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Building Motivation for Change)** เป็นระยะที่ผู้บำบัดต้องช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้กล่าวข้อความจูงใจตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้เข้าสู่ **ระยะที่ 2 การกระทำให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง (Strengthening Commitment to Change)** ผู้บำบัดต้องร่วมกับผู้รับการบำบัดตั้งเป้าหมายของการบำบัดและช่วยให้คงไว้ซึ่งแรงจูงใจและพฤติกรรมลดการดื่มสุราตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ หลังจากนั้นจะเข้าสู่ **ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow Through)** ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของการบำบัด ผู้บำบัดต้องช่วยให้ผู้รับการบำบัดคงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นไว้และเป็นการป้องกันการกลับไปติดสุราอีก ซึ่งผู้บำบัดต้องประเมินระยะการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจากพฤติกรรมของผู้รับการบำบัด ว่าสามารถแก้ไขความลังเลใจของตนเองได้หรือไม่ และพร้อมที่พัฒนาพฤติกรรมของตนเองสู่ระยะต่อไปได้หรือไม่ ซึ่งในแต่ละครั้งของการบำบัด อาจประกอบด้วยระยะของการบำบัด 2 ระยะ ดังนั้น จากงานวิจัยทั้ง 8 เรื่องที่นำมาวิเคราะห์ จึงไม่ระบุไว้ว่าในการบำบัดแต่ละครั้งควรบำบัดผู้รับการบำบัดในระยะใด และจากการบำบัดในระยะที่ 2 ที่ผู้รับการบำบัดได้ตั้งเป้าหมายการบำบัดร่วมกับผู้บำบัด ทำให้การบำบัดเป็นไปด้วยความสมัครใจและความเปลี่ยนแปลงเกิดจากตัวผู้รับการบำบัดเอง ซึ่งเป็นการส่งเสริมการเคารพตัวเองและทำให้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นคงอยู่ได้นาน

2.5 **หลักการพื้นฐานในการบำบัด** จากการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่า งานวิจัย จำนวน 7 เรื่อง (Sellman et al., 2001; UKATT Research Team, 2005a; UKATT Research Team, 2005b; Holder et al., 2000; Vasilaki et al., 2006; สุนทรี ศรีโกโสด, 2548; Ball et al., 2007) จาก 8 เรื่อง ทั้งในกลุ่มผู้ติดสุราและผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย มีหลักการพื้นฐานในการบำบัด คือ หลักการพื้นฐาน 5 ประการ (Five Basic Motivational Principles) ซึ่งเป็นหลักการที่ประกอบไปด้วย การแสดงความเข้าใจและเห็นใจ (Express empathy) การช่วยให้เห็นความขัดแย้ง (Develop

discrepancy) การหลีกเลี่ยงการถกเถียงเอาชนะ (Avoid argumentation) การโอนอ่อนตามแรงต้าน (Roll with resistance) และการสนับสนุนความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (Support Self-Efficacy) จะเห็นได้ว่าหลักการพื้นฐาน 5 ประการ เป็นหลักการที่ช่วยให้ผู้บำบัดได้เข้าใจผู้รับการบำบัด เข้าใจเหตุผลของการดื่มสุรา ซึ่งแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล และผู้ติดสุรามักจะยืนยันในเหตุผลความจำเป็นของตนเอง จึงไม่มีประโยชน์ที่จะถกเถียงกันถึงเหตุผลของการดื่มสุรา ดังนั้น หลักการพื้นฐาน 5 ประการจึงมีส่วนช่วยเป็นอย่างมากในการทำให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถผ่านไปได้อย่างราบรื่นและประสบผลสำเร็จ จึงอาจกล่าวได้ว่าหลักการพื้นฐาน 5 ประการ เป็นหัวใจหลักของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นสิ่งที่ผู้บำบัดด้วยวิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต้องฝึกการใช้และปฏิบัติตามหลักการดังกล่าวจนชำนาญ ตลอดจนยึดเป็นสิ่งสำคัญตลอดการบำบัด

2.6 เทคนิคในการบำบัด จากการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ทั้งในกลุ่มในผู้ติดสุราและผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย มีเทคนิคที่สำคัญคือ

- เทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งกล่าวไว้ในงานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง โดยเทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-centered) (Miller, 1995) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้สำรวจ ค้นหา และแก้ไขความลังเลใจในพฤติกรรมของตนเอง เทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีข้อดีคือสามารถยืดหยุ่นเข้ากับผู้รับการบำบัดได้หลายกลุ่ม จึงถูกใช้มากในงานวิจัย นอกจากนี้ เทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ยังเป็นการรับฟังและให้คำปรึกษาแก่ผู้รับการบำบัด โดยให้ผู้รับการบำบัดได้ตอบคำถามและแก้ไขความลังเลใจด้วยตนเอง ผ่านคำถามของผู้บำบัด ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจจากภายในตนของผู้รับการบำบัดเอง

- เทคนิค FRAMES จากงานวิจัยของสุนทรี ศรีโกโส (2548) ได้นำเทคนิค FRAMES มาใช้ในผู้ติดสุรา ซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) การเน้นความรับผิดชอบ (Responsibility) การแนะนำ (Advice) การให้ทางเลือก (Menu) ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และการส่งเสริมศักยภาพ (Self efficacy) เทคนิค FRAMES เป็นเทคนิคการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่ส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดได้รับรู้ปัญหาของตนเองจากภายในตน สามารถแก้ไขความลังเลใจและตัดสินใจเลือกพฤติกรรมของตนเองได้อย่างอิสระ โดยยังคงไว้ซึ่งความเห็นอกเห็นใจในผู้รับการบำบัด ที่นำมาซึ่งการยอมรับในตัวผู้บำบัดด้วย แต่ด้วยส่วนประกอบของเทคนิค FRAMES ที่ประกอบด้วยคำสำคัญหลายคำและบางคำซ้ำกับหลักการพื้นฐาน 5 ประการ เช่น การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ และความเห็นอกเห็นใจ เป็นต้น ดังนั้น ในงานวิจัยส่วนใหญ่ซึ่งใช้หลักการพื้นฐาน 5 ประการอยู่แล้ว จึงไม่ได้แสดงการนำเทคนิค FRAMES มาใช้

- เทคนิคตั้งคำถามแบบ OARS จากงานวิจัยของ Ball และคณะ (2007) ได้ใช้เทคนิคตั้งคำถามแบบ OARS ในผู้ติดยา ซึ่งประกอบด้วย การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การยืนยันรับรอง (Affirmation) การรับฟังและสะท้อนความ (Reflective Listening) และการสรุปความ (Summarization) เป็นการตั้งคำถามที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้มีโอกาสพูดถึงปัญหาของตนเองอย่างอิสระ เกิดความเข้าใจในตัวผู้รับการบำบัดและทำให้ผู้รับการบำบัดได้ย่นสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึก ได้เข้าใจในตนเองและแก้ไขความลังเลใจในตนเอง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองต่อไป

2.7 ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง พบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดยาและผู้ติดยาที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วยไปในทางที่ดีขึ้น กล่าวคือ ลดร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก เพิ่มร้อยละของวันที่หยุดดื่ม ลดปริมาณการดื่มในวันที่ดื่มสุรา เกิดความพร้อมในการลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง และในการวิจัยของ Ball และคณะ (2007) สามารถลดการใช้สารเสพติดชนิดอื่นได้จากการที่ผู้ติดยาลดการดื่มลง มีผลทำให้สุขภาพด้านร่างกายดีขึ้น มีความรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น และมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเหมาะสมมากขึ้น นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดการเคารพนับถือตนเองมากขึ้น (สุนทรี ศรีโกโส, 2548) และส่งผลให้การทำหน้าที่โดยรวมของตัวผู้รับการบำบัดดีขึ้น เมื่อการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถลดการดื่มสุราในผู้รับการบำบัดที่มีโรคทางจิตเวชร่วมได้ ก็จะส่งผลให้ผู้รับการบำบัดดังกล่าว ลดอาการทางจิตทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ (Barrowclough et al., 2001) และสามารถลดโอกาสการต้องเข้าเป็นผู้ป่วยในด้วย เกิดความเปลี่ยนแปลงในคุณภาพชีวิต คือ มีภาวะสุขภาพดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจยังสามารถใช้ร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่นได้ เช่น ใช้ร่วมกับการบำบัดทางความคิดหรือพฤติกรรม และการบำบัดทางครอบครัว ทำให้ผู้ติดยาและผู้ป่วยจิตเวชสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำได้ และเนื่องจากการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนี้มีช่วงระยะเวลาสั้น จัดเป็นการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) จึงมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา คือ สามารถลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา และสามารถลดการใช้บริการของรัฐด้านอื่น ๆ ซึ่งส่งผลต่อการลดลงของค่าใช้จ่ายภาครัฐด้วย

3. วิธีการบำบัดแบบอื่นที่นำมาเปรียบเทียบ

จากการวิเคราะห์งานวิจัย ทั้ง 8 เรื่อง พบว่า มีงานวิจัย 7 เรื่อง (Vasilaki et al., 2006; Sellman et al., 2001; Barrowclough et al., 2001; UKATT Research Team, 2005a; UKATT Research Team, 2005b; Holder et al., 2000; Ball et al., 2007) ที่มีการนำรูปแบบการบำบัดชนิดอื่น

มาเปรียบเทียบกับกำบับัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งมีการกำบับัดเปรียบเทียบที่หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ กำบับัดแบบรับฟังและสะท้อนกลับ การให้คำปรึกษาทั่วไป การดูแลทั่วไป หรือแม้กระทั่ง กำบับัดที่มีชื่อเสียงอย่างกำบับัดแบบพฤติกรรมสังคมและเครือข่ายกำบับัด กำบับัดทางความคิดและพฤติกรรม และกลุ่ม 12 ขั้นตอน ซึ่งพบว่า ทุกวิธีการดังกล่าวข้างต้นให้ผลการกำบับัดที่ใกล้เคียงกัน ทั้งในเรื่องการลดการดื่มสุราและคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตาม พบว่ากำบับัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้น มีข้อดีในการกำบับัดคือ สามารถใช้ได้หลากหลายกลุ่มผู้ติดสุรา เช่น ในกรณีของการติดสุราร่วมกับการติดสารเสพติดประเภทอื่น การติดสุราร่วมกับมีอาการทางจิตในระดับไม่รุนแรง หรือแม้กระทั่งในผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยั้งนตรายแล้วติดสุราร่วมด้วย (Sellman et al., 2001) นอกจากนี้ กำบับัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจยังมีความยืดหยุ่น สามารถให้กำบับัดโดยใช้ระยะเวลาในการกำบับัดตั้งแต่ 3-5 ครั้งได้ โดยสามารถปรับตามสถานการณ์และความต้องการของผู้รับกำบับัดและผู้กำบับัดได้ นำมาซึ่งค่าใช้จ่ายในการกำบับัดรักษาที่ต่ำ อีกทั้งการกำบับัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจยังมีข้อดีคือ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ร่วมกับกำบับัดรูปแบบอื่นได้ เช่น การวิจัยของ Barrowclough และคณะ (2001) ได้นำกำบับัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาประยุกต์ใช้ร่วมกับกำบับัดทางความคิดและพฤติกรรม และกำบับัดทางสังคม

