



การใช้สื่อร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการบำบัดผู้ติดสุรา

ศิริธนา ศรัทธาพิสิฐ พบ. *, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ พบ. **,
นิทกร สอนชา พบ. ***, การุณย์ หงษ์กา *

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยวิธีเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา โดยใช้สื่อให้เห็นภาพผลเสียของสุราต่อร่างกายกับไม่ใช้สื่อ เพื่อลดการดื่มในกลุ่มผู้ติดสุรา

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบ Randomized controlled trial กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดสุราที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก ณ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น ที่มีคุณสมบัติตามกำหนดจำนวน 46 ราย ใช้วิธีสุ่มโดย Computer generated with urn randomization เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ใช้สื่อเพื่อให้เห็นภาพผลเสียของสุราต่อร่างกาย และกลุ่มที่ไม่ใช้สื่อ โดยแต่ละรายจะได้รับการบำบัดด้วยวิธีเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 4 ครั้ง ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ (สัปดาห์แรก สัปดาห์ที่ 1, 6 และ 12) รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะการดื่มแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (SOCRATES-8A) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น 0.82 และ แบบวัดผลกระทบจากสุรา ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของ 2 กลุ่มด้วย t-test และความแปรปรวนแบบทางเดียวจากการวัดซ้ำ

ผลการศึกษา มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 รายที่เข้าร่วมบำบัดครบ 4 ครั้ง เป็นกลุ่มที่ได้รับสื่อ 13 รายและกลุ่มที่ไม่ได้รับสื่อ 11 ราย พบว่าปริมาณการดื่ม ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก และผลกระทบจากสุราในผู้ติดสุราในการบำบัดครั้งที่ 4 ลดลงทั้งสองกลุ่ม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแรงจูงใจในการบำบัดโรคติดสุราของทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป การใช้หรือไม่ใช้สื่อเพื่อให้เห็นภาพผลเสียของสุราต่อร่างกายร่วมกับการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจ ไม่มีความแตกต่างกันในการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจในการบำบัดรักษาของผู้ติดสุรา ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ณ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น

คำสำคัญ การใช้สื่อ, การเสริมสร้างแรงจูงใจ, การบำบัด, ผู้ติดสุรา

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2551; 53(2): 151-164

* กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น 40000

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 40002

*** กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น 40000



Effectiveness of Motivational Enhancement Therapy (MET) with media to reduce alcohol consumption in patient with alcohol dependence: a randomized controlled trial.

Sirina Satthapisit M.D. *, Thawatchai Krisanaprakornkit M.D. **,
Nithikorn Sorncha M.D. ***, Karoon Hongka M.D. *

Abstract

Objective: To examine the effectiveness of MET with media compared with MET without media to reduce alcohol consumption in patients with alcohol dependence.

Methods: A randomized controlled trial in which 46 patients with alcohol dependence who were treated with MET at psychiatric out-patient clinic was conducted at Khon Kaen Hospital. Patients were randomly allocated by computer generated with urn randomization into 2 groups; (i) with media group (effect of alcohol on the body by power point presentation initially and 1 week later) and (ii) without media as a control group. All subjects were treated by 4 sessions of motivational enhancement therapy (MET) over a 12-week period (weeks 0, 1, 6 and 12). Stages of Change of Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES-8A) and Drinker Inventory of Consequences (DrInC-2L) were used to measure motivation to reduce drinking and consequences of drinking respectively (Cronbach = 0.82 and 0.88 respectively). Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test and repeated measure ANOVA.

Results: Twenty four participants completed the study (13 subjects in media group and 11 subjects in control group). The percentage of heavy drinking, amount of alcohol and Drinker Inventory of Consequences were significant decreased in both groups but there was no significant difference between groups. Motivation to reduce alcohol consumption was also similar between these 2 groups.

Conclusion: Media which exhibit the effects of alcohol on human health showed no consequences to the motivation to quit drinking among patients with alcohol dependence who were treated with MET at the out-patient clinic.

Key word: media, Motivational Enhancement Therapy, Alcohol Dependence

J Psychiatr Assoc Thailand 2008; 53(2): 151-164

* Department of Psychiatry, Khon Kaen Hospital, Khon Kaen 40000, Thailand.

** Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen 40002, Thailand.

*** Department of Community Medicine, Khon Kaen Hospital, Khon Kaen 40000, Thailand.

บทนำ

สถานการณ์การดื่มสุราของประชากรไทย โดยรวมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศต่างๆ ทั่วโลกในปี 2001 หลังจากการเปลี่ยนแปลงฐานข้อมูลแอลกอฮอล์ของ WHO¹ ประเทศไทยมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมทุกประเภทอยู่ในอันดับที่ 40 ของโลก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข² ได้แสดงดัชนีการมีชีวิตอยู่ด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Year Lived in Disabilities [YLD]) ของคนไทย ซึ่งพบว่าการติดสุราและการดื่มสุราแบบมีปัญห (alcohol dependence and harmful use) เป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ในเพศชาย และผลจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2546^{3,4} พบความชุกของปัญหาจากการดื่มสุราในประชากรทั่วไปสูงถึงร้อยละ 28.5 ในเพศชายร้อยละ 46.8 และหญิงร้อยละ 9.96 สุรามีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ดื่มทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปมักพบปัญหาการดื่มสุราไปด้วย จึงทำให้ปัญหาทางสุขภาพแย่ลง จากผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปและคลินิกผู้ป่วยนอกนั้น พบผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (alcohol use disorders) มากกว่าร้อยละ 20 ใกล้เคียงกับความชุกโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน จากข้อมูลที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยในพบผู้ป่วยชายสูงถึงร้อยละ 30 หญิงร้อยละ 8 และพบว่าผู้ที่มารับบริการหน่วยฉุกเฉินร้อยละ 29 นั้น มาด้วยปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา โดยเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 มีอาการเมาสุราไปด้วย⁵