จะเห็นได้ว่า กำบับัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นกำบับัดที่เหมาะสมที่จะนำไปใช้กับผู้ติดสุรา ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ทั้งในผู้ติดสุรา หรือผู้ติดสุราที่มีอาการทางจิตอื่น ๆ ร่วมด้วย แต่ต้องไม่อยู่ในระยะรุนแรง อีกทั้งผู้กำบับัดยังไม่ถูกจำกัดอยู่เพียงแพทย์หรือพยาบาล อาจเป็นวิชาชีพอื่นที่ทำงานด้านสุขภาพ ซึ่งมีความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้ติดสุราได้ เพียงแต่ต้องได้รับฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญ กำบับัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจยังเป็นการกำบับัดที่ตรงกับปัญหาของแต่ละบุคคล มีความยืดหยุ่น เช่น การจัดแบ่งเวลาในการกำบับัด การนัดผู้รับกำบับัด สามารถกำหนดเป้าหมายกำบับัดร่วมกับผู้รับกำบับัดได้ และจากการที่กำบับัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจใช้ระยะเวลาในการกำบับัดที่สั้น จำนวนครั้งในการกำบับัดน้อย แต่ให้ผลในการลดการดื่มสุราและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้เท่า ๆ กับกำบับัดรูปแบบอื่นหลายรูปแบบ เช่น กำบับัดทางความคิดและพฤติกรรม กลุ่ม 12 ขั้นตอน และพฤติกรรมสังคมและเครือข่ายกำบับัด ที่มีจำนวนครั้งในการกำบับัดมากกว่า วิธีการกำบับัดที่ยูกยากกว่า กำบับัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจึงมีค่าใช้จ่ายในการกำบับัดที่ต่ำกว่า และส่งผลต่อการลดลงของค่าใช้จ่ายภาครัฐด้วย

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงเห็นว่าการกำบับัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นวิธีการกำบับัดที่ควรมาใช้กับผู้ติดสุราและผู้ติดสุราที่มีอาการทางจิตไม่รุนแรงเป็นอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตาม ในรายที่มีอาการทางจิตรุนแรงอาจนำกำบับัดรูปแบบอื่นมาใช้ร่วมด้วย เช่น กำบับัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นต้น

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดสุรา เพื่อให้ได้องค์ความรู้อันจะนำไปเป็นแนวคิดทางการประยุกต์ใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดสุรา ซึ่งงานวิจัยเกี่ยวกับบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจที่นำมาศึกษามีทั้งหมด 8 เรื่อง เป็นงานวิจัยระดับ A (randomized controlled trials และ Meta-analysis) จำนวน 3 เรื่อง และเป็นระดับ B (Quasi experimental research) จำนวน 5 เรื่อง เป็นงานวิจัยในประเทศ จำนวน 1 เรื่อง และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 7 เรื่อง

ผลจากการ วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง สามารถสรุปสาระสำคัญในการใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดสุรา หรือผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย คือ ผู้บำบัด ผู้รับการบำบัด ระยะเวลาในการบำบัด ระยะของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ หลักการพื้นฐานในการบำบัด เทคนิคในการบำบัด ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ และวิธีการบำบัดแบบอื่นที่นำมาเปรียบเทียบ โดยผลจากการวิเคราะห์พบว่า

1.1 ผู้บำบัด

ผู้บำบัด คือ บุคคลที่มีความสามารถในการปฏิบัติงานกับผู้ติดสุราและครอบครัวของผู้ติดสุราได้ โดยจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ ทั้งยังต้องได้รับการฝึกการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ จากผู้ชำนาญการในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ

1.2 ผู้รับการบำบัด

ผู้รับการบำบัด คือ ผู้ที่ประสบปัญหาจากการดื่มสุรา ผู้ที่ดื่มสุราหนักหรือผู้ติดสุราตามเกณฑ์ DSM-IV หรือ เกณฑ์ ICD-10 ไม่ได้กำหนดเพศ อายุมากกว่า 16 ปี โดยอาจเป็นผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล บุคลิกภาพแปรปรวน หรือเป็นผู้ป่วยจิตเภท แต่ต้องไม่อยู่ในระยะที่มีอาการทางจิตรุนแรง

1.3 ระยะเวลาในการบำบัด

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุรา หรือผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย มีจำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัดใกล้เคียงกัน โดยการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุรา ใช้การบำบัด 3-7 ครั้งๆ ละ 45-87 นาที โดยสามารถนัดผู้รับการบำบัดทุกสัปดาห์ หรือ สัปดาห์เว้นสัปดาห์ สำหรับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย ใช้การบำบัด 3-4 ครั้งๆ ละ 50 นาที ภายในระยะเวลา 6-12 สัปดาห์ อย่างไรก็ตาม ในรายที่เป็นโรคทางจิตเภทต้องมีการบำบัดที่มากกว่า นอกจากจะให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 6 ครั้งแล้ว ผู้บำบัดยังต้องเพิ่มจำนวนครั้งของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยนำไปผสมผสานกับการบำบัดรูปแบบอื่น เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการช่วยเหลือทางครอบครัว หรือผู้ดูแล เป็นต้น

1.4 ระยะเวลาของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ทั้งในกลุ่มในผู้ติดสุราและผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย สามารถแบ่งได้ 3 ระยะด้วยกัน คือ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Building Motivation for Change) ระยะที่ 2 การกระทำให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง (Strengthening Commitment to Change) และระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow Through) ซึ่งผู้บำบัดต้องประเมินระยะการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจากพฤติกรรมของผู้รับการบำบัด ว่าสามารถแก้ไขความลังเลใจของตนเองได้หรือไม่ และพร้อมที่พัฒนาพฤติกรรมของตนเองสู่ระยะต่อไปได้หรือไม่ ในแต่ละครั้งของการบำบัด อาจประกอบด้วยระยะของการบำบัด 2 ระยะ ดังนั้น ผู้บำบัดจึงควรประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความลังเลใจของผู้รับการบำบัดทุกครั้งก่อนการบำบัด และสามารถปรับเปลี่ยนเทคนิคได้ตามแรงจูงใจและขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

1.5 หลักการพื้นฐานในการบำบัด

หลักการพื้นฐานในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ หลักการขั้นพื้นฐาน 5 ประการ (Five Basic Motivational Principle) ซึ่งประกอบไปด้วย การแสดงความเข้าใจและเห็นใจ (Express Empathy) การช่วยให้เห็นความเห็นที่มีความขัดแย้งกัน (Develop Discrepancy) การหลีกเลี่ยงการโต้แย้งถกเถียง (Avoid Argumentation) การโอนอ่อนตามแรงต้าน (Roll with Resistance) การสนับสนุนความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (Support Self-Efficacy) โดยเป็นหลักการที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการยอมรับผู้บำบัด ช่วยให้เกิดการเข้าใจในตัวผู้รับการบำบัด ช่วยป้องกันและแก้ไขการต่อต้านการบำบัดและส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้รับการบำบัด

1.6 เทคนิคในการบำบัด

- การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เป็นเทคนิคให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-centered) เป็นการมุ่งเน้นให้ผู้รับการบำบัดได้สำรวจ ค้นหา และแก้ไขความลังเลใจในพฤติกรรมของตนเอง

- เทคนิค FRAMES ประกอบด้วย การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) การเน้นความรับผิดชอบ (Responsibility) การแนะนำ (Advice) การให้ทางเลือก (Menu) และความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ซึ่งเป็นเทคนิคการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่ส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดได้รับรู้ปัญหาของตนเองจากภายในตน สามารถแก้ไขความลังเลใจและตัดสินใจเลือกพฤติกรรมของตนเองได้อย่างอิสระ โดยยังคงไว้ซึ่งความเห็นอกเห็นใจในผู้รับการบำบัด ที่นำมาซึ่งการยอมรับในตัวผู้บำบัดด้วย

- เทคนิคตั้งคำถามแบบ OARS ประกอบด้วย การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การยืนยันรับรอง (Affirmation) การรับฟังและสะท้อนความ (Reflective Listening) และการสรุปความ (Summarization) เป็นการตั้งคำถาม เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ย่นสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึก ได้เข้าใจในตนเองและแก้ไขความลังเลใจในตนเอง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองต่อไป

1.7 ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีผลต่อกลุ่มผู้ติดสุราและผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วม โดยมีผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดื่มสุราไปในทางที่ดีขึ้น คือ ลดร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก เพิ่มร้อยละของวันที่หยุดดื่ม ปริมาณการดื่มในวันที่ดื่มสุราลดลง เกิดความพร้อมในการลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง สามารถลดการใช้สารเสพติดชนิดอื่นได้ จากการที่ผู้ติดสุราลดการดื่มลง มีผลทำให้สุขภาพด้านร่างกายดีขึ้น มีความรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น สามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น และมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเหมาะสมมากขึ้น ทั้งยังส่งผลให้เกิดการเคารพนับถือตนเองมากขึ้น และทำให้การทำหน้าที่โดยรวมของผู้รับการบำบัดดีขึ้น และจากการที่ผู้รับการบำบัดดื่มสุราลดลง จะทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วมลดการเกิดอาการทางบวกและอาการทางลบ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถลดโอกาสการต้องเข้าเป็นผู้ป่วยใน ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในคุณภาพชีวิต คือ มีภาวะสุขภาพดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจยังสามารถใช้ร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่นได้ เช่น ใช้ร่วมกับการบำบัดทางความคิดหรือพฤติกรรม และการบำบัดทางครอบครัว ทำให้ผู้ติดสุราและผู้ป่วยจิตเวชสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำได้ และเนื่องจากการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนี้ มีช่วงระยะเวลาสั้น จัดเป็นการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention)

จึงมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา คือ สามารถลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา และสามารถลดการใช้บริการของรัฐด้านอื่น ๆ ซึ่งส่งผลต่อการลดลงของค่าใช้จ่ายภาครัฐด้วย