โรคติดสุรา (alcohol dependence) นอกจากจะติดจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ต่อสารสื่อประสาทแล้วยังติดทางด้านจิตใจที่มีความต้องการดื่มสุราอยู่ทุกๆ ที่ได้รับผลกระทบหลายด้านจากสุรา และไม่สามารถ

หยุดหรือควบคุมการดื่มได้⁶ ปัญหาที่สำคัญของผู้ติดสุราส่วนใหญ่มักคิดว่าตนเองไม่ได้ติดสุราเพราะไม่ได้ดื่มทุกวัน บางวันไม่ได้ดื่มจนเมาและยังสามารถทำงานได้ทั้งๆ ที่ดื่มสุรา⁷ จึงไม่ตระหนักถึงผลเสียของสุราทำให้บุคคลกลุ่มนี้ขาดแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดรักษา ซึ่งจะมารับบริการด้วยปัญหาสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุราในระยะต่อมา

จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของการรักษา ซึ่งพบว่ามีหลายรูปแบบที่ใช้ได้ผล⁸⁻¹² เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy [CBT]) การบำบัดแบบสิบสองขั้นตอน (twelve-step facilitation [TSF]) และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy: MET)

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ได้พัฒนาขึ้นมาครั้งแรกเพื่อใช้กับผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา เป็นแนวทางการให้การบำบัดทางจิตวิทยาที่เน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) ซึ่งได้รับการคิดค้นขึ้นมาโดยมิลเลอร์และโรลนิก (Miller & Rollnick) ในปี ค.ศ. 1991 โดยใช้เวลาในการบำบัดประมาณ 2-4 ครั้ง ที่ประกอบด้วย การประเมิน (assessment) การสะท้อนกลับ (feedback) และใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI)¹³⁻¹⁸ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ในการหยุดดื่มสุรา ถูกนำมาใช้ในประเทศไทยโดย พ.ท. นพ. พิชัย แสงชาญชัย กองจิตเวชประสาท โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และนำมาใช้ในงานวิจัยโดยวิวัฒน์ และคณะ ในปี 2543¹⁹ พบว่าผู้ที่ติดสุราในระดับผิปกติในกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในปี พ.ศ. 2547 สายรัตน์และคณะ²⁰ ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษากับผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจในหน่วยปฐมภูมิ

พบว่ากลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาโดยใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถลดปริมาณการดื่มให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจึงมีประโยชน์ต่อการลดปริมาณการดื่มสุราและเพิ่มอัตราการหยุดดื่มสุราได้ ในปี พ.ศ. 2549 สุนทรีและคณะ²¹ ได้ทำการศึกษาผลของการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจกับผู้ติดสุราที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าสามารถลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ลดผลกระทบจากการดื่มสุรา เพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่ม เพิ่มความสามารถในการทำงานที่โดยรวมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของขั้นตอนความพร้อมและความต้องการการรักษา การบำบัดโดยวิธีนี้จึงนิยมใช้เป็นวิธีบำบัดในผู้ที่มีปัญหาจากสุราเพื่อลดทัศนคติทางลบของผู้ป่วยต่อประสบการณ์การบำบัดรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะยอมรับการช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหการดื่มสุราของตนเอง

ในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่ทราบถึงผลเสียของการดื่มสุรา แม้จะทราบบ้างแต่ก็ยังไม่เข้าใจลักษณะอาการของพิษสุราต่อร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงอันตรายจึงไม่มีแรงจูงใจในการเลิกหรือลดการดื่มสุรา ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดว่าหากมีภาพเกี่ยวกับผลเสียของสุราต่อร่างกาย เช่น ผลต่อสมอง ตับ กระเพาะอาหารและลำไส้ การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือด และสมรรถภาพทางเพศ ให้ผู้ป่วยได้เห็นชัดเจนขึ้น อาจจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักยิ่งขึ้น ช่วยให้มีแรงจูงใจในการเลิกหรือลดการดื่มสุรามากขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การโฆษณาสุราทางโทรทัศน์สามารถทำให้วัยรุ่นดื่มสุราเพิ่มมากขึ้น^{22, 23} นอกจากนี้ยังพบว่า ในต่างประเทศมีการนำสื่อมาช่วยในการเลิกบุหรี่²⁴⁻²⁸ และการลดปริมาณการดื่มสุรา^{29, 30} อย่างได้ผล แต่ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทยและยังไม่มีการศึกษาในรูปแบบของการใช้สื่อร่วมกับการเสริมสร้าง

แรงจูงใจ ทางผู้วิจัยจึงทำการศึกษาในครั้งนี้และหากวิธีดังกล่าวสามารถเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ติดสุราได้จริง ก็จะเป็นประโยชน์อย่างมากในการบำบัดผู้ติดสุรา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดด้วยวิธีเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา โดยใช้สื่อให้เห็นภาพผลเสียของสุราต่อร่างกายเปรียบเทียบกับ การไม่ใช้สื่อ จำนวน 4 ครั้งในระยะเวลา 12 สัปดาห์ เพื่อลดการดื่มในกลุ่มผู้ติดสุรา

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยแบบ Randomized controlled trial โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยติดสุราที่มารับการบำบัดรักษาด้วยวิธีเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30-45 นาที แบบผู้ป่วยนอก ณ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวนทั้งหมด 46 ราย มีเกณฑ์รับเข้าศึกษา คือ 1) อายุ 18-65 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น alcohol dependence ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision (DSM-IV-TR) criteria จากการสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์ โดยใช้ Mini-International Neuropsychiatric Interview เป็นเครื่องมือช่วยในการสัมภาษณ์ 3) ประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษ (alcohol withdrawal scale : AWS) ได้คะแนนน้อยกว่า 5 คะแนน 4) สามารถอ่านออก เขียนได้ และพูดคุยสื่อสารได้ 5) สม่ครใจในการเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา คือ 1) มีภาวะวินิจฉัยโรคอื่นใน axis I นอกเหนือจาก alcohol dependence ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-IV TR เช่น schizophrenia, anxiety disorder, mood disorder, dementia เป็นต้น 2) ตั้งครรภ์ ทำการแบ่งกลุ่มโดยใช้วิธีสุ่ม (random allocation) โดยใช้ computer generated with urn randomization พิจารณาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ

ระยะเวลาที่ติดสุรา อายุ และการใช้ยาทางจิตเวช แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 ราย ทำการบำบัดโดยวิธีเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy : MET) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ให้สุขศึกษาและข้อมูลสะท้อนกลับ (Health education & feedback) โดยทำในครั้งแรกที่เข้าร่วมโครงการ ระยะที่ 2 การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญา (Commitment Strengthening) โดยทำในการบำบัดครั้งที่สอง (สัปดาห์ที่ 1) และระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow Through) โดยทำในการบำบัดครั้งที่สาม (สัปดาห์ที่ 6) และครั้งที่สี่ (สัปดาห์ที่ 12) การบำบัดในครั้งแรกและครั้งที่สองจะมีการใช้สื่อในรูปแบบของ PowerPoint presentation ในกลุ่มทดลองเพื่อแสดงให้เห็นภาพผลเสียของสุราต่อร่างกายระบบต่างๆ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และกำหนดให้ผู้ทำการบำบัด (จิตแพทย์) เป็นคนละคนกับผู้วัดแบบประเมินต่างๆ (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือพยาบาลจิตเวช) และไม่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มใดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เชื่อถือได้และไม่มีอคติ และให้ผู้ทำการบำบัดปฏิบัติตาม protocol ของการบำบัดและรักษาเวลาอย่างเคร่งครัด

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น และได้รับทุนสนับสนุนจากสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

เครื่องมือ

1. เครื่องมือคัดเลือกรวมกลุ่มตัวอย่าง คือ M.I.N.I (Mini-International Neuropsychiatric Interview) และ Alcohol Withdrawal Scale (AWS)

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินข้อมูลพื้นฐาน เช่น รหัสประชากรที่ศึกษา อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ต่อเดือน เป็นต้น

2.2 แบบประเมินลักษณะการดื่มของผู้ป่วย เช่น ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มเมื่อเทียบกับหนึ่งดื่มมาตรฐาน อายุที่เริ่มดื่มเฉลี่ย ระยะเวลาที่ดื่ม ญาติสายตรงดื่มสุรา % heavy drinking days (คำนวณโดยนำจำนวนวันที่กลุ่มตัวอย่างดื่มสุราเกิน 4 standard drinks/วัน ในช่วงวันที่ผ่านมา คูณด้วย 100หารด้วยจำนวนวันที่ผ่านมา) % days abstinent (คำนวณโดยนำจำนวนวันที่ กลุ่มตัวอย่างหยุดดื่มสุรา ในช่วงวันที่ผ่านมา คูณด้วย 100 หารด้วยจำนวนวันที่ผ่านมา) เป็นต้น

2.3 แบบวัดขั้นต้นตอนความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา (The stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale : SOCRATES-8A) สำหรับผู้ดื่มสุรา แปลโดย พ.ท. นพ.พิชัย แสงชาญชัย ปรับปรุงด้านภาษา โดย พญ. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ เพื่อใช้ในงานประจำของโรงพยาบาลสวนปรุง ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างโดยจิตแพทย์ของโรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าเท่ากับ 0.82 กลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ประเมินแบบวัดนี้ด้วยตนเองทุกระยะที่มารับการบำบัด

2.4 แบบวัดผลกระทบจากสุรา (Drinker Inventory of Consequence -2L: DrInC-2L) แปลโดย พญ. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ เพื่อใช้ในงานประจำของโรงพยาบาลสวนปรุง ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างโดยจิตแพทย์ของโรงพยาบาลสวนปรุง และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าเท่ากับ 0.88 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินแบบวัดนี้ด้วยตนเองเมื่อมารับการบำบัดในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มประชากร (demographic data) วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของปริมาณการดื่มซึ่งเปรียบเทียบกับหนึ่งดื่มมาตรฐาน ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม และจำนวนของดื่มมาตรฐานต่อวันที่ดื่มของทั้งสองกลุ่ม โดยใช้ independent t-test

3. ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา ครั้งที่ 1-4 ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA)

4. ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบจากสุราระหว่างการบำบัดครั้งที่ 1 และครั้งที่ 4 วิเคราะห์โดยใช้ independent t-test

ผลการศึกษา

ผลการรวบรวมข้อมูลพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 ราย เป็นกลุ่มที่ได้รับสื่อและไม่ได้รับสื่อกลุ่มละ 23 ราย ติดตามการรักษาจนครบสัปดาห์ที่ 12 มีทั้งหมด 25 ราย (ร้อยละ 54.35) แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับสื่อ 13 ราย และไม่ได้รับสื่อ 11 ราย โดยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในแง่ของข้อมูลพื้นฐาน (ตารางที่ 1) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 95.7) อายุเฉลี่ย 39.8 ปี (ช่วงอายุ 21-67 ปี) สถานภาพสมรสแล้วและยังอยู่ด้วยกันร้อยละ 63.0 จบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43.5) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 56.5) รายได้เฉลี่ย 6,489 บาทต่อเดือน นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด เคยสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 89.1 โดยสูบบุหรี่เฉลี่ย 15 ปี และปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ 9.8 มวนต่อวัน ข้อมูลด้านการดื่มสุราพบว่า เริ่มดื่มที่อายุเฉลี่ย 18.9 ปี (ช่วง 10-45 ปี) ระยะเวลาดื่มเฉลี่ย 20.9 ปี ส่วนใหญ่จะดื่มทุกวัน (ร้อยละ 91.3) มักจะดื่มเป็นเหล้าขาว (ร้อยละ 69.6) รองลงมาคือ เหล้าสี (ร้อยละ 23.9) เฉลี่ยปริมาณการดื่มต่อวันเป็น 18.72 SD (Standard Drink) สูงสุดถึง 60 SD และพบว่ามึร้อยละ 47.8 ที่มีประวัติการติดสุราในครอบครัว (first degree relatives)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

	กลุ่มทดลอง (n = 25) (%)	กลุ่มควบคุม n = 23 (%)
เพศ : N (%)		
ชาย	20 (86.59)	22 (95.7)
หญิง	3 (13.1)	1 (4.3)
อายุเฉลี่ย : ปี (SD)	42 (27-67)	38 (21-59)
สถานภาพ : N (%)		
โสด	4 (17.4)	2 (8.7)
สมรส	14 (60.9)	15 (65.2)
หย่า	5 (21.7)	6 (26.1)
การศึกษา : N (%)		
ประถม	11 (47.8)	9 (39.1)
มัธยม	5 (21.7)	10 (43.5)
ปริญญาตรี	5 (21.7)	1 (4.4)
อื่นๆ	2 (8.8)	3 (13.0)
อาชีพ : N (%)		
รับจ้าง	17 (74.9)	9 (39.1)
ว่างงาน	3 (13.0)	5 (21.7)
ค้าขาย	3 (13.0)	2 (8.7)
รับราชการ	0 (0)	4 (17.4)
เกษตรกร	0 (0)	2 (8.7)
นักศึกษา	0 (0)	1 (4.4)
รายได้เฉลี่ย : บาท (SD)	6,115 (0-15,000)	6,863 (0-17,000)
อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มครั้งแรก : ปี	19.5	18.4
ระยะเวลาเฉลี่ยที่ดื่ม : ปี	22.7	19.1
ปริมาณที่ดื่มเฉลี่ยต่อวัน : SD	18.4	19.0
จำนวนวันที่ดื่มต่อสัปดาห์ : วัน	7	7
ชนิดของแอลกอฮอล์ : N (%)		
เหล้าขาว	13 (56.5)	19 (82.6)
เหล้าสี	7 (30.4)	4 (17.4)
เบียร์	3 (13.1)	0 (0)
คนในครอบครัวติดสุรา : N (%)	13 (56.5)	9 (39.1)
สูบบุหรี่ร่วมด้วย : N (%)	17 (73.9)	20 (86.9)

ปริมาณการดื่มของกลุ่มตัวอย่างลดลงในแต่ละระยะของการบำบัด คือ จากครั้งแรก เฉลี่ยดื่ม 18.7 SD มีการดื่มลดลงเรื่อยๆ ตามระยะของการบำบัดสัปดาห์ที่ 1, 6 และ 12 เป็น 3.6, 3.4 และ 4.2 SD ตามลำดับ

ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (% of Heavy alcohol Drinking Day) จากครั้งแรกจนถึงครั้งสุดท้ายเป็น 99.7, 20.3, 22.6 และ 28.6 ตามลำดับ และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่ม (% of Day Abstinence) จากครั้งแรกจนถึงครั้งสุดท้ายเป็น 0.2, 74.4, 73.2 และ 63.5 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับสื่อกับกลุ่มที่ไม่ได้สื่อพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในแง่ของปริมาณการดื่ม จำนวนวันที่ดื่มหนัก

และจำนวนวันที่หยุดดื่ม (ตารางที่ 2)

กลุ่มที่ได้รับสื่อและกลุ่มที่ไม่ได้รับสื่อในกระบวนการบำบัด มีคะแนนขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งในด้านการยอมรับ ด้านความลังเล และด้านกำลังลงมือทำ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ลักษณะการดื่มในระยะต่างๆ ของการบำบัด

ลักษณะการดื่ม	กลุ่มที่ได้รับสื่อ	กลุ่มควบคุม	p - value
ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม (เทียบกับ standard drink : SD)	18.4	19.0	0.84
สัปดาห์แรก	3.1	4.1	0.66
สัปดาห์ที่ 1	2.8	3.9	0.65
สัปดาห์ที่ 6	2.9	5.3	0.39
สัปดาห์ที่ 12			
ร้อยละของวันที่ดื่มหนัก			
สัปดาห์แรก	100	100	1.00
สัปดาห์ที่ 1	21.1	19.9	0.91
สัปดาห์ที่ 6	18.2	26.4	0.64
สัปดาห์ที่ 12	32.5	25.3	0.70
ร้อยละของวันที่หยุดดื่ม			
สัปดาห์แรก	0	0	1.00
สัปดาห์ที่ 1	72.9	75.9	0.83
สัปดาห์ที่ 6	72.7	73.6	0.96
สัปดาห์ที่ 12	58.5	67.8	0.64

คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากสุราทางด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านภายในของบุคคล ด้านความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเอง และด้านความรับผิดชอบทางสังคม ในการบำบัด สัปดาห์สุดท้ายมีค่าน้อยกว่าการบำบัดในสัปดาห์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับสื่อและไม่ได้รับสื่อพบว่าผลกระทบที่ตามมาทุกด้านในผู้ดื่มสุราไม่แตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 4)

สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มารับการบำบัดจนครบ (ร้อยละ 45.7) เนื่องจากคิดว่าเลิกได้แล้ว (ร้อยละ 23.8) รองลงมาคือมีปัญหาในการเดินทาง ซึ่งเกี่ยวข้องกับติดงานประจำทำให้ไม่สามารถมาตามนัดได้ (ร้อยละ 23.8) กลับไปดื่มในลักษณะเดิมอีก (ร้อยละ 14.3) ไปบวช 1 ราย และไม่ทราบสาเหตุอีก 1 ราย (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนของขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาในระยะก่อนและหลังบำบัด