1.8 วิธีการบำบัดแบบอื่นที่นำมาเปรียบเทียบ

จากการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่ามีการเปรียบเทียบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจกับการบำบัดรูปแบบอื่นหลายชนิด เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กลุ่ม 12 ขั้นตอน และการให้คำปรึกษาทั่วไป เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อการบำบัดที่ใกล้เคียงกัน แต่การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีจุดที่ได้เปรียบในบางเรื่อง เช่น ใช้การบำบัดน้อยครั้งกว่า มีค่าใช้จ่ายในการบำบัดที่ต่ำกว่า และด้วยรูปแบบการบำบัดที่ยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์และความต้องการของผู้รับการบำบัดได้ง่าย รวมทั้งสามารถประยุกต์ใช้ร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่นได้ จึงเป็นข้อดีที่จะนำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในผู้ติดสุราของโรงพยาบาล แต่ในรายที่มีอาการทางจิตรุนแรง อาจนำรูปแบบการบำบัดอื่น ๆ มาใช้ร่วมด้วย เช่น การบำบัดด้วยยา หรือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นต้น

สรุป จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง พบว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถทำให้ผู้ที่ประสบปัญหาจากการดื่มสุรา หรือผู้ติดสุรา ควบคุมการดื่มสุราของตนได้ดีขึ้น หรืออาจเลือกการหยุดดื่มสุราและส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา และสามารถลดการใช้บริการของรัฐด้านอื่น ๆ ซึ่งส่งผลต่อการลดลงของค่าใช้จ่ายภาครัฐด้วย อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพของการบำบัดขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้บำบัดด้วย

2. ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุรา สามารถนำมาใช้เป็นแนวคิดในการประยุกต์ใช้ในการบำบัดผู้ติดสุราได้ ดังนี้

การนำผลการศึกษาไปใช้ทางโรงพยาบาล

สำหรับการการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุรานั้น เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่โรงพยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ได้ แต่ต้องมีการศึกษาวิธีการในการบำบัดให้มีความรู้ ความเข้าใจ และมีการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญเสียก่อน จึงจะนำไปใช้กับผู้ติดสุรา ที่ถือว่าเป็นผู้ป่วยทางจิตเวชได้ การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้อย่างละเอียดและชัดเจน ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งในการเพิ่มพูนความรู้และเป็นแนวทางให้กับโรงพยาบาลจิตเวช หรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

แนวทางการใช้การบำบัดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดสุรา หรือผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วม มีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

1. การเตรียมผู้บำบัด เป็นผู้ที่สามารถทำงานกับผู้ติดสุราได้และมีทักษะความรู้ในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ โดยไม่จำกัดสาขาวิชาชีพ อาจเป็นแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ แต่ควรได้รับการฝึกจากผู้ชำนาญการ

2. การเตรียมผู้รับการบำบัด สำหรับผู้รับการบำบัด เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มารับการตรวจรักษา มีคุณสมบัติดังนี้

2.1 ผู้ติดสุรา (Alcohol dependent) ผู้ดื่มหนัก หรือผู้ที่ประสบปัญหาจากสุรา

2.2 ผู้ติดสุราและมีโรคอื่นๆ ร่วม เช่น อาการขาดสุรา โรคจิตเภท (Schizophrenia) การติดสารเสพติดประเภทอื่น Depression, Anxiety, Substance use disorder, Conduct disorder, Antisocial personality disorder, Posttraumatic stress disorder และ Panic disorder โดยต้องไม่มีอาการทางจิตอยู่ในระยะรุนแรง

2.3 อายุ มากกว่า 16 ปี

2.4 ไม่จำกัดเพศ ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม

2.5 สมารถใจเข้ารับการบำบัด

3. ระยะเวลาในการบำบัด การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจสามารถบำบัดโดยการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดสุรา ใช้การบำบัด 3-7 ครั้ง ๆ ละ 45-87 นาที โดยสามารถนัดผู้รับการบำบัดทุกสัปดาห์ หรือสัปดาห์เว้นสัปดาห์ สำหรับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย ใช้การบำบัด 3-4 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที ภายในระยะเวลา 6-12 สัปดาห์ ในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราหรือสารเสพติด การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจต้องบำบัดร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่น เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและการช่วยเหลือทางครอบครัวหรือผู้ดูแล

4. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ ปฏิบัติดังนี้

4.1 ระยะของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ (Phase of Motivational Enhancement Therapy) ระยะของการบำบัดเป็น 3 ระยะ คือ *ระยะที่ 1 การสร้างแรงงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Building Motivation for Change)* ผู้บำบัดต้องใช้เทคนิคในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ ให้ผู้รับการบำบัดกล่าวข้อความงใจตนเอง เพื่อเพิ่มแรงงใจและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้เข้าสู่ *ระยะที่ 2 การกระทำให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง (Strengthening Commitment to Change)* ผู้บำบัดต้องใช้เทคนิค เพื่อให้ผู้รับการบำบัดคงไว้ซึ่งแรงงใจและพฤติกรรมการดื่มสุราที่ตั้งเป้าหมายไว้ หลังจากนั้นจะเข้าสู่ *ระยะที่ 3 การติดตาม*

ต่อเนื่อง (Follow Through) ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของการบำบัด คือการช่วยให้ผู้รับการบำบัดคงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นไว้และเป็นการป้องกันการกลับไปติดสุราอีก

4.2 หลักการที่นำมาใช้ คือ หลักการพื้นฐาน 5 ประการ (Five Basic Motivational Principle)

4.3 ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เทคนิคของ FRAMES และเทคนิคตั้งคำถามแบบ OARS

5. การติดตามประเมินผล ดำเนินการทุกครั้งที่บำบัดผู้ติดสุรา เพื่อเปรียบเทียบผลกับก่อนการบำบัดและใช้เป็นข้อมูลในการบำบัด โดยประเมินเรื่องของการดื่มสุรา ด้วยร้อยละของวันที่หยุดดื่ม ร้อยละของวันที่ดื่มหนักและปริมาณการดื่มในวันที่ดื่มสุรา และประเมินเรื่องความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม ด้วยแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม (Global Assessment of Function Scale: GAFS) ในรายที่มีอาการทางจิตเวชต้องประเมินเรื่องของอาการทางจิตเวช และคุณภาพชีวิตด้วย เนื่องจากพฤติกรรมการดื่มสุราอาจทำให้อาการทางจิตเวชรุนแรงขึ้นได้

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุรา
(A SYSTEMATIC REVIEW OF RESEARCH ON MOTIVATIONAL ENHANCEMENT
THERAPY IN ALCOHOL DEPENDENT PATIENTS)

สัมพันธ์ พิศพร 4637628 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : จิตติวัฏ ธรรมไพโรจน์, กศ.ม. (การแนะแนว),
โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาการติดสุรานับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย การดื่มสุราในประชากรไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยมีผู้ดื่มเพิ่มขึ้นถึงปีละประมาณ 260,000 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกระบุว่าปี 2543 คนไทยดื่มสุราเป็นอันดับ 5 ของโลก (หมอขาวบ้าน, 2547) จากสถิติของโรงพยาบาลศรีธัญญา (งานเวชสถิติโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2550) พบว่าผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์ในปี 2546-2548 มีจำนวน 2,809, 2,886 และ 3,395 คนตามลำดับ ซึ่งจากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าจำนวนสูงขึ้นทุกๆ ปี ในปี 2550 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชเนื่องมาจากสุรามารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีจำนวน 543 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดและเป็นกลุ่มโรคที่พบมากเป็นอันดับ 2 ของโรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ป่วยที่ล้วนแต่ได้รับผลกระทบจากการดื่มสุรา ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็นด้านร่างกาย จิตใจและสังคม มากน้อยแตกต่างกันออกไป เช่น ด้านร่างกายนั้น บุคคลที่ติดสุราเรื้อรังจะมีการปวดแสบปวดร้อนกล้ามเนื้ออ่อนแรง มีอาการของสติปัญญาเสื่อม หรือเกิดปัญหาโรคกระเพาะอาหาร มะเร็งหลอดอาหาร ตับอักเสบ มีอาการ Wernicky-Korsakoff's Syndrome คือ มีอาการสูญเสียความจำปัจจุบัน อาการสับสน การสร้างความจำเทียม (Confabulation) และอาการที่เกิดจากการขาด Vitamin B1 (thiamine) คือ สับสน ร่างกายโซเซ ประสาทตาเสีย (Cranial nerve VI palsy) (Oscar-Berman et al., 1997) ในด้านจิตใจพบว่า ผู้ติดสุรามักมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย จุนเจียว ก้าวร้าว เสียความสามารถในการตัดสินใจ (อุษณีย์ กันน้อย, 2547) และการติดสุรายังอาจทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ สุรายัง

ทำให้เกิดอาการหวาดระแวง กลัว ประสาทหลอน มีความคิดอยากฆ่าผู้อื่นและมีอาการซึมเศร้าอยากฆ่าตัวตาย (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ, 2542) ผู้ติดสุรายังมีความสามารถในการควบคุมตนเองลดลงอีกด้วย อาจทำไปตามความต้องการของจิตใจได้สำนึกโดยไม่สามารถควบคุม เช่น การมีเพศสัมพันธ์แบบมีความเสี่ยงสูง ซึ่งนำไปสู่โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยพบว่ากว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคเอดส์ในวัดพระบาทน้ำพุ มีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2550) ผลกระทบด้านสังคม โดยเริ่มจากครอบครัวที่เป็นสังคมเล็ก ๆ การติดสุราเป็นสาเหตุหนึ่งของปัญหาครอบครัว เช่น เกิดความรุนแรงในครอบครัว การทำร้ายกันเนื่องจากผู้ที่อยู่ในอาการเมาสุรา (Hangover) ปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว จากนั้นผลกระทบจะขยายไปยังหน่วยของสังคมที่ใหญ่ขึ้น ตั้งแต่ชุมชน จนถึงระดับประเทศ เช่น เกิดการทะเลาะวิวาท เกิดความขัดแย้งในสังคม เกิดการทำร้ายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังมีผลให้สังคมต้องรับภาระในการดูแลบำบัดรักษาผู้ติดสุราเหล่านั้น ซึ่งส่งผลต่อเศรษฐกิจในภาพรวม

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัญหาการติดสุราเป็นปัญหาที่มีความรุนแรง พบเห็นได้ทั่วไปในสังคมไทย และยังส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อด้านบุคคลและสังคม ดังนั้น ปัญหาการติดสุราจึงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างจริงจังและรีบด่วน วิธีการแก้ไขต้องสามารถยืดหยุ่นและปรับใช้ได้กับผู้ติดสุราแต่ละราย เนื่องจากปัญหาการติดสุรานั้นเกิดขึ้นกับคนแต่ละคนที่มีบริบทของปัญหาที่แตกต่างกัน สาเหตุการติดสุรา พฤติกรรมการดื่มสุราที่แตกต่างกัน ผู้ติดสุราและบุคคลใกล้ชิดได้รับผลกระทบของปัญหาที่แตกต่างกัน ในขณะที่การรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหาก็แตกต่างกันอีกด้วย ผู้ที่รับรู้ว่าการดื่มของตนเป็นปัญหาก็อาจจะหาหนทางที่จะหยุดดื่มสุรา หรือรายที่คิดว่าการดื่มสุราของตนไม่สร้างปัญหาที่ไม่คิดที่จะหยุดการดื่มสุราของตนเอง การดื่มสุราเป็นสิ่งที่ไม่ผิดกฎหมาย ไม่สามารถบังคับให้ผู้ติดสุราเลิกหรือลดการดื่มสุราของตนได้ ในขณะเดียวกันผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญานั้น ส่วนใหญ่จะเกิดจากความต้องการของญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยมีอาการทางจิตประสาท ซึ่งทำให้การรับรู้ถึงความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาลดลงอีกด้วย จากการปฏิบัติงานจะพบว่าผู้ป่วยหลายรายบอกว่า “ผมไม่เป็นอะไร ญาติเขาพามาเอง” “ผมจะเลิกเมื่อไหร่ก็ได้แต่ผมยังไม่เลิกเพราะผมคิดเพื่อน” เป็นต้น ดังนั้น การบำบัดก็ต้องยอมรับในตัวตนของผู้ป่วยต้องเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยด้วย

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ในผู้ติดสุรามีการใช้กันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ เช่น ในโครงการ Project MATCH ของ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (Project Research Group, 1996) ได้นำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) มาศึกษาเปรียบเทียบกับวิธีการบำบัดมาตรฐานอื่นๆ คือ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy หรือ CBT) และ กลุ่ม 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation หรือ

TSF) ในผู้ติดสุรา จำนวน 1,726 คน ในปี 1989 ผลการศึกษาพบว่าวิธีนี้ได้ผลดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ผลที่ได้ไม่แตกต่างกันกับวิธีการบำบัดแบบ Cognitive-Behavioral Therapy และ Twelve Steps Facilitation เช่นเดียวกับศึกษาของ United Kingdom Alcohol Treatment Trial Research Team (UKATT) ในปี 2005 ได้ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ กับ การบำบัดแบบพฤติกรรมสังคมและเครือข่ายบำบัด (Social behavior and network therapy หรือ SBNT) ในผู้ติดสุรา 742 ราย ก็ให้ประสิทธิผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้ว่าการบำบัดทั้ง 4 วิธีดังกล่าวจะให้ผลการบำบัดที่ดีเท่าเทียมกันก็ตาม แต่เมื่อพิจารณาถึงระยะเวลาในการบำบัดแล้วพบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจใช้เวลาน้อยที่สุดและจำนวนครั้งยังน้อยกว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กลุ่ม 12 ขั้นตอน และการบำบัดแบบพฤติกรรมสังคมและเครือข่ายบำบัดอีกด้วย ซึ่งส่งผลให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีต้นทุนการบำบัดต่ำกว่าวิธีดังกล่าวด้วย (Project Research Group, 1996; UKATT, 2005)

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) นี้ นอกจากจะใช้ในต่างประเทศแล้ว ยังได้ถูกนำมาใช้ในประเทศไทย โดยพิชัย แสงชาญชัย นายแพทย์ประจำโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และนำมาวิจัยโดยสายรัตน์ นกน้อยและคณะ (2547) เรื่อง การศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษากับผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งผลปรากฏว่ากลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาโดยใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถลดปริมาณการดื่มให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้มากกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .05$) เช่นเดียวกับสุนทรี ศรีโกสย (2548) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถลดการดื่มและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$)

จะเห็นได้ว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถช่วยเหลือผู้ติดสุราได้จริงและจากการปฏิบัติงานพบว่า มีผู้ติดสุราบางส่วนเมื่อสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ก็กลับไปดื่มสุราจนต้องกลับมารักษานในโรงพยาบาลอีก ผู้ติดสุราหลายรายให้ข้อมูลว่าถูกบังคับมารักษา ตนเองไม่ได้เป็นอะไร ญาติหรือผู้นำส่งวิตกกังวลเกี่ยวกับการดื่มสุราของตนเองมากเกินไป ซึ่งผู้ติดสุราก่อนหน้านี้จะกลับไปดื่มสุราอีกหลังออกจากโรงพยาบาล ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษา เพื่อสืบค้นและหาวิธีการ โดยใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการช่วยเหลือผู้ติดสุรา ตามการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปเป็นแนวทางการช่วยเหลือผู้ติดสุราต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดสุรา
2. วิเคราะห์ประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดสุรา ได้แก่
 - 2.1 ผู้บำบัด
 - 2.2 ผู้รับการบำบัด
 - 2.3 ระยะเวลาในการบำบัด
 - 2.4 ระยะของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ
 - 2.5 หลักการพื้นฐานในการบำบัด
 - 2.6 เทคนิคในการบำบัด
 - 2.7 ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ
 - 2.8 วิธีการบำบัดแบบอื่นที่นำมาเปรียบเทียบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้อันจะนำมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดสุรา

นิยามศัพท์

ผู้ติดสุรา หมายถึง ผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำ และไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนได้ ซึ่งได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมการดื่มสุรานั้น ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือสังคม และยังคงดื่มสุราต่อไปแม้กระทั่งได้รับรู้ถึงผลของการดื่มสุรานั้นแล้ว และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา (Alcohol Dependence) ตามเกณฑ์วินิจนัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, Text Revision หรือ DSM-IV TR) (American Psychiatric Association, 2000)

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ (Motivational Enhancement Therapy) หมายถึง วิธีการบำบัดผู้ติดสุราในด้านจิตใจ ด้วยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เพื่อเสริมสร้างแรงงใจให้ลดหรือเลิกการดื่มสุราตามแนวคิดของมิลเลอร์ (Miller, 1995) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อาศัยวิธีการดังนี้ คือ การประเมินระดับแรงงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราและให้การบำบัดตามระดับแรงงใจ การตั้งคำถามเพื่อให้ผู้ติดสุราได้พูดข้อความงใจตนเอง (Self-Motivational Statement หรือ SMS) และการใช้วิธีการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงงใจตามเทคนิค FREAMS คือ 1) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed Back) 2) การเน้นให้มีความรับผิดชอบ (Responsibility) 3)

การให้ความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในผู้ติดสุรา (Empathy) 4) การให้คำแนะนำ (Advice) 5) การเสนอทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) และ 6) การส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ติดสุรา (Self efficacy)

วิธีการดำเนินการศึกษา

การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา วิเคราะห์ผลและประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับการการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดสุราเป็นรายบุคคล นำมาเป็นแนวคิดในการประยุกต์ใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดสุราโดยวิธีดำเนินการ ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรม และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจในผู้ติดสุรา จากตำรา วารสารทางการแพทย์ วิทยานิพนธ์ วารสารจากห้องสมุด และแหล่งข้อมูลของหน่วยงานสถาบันที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ยังใช้การยังสืบค้นข้อมูลสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) จากฐานข้อมูลต่างๆ ดังต่อไปนี้ Pub med, ICN, NIAAA, Ovid, Researchpractice, Medline plus และ APA ซึ่งฐานข้อมูลดังกล่าวเป็นฐานข้อมูลทางสุขภาพและทางการแพทย์ โดยสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลทาง ผ่าน website ของห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล <http://www.li.mahidol.ac.th> และสื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศิริราช และมีการระบุคำสำคัญ (key word) เป็นตัวกำหนดในการสืบค้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำการศึกษา ได้แก่

- Alcohol dependent
- Alcoholism
- Drinker
- Motivation
- Motivational Enhancement
- Alcohol dependent and therapy
- Alcoholic

2. การคัดเลือกงานวิจัย คัดเลือกจากการอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อ ก่อน โดยเลือกตามกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ติดสุรา และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ แต่ถ้าไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ ก็จะคัดออก และถ้าตรงก็จะหาเอกสาร ฉบับสมบูรณ์ต่อไป โดยพิจารณาคัดเลือกหัวข้องานวิจัยหรือบทความที่เกี่ยวข้อง ตามเกณฑ์ในการเลือกเข้างานวิจัยดังนี้

- ชนิดหรือประเภทของหลักฐานหรืองานวิจัย งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบชนิดสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและรวมทั้งงานวิจัยที่เป็น meta-analysis (ระดับ A) หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ออกแบบรัดกุม (ระดับ B) ที่อยู่ในช่วงปี ค.ศ. 2000 - 2007

- ชนิดของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุรา

จากการสืบค้นข้อมูลด้วยวิธีดังกล่าวพบการศึกษาวิจัยทั้งหมด 823 เรื่อง นำการงานวิจัยที่สืบค้นได้นี้มาพิจารณาตามหลักเกณฑ์การเลือกเข้า และคัดเลือกเรื่องที่ไม่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูล ซึ่งเป็นงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์ และเป็นฉบับสมบูรณ์ที่จะนำไปประเมินคุณภาพและสังเคราะห์งานวิจัยพบว่างานวิจัยที่ได้จำนวน 823 เรื่องมีงานวิจัยที่เข้ากับหลักเกณฑ์การคัดเลือก 8 เรื่อง

3. การสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัย

ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบทั้ง 8 เรื่อง ได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะสังเคราะห์ออกมาจากงานวิจัยดังนี้

- 1) ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย
- 2) แบบการวิจัย
- 3) กลุ่มตัวอย่าง
- 4) เครื่องมือในการวิจัย
- 5) สถานที่หรือแหล่งที่วิจัย
- 6) การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 7) การจัดกระทำ
- 8) ผลการวิจัย
- 9) ข้อเสนอแนะเพื่อให้นำไปใช้

ผลการศึกษา

ผลจากการศึกษา วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด สามารถสรุปสาระสำคัญในการใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุรา หรือผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย คือ คุณภาพงานวิจัย ผู้บำบัด ผู้รับการบำบัด ระยะเวลาในการบำบัด ระยะของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ หลักการพื้นฐานในการบำบัด เทคนิคในการบำบัด ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และวิธีการบำบัดแบบอื่นที่นำมาเปรียบเทียบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. คุณภาพงานวิจัย