SOCRATES -8A	กลุ่มที่ได้รับสื่อ	กลุ่มควบคุม	p - value
ด้านการยอมรับ			
สัปดาห์แรก	29.1	29.0	0.94
สัปดาห์ที่ 1	28.4	30.5	0.07
สัปดาห์ที่ 6	26.9	28.2	0.48
สัปดาห์ที่ 12	28.3	28.1	0.87
ด้านความกังวล			
สัปดาห์แรก	14.9	14.6	0.68
สัปดาห์ที่ 1	14.7	14.8	0.98
สัปดาห์ที่ 6	14.5	14.2	0.78
สัปดาห์ที่ 12	14.8	14.9	0.98
ด้านกำลังลงมือทำ			
สัปดาห์แรก	34.1	31.7	0.18
สัปดาห์ที่ 1	34.9	35.1	0.92
สัปดาห์ที่ 6	34.9	35.5	0.73
สัปดาห์ที่ 12	36.3	35.4	0.62

ตารางที่ 4 ค่าคะแนนของผลกระทบจากสุราในระยะก่อนและหลังการบำบัด

ผลกระทบจากสุรา	กลุ่มที่ได้รับสื่อ	กลุ่มควบคุม	p - value
ด้านร่างกาย			
สัปดาห์แรก	14.5	15.1	0.46
สัปดาห์ที่ 12	6.7	5.5	0.35
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล			
สัปดาห์แรก	16.0	16.9	0.94
สัปดาห์ที่ 12	6.9	5.1	0.83
ด้านภายในบุคคล			
สัปดาห์แรก	15.6	16.5	0.96
สัปดาห์ที่ 12	6.9	5.6	0.26
ด้านความสามารถในการควบคุมตนเอง			
สัปดาห์แรก	11.8	13.2	0.49
สัปดาห์ที่ 12	5.4	4.5	0.35
ด้านความรับผิดชอบทางสังคม			
สัปดาห์แรก	13.6	12.7	0.79
สัปดาห์ที่ 12	6.4	3.9	0.27
Control scale			
สัปดาห์แรก	8.1	9.5	0.27
สัปดาห์ที่ 12	4.8	7.5	0.32

ตารางที่ 5 แสดงความสมบูรณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดและสาเหตุที่เลิกบำบัดก่อนกำหนด

ความสมบูรณ์ของการบำบัด : N (%)	กลุ่มที่ได้รับสื่อ	กลุ่มควบคุม	รวม
ครบ	11 (47.8)	14 (60.9)	25 (54.4)
ไม่ครบ	12 (52.2)	9 (39.1)	21 (45.6)
สาเหตุที่เลิกบำบัดก่อนกำหนด			
- ไปรักษาแบบผู้ป่วยใน	2 (16.7)	-	2 (9.5)
- ติดงานประจำ	3 (25.0)	2 (22.2)	5 (23.8)
- ไม่สะดวกในการเดินทาง	1 (8.3)	1 (11.1)	2 (9.5)
- คิดว่าเลิกได้แล้ว	4 (33.3)	3 (33.3)	7 (33.3)
- กลับไปดื่มลักษณะเดิม	1 (8.3)	2 (22.2)	3 (14.3)
- ไปบวช	-	1 (11.1)	1 (4.8)
- ไม่ทราบสาเหตุ	1 (8.3)	-	1 (4.8)

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลัก Intention to treat โดยให้สมมติฐานว่าผลการประเมินครั้งก่อนที่จะขาดการบำบัดเป็นตัวแทนของข้อมูลในครั้งที่เหลือทั้งหมด (LOCF) พบว่ากลุ่มที่ได้รับสื่อและกลุ่มที่ไม่ได้รับสื่อในกระบวนการบำบัด มีคะแนนขั้นต้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งในด้านการยอมรับ ด้านความลังเล และด้านกำลังลงมือทำ เช่นเดียวกับผลการวิเคราะห์โดยข้อมูลของผู้มาบำบัดจนครบ

วิจารณ์

ข้อมูลพื้นฐานของประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้มีความคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของสายรัตน์ นกน้อยและคณะ²⁰ ทั้งในแง่ของอายุเฉลี่ย สถานภาพสมรส การศึกษา การนับถือศาสนา การสูบบุหรี่ ประเภทสุรา ระยะเวลาที่ดื่มมานานและอายุที่เริ่มดื่มเฉลี่ย เป็นไปได้ว่าได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ ณ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างกันในแง่ของการมีประวัติการติดสุราในญาติสายตรง โดยการศึกษาพบว่า มีสูงถึง

ร้อยละ 47.8 แต่การศึกษาของสายรัตน์และคณะพบว่า มีเพียงร้อยละ 11 ซึ่งเป็นไปได้ว่าสายรัตน์และคณะ ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการดื่มสุราในระดับผิดปกติกจากการประเมินโดยใช้แบบประเมิน AUDIT และคัดผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดสุราออก แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของฮิลล์²⁷ พบว่าผลการศึกษาล้ำกันกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมดื่มเข้าได้กับติดสุราจะมีประวัติการติดสุราในญาติสายตรงซึ่งมักจะเริ่มดื่มตั้งแต่ในช่วงวัยรุ่น

เมื่อได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจครบ 12 สัปดาห์พบว่าปริมาณการดื่มและพฤติกรรมดื่มของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมิลเลอร์^{11, 14, 17} ที่พบว่าผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราเมื่อได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการประเมินและติดตามผลจะมีพฤติกรรมลดการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนทรีและคณะ²¹ ที่พบว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีผลในการลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ลดผลกระทบจากการดื่มสุรา เพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่ม และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของขั้นตอนความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงและความต้องการ