จากการวิเคราะห์การวิจัยทั้ง 8 เรื่อง พบว่ามีระดับหลักฐานงานวิจัย ดังนี้ การวิจัยที่เป็น Meta-analytic review อยู่ในระดับ A จำนวน 1 เรื่อง (Vasilaki et al., 2006) Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 2 เรื่อง (Sellman et al., 2001; Barrowclough et al., 2001) Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 5 เรื่อง (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548; UKATT Research Team, 2005a; UKATT Research Team, 2005b; Ball, et al., 2007; Holder, et al., 2000)

2. ผู้บำบัด

ผู้บำบัด คือ ผู้บำบัดส่วนใหญ่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงว่าต้องเป็นวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง แต่สิ่งที่สำคัญ คือ บุคคลที่จะเป็นผู้บำบัดต้องได้รับการฝึกอบรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นอย่างดี จนสามารถทำการบำบัดได้ โดยผู้บำบัดอาจเป็นพยาบาล นักจิตวิทยา หรือบุคลากรที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดผู้ติดสุรา

3. ผู้รับการบำบัด

ผู้รับการบำบัด คือ ผู้ที่ประสบปัญหาจากการดื่มสุรา ผู้ที่ดื่มสุราหนักหรือผู้ติดสุรา ตามเกณฑ์ DSM-IV หรือ เกณฑ์ ICD-10 ไม่ได้กำหนดเพศ อายุควรจะมากกว่า 16 ปี โดยอาจเป็นผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล บุคลิกภาพแปรปรวน หรือเป็นผู้ป่วยจิตเภท แต่ต้องไม่อยู่ในระยะที่มีอาการทางจิตรุนแรง

4. ระยะเวลาในการบำบัด

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุรา ใช้การบำบัด 3-7 ครั้ง ๆ ละ 45-87 นาที โดยสามารถนัดผู้รับการบำบัดทุกสัปดาห์ หรือสัปดาห์เว้นสัปดาห์ ทั้งนี้ จากการวิจัยแบบ Meta-analytic review ของ Vasilaki และคณะ (2006) แสดงให้เห็นว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีประสิทธิภาพในการลดการดื่มในผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา (Hazardous drinker) ไม่เกิน 3 เดือน ใช้เวลา 87 นาที และการบำบัดเพื่อลดการดื่มสุรา ซึ่งมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการบำบัดรูปแบบอื่นใช้เวลา 53 นาที

สำหรับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย ใช้การบำบัด 3-4 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที ภายในระยะเวลา 6-12 สัปดาห์ มีผลในการลดการดื่มสุรา เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่และเพิ่มคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตาม ในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราหรือสารเสพติด ต้องใช้เวลาในการบำบัดมากขึ้น จากการวิจัยของ Barrowclough และคณะ (2001) ซึ่งได้นำการบำบัดรักษาแบบผสมผสาน (Integrated intervention program) ไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราหรือสารเสพติด โดยการบำบัดดังกล่าวประกอบด้วย การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอีก 24 ครั้ง และการช่วยเหลือทางครอบครัว หรือผู้ดูแล 10-16 ครั้ง มีผลให้ผู้ป่วยดังกล่าวลดการดื่มสุราและการเสพยาเสพติดลง รวมถึงลดอาการทางจิต และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสารเสพติดหรือสุรา

จะเห็นได้ว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุรา หรือผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย มีจำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัดใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตาม ในรายที่เป็นโรคทางจิตเภทต้องมีการบำบัดที่มากกว่าและใช้ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่น ๆ ด้วย เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการช่วยเหลือทางครอบครัว หรือผู้ดูแล

5. ระยะของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ทั้งในกลุ่มในผู้ติดสุราและผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย สามารถแบ่งได้ 3 ระยะด้วยกัน คือ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Building Motivation for Change) ระยะที่ 2 การกระทำให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง (Strengthening Commitment to Change) และระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow Through) ซึ่งผู้บำบัดต้องประเมินระยะการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจากพฤติกรรมของผู้รับการบำบัด ว่าสามารถแก้ไขความลังเลใจของตนเองได้หรือไม่ และพร้อมที่พัฒนาพฤติกรรมของตนเองสู่ระยะต่อไปได้หรือไม่ ในแต่ละครั้งของการบำบัด อาจประกอบด้วยระยะของการบำบัด 2 ระยะ ดังนั้น ผู้บำบัดจึงควรประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความลังเลใจของผู้รับการบำบัดทุกครั้งก่อนการบำบัด และสามารถปรับเปลี่ยนเทคนิคได้ตามแรงจูงใจและขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

6. หลักการพื้นฐานในการบำบัด

หลักการพื้นฐานในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ หลักการขั้นพื้นฐาน 5 ประการ (Five Basic Motivational Principle) ซึ่งประกอบไปด้วย การแสดงความเข้าใจและเห็นใจ (Express Empathy) การช่วยให้เห็นความเห็นที่มีความขัดแย้งกัน (Develop Discrepancy) การหลีกเลี่ยงการโต้แย้งถกเถียง (Avoid Argumentation) การโอนอ่อนตามแรงต้าน (Roll with Resistance) การสนับสนุนความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (Support Self-Efficacy) โดยเป็นหลักการที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการยอมรับผู้บำบัด ช่วยให้เกิดการเข้าใจในตัวผู้รับการบำบัด ช่วยป้องกันและแก้ไขการต่อต้านการบำบัดและส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้รับการบำบัด

7. เทคนิคในการบำบัด

- การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เป็นเทคนิคให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-centered) เป็นการมุ่งเน้นให้ผู้รับการบำบัดได้สำรวจ ค้นหา และแก้ไขความลังเลใจในพฤติกรรมของตนเอง
- เทคนิค FRAMES ประกอบด้วย การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) การเน้นความรับผิดชอบ (Responsibility) การแนะนำ (Advice) การให้ทางเลือก (Menu) และความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ซึ่งเป็นเทคนิคการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่ส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดได้รับรู้ปัญหาของตนเองจากภายในตน สามารถแก้ไขความลังเลใจและตัดสินใจเลือกพฤติกรรมของตนเองได้อย่างอิสระ โดยยังคงไว้ซึ่งความเห็นอกเห็นใจในผู้รับการบำบัด ที่นำมาซึ่งการยอมรับในตัวผู้บำบัดด้วย

- เทคนิคตั้งคำถามแบบ OARS ประกอบด้วย การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การยืนยันรับรอง (Affirmation) การรับฟังและสะท้อนความ (Reflective Listening) และการสรุปความ (Summarization) เป็นการตั้งคำถาม เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ย่นสิ่งที่ตนเองคิด และรู้สึก ได้เข้าใจในตนเองและแก้ไขความลังเลใจในตนเอง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองต่อไป

8. ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีผลต่อกลุ่มผู้ติดสุราและผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วม โดยมีผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดื่มสุราไปในทางที่ดีขึ้น คือ ลดร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก เพิ่มร้อยละของวันที่หยุดดื่ม ปริมาณการดื่มในวันที่ดื่มสุราลดลง เกิดความพร้อมในการลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง สามารถลดการใช้สารเสพติดชนิดอื่นได้ จากการที่ผู้ติดสุราลดการดื่มลง มีผลทำให้สุขภาพด้านร่างกายดีขึ้น มีความรับผิดชอบต่องานมากขึ้น สามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น และมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเหมาะสมมากขึ้น ทั้งยังส่งผลให้เกิดการเคารพนับถือตนเองมากขึ้น และทำให้การทำหน้าที่โดยรวมของตัวผู้รับการบำบัดดีขึ้น และจากการที่ผู้รับการบำบัดดื่มสุราลดลงจะทำให้ผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วมลดการเกิดอาการทางบวกและอาการทางลบ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถลดโอกาสการต้องเข้าเป็นผู้ป่วยใน ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในคุณภาพชีวิต คือ มีภาวะสุขภาพดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจยังสามารถใช้ร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่นได้ เช่น ใช้ร่วมกับการบำบัดทางความคิดหรือพฤติกรรม และการบำบัดทางครอบครัว ทำให้ผู้ติดสุราและผู้ป่วยจิตเวชสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำได้ และเนื่องจากการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนี้มีช่วงระยะเวลาสั้น จัดเป็นการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) จึงมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา คือ สามารถลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา และสามารถลดการใช้บริการของรัฐด้านอื่น ๆ ซึ่งส่งผลต่อการลดลงของค่าใช้จ่ายภาครัฐด้วย

9. วิธีการบำบัดแบบอื่นที่นำมาเปรียบเทียบ

จากการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่ามีการเปรียบเทียบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจกับการบำบัดรูปแบบอื่นหลายชนิด เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กลุ่ม 12 ขั้นตอน และการให้คำปรึกษาทั่วไป เป็นต้น ซึ่งส่งผลการบำบัดที่ใกล้เคียงกัน แต่การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีจุดที่ได้เปรียบในบางเรื่อง เช่น ใช้การบำบัดน้อยครั้งกว่า มีค่าใช้จ่ายในการบำบัดที่ต่ำกว่า และด้วยรูปแบบการบำบัดที่ยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์และความต้องการของผู้รับการบำบัดได้ง่าย รวมทั้งสามารถประยุกต์ใช้ร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่นได้ จึงเป็นข้อดีที่จะนำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในผู้ติดสุราของโรงพยาบาล แต่ในรายที่มีอาการทางจิตรุนแรง

อาจนำรูปแบบการบำบัดอื่น ๆ มาใช้ร่วมด้วย เช่น การบำบัดด้วยยา หรือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นต้น

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง พบว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถทำให้ผู้ที่ประสบปัญหาจากการดื่มสุรา หรือผู้ติดสุรา ควบคุมการดื่มสุราของตนได้ดีขึ้น หรืออาจเลือกการหยุดดื่มสุราและส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาและสามารถลดการใช้บริการของรัฐด้านอื่น ๆ ซึ่งส่งผลต่อการลดลงของค่าใช้จ่ายภาครัฐด้วย อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพของการบำบัดขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้บำบัดด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุรา พบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุรานั้น เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ได้ทั้งกับผู้ติดสุราและผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วม แต่อาการทางจิตไม่รุนแรง ทั้งนี้ ต้องมีการศึกษาวิธีการในการบำบัดให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญเสียก่อน จึงจะนำไปใช้กับผู้ติดสุรา ที่ถือว่าเป็นผู้ป่วยทางจิตเวชได้ การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้อย่างละเอียดและชัดเจน ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งในการเพิ่มพูนความรู้และเป็นแนวทางให้กับพยาบาลจิตเวช หรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