การรักษาของผู้ติดสุราที่รับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศและในประเทศไทยอีกหลายการศึกษา^{18-20, 34} ที่พบว่าการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิภาพในการลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แสดงให้เห็นว่าการได้รับการบำบัดด้วยวิธีเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพให้กลุ่มตัวอย่างลดพฤติกรรมการดื่มหนักลง ซึ่งอาจเนื่องมาจากเทคนิคและวิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ไม่ได้มุ่งเน้นการตำหนิ การต่อว่า หรือการพูดถึงพฤติกรรมที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดื่มสุราของผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลให้ผู้ดื่มสุรามากขึ้น³² แต่ได้ใช้เทคนิคการปฏิสัมพันธ์ในการเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิด มีการแสดงคำพูด และสื่อทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าคุณเองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราได้ มีการฟังอย่างสะท้อนคิด เพื่อประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับใดได้เปลี่ยนแปลงตนเองไปแล้วอย่างไร สิ่งที่เกิดขึ้นด้านบวกและลบของกลุ่มตัวอย่างมีอะไรบ้าง เพื่อเป็นแนวทางการบำบัดอย่างเหมาะสม

ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดด้วยวิธีเสริมสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิภาพในผู้ติดสุรา ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของฮัทเธอร์³⁵ ซึ่งพบว่าการใช้วิธีเสริมสร้างแรงจูงใจเหมาะสำหรับผู้ที่ปัญหาการดื่มในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ไม่เหมาะที่จะนำมาใช้กับผู้ติดสุรา เป็นไปได้ว่ารูปแบบของการบำบัดวิธีนี้ทำให้ผู้ป่วยเริ่มต้นเข้าร่วมการบำบัดมากขึ้น มีแรงจูงใจที่จะบำบัดมาก และอยู่กับการบำบัดได้นาน³⁶

ในการติดตามผลการรักษาครั้งที่สอง (สัปดาห์ที่ 1) พบว่าร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (% heavy drinking day) ลดลงอย่างมาก คือร้อยละ 79.44 ซึ่งแตกต่างกับงานศึกษาของสุนทรี และคณะ²¹ ที่ลดลงร้อยละ 27.3 โดยอาจเป็นไปได้ว่าการนัดช่วง 1 สัปดาห์หลังจาก

ครั้งแรกอาจจะมีประสิทธิผลกว่าการนัด 2 สัปดาห์ เนื่องจากในช่วงนี้ผู้ป่วยมักมีความตั้งใจค่อนข้างสูง และอาจเกิดจากความเข้าใจผิดๆ เกี่ยวกับการเลิกสุรา แม้ว่าผู้บำบัดจะให้คำแนะนำไปแล้วก็ตาม เช่น คิดว่าคนดื่มสุรามานานหากเลิกดื่มทันทีอาจทำให้ตายหรือเป็นบ้าได้ หรือยังมองเห็นประโยชน์ของสุราที่ช่วยให้เกิดความผ่อนคลายและมีความสุข³³ ซึ่งการนัดผู้ป่วยมาในเวลา 1 สัปดาห์ทำให้ได้พบผู้ป่วยและให้คำแนะนำอีกครั้ง อันเป็นการตอกย้ำความมั่นใจ และกำจัดความลังเลใจออกไปก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจไปดื่มในลักษณะเดิมอีก

ในการบำบัดระยะที่ 3 (สัปดาห์ที่ 6) พบว่าร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มยังคงค่อนข้างสูง คือ 73.21 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของสุนทรี²¹ เป็นไปได้ว่าการนัดติดตามการรักษาช่วงระยะเวลา 2 เดือน มีความสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมมือบำบัด

การบำบัดครั้งสุดท้าย (สัปดาห์ที่ 12) พบว่าร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักไม่ได้มีการลดลงอีก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสุนทรี²¹ อาจเป็นไปได้ว่าการนัดห่าง 6 สัปดาห์น่าจะนานเกินไปเมื่อเทียบกับประสิทธิผลของการนัดทุก 2 สัปดาห์ แต่อย่างไรก็ตามก็พบว่าร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักไม่ได้แตกต่างกับระยะที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทางปฏิบัติมักพบว่าผู้ป่วยไม่ค่อยสะดวกที่จะเดินทางมาบ่อย จึงควรต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพการเดินทางของผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป

กลุ่มที่ได้รับสื่อและไม่ได้รับสื่อพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทั้งในแง่ของปริมาณการดื่ม ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก ร้อยละของวันที่หยุดดื่ม การเปลี่ยนแปลงของขั้นตอนความพร้อมความต้องการรักษา และผลลัพธ์ที่ตามมาจากการดื่ม ซึ่งผลการศึกษาที่ได้แตกต่างจากการศึกษาที่เคยทำในผู้ป่วยที่ดูแลที่บ้านที่สภาพอาการในช่วงที่ตนเองมีอาการถอนพิษสุราอย่างรุนแรง แล้วสามารถลดปริมาณการดื่มได้อย่างมี

ประสิทธิภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ดูเทปบันทึกภาพ²⁹ เป็นไปได้ว่าการศึกษานี้ได้นำสื่อมาแสดงให้เห็น ภาพผลเสียของสุราต่อร่างกายร่วมกับเทคนิคเสริมสร้าง แรงจูงใจซึ่งเป็นวิธีบำบัดที่มีประสิทธิภาพที่อยู่แล้ว จึงทำให้ไม่เห็นความแตกต่างของทั้งสองกลุ่ม หรือ การใช้สื่อแบบ PowerPoint presentation ในรูปแบบ ของผลเสียต่างๆ ไปที่ยังไม่ได้เกิดขึ้นโดยตรงกับตัว ผู้ป่วยเอง อาจทำให้ผู้ป่วยคิดว่าคนอื่นอาจจะ เป็น แต่ตนเองคงไม่เป็นถึงเช่นนั้น

การมารับการบำบัดจนครบ 12 สัปดาห์ จากการ ศึกษาครั้งนี้พบว่ามึนร้อยละ 54.35 ถือว่าน่าพอใจ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาในแง่ของการอยู่บำบัด จนครบในผู้ป่วยติดสารเสพติดชนิดต่างๆ โดยมักพบว่า อัตราการอยู่บำบัดจนครบค่อนข้างต่ำ⁴¹ จากการศึกษา พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ที่ไม่มารับการบำบัดตามนัด เป็นจากผู้ป่วยคิดว่าตนเองเลิกสุราได้แล้ว แม้ว่าจะ หยุดได้เพียง 1-2 สัปดาห์เท่านั้นและผู้ป่วยได้ให้ ข้อมูลว่าการหยุดได้ในระยะเวลาดังกล่าวยังไม่ใช่ การเลิกดื่มสุราที่แท้จริงแล้วก็ตาม อาจเป็นไปได้ว่า มีผู้ดื่มสุราหลายคนที่สามารถเลิกได้เอง โดยไม่ได้รับการ ช่วยเหลือจากแพทย์ร่วมกับการมีความเข้าใจ ผิดว่าการหยุดดื่มเป็นสัปดาห์แปลว่าเลิกได้แล้วหรือ ตนเองไม่ได้ติดสุรา ทำให้ไม่ต้องการที่จะมารับการ บำบัดจากบุคลากรทางการแพทย์ การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วยกลับไป ดื่มใหม่แล้วติดซ้ำแล้วเกิดความรู้สึกต่างๆ เช่น อาย ก้าวร้าว รู้สึกว่าตนเองทำไม่ได้แม้ว่าจะได้รับ คำแนะนำต่างๆ แล้ว ทำให้ไม่อยากกลับมาบำบัดอีก⁴² การสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคม⁴³ และ สัมพันธภาพ กับผู้บำบัด⁴⁴ อย่างไรก็ตามการอยู่บำบัดจนครบตาม กำหนดถือว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงพยากรณ์ผล ของการรักษาที่ดี^{45, 46}

สรุป

การใช้หรือไม่ใช้สื่อเพื่อให้เห็นภาพผลเสียของ สุราต่อร่างกายร่วมกับการใช้เทคนิคเสริมสร้าง แรงจูงใจ ไม่มีความแตกต่างกันในการเสริมสร้าง แรงจูงใจในการบำบัดรักษาของผู้ติดสุราที่มารับบริการ แบบผู้ป่วยนอก ณ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสมาคม จิตแพทย์แห่งประเทศไทยโดยเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ Mentor-Mentee program ประจำปี 2550 และการศึกษานี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีโดยได้รับความเมตตาอุดหนุน อย่างสูงจาก รศ.นพ.ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ อาจารย์ ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทาง ในการศึกษา และแก้ไขปัญหาข้อบกพร่องต่างๆ รวมถึง ให้กำลังใจทำให้งานวิจัยนี้เสร็จสมบูรณ์ตามวัตถุประสงค์ และขอขอบพระคุณผศ.ดร.จิราพร เขียวอยู่ ภาควิชา ชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คุณสุนทร ศรีโกสโย และ พญ. สายรัตน์ นกน้อย มา ณ โอกาสนี้ด้วย

Reference

1. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. สถิติแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : มปท.; 2548.
2. เฉวตสรน นามวาท และ จิรภัทร กัลยาณพจน์พร. ปัจจัยเสี่ยงและภาวะโรคของคนไทย. วารสาร รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำ สัปดาห์, 2547; 35:19-22.
3. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิติรัตนไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์. ความชุกของโรคจิตเวชใน ประเทศไทย : การสำรวจระดับชาติ ปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547; 12:177-88.

4. วิชัย ไปษยจินดา, อามา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา. สุราในสังคมไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
5. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ, สุนทร ศรีโกสย. แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน, พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง. กรมสุขภาพจิต; 2549.
6. Fauman MA. Study guide to DSM-IV TR. Washington DC : American Psychiatric publishing; 2004.
7. Kalat JW. Biological psychology. Australia : Wadworth; 2004.
8. Moos RH. Theory - base active ingredients of effective treatments for substance use disorder. Drug Alcohol Depend 2007; 88:109-21.
9. Carroll KM, Nich C, Ball SA, McCance E, Rounsaville BJ. Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. Addiction 1998; 93:713-27.
10. Enoch MA, Goldman D. Problem drinking and alcoholism: diagnosis and treatment. Am Fam Physician 2002; 65:441-8.
11. Carlo C. Diclemente, Nancy Haug, Lori Bellino, Shannon Whyte. Psychotherapy and Motivational Enhancement. Resent Developments in Alcoholism 2002; 16:115-32.
12. Sellman JD, Sullivan PF, Dore GM, Adamson SJ, MacEwan I. A randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. J Stud Alcohol 2001; 62:389-96.
13. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. Assessing alcohol problems : A guide for clinicians and researchers. (2nd ed.). In J. P. Allen, V. B. Wilson (Eds.), NIH Publication. 2003.
14. Miller WR. Motivational enhancement therapy with drug abusers. Department of psychology and center on alcoholism, substance abuse and addictions (CASAA). The University of New Mexico. 1955.
15. Rollnick S, Miller WR. MI counseling strategies; 1955. Retrieved November 23, 2004 From <http://motivationalinterview.org/clinical/strategies.html>.
16. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
17. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract 2005; 55:305-12.
18. พิชัย แสงชาญชัย. การเสริมสร้างแรงจูงใจและการบำบัดทางยาสำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติด. กองจิตเวชและประสาทวิทยา พระมงกุฎเกล้า. 2548
19. วิวัฒน์ เขวงชัยยง, อัจฉรา พงศ์คำ, และ นิตานาถ โชคเกิด. การศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยในบำบัดสุราในระดับผดปกติ โรงพยาบาลลำพูน. วารสารกรมการแพทย์ 2543; 25:87-94.
20. สายรัตน์ นกน้อย, พิชัย แสงชาญชัย, อูษา ตันติแพทยากร, งาม รังสินธุ์. ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษากับผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ. The 1st Asia