A SYSTEMATIC REVIEW OF RESEARCH ON MOTIVATIONAL ENHANCEMENT THERAPY IN ALCOHOL DEPENDENT PATIENTS

SAMPHAN PATSORN 4637628 RAMHM

M.N.S. (PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: TITIWONE THUMAPIROJ,
M.Ed. (Guidance), SOPIN SANGON, Ph.D. (Nursing)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Today, alcohol dependent is one of the major public health concerns of Thailand. The consumption of alcohol of the Thai population continues to increase yearly. It is estimated that the number of drinkers increase about 260,000 people per year (National Statistic Office, 2007). According to World Health Organization, Thailand was reported to be number five in the alcohol consumption in 2000 (Morchowban, 2004). From the statistic of Srithanya Hospital (Registration and Medical Record, Srithanya Hospital, 2007), during 2003-2005, the number of alcohol dependent patients are 2,809, 2,886 and 3,395 respectively. From these statistics, it can clearly be seen that the number has been increasing yearly. In 2007, there were 543 inpatients experiencing psychological disorder as the result of alcohol dependency. It is calculated to be about 10 percent of overall patients and their number ranked second out of all patients of Srithanya Hospital. The consumption of alcohol adversely effected these patients physically, mentally and socially in the various degrees. Physically, alcohol dependent may experience burning pains, muscular weakness, memory loss, peptic and duodenum ulcer, cancer of gastrointestinal tracts, hepatitis and Wernicky-Korsakoff's Syndrome. The symptoms of Wernicky-Korsakoff's Syndrome are loss of memory, confabulation as well as symptoms related to lack of Vitamin B1 (thiamin). The symptoms include poor balance and Cranial

nerve VI palsy (Oscar-Berman et al., 1997). Mentally, alcohol dependent experiences mood swings, irritable, aggressive and loss of decision-making abilities (Ausanee Kanno, 2547). Furthermore, alcohol dependent can cause insomnia, paranoid, hallucination, depression, and suicidal tendency (Parituch et al., 2542). Alcohol dependent patients may loss the ability to self-control. Thus, they cannot control subconscious desire. For example, they may have high-risk sexual behavior that resulted in infection of sexually transmitted disease. It is discovered that 70 percent of HIV infected patient at Wat Phrabatnampu caused by alcoholism (Bundit Sornphisarn, 2550). As for the impact on society, beginning with our smallest social unit, alcohol dependency is one of the leading causes of family problems, for instance, domestic violence, family assault but those who have hang over as well as economic problems. The effects spill over to the larger social unit from communities to nation. The effects may include quarrels, social upheavals, physical and mental abuse. Beside, society must shoulder the cost of caring and treating of these alcohol-dependent patients. Therefore, it will negatively affect on the overall economy.

From the above-mentioned, we can see that the alcohol dependent is a serious problem, which are widespread in Thai society. In addition, the effects are quite prevalent to individuals and society. Therefore, the problem of alcohol dependency must be solved promptly and seriously. Since each patient's problems context, causes, drinking behavior, perception of severity of addiction differ, the solution should be flexible and can be adapted to each patient. Those who notice their drinking problems will seek out a way to stop it. On the other hands, those who do not notice of their drinking problems will not stop drinking themselves. Since drinking is not illegal, we cannot force anyone from drinking or to drink moderately. Meanwhile, at Srithanya Hospital, most alcohol dependent patient undergoes therapy because of their family wishes and patients' mental disorder. Thus, these patients do not aware of the necessity from getting any therapy. From treatment, we found many patients said that "there is nothing wrong with me and my family brings me here" "I can quit at any time. But I am not quitting now because I am drinking to socialize" Therefore, we must accept the patients as they actually are and the therapy should be done according to the wish of the patient.

The usages of Motivational Enhancement Therapy (MET) in alcohol dependent patients are quite common in foreign countries, for instance, Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity Project (Project MATCH) of National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (Project Research Group, 1996). In Project MATCH, Motivational Enhancement Therapy was compared with other standard therapies namely: Cognitive-Behavioral Therapy and Twelve Steps Facilitation. In 1989, the study of 1,726 alcohol dependant patients, it is found that Motivational Enhancement Therapy significantly produces positive results and do not differ from therapeutic method of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and Twelve Steps Facilitation (TSF). In 2005, United Kingdom Alcohol Treatment Trial Research Team (UKATT) undertook the study to compare the effectiveness of therapy between MET and Social Behavior and Network Therapy (SBNT). In 742 patients, it is found that there is no statistical significant different effectiveness of therapeutic differences. Although these four methods are equally effective's treatment, however, in MET the duration and frequency are less than those of Twelve Steps Facilitation, Social Behavior and Network Therapy. Thus, the cost of Motivational Enhancement Therapy (MET) will be lower than other methods of treatment.

Furthermore, Motivational Enhancement Therapy has not only been used abroad but also used in Thailand by Pichai Seangchanchai, MD at Phramongkutklao Hospital. In addition, there was a study conducted by Sairath Noknoi (2004) on the effectiveness of counseling of alcohol dependent patients by using Motivational Enhancement Therapy in primary service unit. The study shows that patients who received MET counseling can reduce alcohol consumption more than pre-treatment at the statistical significant ($p < .05$). Similarly, Sonthri Srikosai (2005) studied the effectiveness of Motivational Enhancement Therapy in the reduction of problem of drinking of alcohol dependant patients who receiving treatment at Suanprung Hospital. It is found that alcohol dependent patients who received Motivational Enhancement Therapy can reduce alcohol consumption and improve quality of life at the statistical significant ($p < .05$).

It can clearly be seen that Motivational Enhancement Therapy can really help the patients. From working experiences, it is found that some alcohol dependent patients return to drinking after inpatient treatment. Thus, they have to return to

hospital for further treatment. Many patients disclose that they are forced to receive treatment. They are not having any drinking problems. Their relatives were worried about them drinking excessively. These alcohol dependent patients return to drinking after discharge from the hospital. The author aims to explore and identify method of helping these alcohol dependent patients through a systematic review of researches on Motivational Enhancement Therapy in alcohol dependent patients.

Objectives of the Study

1. To systemic review of researches on Motivational Enhancement Therapy in alcohol dependent patients.

2. To analyze related factors on Motivational Enhancement Therapy in alcohol dependent as follows

- 2.1 Therapist

- 2.2 Client

- 2.3 Duration of Therapy

- 2.4 Duration of Motivational Enhancement Therapy

- 2.5 Rational and Basic Principles

- 2.6 Techniques

- 2.7 Results

- 2.8 Comparison with other therapies

Expected Outcome

The knowledge will be implementing in Motivational Enhancement Therapy in Alcohol Dependent Patients.

Definition of Terms

Alcoholic refers to any habitual drinker who lacks the ability of self-control. Thus, the drinking behavior negatively affects physical, mental and social aspect. Despite the awareness of the adverse outcome, the drinker continues drinking and have been diagnosed as suffering from alcohol dependence (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, Text Revision or DSM-IV TR) (American Psychiatric Association, 2000)

Motivational Enhancement Therapy (MET) refers to mental therapy in alcohol dependent patients through individual counseling in order to increase motivation for reducing or stopping drinking. MET involved an empathic and client-centered counseling, according to Miller (Miller, 1995). The method of treatment is as follows: assess the level of motivation for drinking behavior modification and treat the patients based on the level of motivation, Self-Motivational Statement or SMS and give counseling based on FREAMS technique. This technique comprises: 1) Feed Back 2) Responsibility 3) Empathy 4) Advice 5) Menu and 6) Self efficacy

Methodology

This literature review aims to study, analyze outcomes and related factors on Motivational Enhancement Therapy of individual alcohol dependent patient. Thus, the systematic review will provide implementation guideline on Motivational Enhancement Therapy in alcohol dependent patients. The methodology is as follows:

1. To review literature and researches on Motivational Enhancement Therapy in alcohol dependent patients, author searched textbooks, nursing journals, thesis, periodicals and journals in the libraries and related sources of the institutions. Also, electronic resources and health and nursing database were investigated. They included Pub med, ICN, NIAAA, Ovid, Research practice, Medline plus, and APA. The database searched is carried out via Website of Mahidol University at <http://www.li.Mahidol.ac.th> as well as other related electronic media. These included Department of Mental Health, Ministry of Public Health, and Srithanya hospital. The following keywords are used for this literature review.

- Alcohol dependent
- Alcoholism
- Drinker
- Motivation
- Motivational Enhancement
- Alcohol dependent and therapy
- Alcoholic

2. Research selection the literature and researches are selected from the title and abstract by looking at the target group: alcohol dependent patients and

intervention. For intervention, it refers to counseling and Motivational Enhancement Therapy. If it does not match the target group and intervention method, it will be deselected. If it is a match, the full text will be located. The inclusion criteria are as follows:

- Types of evidence and research; the study classifies experimental research which designed into control group and sample group as well as meta-analysis (level A), controlled experiment (level B) during year, 2000-2007.

- Types of intervention; Motivational Enhancement Therapy.

From aforementioned research data investigation, 823 researches were found. These researches were chosen based on the selection standard. Each research must not be repeated in the database and they must be completed work. Then, the quality will be assessed and analyzed. The study found that 8 out of 823 researches met with selection criteria.

3. Synthesis of Research Data:

In the systemic review of researches of these 8 researches, the parameters were set as follows:

- 1) Objective
- 2) Research design
- 3) Sample
- 4) Instrument
- 5) Setting
- 6) Method
- 7) Intervention
- 8) Result
- 9) Implication

Results of the study

From the study, it can be summarized that using Motivational Enhancement Therapy (MET) in alcohol dependent patient or alcohol dependent patient with co-morbid condition comprise of several main factors: research quality , therapist , clients , duration of therapy, duration of Motivational Enhancement Therapy (MET),

basic principle and technique of therapy, result of Motivational Enhancement Therapy (MET) and comparison with other types of therapy.

1. Quality of research

From the analysis, it is found that the qualities of research are as follows: for meta-analysis, one paper is classified as A level (Vasilaki et al. 2006); for randomized control trial, two papers are classified as A level (Sellman et al., 2001; Barrowclough et al., 2001); for Quasi experimental research, five papers are classified as B level (Sonthri Srikosai, 2548; UKATT Research Team, 2005a; UKATT Research Team, 2005b; Ball et al., 2007; Holder et al., 2000).

2. Therapist

Most therapists do not belong to any one profession. Most importantly, they must be well-train on Motivational Enhancement Therapy. They might be nurse, psychologist, or personnel who work closely with alcohol dependent patients.

3. Client

Clients are individuals who have drinking problems, drink heavily or alcohol dependent based on DSM-IV or ICD-10 standard. They can be of either gender and are older than 16 years old. These alcohol dependent patients may have co-morbid condition such as depression, anxiety, personality disorder or psychiatric patients. However, the disorder must not be severe.

4. Duration of Therapy

Motivational Enhancement Therapy in alcohol dependent patient requires 3-7 sessions; each session will be about 45-87 minutes. The appointment can be made for clients weekly or bi-weekly. From the Meta-analytic review of Vasilaki, et al., (2006), indicates that Motivational Enhancement Therapy in alcohol dependent patient effectively reduces drinking in hazardous drinker within 3 months, and takes about 87 minute. The treatment for drinking reduction, which will be less costly than other forms of treatment, takes 53 minutes.

For the Motivational Enhancement Therapy in alcohol dependent patient with co-morbid requires 3-4 sessions; each session will be about 50 minutes. Within 6 to 12 weeks, drinking will be reduced. Furthermore, the general functioning will be enhanced and the quality of life will be improved as well. However, Motivational

Enhancement Therapy in schizophrenic patient who depend on alcohol or substance requires more time for treatment. From the research of Barrowclough, et al., (2001), Integrated Intervention Program was used to treat those patients. This aforementioned treatment composes of 5 Motivational Interviewing sessions; the sessions will be about once a week, 24 Motivational Interviewing and cognitive-behavioral therapy sessions, and 10 -16 Family and Caregiver Interventions. Thus, the patients decrease their drinking and reduce the usage of substance. Furthermore, positive and negative symptoms will be decreased, and the quality of life will be improved.

It can clearly be seen that, Motivational Enhancement Therapy in alcohol dependent patient or alcohol dependent patient with co-morbid requires similar duration of treatment. However, Motivational Enhancement Therapy for patients with co-morbid schizophrenia and alcohol or substance used disorder requires more treatment and reinforces with other forms of treatment, such as the cognitive-behavioral therapy, and Family and Caregiver Interventions.

5. Phases of Motivational Enhancement Therapy

Motivational Enhancement Therapy for alcohol dependent patient and alcohol dependent patient with co-morbid condition can be divided into three phases: Building Motivation for Change, Strengthening Commitment to Change, and Follow Through. Therapist must assess duration of Motivational Enhancement Therapy by looking at client behavior for example resolve of their ambivalence and behavior development in each session. The therapy may be divided into 2 phases. Thus, therapists should assess behavior change and ambivalence of the clients in each session before treatment. So, the technique can be changed corresponding to their motivation and change in behavior.

6. Rational and Basic Principles

The basic principle of Motivational Enhancement Therapy is built on five basic motivational principles. The principle included express empathy, develop discrepancy, avoid argumentation, and roll with resistance and support self-efficacy. The principle will be able to help clients to accept therapist, build understanding in clients, prevent and resolve any resistance of clients.

7. Techniques of therapy

- Motivational Interviewing is the client-centered counseling approach which encourages them to explore, identify and resolve their ambivalence.

- FRAMES Technique consists of feedback, responsibility, advice, menu, and empathy. The technique encourages clients to identify their own problems from themselves. Here, they can freely resolve their ambivalence and decide on their behavior. Furthermore, the clients need empathy from therapist. Thus, it leads to the acceptance of therapist.

- OARS Technique comprises of: open-ended questioning, affirmation, reflective listening and summarization. These questions are posted to help clients hear themselves think, to gain self-understanding and to resolve their ambivalence. Thus, it will bring about to behavior change.

8. Results of Motivation Enhancement Therapy

From the study, it is found that enhancement motivation therapy positively change drinking behavior. Percentage of heavy drinking days decrease and percentage of days abstinence increase. Also, it fosters the readiness for taking the steps in order to change the behaviors. The study shows that Motivational Enhancement Therapy reduces usage of other addictive substances, promote social responsibilities, self-control and inter-personal relations with others. Furthermore, it promotes the individual self-respect. The reduction of drinking can produce overall benefits and positively reduce psychological disorder such as hallucination and poor judgment. Also, it decreases the chance of being admitted as in-patients. Besides, the overall quality of life and health will be improved. Motivational Enhancement Therapy can be used together with other therapies, for example, cognitive behavior therapy and family therapy. Thus, alcohol dependent and schizophrenic patients can reduce the incident of relapsing. Since the Motivational Enhancement Therapy require only short period, it is considered brief intervention. Thus, the cost of treatment is minimal. Motivation of Enhancement Therapy can reduce the cost of therapy and public sector resource use.

9. Comparison with other therapies

From the study, it is found that Motivational Enhancement Therapy is equally effective as other therapies like Cognitive-Behavior Therapy, Twelve Steps Facilitation and Counseling As Usual (CAU), etc. However, Motivational

Enhancement Therapy has some advantages over the other method. The advantages included shorter period, lower cost and format flexibility. Thus, it can change to suit the situation and the requirement of clients easily. In addition, Motivational Enhancement Therapy can be implementing with other treatments. Thus, it would be advantageous to use Motivational Enhancement Therapy in alcohol dependent patients. But, in the case of severe mental disorder, other methods of therapy may also be required, for example, medication, and cognitive behavior therapy.

From the analysis of these eight researches, it is found that Motivational Enhancement Therapy can help individuals who face drinking problems, or alcohol dependent patients control or even stop their drinking. Thus, it leads to improve the quality of life and decreases the cost of treatment and public sector resource use. However, the efficiency of the therapy depends on the ability of therapists.

Suggestions

From the study, it is found that Motivational Enhancement Therapy (MET) in alcoholic patient is one of the methods that psychiatry nurse can apply both for alcohol dependent patients and alcohol dependent patients with co-morbid condition but the mental symptoms are not severe. However, they must be further study to deepen the understanding and have sufficient before treating any alcohol dependent patients. In this study, author search empirical and evidence pertaining to research thoroughly and clearly. Thus, it will be part of knowledge expansion and guideline for with psychiatric nurses and stakeholders in treating these patients.

บรรณานุกรม

- กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. (2542). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนอาชีวศึกษาชายในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย ม.มหิดล. กรุงเทพฯ.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. (2536). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- คณะทำงานวิจัยและประเมินผลโครงการรณรงค์เกี่ยวกับการขับขี่ยานพาหนะภายหลังการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. (2549). *เอกสารประกอบการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนาทิศทางการลดปัญหาอุบัติเหตุอันเนื่องจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์*. เมื่อ 17 พฤษภาคม 2550, จาก <http://www.rvp.co.th/knowledge/SafetyDriving/indexalcohol14.htm>.
- โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนโดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว. (2540). *สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนโดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เล่มที่ 23*. เมื่อ 1 กรกฎาคม 2547, จาก <http://kanchanapisek.or.th/kp6/BOOK23/chapter10/t23-10-11.htm>.
- งานเวชสถิติโรงพยาบาลศรีธัญญา. (2550). *แบบรายงานสถิติยอดโรคประจำปี*. โรงพยาบาลศรีธัญญา. นนทบุรี.
- ดำรง แวอาลี. (2547). *ทัศนะอิสลามต่อปัญหาเสพติด*. เอกสารประกอบการประชุมปฏิบัติการเรื่อง ยุทธศาสตร์การนำผู้ป่วยกลับสู่สังคมของประเทศไทย ณ โรงแรมปรีณพาส. กรมสุขภาพจิต : กรุงเทพฯ.
- ทวีพร วิสุทธีมรรค. (2544). *เภสัชวิทยาของยาและสารเสพติด*. ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ : วัชรอินเตอร์พรีนติ้ง.
- นิชนันท์ คำล้าน. (2547). *การใช้กลุ่มจิตสังคมบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุรา*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น.

- บัณฑิต ศรีไพศาล. (2550). สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา. *เอกสารการประชุมในการประชุมวิชาการสุรา ระดับชาติ ครั้งที่ 3*. เมื่อ 30 สิงหาคม 2550, จาก <http://etcchay.multiply.com/journal/item/45>.
- บัณฑิต ศรีไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, ศุภพงศ์ อิ่มสรรพางค์, กมล วัฒนพร, โสภิต นาสืบ และ วิภาดา อันล้ำเลิศ. (2550). *รายงานสถานการณ์สุราประจำปี 2550*. เมื่อ 3 ตุลาคม 2551, จาก <http://www.cas.or.th/data/matter/AnnualReportAlc50.pdf>.
- ปริทรรศ ศิลปะกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2542). *ความชุกและ สุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา*. โรงพยาบาลสวนปรุง : เชียงใหม่.
- ปิยะรัตน์ โกวิทกรพงศ์. (2546). *วัตถุออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง*. นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล. (เอกสารอัดสำเนา).
- พิชัย แสงชาญชัย. (2546a). *การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ Motivational Interviewing & Motivational Enhancement Therapy (MI & MET)*. เมื่อ 7 พฤษภาคม 2550, จาก <http://www.nctc.oncb.go.th/new/doc/MI&MET.pdf>
- พิชัย แสงชาญชัย. (2546b). *คู่มือการบำบัดเพื่อการเสริมแรงจูงใจของผู้ป่วยติดสุราสารเสพติด, เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรจิตเวชสารเสพติดสำหรับแพทย์ เวชปฏิบัติทั่วไป*.
- ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ. (2535). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุรา*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ : เชียงใหม่.
- รังสิต กรมขุนชัยนาทนเรนทร. (2493). *พระราชบัญญัติ สุรา พ.ศ. 2493*. เมื่อ 2 มกราคม 2551, จาก <http://www.baanjommyut.com/library/law/02/192.html>
- วิทย์ เทียงบุญธรรม. (2543). *พจนานุกรมโรคและการบำบัด*. กรุงเทพฯ : รวมสาสน์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายรัตน์ นกน้อย, พิชัย แสงชาญชัย, อุษา ดันติแพทยางกูร, และราม รังสินธุ์. (2547). *การศึกษา ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษากับผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้ เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ*. เอกสารรายงานวิจัย
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). *สรุปผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของ ประชากร*. เมื่อ 11 กันยายน 2550, จาก http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm.

สุนทรี ศรีโกไสย. (2548). *ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดยาที่รับการโรงพยาบาลสวนปรุง*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

หมอชาวบ้าน. (ธันวาคม 2547). เรื่องเด่นจากปก.หมอชาวบ้าน, 308, 17-18. เมื่อ 17 พฤษภาคม 2550, จาก http://www.doctor.or.th/book/book122547_t1.pdf.