- Pacific Regional Conference of The International Association for Suicide Prevention (AISP), 6-8 October 2004, The Imperial Queen's Park Hotel, Bangkok Thailand 2547: 29
21. สุนทรี ศรีโกไสย, ภัทราภรณ์ พุ่งปั้นคำ, ซาลินี สุวรรณยศ. ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549; 51:25-35.
 22. Van den Bulck J, Beullens K. Television and music video exposure and adolescent alcohol use while going out. *Alcohol Alcohol* 2005; 40:249-53.
 23. Stacy AW, Zogg JB, Unger JB, Dent CW. Exposure to televised alcohol ads and subsequent adolescent alcohol use. *Am J Health Behav* 2004; 28:498-509.
 24. Popham WJ, Potter LD, Bal DG, Johnson MD, Duerr JM, Quinn V. Do anti-smoking mediacampaigns help smokers quit?. *Public Health Rep* 1993; 108:510-3.
 25. Etter JF, Laszlo E. Evaluation of a poster campaign against passive smoking for World No-Tobacco Day. *Patient educ couns* 2005; 57:190-8.
 26. Kremers SP, Mudde AN, de Vries NK, Brug J, de Vries H. Unplanned smoking initiation: new insights and implications for interventions. *Patient educ couns* 2004; 55:345-52.
 27. McDonald PW. A low-cost, practical method for increasing smokers' interest in smoking cessation programs. *Cana J Public Health*. 2004; 95:50-3.
 28. Danaher BG, Berkanovic E, Gerber B. Mass media based health behavior change: televised smoking cessation program. *Addict Behav* 1984; 9:245-53.
 29. Mihai A, Damsa C, Allen M, Baleyrier B, Lazignac C, Heinz C. Viewing videotape of themselves while experiencing delirium tremens could reduce the relapse rate in alcohol-dependence patients. *Addiction* 2007;102:226-31.
 30. Flynn BS, Worden JK, Bunn JY, Dorwaldt AL, Dana GS, Callas PW. Mass media and community interventions to reduce alcohol use by early adolescents. *J Stud Alcohol* 2006; 67:66-74.
 31. Hill SY, Shen S, Lowers L, Locke J. Factors predicting the onset of adolescent drinking in families at high risk for developing alcoholism. *Biol Psychiatry*. 2000; 48:265-75.
 32. Miller WR, Sanchez VC. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G. Howard, ed. *Issues in alcohol use and misuse by young adults* (p. 55-82); 1993. Notre Dame, IN:University of Notre Dame Press. Retrived November 26, 2004, from <http://www.niaaa.nih.gov/publications/social.module6motivation&treatment> <http://casaa.unm.edu/projects/mimet.html>
 33. Poikolainen K. Effectiveness of Brief Interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Prev Med* 1999; 28:503-9.
 34. อัจฉรา ฟองคำ, นิตานาด โชคเกิด, ชไมพร ทวีศรี, ชัยนตรีธร ปทุมานนท์. ผลของการให้การปรึกษาแบบสั้นในการบำบัดผู้ติดสุราและลักษณะที่มีผลต่อความสำเร็จในการบำบัดรักษาที่คลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลลำพูน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2546; 49:15-26.

35. Heather N, Rollnick S, Bell A, Richmond R. Effects of brief counseling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug Alcohol Rev* 1996; 15:29-38.
36. Marlatt GA, Bare JS, Kivlahan DR, Et al. Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: results from a two years follow up assessment. *J Consulting Clin Psychol* 1988; 66:604-15.
37. Desjarlai R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. Substance abuse. In *world mental health : Problems and priorities in low - income contries. Adult.* (p. 87-115). Oxford: Oxford Uneversity Press; 1995.
38. Etter JF, Laszlo E. Evaluation of a poster campaign against passive smoking for World No-Tobacco Day. *Patient Educ Couns* 2005; 57:190-8.
39. Danaher BG, Berkanovic E, Gerber B. Mass media based health behavior change: televised smoking cessation program. *Addic Behav* 1984; 9:245-53.
40. McDonald PW. A low-cost, practical method for increasing smokers' interest in smoking cessation programs. *Can J Public Health.* 2004; 95:50-3.
41. Kranzler HR, Escobar R, Lee DK, Meza E. Elevated rates of early discontinuation from pharmacotherapy trials in alcoholics and drug abusers. *Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20:16-20.
42. รัตนา สายพานิชย์, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, ชัชวาลย์ ศิลปะกิจ, อัญชลี จุมพฏจามีกร, อุไร นูรณ์พิเชษฐ์, เพียงใจ ทองพวง. เปรียบเทียบประสิทธิภาพของการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดรูปแบบ Matrix program ในผู้ติดสุรากับผู้ป่วยติดแอมเฟตามีน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2547; 49:3-13.
43. Conner KR, Shea RR, McDermott MP, Grolling R, Tocco RV, Baciewicz G. The role of multifamily therapy in promoting retention in treatment of alcohol and cocaine dependence. *Am J Addict* 1998; 7:61-73.
44. Prety NM, Bickel WK. Therapeutic alliance and psychiatric severity as predictors of completion of treatment for opioid dependence. *Psychiatr Serv* 1999; 50:219-27
45. Schuckit MA. Substance-related disorders: alcohol-related disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA, (editors). *Comprehensive textbook of psychiatry*, 7th ed, Philadelphia:Lippicott Williams & Wilkins; 2000: 953-71.
46. Ciraulo DA, Piechniczek-Buczek J, Iscan EN. Outcome predictors on substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2003; 26:381-409.