อวิศา จันทรแสนตอ. (2541). *ปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการเสพติดสุราของสตรี*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.

อุทัย กันน้อย. (2548). *การศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision)*. Washington, DC: Author. Retrieved October 3, 2008, From [http://books.google.com/books?id=hU_L1KUsNfIC&pg=PA123&dq="dsm+iv+tr"+SubstanceRelated+Disorders&hl=th&sig=ACfU3U1toNog9lrlgQBJXXCPFih8l9qg#PPA128,M1](http://books.google.com/books?id=hU_L1KUsNfIC&pg=PA123&dq=)

Ball, A. S., Martino, S., Nich, C., Frankforter, L. T., Horn, V. D., & Crits-Christoph, P., et al., (2007). Site Matters: Multisite Randomized Trial of Motivational Enhancement Therapy in Community Drug Abuse Clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 75(4), 556–567. Retrieved December 30, 2007, From <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=2148493&blobtype=pdf>.

Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, W. S., Moring, J., & O'Brien, R., et al. (2001). Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing, Cognitive Behavior Therapy, and Family Intervention for Patients with Co morbid Schizophrenia and Substance Use Disorder. *American Journal Psychiatry*, 158, 1706–1713. Retrieved December 30, 2007, From <http://bjp.rcpsych.org/cgi/reprint/183/5/418>.

- Bayard M., McIntyre J., Hill K., & Woodside J. (2004). Alcohol Withdrawal Syndrome. *American Family Physician*, 69, 1443 – 1450. Retrieved January 29, 2005, From www.aafp.org/afp.
- Bode C., & Bode C. J. (1997). Alcohol's Role in Gastrointestinal Tract Disorders. *Alcohol Health & Research World*, 21, 76- 81. Retrieved January 01, 2008, From <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh21-1/76.pdf>.
- Dick M. D., Wang C. j., Plunkett J., Aliev F., Hinrichs A., & Bertelsen S., et al. (2007). Family-Based Association Analyses of Alcohol Dependence Phenotypes Across DRD2 and Neighboring Gene ANKK1. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 1645-1653. Retrieved January 08, 2008, From <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1360-0443.2007.01871.x>.
- Fowler, T., Shelton, K., Lifford, K., Rice, F., McBride, A., & Nikolov, I., et al, (2007). Genetic and environmental influences on the relationship between peer alcohol use and own alcohol use in adolescents, *Addiction*. 102, 894-903. Retrieved January 08, 2008, From <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/1360-0443.2007.01824.x>.
- Holder, D. W., Cisler, A. R., Longabaugh, R., Stout, L. R., Treno J. A., & Zweben, A. (2000). Alcoholism treatment and medical care costs From Project Match. *Addiction*, 95(7), 999-1013. Retrieved January 20, 2007, From <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1360-0443.2000.70999.x>.
- Johnson, B. J., & Ait-Daoud, N. (1999). Medication to Treat Alcoholism. *Alcohol Research & Health*, 23, 99-106. Retrieved January 01, 2005, From <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-1/30.pdf>.
- King, G., Flisher, J. A., Noubary, F., Reece, R., Marais, A., & Lombard, C. (2004). Child abuse & neglect : Substance abuse and behavioral correlates of sexual assault among South African adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 28, 683-696. Retrieved December 24, 2007, From http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V7N-4CHRCR55&_user=206209&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000014278&_version=1&_urlVersion=0&_userid=206209&md5=709b25e721465f6dff614a480cd082c8.

- Kopera, M., Zmigrodzka, I., & Wakarow, A., (2007). Differences in cognitive functions between alcohol dependence patients with short and long time of abstinence. Retrieved January 08, 2008, From <http://www.med.umich.edu/psych/sub/pdf/fogartyab.pdf>
- Maher, J. (1997). Exploring Alcohol's Effects on Liver Function, Alcohol Health & Research World. *Alcohol Health & Research World*, 21, 5-11. Retrieved January 01, 2008, From <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh21-1/05.pdf>.
- Malcolm, R., Myrick, H., Roberts, J., Wang, W., Anton, F. R., & Ballemger, C. J. (2002). Effects of Carbamazepine and Lorazepam on Single Versus Multiple Previous Alcohol Withdrawals in an Outpatient Randomized Trial. *Journal of General Internal Medicine*, 349-354. Retrieved January 01, 2007, From <http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1046/j.1525-1497.2002.10201.x>.
- Marques C. A., & Fromigoni, L. M. (2001). Comparison of Individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and drug dependent patients addiction. *Addiction*, 96, 835-846. Retrieved December 22, 2007, From <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1360-0443.2001.9668355.x>.
- Miller, R. W. (1995). *Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers*. Retrieved October 29, 2007, From. <http://motivationalinterview.org/clinical/METDrugAbuse.PDF>.
- Miller, R.W., Zweben, A., DiClemente, C., & Rychtarik, G.R., (2004). *Motivational Enhancement Therapy Manual*. (2nd ed.). Retrieved January 01, 2005, From <http://books.google.com/books?hl=th&lr=&id=IfNX2jnizi8C&oi=fnd&pg=PR3&dq=%22Motivational+Enhancement+Therapy%22+for+Alcohol&ots=VcogNLazF3&sig=3XN6pDPMI6lkhYdXSLVK3rIW1dY#PPR1,M1>.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing : Preparing people for change* (2nd ed.). New York : Guilford Press.
- Mohler-Kuo M., Dowdall W. G., Koss P. M., & Wechsler H. (2004). Correlates of Rape while Intoxicated in a National Sample of College Women. *Journal of Studies on Alcohol*, 37-43. Retrieved November 24, 2007, From <https://webapps.ou.edu/alcohol/docs/14CorrelatesofRapewhileintox.pdf>.

- Moos, H. R. (2007). Theory-Based Active Ingredients of Effective Treatments for Substance Use Disorders. *Drug & Alcohol Dependence*, 88, 190-121 Retrieved January 01, 2007, From <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1896183&blobtype=pdf>.
- Oscar-Berman, M., Shagrin, B., Evert, L. D., & Epstein, C. (1997). Impairments of Brain and Behavior, *Alcohol Health & Research World*, 21, 65-74. Retrieved January 01, 2008, From <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh21-1/65.pdf>.
- Poikolinen, K. (2000). Alcohol & Alcoholism: Risk Factors for Alcohol Dependent : A Case Control Study. *Alcohol & Alcoholism*, 35, 190 – 196. Retrieved January 08, 2008, From <http://alcalc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/35/2/190.pdf>.
- Prescott, A.C., & Kendler S.K. (1999). Genetic and Environmental Contributions to Alcohol Abuse and Dependence in a Population-Based Sample of Male Twins. *American Journal Psychiatry*, 156, 34-40. Retrieved November 20, 2007, From <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/156/1/34.pdf>.
- Prochaska, O. J., DiClemente, C., & Norcross, C. J. (1992). In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors, *American Psychologist*, 47, 1102-1114. Retrieved January 01, 2008, From <http://www.unm.edu/~werder/pages/552readings/Reading8.pdf>
- Project Research Group. (1996). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity : Project MATCH Three-Year Drinking Outcomes. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 22,1300-1311.
- Roehrs, T., & Roth, T. (2001). Sleep, sleepiness, and Alcohol Use. *Alcohol Research & Health*, 25, 102 – 108. Retrieved January 01, 2008, From <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh25-2/101-109.pdf>.
- Sellman, J. D., Sullivan, P. F., Dore, G. M., Adamson, S. J., & MacEwan I. (2001). A randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 389-96. Retrieved December 30, 2007, From <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?Artid=2148493&blobtype=pdf>.

- Squires, D., & Moyers, B. T. (2007). *Motivational Enhancement for Dually Diagnosed Consumers*. Retrieved November 10, 2007, From <http://www.bhrm.org/guidelines/motiveint.pdf>.
- Staley, K. J., Gottschalk, C., Petrakis, L. I., Gueorguieva, R., O'Malley, S., & Baldwin, R., et al., (2005). Cortical γ -Aminobutyric Acid Type A–Benzodiazepine Receptors in Recovery From Alcohol Dependence, *Archives of General Psychiatry*, 62, 877-880. Retrieved December 30, 2007, From www.archgenpsychiatry.com.
- Streeton, C., & Whelan, G. (2001). Naltrexone a Relapse Prevention Maintenance Treatment of Alcohol Dependence: A meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Alcohol & Alcoholism*, 36, 544–552. Retrieved January 01, 2007, From <http://alcalc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/36/6/544>.
- Szabo G. (1997). Alcohol's Contribution to Compromised Immunity. *Alcohol Health & Research World*, 21, 30-38. Retrieved January 01, 2008, From <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh21-1/30.pdf>.
- Treasure, J. (2004). Motivation Interviewing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 331-337 Retrieved January 29, 2005, From <http://apt.rcpsych.org/cgi/reprint/10/5/331>.
- UKATT Research Team. (2005a). *Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomized UK alcohol treatment trial (UKATT)*. Retrieved December 30, 2007, From <http://bmj.com/cgi/content/full/331/7516/541>.
- UKATT Research Team. (2005b). *Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomized UK alcohol treatment trial (UKATT)*. Retrieved December 30, 2007, From <http://bmj.com/cgi/content/full/331/7516/541>.
- Vasilaki, I. E., Hosier G. S., & Cox M. W. (2006). The Efficacy of Motivational Interviewing as a brief intervention for excessive drinking : a meta-analytic review. *Alcohol & alcoholism*, 41, 328-335. Retrieved December 29, 2007, From <http://alcalc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/41/3/328?ck=nck>.

- World Health Organization. (2004). *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence*. Retrieved January 08, 2008, From http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf.
- Zakhari S. (1997). Alcohol and the Cardiovascular System. *Alcohol Health & Research World*. 21, 21-28. Retrieved November 18, 2007, From <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh21-1/21.pdf>.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – นามสกุล

นายสัมพันธ์ พิศุร

วัน เดือน ปีเกิด

29 พฤษภาคม 2520

สถานที่เกิด

จังหวัดตราด

ประวัติการศึกษา

มหาวิทยาลัยบูรพา

ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

พ.ศ. 2538 - 2542

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ. 2542 - ปัจจุบัน

โรงพยาบาลศรีธัญญา

หน่วยคุณภาพสารเสพติด จังหวัดนนทบุรี

โทรศัพท์ 02 5252333

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6 ว.

ที่อยู่

78 ม. 4 ต.เทพนิมิต อ.เขาสมิง จ.ตราด